

Materiales educativos del programa Medicare Minute – Mayo de 2025

Medicare y el equipo médico duradero

1. ¿Qué es el equipo médico duradero?

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) es el equipo que le ayuda a completar sus actividades diarias. Incluye una variedad de artículos, como andaderas, sillas de ruedas y tanques de oxígeno. Medicare generalmente cubre el DME si el equipo:

- Es duradero, es decir, puede resistir el uso repetido
- Se usa con fines médicos
- Es adecuado para su uso en el hogar, aunque también puede usarlo fuera del hogar
- Y puede durar tres años o más.

Para estar cubierto por la parte B, su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) debe recetarle el DME. Si usted está internado(a) en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) o en un hospital, la Parte A cubre el DME.

Medicare también cubre las prótesis (aparatos que reemplazan un órgano del cuerpo o parte de este), el equipo ortopédico (ciertos apoyos para partes del cuerpo) y los suministros. Este equipo está incluido dentro de la categoría general llamada equipo médico duradero, prótesis, equipo ortopédico y suministros (DMEPOS, por sus siglas en inglés).

Ya sea que usted tenga Medicare original o un Plan Medicare Advantage, los tipos de equipo cubierto por Medicare son los mismos.

Los ejemplos de DME incluyen:

- Sillas de ruedas
- Andaderas
- Camas de hospital
- Escúteres eléctricos
- Equipo portátil de oxígeno
- Glucómetros

Las prótesis pueden incluir aparatos protéticos que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo, incluyendo catéteres para condiciones permanentes, piernas, brazos y ojos artificiales.

El equipo ortopédico incluye soportes rígidos y semirrígidos para piernas, brazos, espalda y cuello.

Los suministros médicos incluyen tiras de prueba y lancetas para la diabetes que se utilizan con los glucómetros. También incluyen algunos medicamentos recetados y suministros utilizados con DME cubierto, por ejemplo, medicamentos utilizados con nebulizadores.

Para averiguar si Medicare cubre el equipo o los suministros que necesita, o para encontrar un distribuidor de DME en su área, llame al 1-800-MEDICARE o visite www.medicare.gov. También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener más información sobre la cobertura de Medicare del DME. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

2. ¿Qué tipo de equipo y suministros no cubre Medicare?

Hay ciertos tipos de DME y suministros que Medicare no cubre, incluidos los siguientes:

- Equipo cuyo objetivo principal es ayudarlo fuera del hogar. Por ejemplo, si usted puede caminar distancias cortas por sí mismo(a) —lo suficiente para moverse dentro de su casa—, entonces Medicare no cubre un escúter eléctrico que solo necesita fuera del hogar.
- La mayoría de los artículos cuyo único objetivo es hacer que las cosas sean más convenientes o cómodas. Esto incluye elevadores para escaleras, barras de soporte, aire acondicionado y asientos para tinas e inodoros.
- Artículos que se desechan después de usarse o que no se usan con el equipo. Por ejemplo, Medicare no cubre los paños para la incontinencia, los catéteres (excepto cuando pueden cubrirse como prótesis si la necesidad es permanente), cubrebocas quirúrgicos o medias de compresión. Sin embargo, si usted recibe atención médica a domicilio, Medicare paga por algunos suministros desechables —incluidos aquellos que no pueden cubrirse por separado, como gasas— como parte de su beneficio de atención médica a domicilio.
- Las modificaciones a su hogar, como rampas o ampliación de puertas para mejorar el acceso para las sillas de ruedas.
 - Nota: Algunos Planes Medicare Advantage pueden cubrir modificaciones pequeñas al hogar u otros artículos como un beneficio suplementario.
- El equipo no adecuado para el uso en el hogar. Esto incluye algunos tipos de DME utilizados en hospitales o centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), como unidades de baños de parafina y camas oscilantes.

Tome en cuenta que Medicaid puede cubrir algunos equipos que Medicare no cubre o puede tener diferentes estándares de cobertura.

3. ¿Cómo puedo obtener DME cubierto por Medicare?

Sin importar si tiene Medicare original o un Plan Medicare Advantage, Medicare cubre su DME si usted cumple con estas dos condiciones:

1. Su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) debe firmar una orden, receta o certificado. En este documento, su PCP debe declarar que:
 - a. Usted necesita el DME solicitado para ayudarlo con una condición médica o lesión
 - b. El equipo es para uso en el hogar
 - c. Y, si corresponde, se llevó a cabo una consulta en persona.
 - i. Cuando se requiera, la consulta en persona no debe haber ocurrido más de seis meses antes de que se redacte la receta. Su proveedor debería saber si Medicare requiere una consulta en persona para el artículo que usted necesita.
2. Una vez que tenga la orden o receta de su PCP, debe entregársela al distribuidor correcto para obtener cobertura. Asegúrese de usar únicamente distribuidores que tengan aprobación de Medicare original o de su Plan Medicare Advantage.

Nota: Hay un proceso diferente si necesita cobertura para una silla de ruedas o escúter manual o eléctrico (consulte la pregunta 7).

4. ¿Con qué distribuidores debo obtener mi DME?

Si desea que Medicare ayude a cubrir los costos de su DME, es importante usar el distribuidor correcto.

Distribuidores de DME de Medicare original

Si tiene Medicare original, debe obtener su DME con un **distribuidor aprobado por Medicare** que acepte asignaciones. Puede llamar a 1-800-MEDICARE o visitar www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers para obtener una lista de estos distribuidores en su área.

Tome en cuenta que muchos distribuidores están aprobados por Medicare, pero no aceptan asignaciones (es decir, no aceptan la tarifa de pago de Medicare). Estos distribuidores pueden cobrarle una cantidad superior a la aprobada por Medicare por el costo de los servicios. Medicare solo pagará el 80 % de la cantidad aprobada por los servicios, así que usted será responsable de pagar cualquier costo adicional.

Evite distribuidores que no se hayan registrado para facturar a Medicare por el DME y que no estén aprobados por Medicare. Medicare no pagará por los artículos que usted reciba de estos distribuidores. Esto quiere decir que usted es responsable por el costo total. Si usted usa un distribuidor de DME que no se haya registrado con Medicare, el distribuidor debe pedirle que firme un contrato privado que confirme que usted entiende que es responsable por el costo total de su atención. Si usted no firma un contrato privado, no debe pagarle el costo del DME al distribuidor.

Distribuidores de DME de Medicare Advantage

Si tiene un Plan Medicare Advantage, debe seguir las reglas del plan para obtener DME. Su plan puede requerir que usted:

- Reciba aprobación del plan antes de obtener su DME.
- Use un distribuidor de la red de distribuidores del plan.
 - Usted puede no tener cobertura o tener muy poca si utiliza un distribuidor fuera de la red.
- Utilice una marca preferencial.
 - Usted puede tener que pagar un costo más elevado cuando utiliza una marca no preferencial.

Comuníquese con su plan para obtener más información sobre las reglas de cobertura del DME antes de pedir su DME.

5. ¿Cuáles son los costos asociados con el DME?

Renta/compra: dependiendo del tipo de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), Medicare puede requerir que usted lo rente o lo compre.

- La mayoría del equipo se renta inicialmente, incluidas las sillas de ruedas manuales y eléctricas.
 - Medicare original cubre el 80 % del costo de una cuota mensual de alquiler durante 13 meses. Usted paga un coseguro del 20 %.
 - Después de 13 meses, usted generalmente se convertirá en dueño(a) del equipo automáticamente.
- En ciertas situaciones, usted puede tener que comprar su DME. Por ejemplo, Medicare puede requerir que usted compre un artículo que esté hecho a su medida.
 - Medicare original cubre el 80 % de la cantidad aprobada por Medicare para el costo del equipo. Usted paga un coseguro del 20 %.

- Medicare le da la opción de rentar o comprar ciertos artículos, como algunas sillas de ruedas eléctricas, artículos que cuestan menos de \$150 y bombas de infusión parenteral/enteral.
- Nota: Hay diferentes reglas para el equipo de oxígeno (consulte la pregunta 8).

Reparaciones/mantenimiento: en algún momento, su DME puede necesitar reparaciones y/o mantenimiento de parte de su distribuidor.

- Las reparaciones del distribuidor incluyen arreglar el equipo desgastado o dañado.
- El mantenimiento significa revisar, limpiar y darle servicio a su equipo.

De ser posible, se espera que usted le dé mantenimiento regular usando el manual para los dueños. Sin embargo, un distribuidor debe realizar el mantenimiento si la tarea es complicada y requiere de un profesional. La cobertura de Medicare de reparaciones y mantenimiento más especializados del DME depende de si usted o el distribuidor es dueño(a) del equipo.

- **DME rentado:** siempre y cuando usted esté pagando la cuota mensual de alquiler de su equipo, su distribuidor debe realizar todas las reparaciones y el mantenimiento necesarios cuando se necesite un profesional. El distribuidor no puede cobrarle por este trabajo.
- **DME propio:** si usted compró su equipo o es dueño(a) de este, Medicare cubre las reparaciones y el mantenimiento necesarios cuando se requiera de un profesional y los servicios no estén cubierto por una garantía.
 - Medicare original cubre el 80 % de la cantidad aprobada por Medicare cuando usted usa un distribuidor de DME que acepta asignaciones. Usted paga un coseguro del 20 %.
- Nota: Hay reglas diferentes para las reparaciones y el mantenimiento del equipo de oxígeno (consulte la pregunta 8).

Mejoras/características especiales: generalmente, Medicare solo cubre el nivel más básico de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) para cubrir sus necesidades médicas. Si desea características o mejoras adicionales, usted debe pagar por ellas de su propio bolsillo. Por ejemplo, Medicare cubrirá una silla de ruedas eléctrica que usted necesite usar en casa, pero si usted solicita un respaldo especial o función de inclinación que no sea necesario por razones médicas, puede tener que pagar por esto usted mismo(a).

Dicho esto, Medicare puede pagar por las características especiales o las mejoras cuando su médico las incluye en su orden o receta de DME. En este caso, su médico debe explicar por qué su condición de salud justifica la característica adicional. Por ejemplo, si su médico dice que usted no tiene la fuerza o el equilibrio necesario para levantar una andadera estándar sin ruedas, Medicare debe pagar por un modelo con ruedas.

Si su distribuidor cree que Medicare no pagará por las características o mejoras adicionales, el distribuidor debe pedirle que firme un formulario de exención llamado Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés) antes de que usted reciba los artículos. En el ABN, usted debe marcar la casilla que dice que desea obtener las mejoras y que acepta pagar el costo total si Medicare deniega la cobertura. Incluso si Medicare rechaza la mejora, de todos modos debe pagar la cantidad que debería haber pagado por el modelo básico del equipo. Usted recibirá una factura por el resto de los costos. Si Medicare se niega a cubrir las mejoras y el distribuidor no le entregó a usted un ABN, usted no le debe nada al distribuidor por las características adicionales.

6. ¿Qué pasa si necesito reemplazar mi DME?

Medicare pagará el reemplazo del equipo que usted renta o del que es dueño(a) en cualquier momento si el equipo se pierde, se lo roban o se daña a tal grado que no pueda repararse debido a un accidente o desastre natural, siempre y cuando usted tenga pruebas del daño o del robo.

Reemplazar el equipo significa sustituir un artículo por otro artículo idéntico o casi idéntico. Por ejemplo, Medicare pagará por el cambio de una silla de ruedas manual a otra, pero no pagará para que usted reemplace una silla de ruedas manual por una silla de ruedas eléctrica o escúter eléctrico.

Si su equipo está desgastado, Medicare solo lo reemplazará si este ha estado en su posesión desde que era nuevo. La vida de un artículo depende del tipo de equipo, pero, dentro del contexto de obtener un reemplazo, nunca es de **menos de cinco años** a partir de la fecha en que usted empezó a usar el equipo. Este periodo de cinco años es diferente al requisito mínimo de vida de tres años que la mayoría del equipo médico y de los artículos debe cumplir para que Medicare los considere DME. El artículo también debe estar tan desgastado por el uso diario que ya no pueda repararse. Medicare cubre las reparaciones del DME desgastado si el equipo no ha llegado al final de su vida (consulte la pregunta 5). Medicare pagará por las reparaciones hasta un máximo del costo del reemplazo.

Para ser elegible para un reemplazo del DME, su proveedor de atención primaria debe crear una nueva orden o receta que explique su necesidad médica. Es más rentable usar un distribuidor aprobado por Medicare que acepte asignaciones (consulte la pregunta 4).

7. ¿Cuáles son las reglas especiales de la cobertura de Medicare de las sillas de ruedas y los escúteres manuales y eléctricos?

Tome en cuenta que usted solo puede recibir cobertura de Medicare para una pieza de equipo que aborde los problemas de movilidad en el hogar. Su PCP determinará si usted necesita o no una silla de ruedas manual, una silla de ruedas o escúter eléctrico o un dispositivo diferente de acuerdo con su condición. Una vez que usted tenga la orden o receta de su PCP, debe entregársela al distribuidor correcto para obtener cobertura (consulte la pregunta 4).

Sillas de ruedas manuales

Si usted cree que necesita una silla de ruedas manual, hable primero con su médico o proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Si su PCP determina que es médicamente necesario que usted use una silla de ruedas manual, este debe firmar una orden, receta o certificado después de una consulta en persona. La orden debe decir lo siguiente:

- Su salud hace que sea muy difícil moverse dentro de su casa, incluso con la ayuda de una andadera o bastón.
- Es difícil para usted realizar actividades de la vida cotidiana (como bañarse o vestirse) en su hogar.
- Usted puede usar la silla de ruedas por sí mismo(a) de forma segura, o siempre tiene a alguien que le ayude a usarla.
- La silla de ruedas le ayudará con una condición médica específica y puede usarse en el hogar.
- Usted ha tenido una consulta en persona con el médico.
 - Esta consulta debe llevarse a cabo no más de seis meses antes de que se redacte la receta.

Sillas de ruedas y escúteres eléctricos

Si cree que necesita una silla de ruedas o escúter eléctrico, hable primero con su médico o PCP. Si su PCP determina que es necesario por razones médicas que usted use una silla de ruedas o escúter eléctrico, este debe firmar una orden, receta o certificado después de una consulta en persona. La orden debe decir lo siguiente:

- Su salud hace que sea muy difícil moverse dentro de su casa, incluso con la ayuda de una andadera o bastón.
- Es difícil para usted realizar actividades de la vida cotidiana (como bañarse o vestirse) en su hogar.
- Usted no puede usar una silla de ruedas manual, pero puede usar una silla de ruedas o escúter eléctrico de forma segura.
- La silla de ruedas o el escúter le ayudará con una condición médica específica y se usará en el hogar.
- Usted ha tenido una consulta en persona con el médico.
 - Esta consulta debe llevarse a cabo no más de 45 días antes de que se redacte la receta.

Si usted tiene Medicare original y necesita una silla de ruedas o escúter eléctrico, su proveedor o distribuidor debe comunicarse primero con Medicare para averiguar si usted necesita solicitar una autorización previa. La autorización previa significa que se le debe pedir permiso a Medicare antes de que usted pueda recibir un servicio o artículo específico. Este requisito solo aplica a ciertas sillas de ruedas y escúteres eléctricos.

Nota: Si necesita una silla de ruedas o escúter eléctrico que no esté sujeto al requisito de autorización previa, usted puede entonces necesitar una orden firmada de su PCP para que Medicare original cubra el dispositivo. Su proveedor o distribuidor debe enviar la solicitud de autorización previa al Contratista Administrativo de Medicare para el Equipo Médico Duradero (DME MAC, por sus siglas en inglés). El DME MAC responderá en un plazo de 10 días hábiles (o antes, si su salud pudiera verse afectada por la falta del equipo), ya sea con una aprobación o denegación de su solicitud.

Si el DME MAC aprueba la autorización previa para su equipo, su distribuidor proporcionará el equipo y usted deberá pagar los montos normales de los costos compartidos de Medicare (deducibles y coseguros). Si el DME MAC deniega la autorización previa para su equipo, su proveedor o distribuidor puede solicitar dicha autorización una vez más y debe brindar más razones por las que usted necesita la silla de ruedas o escúter eléctrico. Si se vuelve a denegar la solicitud, es poco probable que Medicare pague por su DME.

Si usted decide obtener el DME después de una denegación de la autorización previa, su proveedor le deberá pedir que firme un Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés). Este aviso establece que usted entiende que Medicare no cubrirá el DME solicitado y que usted será responsable por el costo total. Asegúrese de elegir la opción de pedirle al distribuidor que le envíe la factura a Medicare de cualquier modo. Si Medicare deniega el pago, usted tiene derecho a apelar.

8. ¿Cuáles son las reglas especiales de la cobertura de Medicare para la renta, las reparaciones y el mantenimiento del equipo de oxígeno?

Las reglas de cobertura de Medicare para la renta, las reparaciones y el mantenimiento del equipo de oxígeno son diferentes a las reglas para otros tipos de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés). Recuerde que usted debe seguir usando el tipo correcto de distribuidor para limitar sus costos (consulte la pregunta 4).

Renta: a diferencia de otros tipos de DME, el equipo de oxígeno siempre se renta en un ciclo de cinco años y usted nunca tiene la opción de comprarlo.

- Medicare le pagará al distribuidor una cuota de renta mensual por los primeros 36 meses. Esta cuota incluye todo el equipo, oxígeno, suministros y mantenimiento. Usted debe pagar el 20 % de cada cuota de renta mensual.
- Después del periodo de renta de 36 meses, usted deja de pagar cuotas de renta, aunque el distribuidor sigue siendo dueño del equipo. Usted puede conservar el equipo durante un máximo de 24 meses adicionales. Si utiliza tanques o cilindros de oxígeno, usted debe seguir pagando un coseguro del 20 % por el oxígeno cada mes. También deberá pagar un coseguro por cualquier mantenimiento necesario durante estos 24 meses adicionales.
- Al final del periodo de cinco años, usted tendrá la opción de obtener equipo nuevo de oxígeno de su distribuidor o de cambiar de distribuidores.

Si usted necesita el equipo de oxígeno durante menos de cinco años, el distribuidor lo recogerá cuando usted ya no lo necesite.

Reparaciones y mantenimiento: durante el periodo de renta de cinco años, el distribuidor debe mantener el equipo de oxígeno en buenas condiciones. Durante los primeros 36 meses del periodo de renta, el distribuidor debe proporcionarle a usted los suministros y el mantenimiento sin costo alguno. Durante los últimos 24 meses, los distribuidores pueden cobrarle por las visitas de mantenimiento a domicilio cada seis meses y usted debe pagar un coseguro del 20 %.

9. ¿Cómo cubre Medicare las bombas de insulina?

Si usted usa una bomba de insulina no desechable, la bomba puede estar cubierta por la Parte B bajo el beneficio de DME de Medicare. Además, si usted usa una bomba cubierta como DME, entonces la insulina que usted usa con la bomba también estará cubierta por la Parte B. Recuerde que la Parte B cubre el 80 % de la cantidad aprobada por Medicare para el DME y usted debe pagar el 20 % restante. Los copagos para la insulina cubierta por la Parte B están limitados a \$35 dólares al mes, sin un deducible.

Sin embargo, los suministros médicos que usted usa para inyectarse la insulina están cubiertos por la Parte D con una receta médica, siempre y cuando estén incluidos en la lista de medicamentos cubiertos de su plan. Esto incluye jeringas, plumas rellenables, gasas e hisopos con alcohol. Este equipo no está sujeto al límite de \$35 dólares al mes y puede aplicar un deducible. El límite de \$35 dólares aplica a la insulina que se usa con estos suministros.

Un punto de confusión tiene que ver con la forma en que Medicare cubre las bombas de parche, como el Omnipod. A estas bombas de parche también se les puede llamar bombas de insulina sin tubos. Son dispositivos pequeños y portátiles que administran la insulina directamente en su piel, sin un tubo de bombeo ni inyecciones. Sin embargo, estas bombas son desechables, es decir, no se les considera equipo médico duradero, por lo que están cubiertas por la Parte D, el beneficio de medicamentos recetados de Medicare. Si usted necesita cobertura para una bomba de parche, como el Omnipod, se recomienda que primero encuentre el mejor plan de la Parte D para los medicamentos que toma. Debido a que estos parches se consideran dispositivos médicos, no podrá buscarlos en la lista de medicamentos cubiertos de un plan ni en Medicare.gov para la cobertura del plan del parche. Una vez que elija un posible plan de la Parte D, debe llamar directamente al plan para preguntar si cubren la bomba de parche y cómo la cubren.

10. ¿Qué son el fraude, los errores y el abuso relacionados con el DME?

Los estafadores a menudo llaman y ofrecen equipo médico o suministros que las personas no desean o necesitan. Incluso pueden fingir ser un proveedor de atención de salud. Le cobrarán a su Medicare sin demostrar una necesidad médica y, a veces, sin enviarle el equipo. Es importante proteger su información de Medicare y leer sus estados de cuenta de Medicare para detectar cargos sospechosos.

Algunas señales de advertencia:

- Ve cargos por DME en sus estados de cuenta de Medicare que usted no necesitaba o que nunca pidió.
- Le ofrecieron equipo o suministros "gratuitos".
 - Por ejemplo, usted puede recibir una llamada telefónica de un vendedor que le pregunta si usted está experimentando algún dolor. Si usted dice que sí, el vendedor telefónico puede pedirle su información personal, como su número de Medicare, para poder enviarle una rodillera o un soporte para la espalda que le ayude con el dolor. Es probable que esta llamada sea fraudulenta y usted no debe compartir ninguna información personal con la persona que está llamando. Si recibe una llamada de este tipo, comuníquese con su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) para que le ayuden a reportarla.
- Un proveedor de DME le pidió su número de Medicare en una presentación, durante una propuesta de ventas o en una llamada telefónica.
- Le dieron un artículo más barato y de calidad más baja, pero le facturaron a Medicare por un artículo personalizado o adaptado.
- Usted ve que un distribuidor de DME continuó facturándole a Medicare por equipo que usted ya había devuelto.

11. ¿Cómo puedo protegerme en contra de las sospechas de fraude, abuso o errores relacionadas con el DME?

Medicare no cubrirá el DME a menos que su médico haya certificado que usted lo necesita. También debe haber documentación en su expediente médico que respalde su necesidad médica para el equipo o los suministros. Si necesita DME, pregúntele a su médico si usted cumple con los requisitos de cobertura para obtenerlo. De ser así, obtenga su DME con un distribuidor que acepte asignaciones de Medicare o, si tiene un Plan Medicare Advantage, con un distribuidor de la red.

Tenga cuidado con la comercialización agresiva que trate de ofrecerle equipo "gratuito" o de convencerle de cambiar de distribuidores de DME. Antes de tomar una decisión, hable con su médico y su distribuidor actual para averiguar si es necesario que usted haga un cambio.

No responda a los anuncios que ofrezcan equipo "gratuito" a los beneficiarios de Medicare, desconfíe de las ofertas que parezcan demasiado buenas para ser verdad y no comparta ninguna información personal con alguien que llame para ofrecer DME que usted no necesita o desea.

Proteja su número de Medicare. Solo comparta su número de Medicare con sus médicos y otros proveedores de confianza. Tenga cuidado cuando otras personas le pidan su número de Medicare o le ofrezcan "servicios gratuitos", siempre y cuando usted comparta su número de Medicare.

Revise regularmente sus Resúmenes de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) si tiene Medicare original, o sus Explicaciones de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) si tiene un Plan Medicare Advantage, y los estados de cuenta de las facturas. Busque cuidadosamente cualquier cargo sospechoso o desconocido. También recuerde que los proveedores no tienen permitido eximir normalmente los costos compartidos ni ofrecerle

regalos o incentivos económicos a cambio de recibir servicios de parte de ellos. Si detecta algún cargo sospechoso o tiene motivos para creer que su proveedor le está facturando a Medicare de forma inadecuada por el DME, llame a su proveedor para averiguar si cometió un error de facturación.

Si sospecha que un proveedor de atención de salud está cometiendo un fraude relacionado con el DME, comuníquese con su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés). La información de contacto de su SMP se encuentra en la última página de este documento.

12. ¿Qué reglas de comercialización deben seguir los distribuidores de DME?

Los distribuidores de DME aprobados por Medicare deben seguir los requisitos establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) relacionados con cómo pueden comercializar sus productos. Algunos de estos requisitos incluyen, entre otros:

- Los distribuidores no pueden usar el nombre o los logos de Medicare de una forma que sugiera que los artículos o servicios que proporcionan están aprobados, respaldados o autorizados por Medicare.
 - Los distribuidores pueden usar el nombre o el logo de Medicare si Medicare les otorga permiso expreso por escrito.
- Los distribuidores no pueden llamarle directamente sin que usted se los pida. Hay tres excepciones en las cuales un distribuidor de DME puede llamarle directamente:
 1. Si usted le ha dado permiso por escrito para comunicarse con usted por teléfono con respecto al suministro de un artículo DMEPOS.
 2. Si el distribuidor de DME ya le proporcionó una pieza de DME cubierta por Medicare y le está llamando solo con respecto al suministro de esa pieza de DME.
 3. Si el distribuidor le ha vendido una pieza de DME cubierta por Medicare en los últimos 15 meses, puede comunicarse con usted sobre otros artículos que pueda proporcionarle, si usted los necesita.
- Si el contacto de un distribuidor de DME no entra dentro de las excepciones antes mencionadas, ni usted ni Medicare están obligados a pagar por los artículos.

Si usted ve comercialización de un distribuidor de DME que no sigue las reglas de Medicare, debe recopilar pruebas de la interacción, de ser posible.

- Los distribuidores de DME deben tener procedimientos establecidos para manejar las quejas de los beneficiarios como usted. Si usted presenta una queja con su distribuidor de DME, este debe informarle en un plazo de cinco días que recibió su queja y que la está investigando. Su distribuidor debe enviarle el resultado de su queja con su respuesta por escrito en un plazo de 14 días.
- Usted también puede llamar a su SMP para que le ayuden a reportar las preocupaciones relacionadas con la comercialización, si procede. La información de contacto de su SMP se encuentra en la última página de este documento.

13. ¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas?

Con su médico u otro proveedor de atención de salud: si cree que necesita una pieza de DME, hable primero con su médico.

1-800-MEDICARE: llame si tiene preguntas sobre la cobertura de Medicare del DME o si desea obtener una lista de distribuidores aprobados por Medicare que aceptan asignaciones.

Su Plan Medicare Advantage: si tiene un Plan Medicare Advantage, debe llamar directamente al plan para obtener información sobre cualquier regla adicional de cobertura del DME y qué distribuidores están dentro de la red.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): Comuníquese con su SHIP si tiene preguntas sobre cómo Medicare cubre el DME o si necesita ayuda para encontrar un distribuidor o para apelar una denegación de cobertura. Su SHIP puede darle consejos y asesoría sobre las reglas de cobertura de Medicare. 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): si cree que ha experimentado un fraude contra Medicare, comuníquese con su SMP para reportarlo. Los SMP pueden ayudarle a prevenir, identificar y reportar un fraude contra Medicare. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

Estudio de caso práctico de SHIP

Dominico tiene Medicare original. Hace poco, desarrolló problemas de movilidad y está teniendo problemas para moverse dentro de su casa. Cree que necesita una silla de ruedas eléctrica, pero no sabe cómo obtener la cobertura de Medicare o qué tendrá que pagar.

¿Qué debe hacer Dominico?

- Dominico debe llamar a 1-800-MEDICARE o a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés).
 - Si Dominico no sabe cómo comunicarse con su SHIP, puede llamar al 877-839-2675 o visitar www.shiphelp.org.
- El asesor del SHIP o de Medicare le dirá a Dominico que debe visitar a su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para hablar sobre sus problemas de movilidad y sus opciones para resolverlos.
 - Si Dominico y su proveedor deciden que una silla de ruedas eléctrica es el mejor dispositivo de movilidad para él, entonces pueden iniciar el proceso para obtener una.
 - El PCP debe comunicarse con Medicare para averiguar si se necesita una autorización previa para la silla de ruedas eléctrica específica que Dominico necesita.
 - Si Dominico no necesita obtener una autorización previa, su proveedor debe redactar una receta u orden para la silla de ruedas eléctrica que especifique por qué Dominico la necesita.
- El asesor puede explicarle a Dominico que, una vez que tenga una autorización previa y/o una receta para la silla de ruedas eléctrica, tendrá que ir con un distribuidor aprobado por Medicare que acepte asignaciones. Los asesores pueden ayudar a Dominico a obtener una lista de estos distribuidores en su área.
- El asesor del SHIP o de Medicare también puede explicarle a Dominico cómo funcionará el proceso de renta y/o compra de la silla de ruedas eléctrica y le recordará que debe ir con el tipo correcto de distribuidor cuando su silla de ruedas necesite mantenimiento y reparaciones.

Estudio de caso práctico de la SMP

Brenda ha tenido un dolor de espalda leve durante algún tiempo y ha hablado con su médico al respecto. Un día, recibió una caja con soportes de espalda en su hogar que no estaba esperando, pero que asumió eran de parte de su médico. El siguiente mes, lee su estado de cuenta de Medicare y se da cuenta de que una compañía sobre la

que nunca antes había escuchado les ha facturado a Brenda y a Medicare por los soportes de espalda, además de rodilleras que ni siquiera recibió. Sabe que ha hablado antes con su médico sobre su dolor de espalda, pero ahora no está segura de si su médico pediría estos soportes para ella sin hablar con ella al respecto.

¿Qué debe hacer Brenda?

- Brenda debe comunicarse con su SMP para obtener información y asistencia.
 - Si Brenda no sabe cómo comunicarse con su SMP, puede llamar al 877-808-2468 o visitar www.smpresource.org.
- La SMP puede informarle a Brenda que hay formas de presentar quejas sobre los distribuidores que reciben pagos de Medicare. La SMP puede ayudarle a Brenda a reportar su queja ante las autoridades correspondientes.
- La SMP le dirá a Brenda que si desea obtener un soporte de espalda, o cualquier otro equipo necesario por razones médicas, puede ir con su médico para hablar al respecto.
- La SMP puede recordarle a Brenda acerca de la importancia de proteger su número de Medicare y de revisar sus estados de cuenta de Medicare continuamente para que pueda identificar y reportar cualquier cargo sospechoso.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
Línea gratuita de SHIP: Correo electrónico del SHIP: Sitio web del SHIP: Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 y diga “Medicare” cuando se lo pidan o visite www.shiphelp.org .	Línea gratuita de la SMP: Correo electrónico de la SMP: Sitio web de la SMP: Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org .

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 \$2,534,081, 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.

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

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.