CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

Cobertura de Medicare para los Servicios de Ambulancia

Este folleto oficial del gobierno explica:

- ★ Cuándo Medicare ayuda a cubrir los servicios de ambulancia
- ★ Lo que usted paga
- ★ Lo que paga Medicare
- ★ Qué hacer si Medicare no cubre su servicio de ambulancia

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES · USA

Contenido

Cobertura de Medicare para los servicios de ambulancia 5
Transporte de emergencia en ambulancia 5
Transporte aéreo 6
Transporte en ambulancia en situaciones que no son de emergencia . . . 6
"Aviso al Beneficiario por Anticipado de No Cobertura (ABN) . . . 7
Aviso Voluntario de No Cobertura 8

El pago de los servicios de ambulancia 9
¿Qué tengo que pagar yo? 9
¿Cuánto paga Medicare? 9
¿Cómo sabré si Medicare no pagó por mi servicio de ambulancia? 9

Protecciones y derechos de Medicare 11
¿Qué puedo hacer si Medicare no cubre mi traslado en ambulancia y yo creo que debería hacerlo? 11
¿Qué ocurre si Medicare insiste en no pagar? 12

Definiciones 13

"Cobertura de Medicare para los Servicios de Ambulancia" no es un documento legal. La asesoría legal del Programa Oficial de Medicare se encuentra en los estatutos, reglas y regulaciones correspondientes.

La información de este folleto describe el programa de Medicare en el momento en que se imprimió este folleto. Puede ser que haya cambios después que se imprima. Visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La información de este folleto se aplica a todos los beneficiarios del Medicare Original.

Si usted tiene un Plan Medicare Advantage (como un HMO o un PPO) u otro plan de salud de Medicare, usted tiene los mismos beneficios básicos, pero las reglas varían según el plan. Sus costos, derechos, protecciones y opciones de dónde puede recibir la atención médica pueden ser diferentes si usted tiene alguno de estos planes. Si desea más información, lea los materiales de su plan o llámelos.

Cobertura de Medicare para los servicios de ambulancia

Las palabras en color azul se definen en las páginas 13–14.

La Parte B de Medicare (Seguro médico) cubre los servicios de ambulancia hacia y desde un hospital, un hospital de acceso crítico (CAH) o un centro de enfermería especializada (SNF). Medicare cubre y ayuda a pagar por servicios de ambulancia sólo cuando otro tipo de transporte podría poner en peligro su salud, cómo tener una condición de salud que requiere este tipo de transportación. En algunos casos, Medicare podría cubrir por los servicios de ambulancia si tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) (insuficiencia renal permanente o trasplante de riñón), necesita diálisis, y transporte por ambulancia desde o hacia una instalación de diálisis.

Medicare solo cubrirá los servicios de ambulancia a la instalación médica adecuada más cercana a usted que pueda proporcionarle la atención médica que usted necesita. Si usted decide que lo lleven a una instalación que quede más lejos, el pago de Medicare se basará en los cargos hasta la instalación adecuada más cercana a usted. Si no hay ninguna instalación local que pueda proporcionarle la atención médica que usted necesita, Medicare pagará por la transportación a la instalación más cercana fuera de su área local que pueda ofrecerle el cuidado necesario.

Transporte de emergencia en ambulancia

Usted puede recibir transporte de emergencia en ambulancia cuando tiene una emergencia médica repentina, cuando su salud está en grave peligro porque usted no puede ser transportado de forma segura por otros medios, como en auto o taxi.

Estos son algunos ejemplos de cuando Medicare podría cubrir el transporte de emergencia en ambulancia:

- Usted está en *shock*, inconsciente o está sangrando abundantemente.
- Usted necesita un tratamiento médico especializado durante la transportación.

Recuerde, estos son solo ejemplos. La cobertura de Medicare depende de la gravedad de su problema médico y de si usted podía haber sido transportado de forma segura por otros medios.

Transporte aéreo

Puede ser que Medicare pague por la transportación de emergencia en ambulancia en un avión o helicóptero si su condición de salud requiere una transportación rápida e inmediata en ambulancia que un transporte terrestre no pueda brindar, y se aplique una de las siguientes condiciones:

- No se puede llegar fácilmente por transporte terrestre al lugar donde hay que recogerlo.
- Largas distancias u otros obstáculos, como mucho tráfico, podrían impedirle recibir atención rápidamente si viaja en una ambulancia por tierra.

Transporte en ambulancia en situaciones que no son de emergencia

Puede ser que pueda recibir servicio de transporte en ambulancia en una situación que no sea de emergencia si se necesita dicho transporte para tratar o diagnosticar su problema de salud y usar cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud.

En algunos casos, Medicare podría cubrir un transporte limitado en ambulancia en una situación que no sea de emergencia y por razones médicas si usted tiene una orden de su médico por escrito que diga que el transporte de ambulancia es necesario debido a su problema médico. Aunque la situación no sea una emergencia, el transporte en ambulancia podría ser necesario por razones médicas para llevarlo a un hospital o a otra instalación médica.

Nota: Si recibe transporte no de emergencia, por 3 o más veces de ida y vuelta en un período de 10 días, o por lo menos una vez a la semana durante 3 semanas o más de una ambulancia con sede en **Nueva Jersey, Pennsylvania, Carolina del Sur, Maryland, Delaware, el Distrito de Columbia, Carolina del Norte, Virginia o Virginia Occidental**, usted puede ser afectado por el programa de Medicare. Bajo este programa, su compañía de ambulancia puede utilizar un proceso de aprobación previa (llamado "autorización previa") y enviar una solicitud de autorización previa para que Medicare antes de su cuarto viaje de ida y vuelta en un período de 30 días para que usted y la compañía sepa antes si Medicare cubre los servicios. Usted o su empresa de ambulancias puede solicitar autorización previa para estos servicios de ambulancia. Si su solicitud de autorización previa no es aprobada y continúa recibiendo estos servicios, Medicare negará la reclamación y la empresa de ambulancias puede facturarle por todos los cargos. Para obtener más información, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color azul se definen en las páginas 13–14.

"Aviso al Beneficiario por Anticipado de No Cobertura (ABN)

Cuando usted recibe servicios de ambulancia en una situación que no es de emergencia, la compañía de ambulancia considera si Medicare podría cubrirlo. Si el transporte por lo general estaría cubierto, pero la compañía de ambulancia piensa que Medicare podría no pagar ese servicio de ambulancia en particular porque no es necesario por razones médicas, deberán darle un "Aviso Anticipado de No Cobertura" (ABN) para cobrarle por el servicio. Los ABN tienen casillas de opciones que le permiten elegir si usted quiere el servicio y le explican su responsabilidad de pagar por el servicio. Si usted elige la casilla que dice que quiere el servicio y que pagará por él, y firma el ABN, usted será responsable de pagar si Medicare no paga. Puede ser que quien provea la ambulancia le pida que pague en el momento en que le ofrezca el servicio.

Ejemplo: El Sr. Smith es paciente interno de un hospital y tiene que trasladarse a otro hospital para un procedimiento que no le pueden hacer en el hospital donde lo ingresaron. El Sr. Smith necesita transporte en ambulancia por tierra debido a su condición de salud, pero pide que lo transporten por ambulancia aérea. Medicare cubrirá el costo de la ambulancia por tierra, pero no cubrirá el transporte por ambulancia aérea porque este nivel de servicio no es razonable ni necesario desde el punto de vista médico. La compañía de ambulancia deberá darle al Sr. Smith un "Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario" (ABN) antes de transportarlo por aire o la compañía de ambulancia será responsable por cualquier costo que sobrepase la cantidad que se hubiera pagado por el transporte de ambulancia por tierra.

Si su situación requiere que la empresa de ambulancia le entregue un ABN y usted se niega a firmarlo, la empresa entonces decidirá si lo transporta o no. Si la empresa decide transportarlo, inclusive si usted se ha negado a firmar el ABN, tal vez usted igualmente tenga que pagar el servicio si Medicare no lo cubre. En caso de emergencia no le pedirán que firme un ABN.

Aviso Voluntario de No Cobertura

Por cortesía, algunas empresas de servicios de ambulancia podrían entregarle un ABN como un aviso voluntario de no cobertura, cuando piensen que Medicare no pagará por el traslado en ambulancia porque no responde al criterio de cobertura de Medicare. En este caso, la empresa no tiene que darle un ABN y si le entrega el aviso voluntario de no cobertura, usted no está obligado a firmarlo. La empresa piensa que Medicare no cubrirá el servicio y espera que usted lo pague.

Ejemplo: La Sra. Brito se cae en el frente de su casa y su vecina llama a la ambulancia. No está grave pero no puede pararse porque le duele el tobillo. Cuando llega la ambulancia, la Sra. Brito quiere ir al hospital, pero su situación no es una emergencia y su vida no corre peligro si va a la sala de emergencia en otro medio de transporte (por ejemplo un automóvil o un taxi); por lo tanto Medicare no cubrirá el traslado en ambulancia. En este caso, la empresa de servicios de ambulancia no tiene que darle un aviso de no cobertura, pero por cortesía, le pueden dar un ABN para que la Sra. Brito sepa que tendrá que pagar por el traslado en la ambulancia.

Las palabras en color azul se definen en las páginas 13–14.

Si Medicare no paga por el servicio de la ambulancia y usted cree que debería pagarla, puede apelar la decisión. Para apelar primero tiene que haber recibido el servicio. Para obtener información sobre sus derechos de apelación consulte las páginas 11 y 12.

El pago de los servicios de ambulancia

¿Qué tengo que pagar yo?

Si Medicare cubre su traslado en la ambulancia, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después que haya llegado al deducible anual de la Parte B.

En la mayoría de los casos, la compañía de ambulancia no podrá cobrarle más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare y cualquier deducible de la Parte B que no haya pagado. Todas las compañías de ambulancia deberán aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago completo. En algunos casos lo que usted paga puede ser diferente si usted es transportado por un hospital de acceso crítico (CAH) o por una entidad propiedad de un CAH y operado por este.

¿Cuánto paga Medicare?

Si Medicare paga su traslado en ambulancia, Medicare pagará el 80% de la cantidad aprobada por Medicare después que haya llegado al deducible anual de la Parte B. El pago de Medicare puede ser distinto si usted recibe el servicio de un (CAH) o de una empresa que es propiedad y es operada por un CAH.

¿Cómo sabré si Medicare no pagó por mi servicio de ambulancia?

Usted recibirá un "Resumen de Medicare" (MSN en inglés) cada tres meses que enumerará todos los servicios facturados a Medicare. Usted también puede visitar MiMedicare.gov para ver sus reclamaciones o MSN electrónicos. Su MSN le dirá por qué Medicare no pagó por su transporte en ambulancia.

Ejemplos:

- Si usted decide no ir al centro u hospital más cercano a su domicilio sino a uno más alejado, el resumen indicará: "El pago por el transporte en ambulancia sólo está autorizado hacia el centro médico apropiado más cercano que pueda brindarle la atención que necesita".
- Si usted se traslada en ambulancia de un hospital o clínica a otro más cercano a su domicilio, el resumen indicará: "El transporte en ambulancia hacia un centro médico para estar más cerca de su casa o de su familia no está cubierto".

Estos son algunos ejemplos de lo que podría leer en su Resumen de Medicare. Las explicaciones dependerán de su situación. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre lo que paga Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Protecciones y derechos de Medicare

¿Qué puedo hacer si Medicare no cubre mi traslado en ambulancia y yo creo que debería hacerlo?

Usted o alguna en quien usted confíe debe revisar detenidamente su "Resumen de Medicare" (MSN) y cualquier otra documentación relacionada con la factura de la ambulancia. Puede ser que usted encuentre errores en la documentación que pueden corregirse.

Las palabras en color azul se definen en las páginas 13–14.

Por ejemplo, cuando revise su MSN y otra documentación, podría ver que Medicare denegó su reclamación por alguna de estas dos razones:

1) La empresa de ambulancia no documentó en su totalidad los motivos por los cuales usted necesitó ser trasladado en ambulancia.

Si esto ocurre, comuníquese con el médico que lo trató o el personal de altas del hospital para obtener información sobre el motivo por el cual necesitaba ser trasladado en ambulancia. Luego puede enviar esta información a la compañía que se encarga de las cuentas de Medicare o puede pedirle a su médico que lo haga. La dirección aparece en su MSN.

2) La empresa de ambulancia no llenó la documentación apropiada.

Si esto ocurre, puede pedirle a la empresa que llene nuevamente la reclamación. No pague la factura hasta que la empresa de ambulancia haya llenado la reclamación correctamente. Si aun cuando la empresa haya enviado nuevamente la reclamación, Medicare no la paga, usted puede apelar la decisión.

¿Qué ocurre si Medicare insiste en no pagar?

Si usted está inscrito en Medicare tiene ciertos derechos garantizados para protegerlo. Uno de estos derechos es el de un proceso de las decisiones sobre el pago de la atención y servicios médicos.

Si Medicare no cubre su traslado en ambulancia y usted piensa que debería hacerlo, tiene el derecho de apelar. Una apelación es un pedido de revisión que usted hace si no está de acuerdo con las decisiones de Medicare. Para apelar:

1. Lea el MSN atentamente. Allí le explican por qué no se pagó su reclamación, cuánto tiempo tiene para apelar la decisión y cuáles son los pasos para apelar.
2. Siga las instrucciones que aparecen en el MSN, firme el MSN y envíelo a la dirección de la compañía listada en la primera página del MSN.
3. Pídale a su médico o proveedor de atención médica cualquier información que pueda ayudar a su caso y adjunte copias a su MSN firmado.
4. Guarde una copia de todo lo que envió a Medicare como parte de su apelación.

O puede usar el Formulario de CMS 20027 y enviarlo al contratista de Medicare a la dirección que aparece en el MSN. Para ver o imprimir este formulario, visite CMS.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para que averigüe si le pueden enviar una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita más información o ayuda para presentar una apelación:

- Visite Medicare.gov/appeals.
- Llame al 1-800-MEDICARE.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Visite shiptacenter.org o llame al 1-800-MEDICARE para que le den el número de teléfono.

Las palabras en color azul se definen en las páginas 13–14.

Definiciones

Aviso al Beneficiario por Anticipado (ABN) — En el Medicare Original es un aviso que un médico o proveedor debe enviar al beneficiario de Medicare antes de prestarle un servicio o suministro que Medicare tal vez no cubra. Si usted **no recibe** un ABN antes de recibir el servicio de su médico o proveedor, y Medicare no lo paga, es posible que usted tampoco tenga que pagarlo. Si el médico o proveedor **le envía** un ABN y usted lo firma antes de recibir el servicio y Medicare no paga, entonces usted le tendrá que pagar a su médico o proveedor por el servicio o suministro.

Cantidad aprobada por Medicare — En el Medicare Original es la cantidad que se le paga a un médico o proveedor que acepta la asignación. Tal vez sea menos de lo que le cobró el médico o proveedor. Medicare paga una parte y usted paga la otra.

Centro de cuidados de enfermería especializados (SNF) — Un centro de enfermería con el personal y los equipos para brindar cuidado de enfermería especializado y, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios de salud relacionados.

Deducible — La cantidad que usted debe pagar por los cuidados de salud o los medicamentos por receta antes de que el Medicare Original, su plan de medicamentos recetados o su otro seguro empiecen a pagar.

Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) — Insuficiencia renal permanente que requiere un curso regular de diálisis o un trasplante de riñón.

Hospital de acceso crítico (CAH) — Establecimiento pequeño que presta servicios para pacientes ambulatorios, así como para pacientes hospitalizados, en una base limitada, a personas en áreas rurales.

Medicare Original — El Medicare Original es una cobertura de cargo por servicio bajo la cual el gobierno paga directamente a sus proveedores de cuidados de salud por sus beneficios de la Parte A y/o la Parte B.

Plan Medicare Advantage — Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para ofrecerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Entre los Planes Medicare Advantage están las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud, Organizaciones de Proveedores Preferidos, Planes Privados de pago por servicio, Planes para Necesidades Especiales y Planes de Cuenta de Ahorros Médicos. Si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos por el plan y no los paga el Medicare Original. La mayoría de los Planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos por receta.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) — Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoría gratuita sobre el seguro médico a los beneficiarios de Medicare.

"Resumen de Medicare" (MSN) — Un aviso que usted recibe después que su médico o proveedor envía una reclamación por servicios de la Parte A o de la Parte B del Medicare Original. Este aviso explica lo que el médico o proveedor le facturó a Medicare, la cantidad aprobada por Medicare, cuánto pagó Medicare y lo que usted debe pagar.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado $300

CMS Producto No. 11021-S
Revisado en marzo de 2016

To get this book in English, call
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
TTY users should call 1-877-486-2048.