



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 \(DME\)](#) 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 protético (como suministros de ostomía, catéteres urinarios, nutrición enteral y ciertos anteojos y lentes de contacto), pierna, cuello, y abrazaderas de espalda (“ortesis”) 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 pueden 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). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

“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 Comunicaciones Accesibles

Para ayudar a garantizar que las personas incapacitadas tengan la misma oportunidad de participar en nuestros servicios, actividades, programas y otros beneficios, proporcionamos comunicaciones en formatos accesibles. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) brindan **ayuda y servicios auxiliares para facilitar la comunicación con personas incapacitadas. La ayuda auxiliar incluye materiales en Braille, CD de audio/datos u otros formatos accesibles.**

Nota: Puede obtener este manual electrónicamente en impresión estándar, letra grande o como libro electrónico.

Para preguntas generales y publicaciones de Medicare, llámenos al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048.

Para todas las otras publicaciones y documentos de CMS en formatos accesibles, puede comunicarse con el Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente:

Llamar al 1-844-ALT-FORM (1-844-258-3676). TTY: 1-844-716-3676

- Enviar un fax al 1-844-530-3676.
- Enviar un correo electrónico a AltFormatRequest@cms.hhs.gov.
- Enviar una carta a:

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente

También puede comunicarse con el Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente:

- Para preguntar sobre una solicitud de formato accesible.
- Para presentar inquietudes y problemas sobre las comunicaciones accesibles, incluyendo la calidad o puntualidad de su solicitud.

Nota: Su pedido de una publicación o documento de CMS debe incluir:

- Su nombre, número de teléfono y la dirección postal donde debemos enviar las publicaciones o documentos.
- El título de la publicación y el número de producto CMS, si lo tiene.
- El formato que necesita, como Braille, letra grande o CD de datos/audio.

Nota: Si está inscrito en un Plan de Medicamentos Recetados o Medicare Advantage, puede comunicarse con su plan para solicitar sus documentos en un formato accesible.

Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, niegan beneficios o discriminan contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo o edad en la admisión, participación o recibimiento de los servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, ya sean realizadas por CMS directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la cual CMS se encarga de llevar a cabo sus programas y actividades.

Cómo presentar una queja

Si cree que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, hay 3 formas de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles:

1. **En línea en:** hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
2. **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. TTY: 1-800-537-7697.
3. **Por escrito:** Envíe información sobre su queja a:

Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
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?

Medicare Original cubre el DME bajo la Parte B cuando su médico u otro proveedor de atención médica (como un profesional de enfermería, asistente médico o especialista en enfermería clínica) lo prescribe para que lo use en su hogar. Un hospital o asilo de ancianos que le brinda atención cubierta por Medicare no puede calificar como su “hogar” en esta situación. Sin embargo, un centro de atención a largo plazo puede calificar como su hogar.

Nota: Si usted está en un **centro de enfermería especializada** como parte de una estadía cubierta por Medicare Parte A, el centro es responsable de proporcionar cualquier DME que necesite mientras esté en el centro hasta por 100 días.

¿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.

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.

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

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 (DME)?

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. 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 orden 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](https://www.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 pueden 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, visite <https://es.medicare.gov/coverage/wheelchairs-scooters/> y vea la publicación de la “Protección Medicare del Beneficio de Sillas de Ruedas Eléctricas y Motorizadas” O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden 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)** o suministros y son perdidos o dañados 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** (como un HMO o PPO) 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?

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 pueden 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

- Andadores
- Bastones (excepto los bastones blancos para ciegos)
- Bombas y suministros de infusión (cuando sea necesario para administrar ciertos medicamentos)
- Bombas de succión
- Bolsas de ostomía y ciertos suministros relacionados
- Camas de hospital
- Camas reductoras de presión, colchones y revestimientos de colchones que se utilizan para prevenir las llagas.
- Elevadores de pacientes (un dispositivo médico usado para levantarlo de una cama o silla de ruedas)
- Equipo de tracción
- Equipo de oxígeno y accesorios
- Inodoros portátiles
- La apnea del sueño y positiva continua (CPAP) dispositivos de presión de la vía aérea y accesorios
- Máquinas de movimiento pasivo continuo (CPM)
- Monitores de glucosa
- Muletas
- Nebulizadores y algunas de las medicinas que se usan en ellos
- Sillas de ruedas manuales y dispositivos de movilidad (sillas de ruedas eléctricas o motorizadas necesarias para usar dentro del hogar)
- Suministros urológicos
- Tiras reactivas para azúcar (glucosa) en sangre

Lo que usted paga

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.

Sin embargo, su costo puede variar porque Medicare paga equipos distintos de manera diferente. Usted podría alquilar o comprar el equipo.

Prótesis y artículos ortóticos

Lo que cubre Medicare

- Aparatos para brazos, piernas, espalda y cuello
- Ojos y miembros artificiales
- 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.

El médico que trata su diabetes debe certificar que usted necesita zapatos o plantillas terapéuticos. Un podólogo, podiatra o un médico calificado deben recetarlos. El médico o un individuo calificado (ya sea 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 puede cubrir las modificaciones de los zapatos en lugar de las inserciones.

Lo que usted paga

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.

Lentes

Lo que cubre Medicare

Lentes protésicos

- Anteojos para cataratas (para Aphakia o ausencia del lente del ojo)
- Gafas convencionales o lentes de contacto después de la cirugía con la inserción de una lente intraocular
- Lentes intraoculares

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).

Lo que usted paga

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.

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

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

Asignación significa que su médico, proveedor o suplidor acepta (o lo exige la ley) que acepte el monto aprobado por Medicare como pago total por los servicios cubiertos.

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 factura a Medicare por usted, pero tendrá que esperar a que Medicare le reembolse su parte del cargo más adelante.

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.

Para localizar un proveedor inscrito visite: <https://es.medicare.gov/supplierdirectory/search.html>. O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

¿Cómo sabré si puedo comprar equipo médico duradero (DME) 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, caminadoras y en algunos casos aislados, artículos específicamente hechos para usted, como complejas sillas de ruedas eléctricas de rehabilitación.

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 (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, que generalmente son cinco años a partir de la fecha en que comienza a usar el artículo.

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**. 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 tiene Medicare y usa oxígeno, puede alquilar un equipo de oxígeno a un proveedor mientras tenga una necesidad médica, pero los pagos por el equipo se detienen después de 36 meses de uso continuo. Después de 36 meses, su proveedor debe continuar proporcionando equipos de oxígeno y suministros relacionados durante 24 meses adicionales. Su proveedor debe proporcionar equipos y suministros hasta por un total de 5 años, siempre que tenga una necesidad médica de oxígeno.

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

Los pagos mensuales de alquiler al proveedor cubren su equipo de oxígeno y todos los suministros y accesorios, como tubos o boquillas, oxígeno, mantenimiento, servicio y reparaciones. Si utiliza equipos de oxígeno portátiles, se realiza un pago mensual aparte del pago mensual general, que también finaliza después de los 36 meses. En ambos casos, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de pagar su deducible de la Parte B de Medicare para el año. Medicare paga el otro 80%.

¿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.

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

(continuación)

Si usa un concentrador de oxígeno o un equipo que se usa para llenar tanques portátiles en su casa, es posible que tenga que pagar un pago de mantenimiento y servicio cada 6 meses si el proveedor viene a su casa para inspeccionar y reparar el equipo. El proveedor no puede cobrarle por este servicio a menos que venga a su casa para inspeccionar y reparar el equipo.

¿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.

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. La carta debe especificar sus necesidades de movilidad, tanto dentro y fuera de su hogar. Si cambia de usar oxígeno estacionario a oxígeno portátil, un nuevo período de pago de 36 meses y un nuevo período de obligación de proveedor de 5 años comienza una vez que expira el contrato de 5 años para el oxígeno estacionario.

¿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 dar 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 pueden 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. Su proveedor de oxígeno debe proporcionarle todos sus equipos y suministros de oxígeno, incluidos todos los rellenos necesarios del tanque.

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 sucede si estoy fuera de casa por un período prolongado o me mudo a otra área durante el período de 36 meses?

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 encontrar 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué sucede si estoy fuera de casa por un período prolongado o me mudo a otra área después del período de 36 meses?

Si usted viaja o se muda después de los 36 meses que termine el período de alquiler, su proveedor es responsable de asegurar que usted tiene equipo de oxígeno y el oxígeno en la nueva zona. Si usa un concentrador de oxígeno o un equipo que se usa para llenar tanques portátiles en su casa, es posible que tenga que pagar un pago de mantenimiento y servicio cada 6 meses si el proveedor viene a su casa para inspeccionar y reparar el equipo. El proveedor no puede cobrarle por este servicio a menos que venga a su casa para inspeccionar y reparar el equipo.

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.

¿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. Un representante de servicio al cliente referirá su caso a quien corresponda en su área.

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.

Centro de enfermería especializada (SNF) — Un centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidado de salud de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otro tipo de servicios médicos relacionados.

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.

Equipo médico duradero (DME) — 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 de Salud de Medicare — En general, un plan ofrecido por una empresa privada contratista de Medicare para brindar los beneficios de Medicare Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Los planes de salud de Medicare incluyen todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare y los Programas de Demostración/Piloto. Las organizaciones de los Programas de cuidado Todo incluido para ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) son tipos especiales de planes de salud de Medicare. Los planes PACE pueden ser ofrecidos tanto por compañías públicas como privadas y suministran la Parte D y otros beneficios además de los de la Parte A y la Parte B.

Plan Medicare Advantage (Parte C) — El Plan Medicare Advantage (MA) es un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que celebra contratos con Medicare para brindarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Los planes MA incluyen organizaciones de mantenimiento de la salud, organizaciones de proveedores preferidos, planes privados de pago por servicio, planes por necesidades especiales y planes de cuentas de ahorro médico de Medicare. Si usted está inscrito en el plan MA, posee cobertura de los servicios de Medicare a lo largo del plan y no se paga a través del Medicare Original. La mayoría de los planes MA brindan cobertura de medicamentos recetados.

Medicare Parte B (seguro médico) — La Parte B cubre determinados servicios de médicos, cuidado de salud ambulatorio, suministros médicos y servicios de prevención.

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 Producto No. 11045-S
Revisada en julio 2019

Pagado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

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