



Cobertura Medicare de Equipo Médico Duradero y Otros Suministros

Esta publicación oficial del gobierno explica:

- Qué es el equipo médico duradero
- Qué equipo médico duradero, protésico y dispositivos ortopédicos están cubiertos
- Dónde obtener respuestas a sus preguntas



¿Necesita equipo médico duradero (DME) u otros tipos de equipo médico? Medicare puede ayudarle.

Las palabras en azul se definen en las páginas 18 – 19.

Esta publicación explica la cobertura de [equipo médico duradero \(DME\)](#), prótesis, equipo ortopédico y suministros en el [Medicare Original](#) (también conocido como “pago por servicio”) y lo que usted probablemente tuviera que pagar. El equipo médico duradero incluye:

- Equipo de oxígeno para el hogar
- Camas de hospital
- Andadores
- Sillas de ruedas

Este folleto también explica la cobertura para el equipo prostético (marcapasos cardiacos, equipo para la nutrición enteral, y lentes prostéticos), dispositivos ortopédicos (pierna, cuello, y abrazaderas de espalda) y prótesis (piernas, brazos, y ojos artificiales). Es importante saber qué equipo médico duradero (DME) cubre Medicare y averiguar cuánto tendrá que pagar usted. Hable con su médico si cree que necesita algún tipo de equipo médico duradero para mejorar su salud.

Si después de leer esta publicación tiene preguntas sobre costos o cobertura del equipo médico duradero (DME) puede llamar gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: La información de esta publicación era correcta cuando se imprimió. Puede que haya habido cambios después de la impresión. Para obtener información actualizada, vaya a [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

“Cobertura Medicare de Equipo Médico Duradero y otros Suministros” no es un documento legal. Las normas oficiales del programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Aviso de Disponibilidad de Ayuda y Servicios Auxiliares

Estamos comprometidos a ofrecerles nuestros programas, beneficios, servicios, dependencias, información y su tecnología, en cumplimiento con las Secciones 504 y 508 de la Ley de Rehabilitación del 1973. Tomaremos las medidas necesarias para asegurar de que las personas incapacitadas, entre los que se incluyen los que tiene problemas auditivos, son sordos, ciegos, tienen problemas visuales u otro tipo de limitaciones, tengan las mismas oportunidades de participar y aprovechar los programas y beneficios disponibles. Nosotros ofrecemos varios servicios y ayuda para facilitar la comunicación con las personas incapacitadas incluyendo:

- **Servicios de retransmisión de mensajes** — Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Formatos alternativos** — Este manual, está disponible en formatos alternativos incluyendo letra grande, Braille, audio, versión digital o como libro electrónico.
 - Para solicitar el manual en un formato alternativo a Medicare llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-486-2048.
 - Para todas las otras publicaciones de CMS:
 1. Llame al 1-844-ALT-FORM (1-844-258-3676). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-844-716-3676.
 2. Envíe un fax al 1-844-530-3676.
 3. Envíe un correo electrónico a AltFormatRequest@cms.hhs.gov.
 4. Envíe una carta a:

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Offices of Hearings and Inquiries (OHI en inglés)
7500 Security Boulevard, Room S1-13-25
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Equipo de Formatos Alternativos

Nota: Para pedir una publicación de CMS debe incluir lo siguiente: Su nombre, número telefónico, dirección postal donde se debe enviar el producto, título y número de la publicación, si lo tiene. También incluya el formato que necesita, como Braille, letra grande, disco compacto (CD), CD de audio, o un lector cualificado.

Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluye, niega beneficios o discrimina contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, género o edad en la admisión, participación o recibimiento de servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, ya sean llevadas a cabo directamente o a través de CMS, un contratista o cualquier otra entidad con la que CMS se asocie para administrar sus programas y actividades. Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles:

- Llamando al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Visitando hhs.gov/ocr/civilrights/complaints.
- Escribiendo a la:

Oficina de Derechos Civiles del
Departamento de Salud y Servicios Humanos
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

¿Qué es el equipo médico duradero (DME)?

El **equipo médico duradero** es el equipo médico reusable como andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Si tengo Medicare, ¿puedo recibir equipo médico duradero (DME)?

Todo beneficiario que tenga la Parte B de Medicare puede recibir equipo médico duradero siempre que éste sea **necesario por razones médicas**.

¿Cuándo Medicare Original cubre el equipo médico duradero?

Si usted tiene la Parte B, el **Medicare Original** cubre el equipo médico duradero que haya sido recetado por su médico para uso en el hogar. Es posible que Medicare exija a su médico (enfermera, asistente del médico o enfermera clínica especializada) que lo examine antes que reciba el equipo médico. Un hospital o un asilo de ancianos que ofrezca principalmente atención especializada, no es considerado como su “hogar” para este propósito.

Nota: Si usted está en un centro de enfermería especializada y el centro le ofrece el equipo médico duradero, entonces el centro será responsable por el equipo.

¿Qué ocurre si necesito equipo médico duradero y estoy inscrito en un Plan Medicare Advantage?

Los **Planes Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) deben cubrir los mismos servicios y suministros que el **Medicare Original**. Sus costos dependerán del plan que usted elija y pueden que los servicios cuesten menos que los del Medicare Original, llame a su plan para averiguar si el equipo está cubierto y cuanto tendrá que pagar.

Las palabras en azul se definen en las páginas 18 – 19.

Si usted recibe cuidado de salud en el hogar o está usando equipo médico y decide inscribirse en un nuevo **Plan Medicare Advantage**, debe comunicarse rápidamente con el plan a la brevedad y pedir hablar con la gerencia. Ellos le informarán si el equipo médico está cubierto y cuánto costará. Si usted regresa al **Medicare Original**, debe decirle a su proveedor que envíe la factura directamente a Medicare después de la fecha en que la cobertura de su Plan Medicare Advantage haya terminado.

Nota: Si su plan se retira del programa Medicare y usted está usando equipo médico como oxígeno o una silla de ruedas, llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta **Medicare Advantage**. Pida hablar con “la gerencia”. Ellos le explicarán cómo obtener atención médica ya sea de **Medicare Original** o en un nuevo Plan Medicare Advantage.

Si tengo el Medicare Original, ¿qué debo hacer para obtener el equipo médico duradero que necesito?

Si necesita **equipo médico duradero**, su médico (o, si lo autoriza Medicare, una enfermera, la asistente del médico o una enfermera clínica especializada) debe recetar el tipo de equipo que necesita usar en su hogar. Para algunos equipos, Medicare exige que su médico o el personal del consultorio médico complete un formulario especial y lo envíe a Medicare para su aprobación. A este proceso se lo conoce como Certificado de Necesidad Médica. Su proveedor trabajará con su médico para asegurarse que toda la información necesaria sea enviada a Medicare. Si la orden del médico o su estado de salud cambia, el médico debe completar y enviar una prescripción nueva.

Medicare sólo cubre DME si lo obtiene de un proveedor inscrito en Medicare. Esto significa que el proveedor ha sido aprobado por Medicare y tiene un número de proveedor de Medicare.

Para localizar a un proveedor inscrito en Medicare vaya a Medicare.gov y seleccione “Directorio de Proveedores”. También puede llamar gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener esta información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en azul se definen en las páginas 18 – 19.

El suplidor inscrito en Medicare tendrá asignado un número de suplidor. Los proveedores deben cumplir con estándares estrictos para obtener un número de proveedor de Medicare. **Si su proveedor no tiene dicho número, Medicare no pagará la reclamación** aún si su proveedor pertenece a una gran cadena o tienda por departamentos que no solo vende equipo médico duradero.

¿Medicare cubre sillas de ruedas eléctricas y motorizadas?

Para que Medicare cubra una silla de ruedas eléctrica o motorizada, su médico debe expresar que usted lo necesita por razones médicas (debido a su estado de salud). Medicare no cubrirá la silla de ruedas eléctrica o motorizada que se use para otros fines o por simple conveniencia afuera de su casa. La mayoría de los proveedores que trabajan con Medicare son honestos. Sin embargo, hay algunos que no lo son. Por ejemplo, algunos proveedores de equipo tratan de engañar a Medicare ofreciendo sillas de ruedas y scooters muy costosos a las personas que no califican para estos artículos.

Para más información sobre la cobertura Medicare de sillas de ruedas eléctricas y motorizadas, obtenga una copia gratis de la “Protección Medicare del Beneficio de Sillas de Ruedas Eléctricas y Motorizadas” en Medicare.gov (seleccione “Publicaciones”). También puede llamar gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué pasa si mi equipo o suministros se pierden o se dañan en un desastre o una emergencia?

Si [Medicare Original](#) ya pagó por el [equipo médico duradero \(DME\)](#) (como una silla de ruedas o andador) o suministros (para diabetes) y son dañados o perdidos debido a una emergencia o desastre:

- En ciertos casos, Medicare cubrirá el costo de reparar o reemplazar sus equipos o suministros.
- Generalmente, Medicare también cubrirá el costo de alquiler de artículos (como sillas de ruedas) durante el tiempo en que su equipo está siendo reparado.

Si usted tiene un [Plan Medicare Advantage](#) u otro plan de Medicare, comuníquese con su plan directamente para averiguar cómo se reemplaza su equipo médico duradero (DME) o los suministros dañados o perdidos en caso de emergencia o desastre.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE para obtener más información sobre cómo reemplazar su equipo o suministros.

¿Qué equipos están cubiertos y cuál es el costo?

La tabla a continuación y en las páginas 9–11 muestran los equipos cubiertos por Medicare y cuánto debe pagar por ellos. Esta lista no incluye todo el **equipo médico duradero**. Para saber si el equipo está cubierto por Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted tiene una **póliza Medigap**, quizá le ayude a pagar algunos de los costos. Vea las páginas 9–11.



Las palabras en azul se definen en las páginas 18–19.

Equipo Médico Duradero (DME)	
Lo que cubre Medicare	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Andadores ▪ Bastones (excepto los bastones blancos para ciegos) ▪ Bombas de infusión y algunas de las medicinas que se usan en ellas ▪ Bombas de succión ▪ Bolsas de ostomía y ciertos suministros relacionados ▪ Camas de hospital ▪ Camas terapéuticas de aire y otras superficies de apoyo ▪ Elevadores de pacientes ▪ Equipo de tracción ▪ Equipo de oxígeno y accesorios ▪ Inodoros portátiles ▪ Implantes cocleares y algunos otros dispositivos quirúrgicamente prostéticos implantados ▪ La apnea del sueño y positiva continua (CPAP) dispositivos de presión de la vía aérea y accesorios ▪ Máquina de movimiento pasivo continuo (CPM) ▪ Monitores de glucosa ▪ Muletas ▪ Nebulizadores y algunas de las medicinas que se usan en ellos (siempre sea necesario y razonable) ▪ Ortopedia, siempre y cuando vaya a un proveedor que está inscrito en Medicare ▪ Sillas de ruedas manuales y dispositivos de movilidad ▪ Suministros urológicos ▪ Tiras reactivas para azúcar (glucosa) en sangre 	<p>Generalmente, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de pagar el deducible anual de la Parte B. Medicare paga el otro 80%. La cantidad aprobada por Medicare es la más baja del costo del equipo o de la tarifa establecida por Medicare para ese artículo.</p> <p>Sin embargo, su costo puede variar porque Medicare paga equipos distintos de manera diferente. Usted podría alquilar o comprar el equipo.</p>

Prótesis y artículos ortóticos	
Lo que cubre Medicare	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aparatos para brazos, piernas, espalda y cuello ▪ Ojos y miembros artificiales ▪ Prótesis para reemplazar una parte del cuerpo o una función ▪ Prótesis para senos (incluso sostenes quirúrgicos) después de una mastectomía ▪ Zapatos ortopédicos solamente cuando son una parte necesaria de una abrazadera de la pierna ▪ Zapatos terapéuticos o plantillas para personas con diabetes y que padecen de una enfermedad grave de los pies provocada por la diabetes. <p>El médico que trata su diabetes debe certificar que usted necesita zapatos o plantillas terapéuticas. Un podólogo, podiatra o un médico calificado deben recetarlos. El médico o un individuo calificado en ortopedia o prótesis debe tomarle las medidas y proporcionarle los zapatos. La Parte B de Medicare (Seguro Médico) abarca el suministro y la instalación de cualquiera de los dos, un par de zapatos hechos a la medida y las inserciones o un par de zapatos de profundidad extra cada año. Medicare también cubre 2 pares adicionales de inserciones cada año para el moldeado de zapatos a la medida y 3 pares de plantillas cada año para los zapatos de profundidad extra. Medicare cubrirá las modificaciones de los zapatos en lugar de las inserciones.</p>	<p>Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de pagar el deducible anual de la Parte B Medicare paga el otro 80%. Estas cantidades pueden ser distintas si el proveedor no acepta la asignación de Medicare. Vea la página 12.</p>

Lentes	
Lo que cubre Medicare	Lo que usted paga
<p>Lentes protésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteojos para cataratas ▪ Lentes de contacto, o lentes intraoculares después de una operación ▪ Lentes intraoculares <p>Un oftalmólogo u optometrista autorizado para brindar estos servicios en su estado puede proveerle estos artículos.</p> <p>Importante: Sólo los marcos estándar son cubiertos. Medicare sólo pagará por lentes de contacto o gafas siempre y cuando el proveedor esté inscrito en Medicare, sin importar quién presente la reclamación (usted o su proveedor).</p>	<p>Medicare paga un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas con lente intraocular. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de pagar el deducible anual de la Parte B. Medicare paga el 80% restante. Los costos podrían variar si el proveedor no acepta la asignación de Medicare. Vea la página 12. Si quiere comprar marcos para anteojos de mejor calidad, debe pagar un costo adicional.</p>

Las palabras en azul se definen en las páginas 18–19.

¿Qué es la “asignación” en el Medicare Original y por qué es importante?

La “asignación” es un acuerdo entre Medicare y los médicos, otros proveedores de cuidado de la salud y suplidores de equipo médico y suministros (equipo médico duradero y artículos ortóticos).

Los médicos, proveedores y suministradores que aceptan la asignación, aceptan la **cantidad aprobada por Medicare** como pago total por el servicio. Después de haber pagado el **deducible** de la Parte B, usted paga el **coseguro** del médico o proveedor (generalmente el 20% de la cantidad aprobada). Medicare paga el otro 80%.

A los proveedores que aceptan la asignación para el pago de las reclamaciones por equipo médico duradero se les conoce como “proveedores participantes”. Si un proveedor de equipo médico duradero no acepta la asignación, **no hay límite para lo que puedan cobrar**. Quizá usted tenga que pagar el total de la cuenta (su parte de coseguro o algún deducible y la de Medicare) en el momento en que recibe el equipo. El proveedor enviará la cuenta a Medicare. Entonces, Medicare le reembolsará la parte de pago que corresponde a Medicare.

Nota: Antes de recibir su equipo médico duradero, pregunte si el proveedor está inscrito en Medicare. Si el proveedor no está inscrito en Medicare, Medicare **no** pagará su reclamación en absoluto. Luego, pregunte si el proveedor es un proveedor participante en Medicare. Un proveedor participante **debe** aceptar la asignación. Un proveedor que está inscrito en Medicare, pero no está “participando”, tiene la opción de aceptar o no la asignación. Usted tendrá que preguntar si el proveedor acepta la asignación para su reclamación.

Las palabras en azul se definen en las páginas 18 – 19.

Para localizar un proveedor inscrito en Medicare vaya a Medicare.gov y seleccione “Directorio de Proveedores”. También llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir esta información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo sabré si puedo comprar equipo médico duradero o si Medicare pagará sólo por alquilarlo?

Si su proveedor está inscrito en Medicare, podrá decirle si Medicare le permite comprar o alquilar el **equipo médico duradero**. Medicare cubre la mayoría del equipo médico duradero en alquiler. El pago para la compra del equipo solo es autorizado para artículos baratos y los que se compran rutinariamente, por ejemplo: bastones, sillas de ruedas eléctricas y en algunos casos aislados, artículos específicamente hechos para usted.

Compra de equipo médico

Si usted **compra** el equipo médico duradero aprobado por Medicare, quizá Medicare también cubra su reparación y las partes de repuesto. Medicare pagará el 80% de la **cantidad aprobada** para la compra del artículo. Medicare también pagará el 80% de la cantidad aprobada (hasta lo que cueste reemplazar el equipo) por reparaciones. Usted paga el 20% restante. Sus costos pueden ser más elevados si el proveedor no acepta la **asignación** de Medicare.

Nota: El equipo que usted compra podría ser reemplazado si se pierde, ha sido robado, se ha dañado y no puede repararse o se ha usado más del tiempo de duración razonable.

Alquiler del equipo médico

Si usted **alquila** el equipo médico duradero, Medicare hará pagos mensuales por el uso del equipo; sin embargo, las normas sobre el tiempo durante el cual se realizarán los pagos mensuales varía según el equipo. El total de pagos por alquiler de artículos baratos o que se utilizan rutinariamente está limitado a la tarifa establecida por Medicare para la compra del artículo. Si llegara a necesitar estos artículos por un período prolongado, quizá le convenga comprarlos en lugar de alquilarlos. Los pagos mensuales por oxígeno y equipo para oxígeno así como artículos utilizados frecuentemente, como respiradores, se realizarán siempre que sean **necesarios por razones médicas**. Los reglamentos sobre los pagos para el alquiler de equipo llamado “artículos de alquiler con límite máximo” se detallan en la página 9. Medicare pagará el 80% de la cantidad mensual aprobada, por el uso del artículo. Usted pagará el 20% después de haber pagado el **deducible** de la Parte B.

El proveedor recogerá el equipo cuando usted ya no lo necesite. Los costos de reparación o de partes de repuesto del equipo de alquiler son responsabilidad del proveedor, quien también recogerá el equipo de su casa cuando necesite reparación. Usted no tiene que llevar el equipo alquilado a su proveedor.

¿Cómo paga Medicare al proveedor por el equipo de oxígeno y suministros relacionados?

Si usted tiene Medicare y utiliza oxígeno, podrá alquilar equipo de oxígeno de un fabricante durante 36 meses. Después de 36 meses, su proveedor debe seguir proporcionando el equipo de oxígeno y suministros afines por 24 meses adicionales. Su proveedor debe proporcionar el equipo y suministros por un total de 5 años, siempre y cuando siga necesitando el equipo por motivos médicos.

¿Cómo le pago al proveedor? ¿Qué cubre el pago del alquiler?

El pago mensual por el alquiler no sólo cubre el equipo de oxígeno sino los suministros y accesorios como los tubos, la pieza bucal, el oxígeno, el mantenimiento y reparaciones. Medicare paga el 80% del alquiler y el beneficiario tiene que pagar el 20% restante y lo que aún no haya pagado del [deducible](#) de la Parte B.

¿Qué ocurre con el equipo de oxígeno y los suministros después de haberlo alquilado por 36 meses?

A su proveedor se le ha pagado por 36 meses para que le provea el equipo y suministros de oxígeno por 5 años, y el proveedor tiene la obligación de continuar con el mantenimiento del equipo (para que funcione correctamente) y de entregarle todos los suministros y accesorios necesarios, siempre que los necesite, hasta que hayan pasado 5 años. El proveedor no le puede cobrar por estos servicios. Si usted usa tanques de oxígeno o cilindros que necesitan oxígeno gaseoso o líquido, Medicare seguirá pagando mensualmente por la entrega después del período de alquiler de 36 meses. El proveedor que le entrega el equipo en el último mes del período de 36 meses, debe proveerle estos artículos por todo el tiempo que los necesite por motivos médicos, por hasta 5 años.

Las palabras en azul se definen en las páginas 18 – 19.

Mi equipo de oxígeno no me permite que me mueva alrededor de mi casa o cuando quiero salir de ella. ¿Qué puedo hacer?

Si su médico determina que su equipo de oxígeno no cumple con sus necesidades, él o ella pueden notificar al proveedor de oxígeno con una nueva carta sobre su necesidad médica. Debe especificar sus necesidades de movilidad, tanto dentro y fuera de su hogar.

¿Qué sucede si el equipo que tengo ya no cubre mis necesidades?

Si su médico decide que su equipo de oxígeno ya no es eficaz para usted, él o ella podrá notificar al proveedor de oxígeno con una carta de necesidad médica para diferentes equipos. El proveedor de oxígeno le debe proporcionar un equipo que se adapte a sus necesidades.

¿Qué pasa si mi proveedor de oxígeno me dice que no me puede seguir proporcionando oxígeno líquido?

Si su proveedor le dice que ya no le va a proporcionar su terapia prescrita y usted no ha completado su contrato de 5 años, usted debe:

- Preguntar al proveedor de oxígeno que le provea sus intenciones por escrito.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para presentar una queja. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Puede mi proveedor de oxígeno cambiar los términos de mi contrato para mi equipo o el número de tanques que recibo cada mes?

Su proveedor no puede cambiar el tipo de equipo o número de tanques o recargas que usted recibe a menos que su médico ordene un cambio. Si usted necesita más recargas de tanques, consulte a su médico para presentar una carta actualizada de su necesidad médica a su proveedor.

¿Qué sucede si mi proveedor de oxígeno deja el programa durante mi período de alquiler?

Proveedores que salen del programa deben dar un aviso por escrito de 90 días, que le informa que ya no pueden proporcionar los servicios de terapia de oxígeno. Este aviso debe ser una de estas 2 cartas:

- Una carta informándole de su intención de suspender los servicios de terapia de oxígeno incluyendo la fecha en que se cancelarán los servicios.
- Una carta a un nuevo proveedor elegido, la transferencia de la responsabilidad para los servicios de terapia de oxígeno al nuevo proveedor en una fecha específica.

Trabaje con su proveedor para encontrar un nuevo proveedor de oxígeno en su área y solicite que se envíe una carta al nuevo proveedor en su nombre. Esto asegurará que usted tendrá servicio continuo y su médico registre que se transferirá al nuevo proveedor dentro de los próximos 90 días.

¿Qué pasa con mi equipo de oxígeno después de los 5 años?

Si su necesidad médica continúa más del período de 5 años, el proveedor ya no tiene la obligación de proveerle el equipo y los suministros, usted tal vez quiera obtener otro equipo de oxígeno de cualquier proveedor; en cuyo caso, comenzará otro período de alquiler de 36 meses y el nuevo proveedor tendrá que ofrecerle el equipo y suministros por 5 años.

Si decido viajar en avión, ¿mi proveedor proporcionará un concentrador de oxígeno portátil?

Su proveedor de oxígeno no está obligado a darle concentrador de oxígeno portátil aprobado por una aerolínea. Medicare no pagará por cualquier transporte aéreo para tanques de oxígeno o nada relacionado. Es posible que pueda alquilar un concentrador portátil de oxígeno de su proveedor. También, alquileres están disponibles a través de las compañías en línea que funcionan con la mayoría de las compañías aéreas. Estas empresas pueden dar la documentación necesaria para su viaje.

¿Qué ocurre si durante el período de 36 meses paso un tiempo largo fuera de mi casa o me mudo a otra zona?

Si pasa un tiempo prolongado fuera de su hogar (varias semanas o meses) o se muda a otra zona durante el período de alquiler de 36 meses, pregúntele a su proveedor actual si puede ayudarlo a buscar otro proveedor en el área a donde se ha mudado. Si su proveedor actual no puede ayudarlo a localizar un proveedor de oxígeno en la zona donde está de visita o mudando, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué ocurre si después del período de 36 meses paso un tiempo largo fuera de mi casa o me mudo a otra zona?

Si usted viaja o se muda después de los 36 meses que termine el período de alquiler, su proveedor generalmente es responsable de asegurar que usted tiene equipo de oxígeno y el oxígeno en la nueva zona. Su proveedor pueden optar por hacer los arreglos para un proveedor diferente en su nueva área para proporcionar el oxígeno y el equipo de oxígeno. Para más información visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué pasa si mi proveedor se niega a seguir ofreciendo el equipo y suministros de oxígeno tal y como lo establece la ley?

Si el proveedor no cumple las reglas y leyes de Medicare, llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Un representante de servicio al cliente referirá su caso a quien corresponda.

Definiciones

Asignación — Es un acuerdo por el cual su médico, suplidor, abastecedor o proveedor acepta directamente el pago de Medicare por la cantidad aprobada por Medicare para los servicios, y acepta no cobrarle al paciente más que la cantidad del deducible y el coseguro de Medicare.

Cantidad aprobada por Medicare — En el Medicare Original, es la cantidad que puede recibir en pago un médico o proveedor que acepta la asignación. Puede ser menor que la cantidad que le cobra su médico o proveedor. Medicare paga parte de la cantidad y usted es responsable por la diferencia.

Coseguro — La cantidad que usted tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo el 20%).

Deducible — La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos antes de que el Medicare Original, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Elevadores para pacientes — Equipo para mover a los pacientes de la cama o de la silla de ruedas, utilizando su fuerza o un motor.

Equipo médico duradero — Medicare cubre cierto equipo como, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital ordenados por su médico u otro proveedor para usar en el hogar.

Medicare Original — El Medicare Original consiste de dos partes: La Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico). Es un plan de salud de pago por servicio. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

Necesario por razones médicas — Servicios o suministros médicos que sirven para diagnosticar o tratar su problema de salud lesión, condición, enfermedad o sus síntomas y cumplen con los estándares locales de la buena práctica médica.

Plan Medicare Advantage (Parte C) — Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Los Planes Medicare Advantage son los HMO, PPO, PFFS, Planes para Necesidades Especiales o Planes de Cuenta de Ahorros Médicos. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos por el plan y no los paga el Medicare Original. La mayor parte de los planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos recetados.

Póliza Medigap — Una póliza de seguro complementaria a Medicare vendida por una empresa de seguros privada para completar las faltas de cobertura de Medicare Original.



**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, \$300

CMS Publicación No. 11045-S
Revisada en septiembre 2016

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



¿Necesita usted una copia de esta guía en
Español? Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227). Los usuarios de TTY
deberán llamar al 1-877-486-2048.