



Medicare y el cuidado de la salud en el hogar

Esta es la publicación **oficial** del gobierno sobre los beneficios de Medicare para el cuidado la salud en el hogar para los beneficiarios del Medicare Original. Contiene información importante sobre:

- Quién puede obtener este beneficio
- Cuáles son los servicios cubiertos
- Cómo buscar y comparar las agencias
- Sus derechos como beneficiario de Medicare



La información en esta publicación era correcta en el momento de su impresión. Tal vez se hayan hecho cambios después de la impresión. Si desea obtener la información más actualizada, visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

“Medicare y el cuidado de la salud en el hogar” no es un documento legal. Las normas oficiales del programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Contenido

Introducción	4
Sección 1: La cobertura Medicare del cuidado de la salud en el hogar	5
¿Quién es elegible para este beneficio?	5
La elegibilidad también se basa en la cantidad de servicios que necesite	6
Cómo paga Medicare por el cuidado de la salud en el hogar	7
Lo que cubre Medicare	8
Lo que Medicare no cubre	10
Lo que usted paga	10
Aviso al Beneficiario del Servicio de Salud en el Hogar por Anticipado	11
Su derecho a una apelación acelerada	12
Derechos generales de apelación	14
Sección 2: Elección de una agencia para el cuidado de la salud en el hogar	15
Busque una agencia certificada por Medicare	15
Compare las agencias de cuidado de la salud en el hogar	15
Compare la calidad	16
Lista de verificación de las agencias	17
Normas especiales para las agencias de cuidado de la salud en el hogar	18
Más información sobre las agencias de cuidado de la salud en el hogar	18
Sección 3: Obtenga los servicios para el cuidado de su salud en el hogar	19
Su plan de atención	19
Sus derechos como beneficiario de Medicare	20
Dónde presentar una queja sobre la calidad del cuidado de la salud en el hogar	21
Lista de verificación del cuidado de la salud en el hogar	22
Sección 4: Obtenga la ayuda que necesita	23
Ayuda Adicional para pagar por la cobertura Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)	23
Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs por su sigla en inglés)	24
Medicaid	24
Programas de Ahorro de Medicare (Ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare)	25
Si desea más información	25
Ayuda con sus preguntas sobre el beneficio del cuidado de la salud en el hogar	26
Lo que debe saber acerca de fraude	27
Definiciones	29
Índice	31



Introducción

Muchos de los tratamientos médicos que antes sólo se realizaban en el hospital o en el consultorio médico, ahora pueden hacerse en su hogar. La atención médica que se brinda en su hogar generalmente es menos costosa, más cómoda y tan eficaz como la del hospital o la que recibe en un centro de enfermería especializada. En general, el objetivo del beneficio para el cuidado de la salud en el hogar es brindar tratamiento para una enfermedad o lesión. Los servicios le ayudan a mejorar su salud, a recuperar su independencia y a ser lo más autosuficiente que pueda.

Si usted reúne los requisitos, y los servicios son considerados razonables y necesarios para el tratamiento de su enfermedad o lesión, Medicare pagará por ciertos servicios para el cuidado de la salud en el hogar. A esto se le conoce como el beneficio de Medicare para el cuidado de la salud en el hogar (o atención médica domiciliaria).

Si usted recibe sus beneficios de un **plan de salud de Medicare** (no del **Medicare Original**), fíjese en los documentos del plan y llame al plan para averiguar cómo le brinda los beneficios de Medicare para el cuidado de la salud.

Sección 1: La cobertura Medicare del cuidado de la salud en el hogar

¿Quién es elegible para este beneficio?

Si usted es un beneficiario de Medicare puede obtener los servicios de cuidado de la salud en el hogar si cumple los requisitos siguientes:

1. Debe estar bajo atención médica y debe estar recibiendo servicios de acuerdo con un plan de cuidado establecido y revisado regularmente por su médico.
2. Usted debe necesitar y su médico debe certificar que usted necesita uno o más de los servicios siguientes.
 - Cuidado de enfermería especializado intermitente
 - Terapia física
 - Terapia del lenguaje/habla
 - Terapia ocupacional continua

Vea la página 8 para más detalles acerca de estos servicios.

3. La agencia que le brinda estos servicios debe estar aprobada por el programa Medicare (certificada por Medicare).
4. Usted debe estar confinado a su hogar y un médico debe certificar que está confinado a su hogar. Ser confinado a su hogar significa lo siguiente:
 - No es recomendado que salga de su hogar por su condición.
 - Su condición no lo permite salir de su hogar sin ayuda (por ejemplo con una silla de ruedas, un andador, con transporte especial o ayuda de otra persona)
 - Salir de su casa implica un esfuerzo considerable.

La persona puede salir de su casa para un tratamiento médico o una salida corta y muy poco frecuente por otros motivos, como por ejemplo para un servicio religioso. Usted puede continuar recibiendo los beneficios para el cuidado de la salud en el hogar si asiste a un centro diurno para adultos, pero recibiría los servicios en su hogar.

Las palabras en rojo están definidas en las páginas 29–30.

La elegibilidad también se basa en la cantidad de servicios que necesite

Si cumple los requisitos mencionados anteriormente, Medicare pagará por los servicios por todo el tiempo en que usted sea elegible y su médico certifique que los necesita. Sin embargo, los servicios de enfermería especializada y de los auxiliares sólo serán cubiertos si son “intermitentes” o a tiempo parcial.

Para decidir si usted es o no es elegible para el cuidado de la salud en el hogar, Medicare define el servicio “intermitente” o a tiempo parcial como el cuidado de enfermería especializado que se necesita o es recibido menos de 7 días por semana o menos de 8 horas por día, en un período de 21 días (o menos) con algunas excepciones.

Los límites para las horas y días podrían extenderse en circunstancias excepcionales cuando su médico pueda predecir cuándo dejará de necesitar el servicio.



Cómo paga Medicare por el cuidado de la salud en el hogar

Si usted tiene el **Medicare Original**, Medicare le paga a la agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare una cantidad fija por cada 60 días que usted necesita los servicios. Este período de 60 días se denomina “episodio de cuidado”. El pago se basa en la condición que tiene y en el tipo de cuidado que necesita.

Si usted recibe servicios de una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare los gastos de su bolsillo pueden disminuir. La agencia certificada acepta las siguientes condiciones:

- que Medicare le pague
- que Medicare le pague sólo la cantidad aprobada para dichos servicios

El beneficio de cuidado de la salud en el hogar del Medicare Original sólo paga por los servicios brindados por la agencia de cuidado de la salud en el hogar. Los otros servicios médicos como las visitas médicas están cubiertos por sus otros beneficios de Medicare. Consulte el manual “Medicare y Usted” que le envían cada otoño, para averiguar cómo están cubiertos estos servicios bajo Medicare. Para ver o imprimir esta publicación, visite <http://go.usa.gov/xaJ>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios de Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Lo que cubre Medicare

Si usted cumple los requisitos para recibir los servicios de cuidado de la salud en el hogar (vea la página 5), Medicare cubre los siguientes servicios si son razonables y necesarios para el tratamiento de su enfermedad o lesión:

- **El cuidado de enfermería especializado.** Los servicios de cuidado de enfermería especializado solamente son cubiertos cuando son dados a tiempo parcial o intermitente. Para que el cuidado de enfermería especializado sea cubierto por el beneficio de Medicare del cuidado de la salud en el hogar, estos servicios deben ser necesarios y recetados por su médico para tratar su enfermedad. **No** debe necesitar cuidado de enfermería de tiempo completo y debe estar confinado a su hogar. Vea la página 5.

Los servicios de enfermería especializados sólo pueden ser brindados por una enfermera registrada (RN por su sigla en inglés) o licenciada (LPN por su sigla en inglés). Si usted recibe servicios de una LPN, su cuidado será supervisado por una RN. Las enfermeras de cuidado de salud en el hogar brindar atención directa y le enseñan a usted y a sus familiares sobre su cuidado. Ejemplos de cuidado de enfermería especializado incluyen: la administración de medicamentos intravenosos, inyecciones, o alimentación por un tubo; cambio de vendajes; y el entrenamiento sobre el cuidado de diabetes o los medicamentos recetados. Cualquier servicio que puede ser brindado de manera segura por una persona que no es enfermera (o por usted mismo) sin la supervisión de una enfermera, **no es** cuidado de enfermería especializado.

El servicio de auxiliar para el cuidado de la salud en el hogar debe ser proporcionado a tiempo parcial o intermitente si es necesario como parte del servicio auxiliar del cuidado de enfermería especializado. El servicio de auxiliar para el cuidado de la salud en el hogar tiene que ser parte del cuidado de su enfermedad o lesión. Medicare no cubre estos servicios a menos que se brinden en forma conjunta con los servicios de enfermería especializada u otro tipo de terapia física, ocupacional, o de habla brindada por la agencia.

- **Servicios de la terapia física, ocupacional y del lenguaje/habla.** Medicare usa el criterio siguiente para medir si estos servicios de terapia son razonables y necesarios en el hogar:
 1. Los servicios de terapia deben ser un tratamiento específico, seguro y eficaz para su condición.
 2. Los servicios terapéuticos deben ser complejos o su condición debe necesitar de servicios que, de manera segura y eficaz, puedan ser realizados sólo por terapeutas calificados.

3. Tiene que darse una de las tres condiciones siguientes:
 - Se espera que su condición mejore en un período de tiempo razonable y, por lo general, predecible.
 - Su condición requiere que un terapeuta calificado establezca un programa de mantenimiento seguro y eficaz.
 - Su condición requiere que un terapeuta calificado le realice la terapia de mantenimiento de una manera segura y eficaz.



4. La cantidad, frecuencia y duración del servicio debe ser razonable.

- **Servicios de asistencia social.** Estos servicios de asistencia social son cubiertos cuando se brindan bajo la guía de un médico y para ayudarle con las inquietudes sociales y emotivas como consecuencia de su enfermedad. Estos servicios pueden incluir asesoría personal o ayuda para encontrar los recursos que le ofrece su comunidad.
- **Suministros médicos.** Ciertos suministros médicos, como las vendas, están cubiertos cuando sean necesarios como parte de su cuidado.

El **equipo médico duradero**, cuando sea ordenado por un médico, será pagado por Medicare separadamente. Hay ciertos requisitos de cobertura para el equipo médico duradero. Medicare generalmente paga el 80% de la cantidad aprobada para cierto equipo, como las sillas de ruedas o los andadores. Si la agencia no le provee el equipo directamente, el personal de la agencia normalmente hará los arreglos necesarios para que el abastecedor le entregue el equipo en su casa.

Aviso: la agencia de cuidado de la salud en el hogar es responsable atender todas sus necesidades médicas, de enfermería, de rehabilitación, sociales y de planificación del alta, como se indica en su plan de cuidado. Vea la página 19. Esto incluye los servicios de terapia especializada para una condición que tal vez no sea la razón por la cual está recibiendo los servicios de cuidado de la salud en el hogar. Las agencias están obligadas a evaluar cada una de sus necesidades cuando lo admiten a la agencia, y comunicarle esas necesidades al médico responsable por su plan de cuidado. Luego, las agencias tienen que evaluar rutinariamente sus necesidades.

Aviso: la agencia de cuidado de la salud en el hogar es responsable atender **todas** sus necesidades médicas, de enfermería, de rehabilitación, sociales y de planificación del alta, como se indica en su plan de cuidado. Vea la página 19. Esto incluye los servicios de terapia especializada para una condición que tal vez no sea la razón por la cual está recibiendo los servicios de cuidado de la salud en el hogar. Las agencias están obligadas a evaluar cada una de sus necesidades cuando lo admiten a la agencia, y comunicarle esas necesidades al médico responsable por su plan de cuidado. Luego, las agencias tienen que evaluar rutinariamente sus necesidades.

Lo que Medicare no cubre

Abajo hay algunos ejemplos de lo que Medicare no paga:

- Cuidado en el hogar las 24 horas del día.
- Comidas entregadas a domicilio.
- Servicios domésticos como ayuda con las compras, la limpieza, la lavandería cuando es el único tipo de servicio que usted necesita, y cuando no están relacionados a su plan de atención. Vea la página 19.
- Cuidado personal brindado por los auxiliares de la agencia, como por ejemplo ayuda para bañarse, vestirse y usar el baño cuando es el único tipo de servicio que necesita.

Hable con su médico o agencia de cuidado de la salud en el hogar si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de ciertos servicios. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Aviso: Si usted tiene una póliza **Medigap** (seguro suplementario a Medicare) u otro seguro, asegúrese de informarle a su médico o proveedor para que sus cuentas sean pagadas correctamente.

Lo que usted paga

A usted pueden cobrarle:

- Los servicios médicos y suministros que Medicare no cubre cuando usted decide pagarlos de su bolsillo. La agencia de cuidado de la salud en el hogar le enviará una carta llamada Aviso al Beneficiario del Servicio de Salud en el Hogar por Anticipado (HHABN por su sigla en inglés) antes de brindarle los servicios y suministros que Medicare no cubre. Vea la página 11.
- El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico cubierto por Medicare como las sillas de ruedas, andadores u oxígeno.

Aviso al Beneficiario del Servicio de Salud en el Hogar por Anticipado

La agencia de cuidado de la salud en el hogar debe darle una carta por escrito denominada Aviso al Beneficiario del Servicio de Salud en el Hogar por Anticipado (HHABN por su sigla en inglés) en las siguientes situaciones:

- Si una agencia de cuidado de la salud en el hogar reduce o deja de brindarle servicios o suministros por razones de negocios mientras continúa brindándole otros servicios.
- Si una agencia de cuidado de la salud en el hogar reduce o deja de brindarle los servicios o suministros porque su médico cambió las órdenes.
- La agencia de cuidado de la salud en el hogar le brindará un servicio o suministro que Medicare seguramente no cubrirá.

Si una agencia de cuidado de la salud en el hogar reduce o deja de brindarle servicios, usted puede tener otra opción para seguir recibéndolos. El HHABN le dará una explicación de los servicios o suministros que serán reducidos o interrumpidos e instrucciones claras de lo que puede hacer si quiere seguir recibiendo estos servicios o suministros.

Cuando usted recibe un HHABN porque Medicare no pagará por un servicio médico o un suministro, el aviso debe describir ese servicio y/o suministro y explicarle por qué Medicare no lo pagará.

El HHABN le da instrucciones claras para que obtenga una decisión oficial de Medicare sobre el pago de los servicios y para que apele la decisión en caso de que Medicare no los pague.



Aviso al Beneficiario del Servicio de Salud en el Hogar por Anticipado (continuación)

En general, para obtener una decisión de pago oficial usted debe:

- Continuar recibiendo los servicios y/o suministros de salud en el hogar si piensa que los necesita. La agencia debe informarle cuánto le costarán. Hable con su médico y con su familia sobre esta decisión.
- Entender que tal vez tenga que pagar a la agencia por dichos servicios y/o suministros.
- Pedirle a su agencia que envíe la reclamación a Medicare para que decida si paga o no. Usted tiene el derecho de pedirle a la agencia que le mande la factura a Medicare.

Si el **Medicare Original** decide pagar por los servicios que usted recibe, se le reembolsará todo el dinero que haya pagado, excepto por el coseguro o deducible, incluyendo cualquier coseguro que tenga que pagar por el **equipo médico duradero**.

Su derecho a una apelación acelerada

Cuando estén terminando todos los servicios cubiertos de la agencia de cuidado de la salud en el hogar, usted tiene derecho a solicitar una **apelación** acelerada si piensa que estos servicios están terminando antes de tiempo. Durante la apelación acelerada, una organización independiente llamada Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO por su sigla en inglés) evalúa su caso y decide si sus servicios para el cuidado de la salud en el hogar deben continuar. La QIO está formada por un grupo de médicos en actividad y otros expertos de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Su agencia de cuidado de la salud en el hogar debe darle un aviso por escrito llamado Aviso de terminación de la cobertura del proveedor de Medicare por lo menos dos días antes de que terminen los servicios cubiertos. Si usted no recibe este aviso, pídale. Léalo con atención. El aviso contiene la información siguiente:

- La fecha en la que terminará el servicio cubierto
- Cómo solicitar una **apelación** acelerada
- Su derecho a obtener una explicación detallada por escrito sobre la razón por la que terminan los servicios

Si solicita una apelación acelerada, la QIO le preguntará por qué piensa que la cobertura de los servicios debe continuar. La QIO también revisará su historial médico y hablará con su doctor. En cuanto sea posible la QIO le comunicará su decisión, generalmente dos días después de la fecha del Aviso de terminación de la cobertura del proveedor de Medicare.

Si la QIO decide que los servicios de salud en el hogar deben continuar, Medicare continuará cubriendo estos servicios excepto por el coseguro que se aplique o los deducibles.

Si la QIO decide que los servicios de salud en el hogar no deben continuar, usted tendrá que pagar por cualquier servicio que reciba después de la fecha del Aviso de terminación de la cobertura del proveedor de Medicare donde le indican que los servicios deben terminar. Usted no tiene que pagar por los servicios recibidos antes de esa fecha.

Usted puede terminar los servicios antes o en la fecha del Aviso para evitar cualquier responsabilidad financiera. Antes de que le brinden servicios que Medicare no pagará, su agencia de cuidado de la salud en el hogar debe darle un HHABN con un estimado de lo que le van a costar dichos servicios.

Derechos generales de apelación

Una vez que Medicare haya tomado una decisión sobre una reclamación, usted tiene derecho a un proceso de apelación justo, eficiente y oportuno sobre una decisión de pago o una determinación inicial sobre artículos o servicios que usted haya recibido.

Usted puede **apelar** si

- un servicio o artículo que recibió no está cubierto y usted piensa que deberían pagarlo.
- se niegan a pagar por un servicio o suministro y usted piensa que deberían pagarlo.

El Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés) es enviado por correo por la compañía que se encarga de las reclamaciones enviadas a Medicare cada 3 meses. Este resumen le indica si su reclamación fue aprobada o denegada. Si el pago de la reclamación es denegado, el resumen incluirá la razón por la que fue denegado. El resumen también incluirá instrucciones para apelar la decisión. Usted puede apelar si no está de acuerdo con la decisión de Medicare sobre el pago o la cobertura de los servicios o suministros que ha recibido. Lea este aviso con atentamente y siga las instrucciones para apelar.

Usted puede apelar si no está de acuerdo con la cobertura de artículos o servicios que recibió. Si apela, pídale a su médico o a su proveedor cualquier información útil para su caso. Guarde una copia de todos los documentos enviados a Medicare como parte de su apelación.

Si desea más información sobre su derecho a una apelación acelerada y otros derechos de apelación, consulte el manual “Medicare y Usted” o la publicación titulada “Sus derechos y protecciones de Medicare”. Para ver o imprimir esta publicación, visite <http://go.usa.gov/caZ>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 2: Elección de una agencia para el cuidado de la salud en el hogar

Busque una agencia certificada por Medicare

Si su médico indica que usted necesita servicios de salud en el hogar, usted puede escoger una agencia de la lista de agencias participantes certificadas por Medicare que prestan servicios en su zona. Estas agencias son certificadas para garantizar que cumplan con ciertos requisitos federales de salud y seguridad. Su médico, el planificador de altas del hospital y otras agencias que dan referidos deben aceptar la agencia que usted escoja. A pesar de que usted escoge, puede que sus opciones estén limitadas por la disponibilidad de la agencia, o por la cobertura del seguro. (Los **Planes Medicare Advantage** u otros **planes de salud de Medicare** tal vez tengan como requisito que use una de las agencias que tienen contrato con ellos).

Compare las agencias de cuidado de la salud en el hogar

Usted puede usar la herramienta “Compare el cuidado de la salud en el hogar” del sitio Web para comparar las agencias de su zona visitando www.medicare.gov/HHCompare. Puede compararlas por los servicios que ofrecen y por la calidad de los mismos. Compare el cuidado de la salud en el hogar le brinda la información siguiente:

- Nombre, dirección y teléfono de la agencia
- Los servicios que ofrece (como cuidado de enfermería, terapia física, ocupacional, del lenguaje/habla, servicios sociales y servicio de auxiliar)
- Fecha inicial en la que la agencia fue certificada por Medicare
- Tipo de organización (con fines de lucro, de gobierno, sin fines de lucro)
- Información sobre la calidad de los servicios brindados por la agencia (mediciones de calidad)

Las palabras en **rojo** están definidas en las páginas 29–30.

Compare la calidad

Algunas agencias de cuidado de la salud en el hogar hacen mejor trabajo al cuidar a sus pacientes que otras. Estas agencias le brindan un cuidado de buena calidad cuando están tratando a los pacientes de la mejor manera para cada condición. Use Compare el cuidado de la salud en el hogar para ver qué tan bien cuidan a sus pacientes las agencias de su zona. Usted puede comparar las agencias basándose en varias calificaciones de calidad y con los promedios estatales y nacionales.

Aquí hay un ejemplo del tipo de información que encontrará en Compare el Cuidado de la Salud en el Hogar:

Medición de calidad	Porcentaje de la agencia XYZ	Promedio estatal	Promedio nacional
Mientras más alto el porcentaje, mejor			
Porcentaje de los pacientes que han mostrado una mejoría al caminar o desplazarse	71%	76%	82%
Porcentaje de pacientes que han mostrado una mejoría para acostarse y levantarse de la cama	74%	72%	72%
Porcentaje de pacientes que tienen menos dolor al moverse	59%	80%	76%
Porcentaje de pacientes a quien les mejoró o sanó su herida después de una operación	77%	76%	80%

Lista de verificación de las agencias

Use esta lista cuando esté escogiendo una agencia.

Nombre de la agencia de cuidado de la salud en el hogar _____

Pregunta	Sí	No	Comentarios
1. ¿Está certificada por Medicare?			
2. ¿Está certificada por Medicaid (si usted tiene Medicare y Medicaid)?			
3. ¿Ofrece los servicios de salud que yo necesito (como enfermería y terapia física)?			
4. ¿Satisface mis necesidades especiales (como preferencias culturales o de idioma)?			
5. ¿Ofrece los servicios de cuidado personal que yo necesito (como ayuda para bañarme, vestirme y usar el baño)?			
6. ¿Ofrece los servicios de apoyo que necesito o puede ayudarme a recibir servicios adicionales como el de entrega de comidas como Meals on Wheels?			
7. ¿Tiene personal disponible para brindarme el tipo y las horas de atención ordenados por mi médico y pueden comenzar cuando lo necesite?			
8. ¿Me la ha recomendado mi médico, el planificador de altas del hospital o mi asistente social?			
9. ¿Tiene personal disponible durante la noche y los fines de semana por si tengo una emergencia?			
10. ¿Me explica lo que cubre mi seguro y lo que debo pagar de mi bolsillo?			
11. ¿Averigua todos los antecedentes del personal que contrata?			
12. ¿Tiene cartas de pacientes satisfechos, familiares y médicos que pueden declarar que el personal de la agencia hace un buen trabajo?			

Normas especiales para las agencias de cuidado de la salud en el hogar

Por lo general, la mayoría de las agencias certificadas por Medicare aceptarán a todos los pacientes con Medicare. La agencia no tiene obligación de aceptar un paciente si no puede brindarle los servicios que necesita. La agencia no puede negarse a aceptar un paciente de Medicare por el problema de salud de dicho paciente, a menos que la agencia también se niegue a aceptar a otras personas que tengan el mismo problema.

Medicare sólo pagará por los servicios de una agencia a la vez. Usted puede cambiar de agencia en cualquier momento. Comuníquese con su médico para que lo refiera a otra agencia. Usted debe comunicarles sobre el cambio a la agencia que está dejando y a la nueva agencia que le prestará servicios.

Más información sobre las agencias de cuidado de la salud en el hogar

Su Agencia Estatal de Inspección, la organización que inspecciona y certifica a las agencias de cuidado de la salud en el hogar para Medicare, también tiene información sobre las agencias. Pídale el informe de la inspección de la agencia de cuidado de la salud en el hogar que le interesa. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir el número de teléfono de su Agencia Estatal de Inspección. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov.

En algunos casos, su intermediario local de cuidado a largo plazo puede tener información sobre las agencias de su zona. Para buscar al intermediario local de cuidado a largo plazo visite www.ltcombudsman.org. También puede llamar al Localizador Eldercare al 1-800-677-1116 o visitar www.eldercare.gov.

Si desea más información sobre las agencias de cuidado de la salud en el hogar:

- Pregúntele a su médico, planificador de altas del hospital o a su asistente social. También le puede preguntar a un familiar o amigo sobre su propia experiencia con alguna agencia.
- Utilice el servicio de referencia de la comunidad u otra agencia de la comunidad que lo ayuda con sus problemas de salud.
- Fíjese en las Páginas Amarillas (guía telefónica) en las categorías “cuidado en el hogar” (*home care*) o “cuidado de la salud en el hogar” (*home health care*).

Sección 3: Obtenga los servicios para el cuidado de su salud en el hogar

Por lo general, una vez que su médico indica que usted necesita los servicios de cuidado de la salud en el hogar, el personal de la agencia irá a su domicilio para hablar con usted sobre sus necesidades y hacerle algunas preguntas sobre su salud. La agencia de cuidado de la salud en el hogar también hablará con su médico sobre el tipo de atención que necesita y lo mantendrá informado acerca de su progreso. Para comenzar los servicios se necesita una orden del médico.

Su plan de atención

Su agencia de cuidado de la salud en el hogar trabajará con usted y con su médico para desarrollar un plan de atención. Este plan indica qué tipo de servicio y de cuidados debe recibir para tratar su problema de salud. Usted tiene el derecho de participar en el desarrollo del plan. El mismo incluye:

- El servicio que usted necesita
- Cuáles son los profesionales de la salud que deben brindárselo
- La frecuencia con la que necesita los servicios
- El equipo médico que necesita
- Cuáles son los resultados que su médico espera del tratamiento

Su agencia tiene que brindarle todos los servicios nombrados en su plan de cuidado. La agencia debe hacer esto a través de su propio personal o a través de un acuerdo con otra agencia; o contratando enfermeras, terapeutas, auxiliares y consejeras de asistencia social médica para cumplir con sus necesidades.

Las palabras en rojo están definidas en las páginas 29–30.

Su plan de atención (continuación)

Su médico y el personal de la agencia evalúan su plan de atención cada vez que sea necesario, pero por los menos una vez cada 60 días. Si su estado de salud cambia, la agencia debe comunicárselo a su médico inmediatamente. Se revisará su plan y tal vez se hagan cambios. Su agencia de cuidado de la salud en el hogar sólo puede cambiar su plan de cuidados con la autorización de su médico. Su agencia debe comunicarle cualquier cambio en su plan de atención. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios o si piensa que no se satisfacen sus necesidades, hable con su médico y con la agencia.

El equipo de cuidado de la salud en el hogar le enseñará a usted (y a sus familiares o amigos que lo estén ayudando) a continuar cualquier cuidado que necesite, incluyendo cuidar una herida, terapia y mantenimiento de una enfermedad. Debe aprender a reconocer problemas como infecciones o falta de aire y saber qué hacer o a quién llamar si eso le ocurre.

Sus derechos como beneficiario de Medicare

En general como beneficiario de Medicare que recibe los servicios de una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare, usted tiene ciertos derechos entre los que se incluyen el derecho a:

- obtener un aviso por escrito sobre sus derechos antes de empezar el cuidado
- que se respeten su hogar y sus bienes
- que le informen con anticipación el tipo de cuidado que recibirá y cuándo cambiarán su plan de atención
- participar en su plan de cuidado y tratamiento
- obtener información por escrito sobre sus derechos de confidencialidad y de apelación
- que su información personal sea confidencial
- obtener información verbalmente y por escrito sobre lo que se espera que pague Medicare y lo que le corresponderá pagar a usted por los servicios
- presentar una queja sobre la calidad de los servicios y a que la agencia haga un seguimiento sobre su queja
- conocer el número de teléfono de la línea para el cuidado de la salud en el hogar de su estado, para llamar si tiene una queja o una pregunta sobre los servicios que recibe

Lea más sobre estos derechos y protecciones en las siguientes publicaciones:

- “Sus \derechos y protecciones de Medicare”—visite <http://go.usa.gov/caZ>.
- El manual “Medicare y Usted”—Visite <http://go.usa.gov/xaJ>.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Dónde presentar una queja sobre la calidad del cuidado de la salud en el hogar

Si usted quiere quejarse de la calidad del cuidado que está recibiendo de una agencia de cuidado de la salud en el hogar, debe llamar cualquiera de las siguientes organizaciones:

- Su línea estatal de cuidado de la salud en el hogar. Su agencia de cuidado de la salud en el hogar le debe dar este número de teléfono cuando comienza a recibir cuidado de la salud en el hogar.
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO por su sigla en inglés) de su estado. La QIO es un grupo de médicos en actividad y otros expertos de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar el cuidado brindado a los beneficiarios de Medicare. Para conseguir el número de teléfono de su QIO, visite www.medicare.gov. También puede llamar al 1-800-MEDICARE.



Lista de verificación del cuidado de la salud en el hogar

Esta lista puede ayudarle (y ayudar a su familia o amigos que lo cuidan) a controlar el cuidado de su salud en el hogar. Úsela para asegurarse de que está recibiendo servicios de calidad.

Quando recibo atención en mi hogar	Sí	No	Comentarios
1. El personal es atento y nos trata a mi familia y a mí con respecto.			
2. El personal nos explica el plan de atención, nos permite participar en el desarrollo del plan y nos avisa con anterioridad sobre cualquier cambio.			
3. El personal está entrenado y licenciado para brindarme los servicios que necesito.			
4. La agencia me explica qué hacer si tengo algún problema con el personal o con el cuidado que recibo.			
5. La agencia responde rápidamente a mis pedidos.			
6. El personal controla en cada visita mi estado físico y emocional.			
7. El personal reacciona rápidamente frente a cualquier cambio en mi salud o en mi conducta.			
8. El personal revisa mi casa y me sugiere los cambios pertinentes para que mi hogar sea un lugar seguro y se adapte a mis necesidades.			
9. El personal me ha explicado qué hacer si tengo una emergencia.			
10. La agencia y el personal protegen mi privacidad.			

Sección 4: Obtenga la ayuda que necesita

Ayuda Adicional para pagar por la cobertura Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)

Usted puede calificar para la Ayuda Adicional, también conocida como Subsidio por Bajos Ingresos (LIS por su sigla en inglés) de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados si sus ingresos y recursos anuales están por debajo de los siguientes límites en el 2010:

- Persona soltera—Ingresos de menos de \$16,245 y recursos de menos de \$12,510
- Persona casada que vive con su cónyuge—Ingresos de menos de \$21,855 y recursos de menos de \$25,010

Estas cantidades pueden cambiar en el 2011. Tal vez califique si tiene un ingreso más alto (por ejemplo, si sigue trabajando o si vive en Alaska o Hawai o tiene algún dependiente viviendo con usted). Los recursos incluyen cualquier dinero en una cuenta de ahorros o cuenta corriente, acciones y bonos. Los recursos no incluyen su casa, su auto, artículos de casa, terreno para la sepultura, hasta \$1,500 de gastos para un entierro (por persona) o una póliza de seguro de vida. Para más información llame al Seguro Social al 1-800-772-1213, o visite www.socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Toda la información que usted brinde será confidencial.

Las palabras
en **rojo** están
definidas en
las páginas
29–30.

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs por su sigla en inglés)

Varios estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP por su sigla en inglés) que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos según su necesidad económica, edad o condición médica. Cada SPAP estipula sus propias normas sobre cómo brindan cobertura a sus miembros. Según el estado donde viva, el SPAP tendrá maneras distintas de ayudarle. Para averiguar sobre los SPAP de su estado, llame a su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (SHIP por su sigla en inglés). Para conseguir el número de teléfono visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Medicaid

Medicaid es un programa conjunto estatal y federal que ayuda a pagar los gastos médicos de las personas que tienen ingresos y recursos limitados y satisfacen otros requisitos. Algunas personas cumplen los requisitos para Medicare y Medicaid (estas personas son consideradas “doblemente elegibles”).

- Si usted tiene tanto Medicare como cobertura completa de Medicaid la mayoría de los costos del cuidado de su salud estarán cubiertos.
- Los programas Medicaid varían de estado a estado. También tienen nombres distintos, como “Ayuda médica” o “Medi-Cal”.
- Las personas que tienen Medicaid pueden obtener cobertura de ciertos servicios que no estén totalmente cubiertos por Medicare, como la enfermería en el hogar o el cuidado de la salud en el hogar.
- Los límites de ingresos y recursos para Medicaid pueden variar en cada estado y pueden tener otros requisitos para ser elegible.
- En algunos estados, quizás tenga que solicitar por Medicare para poder tener Medicaid.
- Llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar si reúne los requisitos para obtener ayuda o para más información sobre Medicaid. Llame al 1-800-MEDICARE y diga “Medicaid” si desea el número de teléfono de Medicaid. También puede visitar www.medicare.gov.

Programas de Ahorro de Medicare (Ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare)

Los estados tienen programas que pagan la primas de Medicare de las personas que tiene ingresos y recursos limitados, en algunos casos también pueden pagar los deducibles y el coseguro de las Partes A (Seguro de hospital) y B (Seguro médico) de Medicare. Estos programas ayudan a millones de beneficiarios de Medicare a ahorrar dinero cada año.

Para ser elegible para los Programas de Ahorro de Medicare usted debe cumplir con todas estas condiciones:

- Tener la Parte A de Medicare.
- Persona soltera—Tener un ingreso mensual que sea menos de \$1,239 y recursos menos de \$8,100.
- Persona casada que vive con su cónyuge—Tener un ingreso mensual que sea menos de \$1,660 y recursos menos de \$12,910.

Notas: Estas cantidades pueden cambiar cada año. Tal vez califique si tiene un ingreso más alto porque cada estado calcula sus ingresos y recursos de una manera distinta o quizás ni tenga un límite. Recursos incluyen cualquier dinero en una cuenta de ahorros o cuenta corriente, acciones y bonos. Los recursos no incluyen su casa, su auto, artículos de casa, terreno de entierro, hasta \$1,500 de gastos para un entierro (por persona) o sus muebles.

Si desea más información

- Si desea más información llame a su Oficina Estatal de Ayuda Médica (**Medicaid**) y pida más información sobre los Programas de Ahorro de Medicare. Los nombres de estos programas y cómo funcionan pueden variar de estado a estado. Es importante que llame si piensa que reúne los requisitos para estos programas, aun si no está seguro.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para obtener el número de teléfono para su estado. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite <http://go.usa.gov/cOD> para ver el folleto “Ayuda con sus Costos de Medicare: Comencemos”.
- Comuníquese con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (SHIP por su sigla en inglés) para consejería gratuita de seguro médico. Para conseguir el número de teléfono, llame al 1-800-MEDICARE. También puede visitar www.medicare.gov y hacer clic en “Ayuda y Apoyo” y luego en “Números de teléfono y sitios Web útiles”, a continuación busque usando las palabras “organización” o “SHIP”.

Ayuda con sus preguntas sobre el beneficio del cuidado de la salud en el hogar

Si tiene preguntas sobre la cobertura de Medicare del cuidado de la salud en el hogar y está en el **Medicare Original**, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted recibe sus beneficios de Medicare a través un plan de salud de Medicare, llame a su plan.

También puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (SHIP). Cada estado y territorio más Puerto Rico, las Islas Vírgenes, y el Distrito de Columbia tienen un SHIP con consejeros que pueden brindarle información y ayuda gratuita sobre seguros médicos. Los asesores de SHIP responden a sus preguntas sobre los beneficios de Medicare de cuidado de la salud en el hogar y lo que Medicare, **Medicaid** y otros seguros pagan por esos beneficios. Además, también responden a las preguntas relacionadas con lo siguiente:

- Preguntas sobre los pagos de Medicare.
- Preguntas sobre la compra de una póliza **Medigap** (seguro suplementario a Medicare) o el seguro de cuidado a largo plazo.
- Responden a sus inquietudes sobre denegaciones de pago y **apelaciones**
- Sobre los derechos y protecciones Medicare.
- Quejas sobre los servicios y tratamientos.
- Ayuda para escoger un **plan de salud de Medicare**.



Para obtener el número de teléfono de su SHIP, visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.

Lo que debe saber acerca de fraude

En general, la mayoría de las agencias para el cuidado de la salud en el hogar son honestas y facturan correctamente. Desafortunadamente, a veces hay algunas que cometen fraude. El fraude le cuesta mucho dinero a Medicare, dinero que podría usarse para pagar reclamaciones. Usted tiene un papel importante en la lucha para prevenir el fraude, la pérdida de dinero y el abuso al Programa Medicare.

Usted debe estar atento a:

- Las visitas de la agencia ordenadas por su médico y que usted no recibió.
- Visitas innecesarias del personal de la agencia de cuidado de salud en el hogar que no pidió.
- Facturas por equipo o servicios que nunca recibió.
- Firmas falsas (suya o la de su médico) en los formularios médicos u órdenes de equipo.
- La presión que puedan hacerle para que acepte artículos o servicios que no necesita o que Medicare no cubre.
- Artículos que aparecen en su Resumen de Medicare y que usted piensa que no recibió o usó.
- Servicio para la salud en el hogar que su médico no ordenó. El médico que ordena estos servicios debe conocerlo y participar en su atención. Si cambian su plan de servicios, asegúrese de que su médico haya participado en los cambios.
- Una agencia de cuidado de la salud en el hogar que le ofrece artículos o servicios gratuitos a cambio de su número de Medicare. Considere a su tarjeta de Medicare como consideraría a una tarjeta de crédito o efectivo. Nunca proporcione su número de Medicare o **Medicaid** a una persona que le ofrezca un servicio gratis y le pida el número para mantenerlo en sus archivos.

La mejor manera de proteger su beneficio de cuidado de la salud en el hogar es saber qué cubre Medicare y cuál es el plan de atención que su médico ha diseñado para usted. Si hay algo que no entiende, pregunte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted sospecha de un fraude:

- Comuníquese con su agencia de cuidado de la salud en el hogar para asegurarse de que su factura esté correcta.

- Llame a la línea de la oficina del Inspector General:

Por teléfono: 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)

Por fax: 1-800-223-2164 (máximo 10 páginas)

Por correo electrónico: HHSTips@oig.hhs.gov

Por correo: Oficina del Inspector General

HHS TIPS Hotline

P.O. Box 23489

Washington, DC 20026

Por favor tenga en cuenta que la política de la línea abierta es no responder directamente a las comunicaciones por escrito.

- Si usted vive en Florida, llame a la línea de fraude de Florida de Medicare:

Por teléfono: 1-866-417-2078

Por correo electrónico: floridamedicarefraud@hp.com

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Importante: Si usted está denunciando un fraude por favor provea la información más identificativa que le sea posible. Incluya el nombre de la persona o compañía, dirección y número de teléfono. Los detalles deben incluir lo básico del quién, qué, cuándo, dónde, por qué y cómo.

Definiciones

Apelación—Una apelación es un tipo de queja especial que usted hace si no está de acuerdo con alguna decisión de Medicare o de su plan de salud o de su plan de recetas médicas. Usted puede apelar si Medicare o su plan le niega alguno de los siguientes:

- Una solicitud para un servicio, suministro o medicamento que cree que debería obtener.
- Una solicitud de pago por un servicio o medicamentos recetado que ya recibió
- Una solicitud para cambiar la cantidad que usted debe pagar por un medicamento recetado

También puede apelar si ya está recibiendo cobertura y Medicare o su plan dejan de pagar.

Equipo médico duradero (DME por su sigla en inglés)—El equipo médico ordenado por su médico para ser usado en el hogar. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Medicaid—Un programa conjunto estatal y federal que ayuda a pagar los gastos médicos de las personas con ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían en cada estado, pero la mayoría de los costos del cuidado de la salud están cubiertos si usted tiene tanto Medicare como Medicaid.

Plan de salud de Medicare—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle los beneficios de las Partes A y B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan.

Medicare Original—El Medicare Original es un plan médico de pago-por-visita donde el gobierno le paga a su proveedores médicos directamente por sus beneficios de las Partes A y/o B.

Plan Medicare Advantage (Parte C)—Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los servicios cubiertos por las Partes A y B. Los Planes Medicare Advantage incluyen a las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud, las Organizaciones de Proveedores Preferidos, los Planes Privados de Pago por Servicio, los Planes para Necesidades Especiales y los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos. Si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare son pagados por este plan en vez de que los pague el Medicare Original. La mayoría de los Planes Medicare Advantage ofrecen la cobertura de recetas médicas.

Póliza Medigap—Un seguro suplementario a Medicare vendido por una compañía privada para cubrir lo que el Medicare Original no cubre.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés)—Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoría gratuita sobre los seguros médicos a los beneficiarios de Medicare.

Índice

A

Agencia de cuidado de la salud en el hogar 15
Agencia Estatal de Inspección 18
Apelación 11–14, 29
Aviso al Beneficiario del Servicio de Salud en el Hogar por Anticipado (HHABN) 11–12

C

Calidad 15–16
Cantidad aprobada por Medicare 9–10
Compare las agencias de cuidado de la salud en el hogar 15
Confinado a su hogar 5
Cuidado de enfermería especializado 5, 8

D

Decisión oficial 12

E

Elegibilidad 5–6
Episodio de cuidado 7
Equipo médico 9
Equipo Médico Duradero 9, 29

F

Fraude 27–28

I

Intermediario de cuidado a largo plazo 18

L

Localizador Eldercare 18

M

Medicaid 24, 25, 29
Medicamentos recetados 23
Medicare Original 4, 26, 29
Medigap (seguro suplementario a Medicare) 26, 30

O

Organización para Mejoramiento de la Calidad (QIO) 12–13

P

Pago 26
Plan de atención 5, 9, 19, 20
Plan de salud de Medicare 4, 15, 26, 29
Plan Medicare Advantage 15, 30
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) 25, 30

Q

Queja 21

S

Servicios sociales 9

T

Terapia del lenguaje/habla 5, 8
Terapia física 5, 8
Terapia ocupacional 5, 8

**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

Producto de CMS No. 10969-S

Revisada en mayo del 2010



This booklet is available in English. To get your copy, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

My Health.
My Medicare.