



Revisado septiembre de 2021

## ¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!

¿Sabía usted que incluso si se queda en un hospital durante la noche, es posible que aún sea considerado un “paciente ambulatorio?” Su **estado de hospital** (si el hospital lo considera un “paciente hospitalizado” o “paciente ambulatorio”) afecta la cantidad que usted paga por servicios hospitalarios (como los rayos X, medicamentos y pruebas de laboratorio) y también puede afectar si Medicare cubrirá la atención que recibe en un centro de enfermería especializada (SNF) después de su hospitalización.

- Es considerado como **hospitalizado** cuando es admitido formalmente a un hospital con una orden del médico. El día **antes** de que sea dado de alta es su último día de hospitalización.
- Es considerado un **paciente ambulatorio** si está recibiendo servicios del departamento de emergencia, servicios de observación, cirugía ambulatoria, pruebas de laboratorio, rayos X, o cualquier otro servicio hospitalario y el médico **no ha** escrito una orden para admitirlo en un hospital como paciente hospitalizado. En estos casos, usted es un paciente ambulatorio, incluso si pasa la noche en el hospital.

**Nota:** Los servicios de observación son los servicios de consulta externa del hospital que usted recibe para ayudar al médico a decidir si el paciente debe ser admitido como paciente interno o puede ser dado de alta. Usted puede recibir servicios de observación en la sala de emergencias o en otra área del hospital.

**La decisión para la admisión de hospitalización es una decisión médica compleja basada en el juicio de su médico y su necesidad médica de atención hospitalaria. Una hospitalización es generalmente apropiada para pagos bajo Medicare Parte A (seguro de hospital) cuando se estima que necesitará 2 o más noches de atención hospitalaria pero su médico debe ordenar dicha admisión y el hospital debe formalmente admitirlo para que se convierta en un paciente hospitalizado.**

Siga leyendo para entender las diferencias en la cobertura de Medicare Original para pacientes hospitalizados y ambulatorios y cómo estas reglas se aplican a algunas situaciones comunes. Si tiene un Plan Medicare Advantage, sus costos y la cobertura pueden ser diferentes. Consulte con su plan.

## ¿Qué pago como paciente hospitalizado?

- La Parte A de Medicare (seguro de hospital) cubre los servicios de hospitalización. Esto significa que usted paga un deducible de una sola vez para todos sus servicios hospitalarios para los primeros 60 días que está en un hospital.
- La Parte B de Medicare (seguro médico) cubre la mayor parte de sus servicios médicos cuando está hospitalizado. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios médicos después de pagar el deducible de la Parte B.

## ¿Qué pago como paciente ambulatorio?

- La Parte B cubre los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Esto significa que usted paga un copago por cada servicio hospitalario ambulatorio individual que recibe. Esta cantidad puede variar por el servicio.

**Nota:** El copago por un servicio hospitalario ambulatorio único no puede ser más que el deducible de hospitalización. Sin embargo, su copago total para todos los servicios ambulatorios pueden ser más que el deducible de hospitalización.

- La Parte B también cubre la mayor parte de sus servicios médicos cuando usted es un paciente ambulatorio del hospital. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de pagar el deducible de la Parte B.
- Generalmente, la Parte B no cubre los medicamentos recetados y los medicamentos de venta libre que recibe un paciente ambulatorio en un lugar (como un servicio de emergencia), a veces llamado “medicamentos auto-administrados”. Además, por razones de seguridad, muchos hospitales tienen políticas que no permiten a los pacientes llevar prescripción u otros medicamentos de casa. Si tiene cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), estos fármacos pueden ser cubierta bajo ciertas circunstancias. Probablemente tendrá que pagar de su bolsillo por estos fármacos y presentar una reclamación de reembolso a su plan de medicamentos de Medicare. Llame a su plan de medicamentos para más información.

**Para obtener información más detallada sobre cómo Medicare cubre los servicios hospitalarios, incluyendo las primas, deducibles y copagos,** visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para ver el manual Medicare y Usted. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**Estas son algunas de las situaciones hospitalarias comunes y una descripción de cómo Medicare pagará. Recuerde, usted paga los deducibles, coseguro y copagos.**

Situación	Paciente ambulatorio u hospitalizado	Parte A paga	Parte B paga
Está en el departamento de emergencia (también conocido como la sala de emergencia o “ER”) y entonces usted es admitido formalmente al hospital con una orden del médico.	Ambulatorio hasta que sea admitido formalmente como un paciente interno basado en la orden de su médico. Hospitalizado después de la admisión.	Su hospitalización y todos los servicios ambulatorios relacionados brindados durante los 3 días anteriores a su fecha de admisión.	Los servicios médicos
Llega a urgencias con dolor en el pecho y se queda en el hospital por 2 noches. Una noche la pasa en observación y el médico escribe una orden de admisión como paciente interno el segundo día.	Ambulatorio hasta que sea admitido formalmente como un paciente interno basado en la orden de su médico. Hospitalizado después de la admisión.	Su hospitalización y todos los servicios ambulatorios relacionados brindados durante los 3 días anteriores a su fecha de admisión.	Los servicios médicos
Va al hospital para una cirugía ambulatoria, pero se queda toda la noche por tener la presión arterial alta. Su médico no escribe una orden para admitirlo como paciente interno. Se vas a casa al día siguiente.	Paciente ambulatorio	Nada	Servicios médicos y servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (por ejemplo, cirugía, exámenes de laboratorio, o medicamentos intravenosos).
Su médico escribe una orden para que sea admitido como paciente, y el hospital más tarde le dice que está cambiando su estado de hospital para pacientes ambulatorios. Su médico debe estar de acuerdo, y el hospital tiene que informarle por escrito - mientras usted sigue siendo un paciente del hospital antes de que sea dado de alta - de que su estado de hospital cambió.	Paciente ambulatorio	Nada	Servicios médicos y servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

**Recuerde:** Aunque se haya quedado en una cama de hospital toda la noche, igual podría ser considerado como un paciente ambulatorio. Pregúntele a su médico u hospital.

## ¿Cómo afectaría mi estatus hospitalario la manera en que Medicare cubre el cuidado que recibo en un centro de enfermería especializada (SNF por su sigla en inglés)?

Medicare sólo cubrirá el cuidado que recibe en un SNF si primero tiene una “estadía en el hospital calificada”.

- Una estadía calificada significa que usted ha estado **internado en el hospital (fue admitido formalmente al hospital después que su médico escriba una orden de admisión como paciente interno)** por lo menos 3 días seguidos (incluyendo el día que fue admitido como un paciente interno, pero sin contar el día que fue dado de alta).
- Si no tiene una estadía de 3 días y necesita cuidados luego de ser dado de alta del hospital, pregunte si puede recibir cuidado después del alta (como cuidado domiciliario) o si otros programas (como Medicaid o los Beneficios para Veteranos) pueden cubrir su cuidado en el SNF. **Siempre pregúntele a su médico o al hospital si Medicare le cubrirá su estadía en el SNF.**

## ¿Cómo se afecta mi cobertura del SNF si recibo servicios de observación del hospital?

Su médico puede ordenar mantenerlo en “observación” para decidir si necesita ser admitido al hospital como un paciente interno o si puede ser dado de alta. Durante el tiempo que está bajo observación en el hospital, se le considera como un paciente ambulatorio. **Esto significa que no puede contar este tiempo como parte de los 3 días de estadía calificada necesarios para que Medicare cubra la atención en un SNF.**

Si tiene un Plan Medicare Advantage, sus costos y la cobertura pueden ser diferente. Verifique con su plan.

Para más información sobre cómo cubre Medicare el cuidado en un SNF, visite [medicare.gov/Publications](https://www.medicare.gov/Publications) para ver la guía “Cobertura Medicare de un Centro de Cuidado Especializado”.

## ¿Cómo se afecta mi cobertura de SNF un servicio de observación en el hospital? (continuación)

### Situaciones comunes en el hospital que pueden afectar su cobertura SNF

Situación	¿Está cubierta su estadía en el SNF?
Va a la sala de emergencia y es formalmente admitido al hospital con una orden del médico. Pasa 3 días como paciente internado y fue dado de alta al 4 día.	Sí, si cumple todos los requisitos. En este caso, cumplió con el requisito de estadía hospitalaria de 3 días para una estadía cubierta de SNF.
Va a la sala de emergencia y pasa un día en observación. Después, fue formalmente admitido al hospital por 2 días.	No. Aunque haya pasado un total de 3 días en el hospital, fue considerado un paciente ambulatorio mientras estaba en observación y en la sala de emergencia. Estos días no cuentan para los 3 de internación requeridos.

**Recuerde:** Cualquier día que pase en un hospital como paciente ambulatorio (antes de que esté admitido formalmente como paciente basado en el orden del médico) no se cuentan como días de hospitalización. Una admisión como paciente interno empieza el día que es formalmente admitido al hospital por orden del médico. Esa fecha es su primer día como un paciente internado. El día que es dado de alta no cuenta como un día de internación.

## ¿Cuáles son mis derechos?

Independientemente del tipo de cobertura de Medicare que tenga, usted tiene ciertos derechos garantizados, incluyendo el derecho a:

- Que respondan a sus preguntas sobre Medicare
- Aprender sobre todas sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones de tratamiento
- Recibir una decisión sobre pagos o servicios o sobre la cobertura de los medicamentos de Medicare
- Apelar ciertas decisiones sobre los pagos de su atención médica, la cobertura de los servicios o la cobertura de los medicamentos
- Presentar una queja, incluyendo quejas sobre la calidad de su cuidado

Para más información sobre sus derechos, los distintos niveles de apelación y notificaciones de Medicare, visite [www.medicare.gov/publications](http://www.medicare.gov/publications) para ver la guía “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## ¿Dónde puedo obtener ayuda adicional?

- Si necesita ayuda para entender su estado en el hospital, hable con su médico o alguien del hospital o del departamento de planificación del alta del hospital.
- Para más información sobre la cobertura de la Parte A y la Parte B, lea el manual “Medicare y Usted”, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Para más información sobre la cobertura de medicamentos de auto-administración, vea la publicación “La cobertura Medicare de los medicamentos de auto-administración para los pacientes ambulatorios” en [medicare.gov/Publications](http://medicare.gov/Publications) o llame al 1-800-MEDICARE para una copia gratuita.
- Para preguntas o quejas sobre la calidad del cuidado de un servicio cubierto por Medicare, llame a su Organización para el Mejoramiento de Calidad del Centro de Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO, en inglés). Visite [Medicare.gov/talk-to-someone](http://Medicare.gov/talk-to-someone) o llame al 1-800-MEDICARE”. Llame al 1-800-MEDICARE para conseguir el número de teléfono.
- Para preguntas o quejas sobre la calidad de cuidado o la calidad de vida asilo para ancianos, llame a su Agencia Estatal de Inspección. Visite [medicare.gov/talk-to-someone](http://medicare.gov/talk-to-someone) o llame al 1-800-MEDICARE para conseguir el número de teléfono.



Usted tiene derecho a obtener la información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.

