

Materiales educativos del programa Medicare Minute – Diciembre de 2025

Medicare y la atención en centros de enfermería especializada

1. ¿Qué es la atención en un centro de enfermería especializada?

La atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) es la atención que se proporciona en un SNF después de la estancia en un hospital. La atención de enfermería especializada incluye servicios como administración de medicamentos, alimentación por sonda y cuidado de heridas. Tome en cuenta que los centros de enfermería especializada pueden ser parte de asilos u hospitales.

Medicare Parte A puede cubrir su estancia en un SNF si:

- Usted estuvo internado(a) formalmente en un hospital durante al menos tres días consecutivos.
- Ingresa a un SNF certificado por Medicare en un plazo de 30 días después de haber dejado el hospital y recibe atención para la misma condición para la cual recibió tratamiento durante su estancia en el hospital
- Y necesita atención de enfermería especializada siete días a la semana o servicios de terapia especializada al menos cinco días a la semana.

Nota: El día en que usted se convierte en paciente internado cuenta para su estancia de tres días como paciente internado para ser elegible para la atención en un SNF cubierta por Medicare. Sin embargo, el día en que le dan de alta del hospital no cuenta. También recuerde que el tiempo que pasa recibiendo atención en una sala de emergencias o bajo un estatus de observación no cuenta para el requisito de estancia hospitalaria de tres días para pacientes internados para la cobertura de un SNF.

Si cumple con todos los requisitos anteriores, Medicare debe cubrir la atención en un SNF que usted necesite para mejorar su condición, mantener su capacidad de funcionar o prevenir que su salud empeore.

Hable con su médico o su planificador de alta hospitalaria si necesita ayuda para encontrar un SNF que cubra sus necesidades. Pídale que encuentre SNF certificados por Medicare en su área que cubran sus necesidades médicas. También puede comparar las clasificaciones de calidad de los SNF usando la [herramienta de comparación de SNF de Medicare](#). Si usted tiene un Plan Medicare Advantage, comuníquese con su plan para averiguar qué SNF están en su red.

2. ¿Cuáles son los costos y la cobertura relacionados con una estancia en un SNF?

Durante una estancia en un SNF cubierta por Medicare, la Parte A cubre:

- Una habitación semiprivada y comidas (alojamiento y comida)
- Atención de enfermería especializada proporcionada por el personal de enfermería
- Terapia, incluyendo fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional
- Servicios médicos sociales y asesoría nutricional
- Medicamentos
- Equipo y suministros médicos
- Transporte en ambulancia al proveedor más cercano de servicios necesarios, cuando otros modos de transporte pongan en riesgo su salud

Cada periodo de beneficios (consulte la pregunta 3), la Parte A cubre el costo total de sus primeros 20 días en un SNF. Para los días 21 a 100, la Parte A cubre parte del costo y usted paga un coseguro diario. Para ser elegible para la cobertura de un SNF de Medicare, su atención debe ser necesaria por razones médicas.

Nota: Si no es elegible para una estancia en un SNF cubierta por la Parte A, la Parte B puede cubrir los servicios necesarios en un SNF si usted está pagando su propio alojamiento y comidas.

3. ¿Qué es un periodo de beneficios?

Los periodos de beneficios miden su uso de los servicios dentro de un hospital y un SNF. Para la Parte A de Medicare original, un periodo de beneficios inicia el día en que ingresa a un hospital, o a un SNF, como paciente internado(a) y termina a los 60 días consecutivos tras haber sido dado(a) de alta del hospital o SNF.

Después de que usted cubre su deducible, Medicare paga en su totalidad por los días 1 a 60 que está en el hospital. Para los días 61 a 90, usted paga un coseguro diario. Si usted ha usado sus 90 días de cobertura en un hospital, pero necesita quedarse más tiempo, Medicare cubre hasta 60 días adicionales de reserva de por vida, por los cuales usted debe pagar un coseguro diario. Estos días no son renovables, es decir, usted no los recuperará cuando se vuelva elegible para otro periodo de beneficios.

La Parte A de Medicare original cubre el costo total de sus primeros 20 días en un SNF. Para los días 21 a 100, la Parte A cubre parte del costo y usted paga un coseguro diario.

Medicare dejará de pagar sus costos hospitalarios como paciente internado (por ejemplo, habitación y comida) si se le acaban los días durante su periodo de beneficios. Para ser elegible para un nuevo periodo de beneficios, y días adicionales de cobertura para pacientes internados, debe permanecer fuera del hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Cuando inicie un nuevo periodo de beneficios, también tendrá un nuevo deducible de la Parte A.

Nota: Las pólizas A a N de Medigap pagan por su coseguro hospitalario y brindan hasta 365 días de reserva de por vida adicionales. Asimismo, los Planes B a N pagan por parte o todo el deducible de hospital.

Si está tiene un Plan Medicare Advantage, comuníquese con su plan para obtener información sobre los costos y las reglas de cobertura para la atención como paciente internado.

4. ¿Qué hago si necesito quedarme en un SNF más de 100 días?

Medicare cubre hasta 100 días de atención en un SNF por cada periodo de beneficios (consulte la pregunta 3). Si necesita más de 100 días de atención en un SNF en un periodo de beneficios, deberá pagar de su propio bolsillo. Si su atención va a terminar porque se le están acabando los días, el centro no está obligado a proporcionar un aviso escrito. Es importante que usted o su cuidador(a) lleve un registro de cuántos días ha usado en el SNF para evitar costos inesperados después de que la cobertura de Medicare termine.

Recuerde que puede volver a ser elegible para la cobertura de Medicare de su atención en un SNF una vez que haya estado fuera del hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Entonces será elegible para un nuevo

periodo de beneficios, incluyendo 100 días nuevos de atención en un SNF, después de una estancia elegible de tres días como paciente internado.

Si está recibiendo fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla necesaria por razones médicas, Medicare puede seguir cubriendo dichos servicios de terapia especializada incluso cuando usted ha usado todos sus días en un SNF dentro de un periodo de beneficios, pero Medicare no pagará por su alojamiento y comidas, es decir, usted puede tener que pagar altos costos. Hable con su proveedor para averiguar si es elegible para terapia a domicilio a través del beneficio de asistencia médica a domicilio de Medicare, o si puede recibir terapia ambulatoria de manera segura mientras vive en su hogar.

Si tiene seguro de cuidado a largo plazo, este puede cubrir su estancia en un SNF después de que la cobertura de Medicare termine. Comuníquese con su plan para obtener más información. Si tiene bajos ingresos, puede ser elegible para que Medicaid cubra su atención. Para averiguar si cumple con los requisitos de elegibilidad en su estado, comuníquese con su oficina local de Medicaid.

5. ¿Qué pasa si regreso a un SNF después de haber salido?

Si sale de un SNF y regrese al mismo o a otro en un plazo de 30 días, no necesita otra estancia hospitalaria elegible de tres días. Si regresa después de que han transcurrido 30 días, Medicare no pagará a menos que usted haya estado en el hospital para otra estancia elegible de tres días durante los 30 días anteriores a su ingreso al SNF.

Medicare solo cubrirá su atención en un SNF mientras usted esté ahí. Si necesita salir del SNF por cualquier motivo, incluyendo ir al hospital, Medicare no pagará para apartar su cama en el SNF. Asimismo, aunque puede ser elegible para la atención en un SNF cubierta por Medicare después de salir del hospital, es posible que no pueda volver al mismo SNF, por ejemplo, si el SNF ya no tiene un espacio para usted.

En algunos casos, usted puede apartar una cama en un SNF si necesita dejar el SNF durante un breve periodo. El SNF puede cobrar por este servicio y usted será responsable de pagar el costo total de su propio bolsillo. En algunos estados, Medicaid puede pagar para apartar una cama. Si tiene Medicaid, contacte a su oficina local de Medicaid para obtener más información.

6. ¿Qué debo hacer si me dan de alta del SNF antes de que esté listo(a) para salir?

Si está recibiendo atención en un SNF y le dicen que Medicare original o su Plan Medicare Advantage ya no pagará por su atención (es decir, que le darán de alta), usted tiene derecho a una apelación rápida (acelerada) si cree que su atención no debería terminar. Existen procesos separados dependiendo de si está inscrito(a) en Medicare original o un Plan Medicare Advantage.

Tome en cuenta que este proceso es diferente si van a reducir su atención, pero no va a terminar, y usted no está de acuerdo con la reducción (consulte la pregunta 7).

Si usted tiene Medicare original:

1. Si su atención está terminando en un SNF debido a que su proveedor cree que Medicare no pagará por esta, usted debe recibir un Aviso de No Cobertura de Medicare. Debe recibir este aviso a más tardar dos días antes de la fecha programada para la finalización de su atención.
 - Si usted ha alcanzado el límite de su atención o no reúne los requisitos para la atención, no recibirá este aviso y no puede presentar una apelación.
2. Si cree que su atención debe continuar, siga las instrucciones en el Aviso de no cobertura de Medicare para presentar una apelación acelerada ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha en que la finalización de su atención está programada. La QIO debe tomar una decisión a más tardar a los dos días siguientes a la fecha en que la finalización de su atención estaba programada. Su proveedor no puede cobrarle antes de que la QIO tome su decisión.
 - Una vez que presente su apelación, su proveedor debe entregarle una “Explicación detallada de no cobertura” (Detailed Explanation of Non-Coverage). Este aviso explica por escrito por qué su atención se termina y menciona cualquier regla de cobertura de Medicare relacionada con su caso.
 - La QIO generalmente le llamará para obtener su opinión. Usted también puede enviar una declaración por escrito.
 - Si usted no cumple con el plazo de revisión acelerada de la QIO, tiene hasta 60 días para presentar una apelación estándar ante la QIO. Si usted todavía está recibiendo atención, la QIO debe tomar su decisión lo antes posible después de recibir su solicitud. Si ya no está recibiendo atención, la QIO debe tomar una decisión en un plazo de 30 días.
3. Si la apelación de la QIO tiene éxito, usted debe seguir recibiendo la atención cubierta por Medicare, si su médico continúa certificándola. Si la QIO deniega su solicitud, usted puede elegir presentar una apelación ante el siguiente nivel, es decir, ante el Contratista Independiente Calificado (QIC, por sus siglas en inglés), a más tardar al mediodía del día posterior a la decisión de la QIO. El QIC debe tomar una decisión en un plazo de 72 horas. Su proveedor no puede cobrarle por su atención continua hasta que el QIC tome una decisión. Sin embargo, si usted pierde su apelación, será responsable de todos los costos, incluidos los costos incurridos durante las 72 horas en las que QIC tome la decisión.
 - Si usted no cumple con el plazo del QIC, tiene hasta 180 días para presentar una apelación estándar ante el QIC. El QIC debe tomar una decisión en un plazo de 60 días.
4. Si la apelación del QIC tiene éxito, usted debe seguir recibiendo atención cubierta por Medicare, si su médico continúa certificándola. Si se deniega la apelación y su atención tiene un costo mínimo de \$190 dólares en 2025, usted puede elegir apelar ante la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés) en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la carta de denegación del QIC. Si decide apelar al nivel de la OMHA, le recomendamos que se comunique con un abogado o una organización de servicios legales para que le ayuden con esto o con los siguientes pasos en su apelación, aunque no es necesario que lo haga. La OMHA debe tomar una decisión en un plazo de 90 días.
5. Si la apelación de la OMHA tiene éxito, usted debe seguir recibiendo atención cubierta por Medicare, si su médico continúa certificándola. Si se deniega su apelación, usted puede presentar una apelación en el

siguiente nivel, ante el Consejo, en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la carta de denegación de la OMHA.

6. Si la apelación ante el Consejo tiene éxito, usted debe seguir recibiendo atención cubierta por Medicare, si su médico continúa certificándola. Si se deniega su solicitud y usted está apelando por una atención con un valor de un mínimo de \$1,840 dólares en 2025, puede elegir apelar ante el Tribunal Federal del Distrito en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la carta de denegación del Consejo. El Tribunal Federal del Distrito no tiene una fecha límite para tomar una decisión.

Si tiene un Plan Medicare Advantage:

1. Si su atención en un SNF va a terminar porque su proveedor cree que Medicare no pagará por esta, usted debe recibir un Aviso de No Cobertura de Medicare (también puede recibir un Aviso de Denegación Integrada, o IDN, por sus siglas en inglés, de su plan). Debe recibir este aviso a más tardar dos días antes de la fecha programada para la finalización de su atención.
2. Si cree que su atención debe continuar, siga las instrucciones en el Aviso de no cobertura de Medicare para presentar una apelación acelerada ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha en que la finalización de su atención está programada. La QIO debe tomar una decisión a más tardar a los dos días siguientes a la fecha en que la finalización de su atención estaba programada. Su proveedor no puede cobrarle antes de que la QIO tome su decisión.
 - o Una vez que presente su apelación, su proveedor debe entregarle una “Explicación detallada de no cobertura” (Detailed Explanation of Non-Coverage). Este aviso explica por escrito por qué su atención se termina y menciona cualquier regla de cobertura de Medicare relacionada con su caso.
 - o La QIO generalmente le llamará para obtener su opinión. Usted también puede enviar una declaración por escrito.
3. Si la apelación ante la QIO es exitosa, su atención seguirá estando cubierta. Si se deniega su apelación, usted puede presentar una apelación con la QIO por segunda vez. Un grupo diferente de personal revisará su apelación y reconsiderará si su atención debe continuar. Usted tiene 60 días a partir de la denegación inicial de la QIO. La QIO debe tomar una segunda decisión dentro de los 14 días siguientes a la apelación. Su proveedor no puede cobrarle por su atención continua hasta que el QIC tome una decisión. Sin embargo, si usted pierde su apelación, será responsable de todos los costos incurridos durante el tiempo en que la QIC ponderó la decisión.
4. Si la segunda apelación ante la QIO es exitosa, su atención hospitalaria seguirá estando cubierta. Si se deniega la apelación y su atención tiene un costo mínimo de \$190 dólares en 2025, usted puede elegir apelar ante la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés) en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la carta de denegación de la QIO. Si decide apelar al nivel de la OMHA, le recomendamos que se comunique con un abogado o una organización de servicios legales para que le ayuden con esto o con los siguientes pasos en su apelación, aunque no es necesario que lo haga.
5. Si la apelación ante la OMHA es exitosa, su atención estará cubierta. Si se deniega su apelación, usted puede elegir apelar ante el Consejo en un plazo de 60 días a partir de la fecha que aparece en su carta de denegación de la OMHA. El Consejo no tiene una fecha límite para tomar una decisión.

6. Si la apelación ante el Consejo es exitosa, su atención estará cubierta. Si se deniega su solicitud y usted está apelando por una atención con un valor de un mínimo de \$1,840 dólares en 2025, puede elegir apelar ante el Tribunal Federal del Distrito en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la carta de denegación del Consejo. El Tribunal Federal del Distrito no tiene una fecha límite para tomar una decisión.

7. ¿Qué debo hacer si mi SNF está reduciendo mis servicios?

Usted tiene derecho a apelar si su SNF decide reducir su atención porque cree que Medicare ya no cubrirá los servicios que está recibiendo. Tome en cuenta que el proceso es ligeramente diferente dependiendo de si usted tiene Medicare Original o un Plan Medicare Advantage. También tome en cuenta que existe un proceso separado si está apelando debido a que su atención va a terminar o a que el SNF desea darle de alta (consulte la pregunta 6).

Medicare Original

Si tiene Medicare Original y su SNF decide reducir los servicios que su médico recetó debido a que cree que Medicare ya no cubrirá estos servicios, debe entregarle un aviso que explique por qué se reducirán los servicios. Debe recibir un aviso que indique que Medicare puede denegar parte de su atención. A este aviso a menudo se le llama Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario de un centro de enfermería especializada (SNFABN, por sus siglas en inglés). El aviso le pedirá que elija una de las tres opciones siguientes:

- Solicite atención y pídale al SNF que le envíe la factura a Medicare ("factura a solicitud del paciente"). Si Medicare deniega la cobertura, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si la apelación no tiene éxito, usted puede ser responsable por el costo de la atención. Un SNF puede rechazar la factura a solicitud del paciente.
- Solicite atención, pero acepte pagar por la misma de su propio bolsillo.
- Rechace la atención. Puede buscar otro SNF que pueda cubrir la atención que necesita.

Recuerde que usted tiene derecho a una factura a solicitud del paciente si su atención se reducirá debido a que el SNF no cree que Medicare la cubrirá. Tome en cuenta que las reglas de la facturación pueden variar dependiendo del tipo de atención que esté recibiendo. Si usted le pide a su SNF que le envíe una factura a solicitud del paciente a Medicare, no le pueden enviar a usted una factura hasta que Medicare tome una decisión sobre la cobertura.

Medicare Advantage

Si tiene un Plan Medicare Advantage y su SNF está reduciendo sus servicios porque cree que Medicare Advantage ya no cubrirá algunos de los servicios que usted está recibiendo, suele tener que apelar para pedirle a su plan una revisión rápida (acelerada) de la decisión de cambiar su plan de atención. Para hacer esto, el SNF debe primero contactar al plan para una decisión de cobertura, autorización previa o factura a solicitud del paciente (dependiendo del plan). Luego, el plan responde a esta solicitud con un Aviso de No Cobertura de Medicare (o un Aviso de Denegación Integrada o IDN, por sus siglas en inglés) si el plan está de acuerdo con la reducción. El paciente puede entonces usar este aviso de denegación para empezar su apelación de la reducción en los servicios.

8. ¿Puedo apelar el cambio de mi estatus hospitalario de paciente internado a ambulatorio?

Durante una visita al hospital, es posible que el hospital pueda cambiar su estatus de "paciente internado" a "paciente ambulatorio recibiendo servicios de observación". Este cambio en el estatus afecta sus costos y podría afectar su cobertura futura. Por ejemplo, puede impedirle alcanzar la estancia elegible de tres días como paciente internado que se requiere para una estancia subsecuente en un SNF cubierta por Medicare (consulte la pregunta 1). Si su hospital hace este cambio a su estatus, usted tiene derecho a apelar.

Usted debe recibir un aviso llamado "Aviso de Cambio de Estatus de Medicare (CMS-10868)" si el hospital cambia su estatus de "paciente internado" a "paciente ambulatorio recibiendo servicios de observación". El aviso explica que se enviará una factura a Medicare Parte B (no la Parte A) por su estancia ambulatoria. También explica que Medicare no pagará su estancia en el SNF después de salir del hospital. Este aviso incluye información sobre cómo puede apelar este cambio en su estatus.

Lo mejor es iniciar su apelación mientras sigue en el hospital, pero también puede apelar después de haber salido del hospital. Usted enviará su apelación a la Organización de Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrada en las Familias y los Beneficiarios (BFCC-QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. Dependiendo de dónde vive, su BFCC-QIO puede llamarse Livanta o Acentra Health. La BFCC-QIO le avisará al hospital sobre su apelación y revisará los expedientes médicos del hospital antes de informarle a usted sobre la decisión, en un plazo de dos días después de la presentación de su apelación.

Si la BFCC-QIO está de acuerdo con el hospital en que su estatus debía cambiarse, usted será responsable por los costos de la Parte B asociados con su estancia hospitalaria. Tampoco se le requerirá la estancia de tres días como paciente internado para una estancia en un SNF cubierta por Medicare.

9. ¿Cubre Medicare la coordinación de la atención después de salir de un SNF?

Medicare Parte B cubre la coordinación de la atención (también llamada administración de la atención de transición) si usted necesita ayuda para organizar su atención después de salir de un centro, sin importar si es un paciente internado o ambulatorio. Su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) puede proporcionar coordinación de la atención de manera automática, o usted puede solicitar servicios al pedirle a su SNF que le avise a su PCP sobre su alta.

Bajo este beneficio, usted debe recibir una visita en persona de su proveedor en un plazo de 7 a 14 días después de regresar al hogar, dependiendo de la complejidad de su condición. Su proveedor debe ofrecer los siguientes servicios, según sea necesario:

- Comunicarse con usted en un plazo de dos días después de salir del SNF
- Trabajar con sus otros proveedores de atención de salud para proporcionar educación y otros servicios para ayudarle a hacer la transición de regreso a su hogar
- Revisar su necesidad de visitas de seguimiento y ayudarle a programarlas
- Identificar sus necesidades médicas y hacer remisiones a atención de seguimiento y otros recursos comunitarios

La Parte B cubre el 80 % de la cantidad aprobada por Medicare para la coordinación de la atención después de una estancia en SNF si usted recibe el servicio de un proveedor participante. Usted paga un coseguro del 20 %

después de cubrir su deducible de la Parte B (\$257 en 2025; \$283 en 2026). Si tiene un Plan Medicare Advantage, comuníquese con su plan para obtener más información sobre los costos y la cobertura relacionados con la coordinación de la atención después de salir de un SNF.

Si tiene preguntas sobre cómo recibir este beneficio, hable con su proveedor de atención primaria.

10. ¿Cómo puedo prevenir, detectar y reportar un fraude relacionado con un SNF?

Los SNF son una parte importante de la recuperación de muchos pacientes después de una estancia hospitalaria. Desafortunadamente, algunos centros (incluso algunos asociados con cadenas nacionales) han recurrido a la facturación fraudulenta. Los SNF pueden usar prácticas fraudulentas de facturación para ganar más dinero de lo que han recibido de Medicare o de los pacientes mismos. Ponga atención a las siguientes señales de advertencia:

- Ve cargos en su Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) o Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) por:
 - Servicios que su médico no consideró necesarios por razones médicas
 - Servicios terapéuticos o consultas que se le facturaron a Medicare, pero no se proporcionaron
 - Servicios más costosos de los que le proporcionaron o más terapia de la que le proporcionaron
 - Servicios de enfermería especializada en fechas posteriores a su alta del SNF
- Le obligan a quedarse en un SNF hasta que sus beneficios de la Parte A hayan vencido, incluso cuando su condición ha mejorado y usted desea cambiar a los servicios de asistencia médica a domicilio

Si cree que ha experimentado un posible fraude, error o abuso contra Medicare, comuníquese con su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés). La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

11. ¿A quién puedo contactar para obtener más ayuda?

Su médico o planificador de alta hospitalaria: hable con su médico o su planificador de alta hospitalaria si necesita encontrar un SNF que cubra sus necesidades. Su médico también puede ayudar a responder sus preguntas sobre la recepción de beneficios en un SNF y de coordinación de la atención.

Su Plan Medicare Advantage: comuníquese con su plan para averiguar qué SNF están en la red. También puede obtener información sobre cualquier costo específico y reglas de cobertura que apliquen a la cobertura de SNF de su plan.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SHIP local para que le ayuden a entender su cobertura de SNF o para que le ayuden a apelar un alta o reducción de la atención. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés): contacte a su SMP local si cree que ha experimentado un posible fraude, error o abuso contra Medicare. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

Estudio de caso práctico del SHIP

Patricia ingresó al hospital como paciente internada el 3 de marzo después de haber sufrido una caída en su casa y lastimarse la cadera. Recibió un aviso escrito el 7 de marzo de parte de su hospital que decía que la darían de alta el 8 de marzo y podía regresar a casa. Patricia se sentía lista para regresar a casa en ese momento. Sin embargo, después de un mes en casa, empezó a tener dolor de cadera. Habló con su médico, quien le dijo que debía ir a un SNF para recibir atención de rehabilitación diaria. Patricia tiene planes de internarse en un SNF certificado por Medicare al día siguiente.

¿Cubrirá Medicare la estancia en un SNF de Patricia?

- No. Debido a que internaron formalmente a Patricia como paciente internada durante cinco días, ella cumple con el requisito de estancia hospitalaria elegible para que Medicare cubra la atención en un SNF. Sin embargo, como se fue a casa después de que la dieron de alta e ingresó al SNF más de 30 días después, Medicare no cubrirá la estancia en un SNF, ya que Patricia excedió el plazo de 30 días del alta hospitalaria al ingreso al SNF.
- Medicare puede no cubrir la habitación ni las comidas, pero si Patricia pagara esto ella misma y recibiera terapia de rehabilitación, se consideraría terapia ambulatoria y podría estar cubierta por la Parte B.
- Patricia también puede preguntarle a su médico si la asistencia médica a domicilio podría ser una alternativa adecuada para ella. Podría recibir atención de rehabilitación diaria en su hogar si su médico está de acuerdo en que es elegible para la asistencia médica a domicilio y que este plan de atención es médicamente adecuado para ella.
- Si Patricia necesita más ayuda para entender la cobertura de un SNF, puede comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) local.
 - Si no sabe cómo comunicarse con su SHIP local, puede visitar www.shiphelp.org o llamar al 877-839-2675.

Estudio de caso práctico de la SMP

Hace poco, Miriam tuvo una estancia de 14 días en un SNF después de una cirugía. Recibió un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) que indicaba que Medicare había pagado por 20 días de la cobertura del SNF. A Miriam le preocupa que Medicare no tenga la información correcta sobre su estancia en el SNF y quiere saber qué debe hacer.

¿Qué debe hacer Miriam?

- Miriam debe llamar a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda.
 - Si Miriam no sabe cómo comunicarse con su SMP, puede llamar al 877-808-2468 o visitar www.smpresource.org.
- La SMP le dirá a Miriam que tiene razón de estar preocupada sobre la información incorrecta en su SMP. Si el SNF le envió una factura intencionalmente a Medicare por una estancia más larga de la que tuvo, esto podría considerarse un fraude contra Medicare. Incluso si fue un error, esto resulta en costos excesivos para el programa de Medicare y podría impedir que Miriam reciba atención adicional en un SNF en el futuro.

- La SMP puede indicarle a Miriam que llame al SNF para informarles sobre el error y pedirles que lo corrijan y que vuelvan a enviar los reclamos a Medicare de manera correcta.
- Si el SNF no responde o se rehúsa a corregir el error, la SMP puede ayudar a Miriam a reportar un fraude potencial ante Medicare y las autoridades correspondientes.
- La SMP le recordará a Miriam sobre la importancia de seguir revisando sus MSN y las facturas que recibe de sus proveedores para que pueda detectar errores como este.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
<p>Línea gratuita de SHIP: 800-247-4422</p> <p>Correo electrónico del SHIP: IdahoSHIBA@doi.idaho.gov</p> <p>Sitio web del SHIP: https://doi.idaho.gov/SHIBA/</p> <p>Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 y diga “Medicare” cuando se lo pidan o visite www.shiphelp.org.</p>	<p>Línea gratuita de la SMP:</p> <p>Correo electrónico de la SMP:</p> <p>Sitio web de la SMP:</p> <p>Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org.</p>
<p><i>Este documento está respaldado por la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), como parte de una concesión de ayuda económica con un total de \$3,000,000, de los cuales el 100 por ciento está financiado por ACL/HHS. El contenido pertenece al autor o autores y no representa necesariamente los puntos de vista oficiales, ni el respaldo, de ACL/HHS ni del gobierno estadounidense.</i></p> <p>Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 www.shiphelp.org info@shiptacenter.org Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468 www.smpresource.org info@smpresource.org © 2025 Medicare Rights Center www.medicareinteractive.org</p> <p><i>El Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center) es autor de ciertas secciones del contenido en estos materiales, pero no es responsable por ningún contenido que el Centro de Derechos de Medicare no haya creado.</i></p>	