

## **Materiales educativos del programa Medicare Minute – Marzo de 2026**

### **Atención de emergencia y de urgencia**

#### **1. ¿Qué son los servicios de emergencia y de urgencia?**

**Los servicios de emergencia** cubren los servicios para pacientes internados y ambulatorios que usted recibe de un proveedor que esté capacitado para proporcionarlos. Estos servicios evalúan o tratan una condición médica de emergencia. Una condición médica de emergencia presenta síntomas que son lo suficientemente graves como para que una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina espere razonablemente que su salud esté en grave peligro si no recibe atención médica de inmediato. Una condición médica de emergencia puede resultar en:

- Un grave peligro para su salud o, si está embarazada, para la salud del feto
- Daños graves a las funciones, partes u órganos del cuerpo

**Los servicios de urgencia** son servicios cubiertos que:

- No son servicios de emergencia según la definición anterior, pero son necesarios por razones médicas y requeridos inmediatamente como resultado de una enfermedad, lesión o condición imprevista.
- Usted recibe cuando está temporalmente fuera del área de servicio de su Plan Medicare Advantage o cuando está dentro del área de servicio, pero la red no está disponible o no es posible acceder a esta temporalmente, y
- Dada la situación, no es razonable que usted espere a recibir los servicios necesarios de su proveedor habitual del plan después de regresar al área de servicio o después de que la red esté disponible

Estas definiciones son importantes si tiene un Plan Medicare Advantage porque usted tiene ciertas protecciones si necesita atención de emergencia o de urgencia fuera de la red de su plan (consulte la pregunta 5).

Si tiene Medicare original, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia con cualquier proveedor que acepte Medicare en todo Estados Unidos, y existen ciertas protecciones si va con un proveedor excluido (consulte la pregunta 6).

#### **2. ¿Cómo cubre Medicare los servicios en una sala de emergencias?**

Si tiene Medicare original, la Parte B cubre los servicios en una sala de emergencias en cualquier parte de EE. UU. Los Planes Medicare Advantage también deben cubrir los servicios en una sala de emergencias en cualquier parte del país. Los servicios en una sala de emergencias se proporcionan normalmente cuando usted tiene una condición médica que requiere acción inmediata, como una lesión o enfermedad repentina.

Los Planes Medicare Advantage también deben cubrir los servicios en una sala de emergencias en cualquier parte del país. Si tiene un Plan Medicare Advantage, tome en cuenta que:

- Su plan no puede requerir que vaya con un proveedor dentro de la red para recibir atención de emergencia.
- No necesita una remisión para obtener atención de emergencia.
- Existen límites en la cantidad que su plan puede cobrarle si usted recibe atención de emergencia mientras está fuera de la red de su plan. Específicamente, le cobrarán ya sea \$50 o el costo dentro de la red de su plan por los servicios de emergencia, la cantidad que sea menor.

- Su plan debe cubrir la atención de seguimiento necesaria por razones médicas relacionada con la emergencia médica si retrasar la atención pondría en riesgo su salud.
- Usted tiene derecho a apelar si su plan no cubre su atención de emergencia.

Si su condición no era una emergencia, pero parecía ser una, Medicare original o su Plan Medicare Advantage de todos modos debe cubrir su atención. Por ejemplo, digamos que le está doliendo el pecho y cree que le está dando un infarto. Si va a la sala de emergencias y los médicos descubren que su dolor no es debido a un infarto, su atención aún debe estar cubierta porque la situación parecía ser una emergencia.

Incluso si no tiene seguro de salud o no puede pagar, usted tiene derecho, bajo la ley federal, a recibir atención médica en caso de emergencia.

### **3. ¿Cómo cubre Medicare el transporte en ambulancia?**

Medicare Parte B cubre los servicios de emergencia en ambulancia y, en casos limitados, los servicios en ambulancia que no son de emergencia. Medicare considera una emergencia cualquier situación en la que su salud esté en grave peligro y en la que usted no pueda recibir transporte de manera segura de otra forma. Si su transporte se programa cuando su salud no está en peligro inminente, esto no se considera una emergencia.

#### **Elegibilidad**

La Parte B cubre los servicios de emergencia en ambulancia si:

- Una ambulancia es necesaria por razones médicas, es decir, es la única forma segura de transportarlo(a)
- El motivo de su viaje es recibir un servicio cubierto por Medicare o regresar después de recibir atención
- Se le transporta hacia y desde lugares específicos, de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare (consulte la siguiente tabla)
- Y, el proveedor de transporte cumple con los requisitos de ambulancia de Medicare.

Para ser elegible para la cobertura de los servicios de no emergencia en ambulancia, usted debe:

- Estar confinado(a) a su cama (no puede levantarse de la cama sin ayuda, no puede caminar y no puede sentarse en una silla o silla de ruedas)
- O, necesitar servicios médicos vitales durante su viaje que solo están disponibles en una ambulancia, como la administración de medicamentos o la supervisión de las funciones vitales.

Medicare puede cubrir viajes no programados o irregulares que no son de emergencia, pero, si vive en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), puede requerirse la orden escrita de un médico dentro de las 48 horas siguientes al transporte. Medicare también puede cubrir viajes programados y regulares si el proveedor de ambulancias recibe una orden escrita de su médico, con antelación, que indique que el transporte es necesario por razones médicas.

Medicare nunca cubre los servicios de transporte en "ambulette" (camionetas para sillas de ruedas). En inglés, "ambulette" se refiere a una camioneta accesible para sillas de ruedas que proporciona transporte de no emergencia. Medicare tampoco cubre el transporte en ambulancia solo porque usted no tiene acceso a un transporte alternativo.

Nota: Si usted está recibiendo atención en un SNF bajo la Parte A, el SNF debe pagar por la mayoría del transporte en ambulancia. El SNF no debe facturarle a Medicare por este servicio.

## Ubicaciones

Como se explicó anteriormente, Medicare Parte B cubre el transporte en ambulancia desde y hacia ciertos lugares:

Desde	Hacia
Su hogar, o cualquier otro lugar donde surja una necesidad	El hospital adecuado o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) más cercano
Un hospital o SNF	Su hogar, si el hospital o SNF es el centro adecuado más cercano
Un SNF	El proveedor médico más cercano, si el SNF no puede brindarle el tratamiento necesario y el costo del transporte es menor que si se llevara el tratamiento hacia donde está usted
Su hogar	El centro de diálisis renal más cercano y de regreso

## Costos

La Parte B cubre el 80 % de la cantidad aprobada por Medicare de los servicios de emergencia y no emergencia en ambulancia necesarios por razones médicas. En la mayoría de los casos, usted paga un coseguro del 20 % después de cubrir su deducible de la Parte B (\$283 en 2026). Todas las compañías de ambulancias que tienen un contrato con Medicare deben ser proveedores participantes.

## 4. ¿Cubre Medicare el transporte en ambulancia aérea?

En casos limitados, Medicare Parte B cubre el transporte en una ambulancia aérea. El servicio debe ser necesario por razones médicas, lo que quiere decir que usted requiere transporte rápido e inmediato en ambulancia que no podría proporcionarse con una ambulancia terrestre. De manera más específica, el servicio debe necesitarse debido a que:

- Una ambulancia terrestre no puede llegar a donde usted se encuentra
- O, es necesario recorrer una gran distancia o hay otro obstáculo involucrado en transportarlo(a) al centro adecuado más cercano

En las áreas rurales, usted cumple automáticamente con el requisito de necesidad médica si:

- Un médico u otro profesional médico determina que el transporte aéreo es necesario debido al tiempo y/o a factores geográficos
- Y, el transporte aéreo cumple con los requisitos de ambulancia aérea aprobados por Medicare

Los Planes Medicare Advantage también deben cubrir el transporte en ambulancia aérea, pero pueden tener diferentes costos y condiciones.

## 5. ¿Qué pasa si recibo atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red?

Si tiene un Plan Medicare Advantage, es probable que su plan tenga una red de proveedores. Una red está formada por médicos, hospitales y centros médicos que tienen un contrato con un plan para brindar servicios.

Cuando recibe servicios que no son de emergencia/urgencia por parte de un proveedor fuera de la red, es probable que usted tenga que pagar costos compartidos más altos o el costo total de los servicios de su propio bolsillo.

Sin embargo, su Plan Medicare Advantage debe cubrir la atención de emergencia y de urgencia en cualquier parte de EE. UU. sin imponer costos adicionales ni reglas de cobertura (por ejemplo, una autorización previa). Esto quiere decir que si usted busca atención de emergencia con un proveedor fuera de la red, su Plan Medicare Advantage debe cubrir su atención como si usted hubiera ido con un proveedor dentro de la red. Los Planes Medicare Advantage definen una emergencia a través del estándar de persona prudente. Prudente quiere decir actuar con cuidado o pensando en el futuro. Este estándar garantiza que, incluso si su condición resulta no ser una emergencia médica, de todos modos estará cubierta, siempre y cuando una persona prudente hubiera asumido que era una emergencia en el momento en que recibió atención.

Si su Plan Medicare Advantage deniega la cobertura de un servicio de emergencia o de urgencia porque usted fue con un proveedor fuera de la red o no pudo obtener una remisión o autorización previa, usted debe apelar la denegación. Debe pedirle a su médico que proporcione documentación médica que confirme que los servicios que usted recibió cumplen con la definición de servicios de emergencia o de urgencia (consulte el número 1). Si necesita ayuda para apelar la denegación, contacte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés). La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

## **6. ¿Qué pasa si recibo servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor excluido?**

Los proveedores excluidos no aceptan Medicare y han firmado un acuerdo para excluirse del programa de Medicare. Generalmente, esto quiere decir que Medicare original (o su Plan Medicare Advantage) no pagará por la atención que usted reciba de un proveedor excluido y que usted será responsable por todo el costo de su atención. Si va con un proveedor excluido para recibir servicios que no son de emergencia, el proveedor debe darle un contrato privado que describa los cargos y que confirme que usted entiende que es responsable de pagar el costo total de su atención.

Sin embargo, hay una excepción para los servicios de emergencia o de urgencia. Si usted tiene Medicare original y recibe servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor excluido, y no tiene un contrato privado con el proveedor, el proveedor excluido tiene límites en cuanto a lo que puede cobrarle. En este caso, el proveedor excluido no puede cobrarle más del monto límite de Medicare (hasta 15 % más de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios recibidos) y debe enviar el reclamo por los servicios proporcionados a Medicare en su nombre. De manera similar, si usted tiene un Plan Medicare Advantage, su plan debe pagar por los servicios de emergencia o de urgencia que usted reciba de proveedores excluidos.

Tome en cuenta que Medicare no pagará por la atención de seguimiento una vez que usted ya no necesite atención de emergencia o de urgencia. Si va a ir con un proveedor excluido para recibir tratamiento adicional, el proveedor debe pedirle que firme un contrato privado. Usted tendrá que pagar el costo total de su propio bolsillo por los servicios que reciba.

## 7. ¿Cómo cubre Medicare la atención médica de emergencia que recibo en otro país?

Medicare no suele cubrir la atención médica que usted recibe cuando está de viaje fuera de EE. UU. y de sus territorios. Sin embargo, Medicare original y los Planes Medicare Advantage deben cubrir la atención que usted recibe fuera de EE. UU. en ciertas circunstancias limitadas:

- Medicare pagará por los servicios de emergencia en Canadá si usted está viajando una ruta directa, sin un retraso excesivo, entre Alaska y otro estado, y el hospital más cercano que puede darle tratamiento está en Canadá.
- Medicare pagará por la atención médica que usted reciba en un crucero si recibe dicha atención mientras el barco está en aguas territoriales estadounidenses. Esto quiere decir que el barco está en un puerto de EE. UU. o a seis horas de llegar o de salir de un puerto de EE. UU.
- En situaciones limitadas, Medicare puede pagar por los servicios que no son de emergencia para pacientes internados en un hospital en el extranjero (y cualquier costo de proveedor y ambulancia relacionado). Su atención está cubierta si el hospital está más cerca de su residencia que el hospital estadounidense más cercano disponible. Esto puede ocurrir si, por ejemplo, usted vive cerca de la frontera con México o Canadá.

Algunas pólizas de Medigap proporcionan cobertura para los viajes al extranjero. Los planes C a G, M y N de Medigap cubren el 80 % del costo de la atención de emergencia en el extranjero. Consulte su póliza para ver las reglas específicas de la cobertura.

Los Planes Medicare Advantage también pueden cubrir la atención de emergencia en el extranjero como un beneficio suplementario. Contacte a su plan para obtener más información sobre sus costos y reglas de cobertura.

## 8. ¿Cómo puedo acceder a la atención si vivo en un área afectada por un desastre o una emergencia de salud pública?

Los Planes Medicare Advantage deben trabajar para mantener el acceso a los servicios de atención de salud y los medicamentos recetados durante emergencias para los miembros de los planes que viven en las áreas afectadas. Los planes deben cumplir con ciertos requisitos después de la declaración del desastre, emergencia o emergencia de salud pública.

En estos casos, los Planes Medicare Advantage deben:

- Permitirle recibir servicios de atención de salud en consultorios, hospitales y otros centros fuera de la red
- Exentar los requisitos de remisión
- Cobrar las cantidades de los costos compartidos dentro de la red por los servicios recibidos fuera de la red
- Suspender las reglas que requieren que usted le informe al plan antes de obtener ciertos tipos de atención o medicamentos recetados, si el hecho de no comunicarse con el plan con antelación puede elevar los costos o limitar el acceso a la atención

En estos casos, los planes de la Parte D deben:

- Cubrir los medicamentos de la Parte D incluidos en la lista de medicamentos cubiertos que se surten en farmacias fuera de la red

- Los planes de la Parte D deben hacer esto cuando no sea posible para usted conseguir medicamentos cubiertos por la Parte D en una farmacia de la red
- Eliminar las restricciones que le impiden obtener sus reposiciones de medicamentos demasiado pronto
- Cubrir el suministro máximo de su reposición de medicamentos recetados si usted lo solicita

Después del desastre, la emergencia o la emergencia de salud pública, los planes pueden dejar de seguir estos requisitos. El gobierno generalmente indicará cuándo ha terminado la emergencia.

### **9. ¿Qué aspecto tiene un fraude, error o abuso relacionado con las ambulancias?**

El fraude, los errores y el abuso relacionados con las ambulancias pueden tener formas diferentes. Estos son solo algunos posibles ejemplos:

- Se pidió una ambulancia para usted, incluso cuando no era necesaria por razones médicas, y otro automóvil pudo haberle transportado de forma segura.
- Recibió transporte en una ambulancia no aprobada, como un taxi, una camioneta o un viaje compartido.
- Descubre en sus estados de cuenta de Medicare que la compañía de ambulancias le facturó por más millas que la distancia real recorrida en su viaje en ambulancia.
- Lo(a) transportaron desde su hogar a un destino no cubierto, como el consultorio de su médico, un centro comunitario de salud mental, un centro psiquiátrico (fuera del hospital) o un laboratorio independiente no conectado con un hospital o SNF.

Si sospecha que ha experimentado un posible fraude, error o abuso relacionado con las ambulancias, debe reportarlo a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) local. La información de contacto de su SMP se encuentra en la última página de este documento.

### **10. ¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas?**

**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés):** contacte a su SHIP si tiene preguntas sobre la atención de emergencia y de urgencia. Su SHIP también puede ayudarle a apelar una denegación de cobertura que haya recibido de Medicare o de su Plan Medicare Advantage. 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 ha experimentado un posible fraude, error o abuso relacionado con las ambulancias, debe reportarlo a su SMP local. Las SMP habilitan y ayudan a los beneficiarios de Medicare, a sus familias y a los cuidadores a prevenir, detectar y reportar los fraudes, errores y abusos en la atención de salud. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

**Su Plan Medicare Advantage:** contacte a su Plan Medicare Advantage si tiene preguntas sobre su cobertura y costos relacionados con la atención de emergencia y de urgencia.

### **Ejemplo de caso del SHIP**

Mientras Gema estaba visitando a su amiga en otro estado, tuvo apendicitis y tuvieron que extirparle el apéndice. Fue a una sala de emergencias en la ciudad de su amiga para obtener tratamiento. Un mes después,

recibió una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de su Plan Medicare Advantage, el cual decía que el reclamo de la sala de emergencias había sido denegado porque era un proveedor fuera de la red. La EOB dice que Gema es responsable por el costo total del tratamiento que recibió mientras estaba ahí.

### ¿Qué debe hacer Gema?

- Gema debe comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda.
  - Si no sabe cómo encontrar su SHIP, puede visitar [www.shiphelp.org](http://www.shiphelp.org) o llamar al 877-839-2675 para obtener ayuda.
- El asesor del SHIP le explicará a Gema que tiene derecho a apelar esta denegación de cobertura de su Plan Medicare Advantage.
- Ya que los servicios que Gema recibió fueron resultado de una emergencia médica, su plan debe cubrirlos aun cuando los haya recibido de un proveedor fuera de la red.
- El asesor del SHIP puede explicarle a Gema cómo seguir las instrucciones en su EOB para presentar una apelación.
  - Puede contactar al hospital donde la operaron para pedir que le proporcionen a su plan documentación médica que compruebe que tuvo una condición médica de emergencia que requirió que recibiera estos servicios de inmediato.
  - Si la apelación de Gema tiene éxito, su plan deberá cubrir los servicios y solo puede hacerla responsable de pagar los costos compartidos normales de la atención dentro de la red.
  - Si la apelación no tiene éxito, Gema puede obtener ayuda adicional del SHIP para presentar una apelación en el siguiente nivel.

### Ejemplo de caso de la SMP

El padre de Jaime estaba en el hospital y estaba listo para irse a casa. Debido a que todavía estaba recuperándose de una cirugía de cadera, estaba confinado a la cama y necesitaba que una ambulancia lo llevara a casa. El hospital ordenó una ambulancia para él y el padre de Jaime pudo regresar a su casa de forma segura. La siguiente semana, Jaime notó que su padre recibió una factura del proveedor de transporte por el costo total del transporte en ambulancia. También se dio cuenta de que le facturaron a su padre por más millas de lo que el viaje debería haber durado. Asimismo, Jaime piensa que el Medicare original de su padre debería haber cubierto la mayor parte de este costo.

### ¿Qué debe hacer Jaime o su padre?

- Jaime debe comunicarse con su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda.
  - Si Jaime no tiene la información de contacto de su SMP local, puede llamar al 877-808-2468 o visitar [www.smpresource.org](http://www.smpresource.org).
- El integrante del equipo de la SMP puede recomendarle a Jaime que contacte al proveedor de transporte y que solicite que le envíen un reclamo a Medicare por el viaje. También debe señalar el error en el número de millas del viaje.
  - La compañía no debería haberle enviado una factura al padre de Jaime antes de enviar un reclamo a Medicare. Jaime y su padre pueden presentar una queja con Medicare en contra de la compañía de ambulancias.
  - Si la compañía envía un reclamo a Medicare y lo deniegan, Jaime y su padre pueden apelar la denegación.

- Si la compañía se rehúsa a enviar un reclamo a Medicare, esto podría considerarse un posible fraude o abuso contra Medicare.
- El integrante del equipo de la SMP ayudará a Jaime a reportar la sospecha de fraude ante Medicare y las autoridades correspondientes y le explicará cómo evitar el fraude, los errores y el abuso contra Medicare en el futuro.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
<p><b>Línea gratuita de SHIP: 800-247-4422</b></p> <p><b>Correo electrónico del SHIP: idahoshiba@doi.idaho.gov</b></p> <p><b>Sitio web del SHIP: shiba.idaho.gov</b></p> <p><b>Para encontrar un SHIP en otro estado:</b> Llame al 877-839-2675 y diga “Medicare” cuando se lo pidan o visite <a href="http://www.shiphelp.org">www.shiphelp.org</a>.</p>	<p><b>Línea gratuita de la SMP: 800-247-4422</b></p> <p><b>Correo electrónico de la SMP: idahoshiba@doi.idaho.gov</b></p> <p><b>Sitio web de la SMP: Medicare Fraud Prevention - Idaho Commission on Aging</b></p> <p><b>Para encontrar una SMP en otro estado:</b> Llame al 877-808-2468 o visite <a href="http://www.smpresource.org">www.smpresource.org</a>.</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   <a href="http://www.shiphelp.org">www.shiphelp.org</a>   <a href="mailto:info@shiptacenter.org">info@shiptacenter.org</a>            Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468   <a href="http://www.smpresource.org">www.smpresource.org</a>   <a href="mailto:info@smpresource.org">info@smpresource.org</a>            © 2026 Medicare Rights Center   <a href="http://www.medicareinteractive.org">www.medicareinteractive.org</a></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>	