



## Límites financieros de Medicare para los servicios de terapia

**Nota:** Esta información sólo se aplica si usted tiene el Medicare Original. Si tiene un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), pregúntele a su plan sobre las reglas de cobertura para los servicios de terapia.

Medicare limita la cantidad que paga por los servicios de terapia ambulatoria que recibe al año y que son necesarios por razones médicas. Se les conoce como “límites para la terapia”.

### ¿Cuáles son los límites para los servicios de terapia en el 2012?

- \$1,880 para los servicios de terapia física (PT) y la terapia de patología del lenguaje/habla (SLP) combinados
- \$1,880 para la terapia ocupacional (OT)

Una vez que usted haya pagado el deducible anual de la Parte B de Medicare (Seguro médico), Medicare paga su parte (80%) y usted paga la suya (20%) del costo de la terapia. El monto del deducible de la Parte B es \$140 en el 2012. Medicare pagará su parte del costo de la terapia hasta que el total pagado por usted y Medicare llegue al límite estipulado. La cantidad pagada por usted puede incluir costos como el deducible y el coseguro.

### ¿Puede obtener una excepción para el límite de los servicios de terapia?

Usted puede ser elegible para una excepción (que le permite a Medicare pagar por los servicios después que usted haya llegado al límite establecido para la terapia) si recibe servicios de PT, SLP y/o OT necesarios por razones médicas por encima del límite de \$1,880. Si desea más información, vea la página siguiente.

### ¿Quién me puede proporcionarme los servicios de terapia ambulatoria?

Usted puede recibir terapia ambulatoria de cualquiera de estos profesionales de la salud:

- Un terapeuta físico
- Un patólogo del habla
- Un terapeuta ocupacional

Los médicos y otros profesionales (como enfermeras, enfermeras especializadas y asistentes médicos) también pueden ofrecerle servicios de PT, SLP y OT.



## ¿Dónde puedo conseguir los servicios de terapia ambulatoria?

- Los consultorios de los terapeutas privados
- En muchos consultorios médicos
- Departamento ambulatorio del hospital
- Agencias de rehabilitación (a veces llamadas centros de rehabilitación ambulatoria)
- Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF en inglés)
- Centros de enfermería especializada para pacientes ambulatorios (SNF en inglés) o residentes que no están en la parte de la dependencia aprobada por Medicare
- En su hogar, de ciertos proveedores que ofrecen servicios de terapia, como los terapeutas privados y ciertas agencias de cuidado de la salud en el hogar (si no está bajo un plan de cuidado de salud en su hogar)

## ¿Qué puedo hacer si necesito servicios que superan el límite establecido para la terapia ambulatoria?

Usted podría ser elegible para una excepción al límite estipulado para las terapias, para que Medicare siga pagando su parte de los servicios terapéuticos. Su terapeuta debe documentar su necesidad de los servicios por razones médicas en su historia clínica, y la oficina que procesa las facturas debe indicar en el reclamo que presenta por los servicios que sobrepasan el límite permitido, que usted necesita dichos servicios por motivos médicos.

**Aun si su terapeuta presenta la documentación indicando que sus servicios son necesarios por razones médicas, tal vez usted tenga que pagar los costos que excedan el límite de \$1,880.** Si Medicare decide, en cualquier momento (aún después de que haya pagado por sus servicios de terapia), que los servicios por encima del límite de terapia no eran necesarios por razones médicas, tal vez tenga que pagar el monto total que exceda el límite de \$1,880.

**A partir del 1 de octubre de 2012**, un contratista de Medicare puede revisar su historial médico para verificar la necesidad por razones médicas si usted recibió servicios de terapia para paciente ambulatorio en el 2012 por encima de estas cantidades:

- \$3,700 para PT y SLP combinadas
- \$3,700 para OT

**Nota:** El contratista de Medicare puede revisar su historia clínica **antes de que usted reciba cualquier servicio de terapia ambulatoria adicional.**

## ¿Hay límites para los servicios de terapia ambulatoria que obtengo en el hospital?

**Hasta el 1 de octubre de 2012**, no se aplican los límites para los servicios de terapia para pacientes ambulatorios que reciba en el hospital. Sin embargo, **a partir del 1 de octubre del 2012**, la excepción se termina y **se aplicarán** los límites de cobertura para los servicios de terapia ambulatoria recibidos en el hospital o en la sala de emergencias.



## ¿Hay límites para los servicios de terapia ambulatoria que obtengo en el hospital? (continuación)

Aunque los límites de terapia para los pacientes ambulatorios no se aplican a los servicios brindados en el hospital antes de 1 de octubre de 2012, **los costos de los servicios de terapia que recibe en el hospital entre el 1 de enero y el 30 de septiembre de 2012 contarán para el límite de cobertura anual a partir del 1 de octubre de 2012.**

**Ejemplo 1:** La Sra. Torres recibió servicios ambulatorios de PT por una lesión en la rodilla en marzo de 2012. Los servicios iniciales de PT los recibió en la sala de emergencias. Después, ella recibió más PT del departamento ambulatorio del hospital. El costo total de sus servicios en marzo fue \$2,000. Aunque estos costos sean más que la cantidad límite para la terapia, **los límites no se aplican** porque recibió los servicios en marzo de 2012, y en ese momento no se aplicaban los límites para la terapia ambulatoria del hospital.

En noviembre de 2012, la Sra. Torres recibe servicios de PT adicionales del departamento ambulatorio del hospital. El costo total de sus servicios de PT en marzo (\$2,000) **ahora cuentan** hacia el límite de terapia, lo cual significa que todos los servicios de PT que recibió en noviembre estarán por encima del límite de \$1,880. Su terapeuta tendrá que documentar su necesidad por razones médicas de los servicios en su historial médico y la oficina del hospital que se encarga de la facturación, debe indicar en su cuenta que necesita los servicios de PT. Aun en esta situación, **la Sra. Torres tal vez tenga que pagar** por algunos o todos los servicios de PT que reciba por encima del límite de \$1,880 si Medicare decide que los servicios adicionales no eran necesarios por motivos médicos.

**Ejemplo 2:** Después de haber sufrido una apoplejía leve en junio de 2012, el Sr. Brito recibió servicios de OT del departamento ambulatorio del hospital. El costo total de sus servicios de OT en junio fue \$1,500. **Los límites para la terapia no se aplican** a los servicios de OT del Sr. Brito porque los costos son menos de \$1,880, y porque recibió los servicios en junio de 2012 cuando no se aplicaban los límites para la terapia ambulatoria del hospital.

En octubre de 2012, el Sr. Brito vuelve al departamento ambulatorio del hospital para recibir servicios de OT adicionales. El costo total de los servicios en junio de 2012 (\$1,500) ahora contará para el límite estipulado para la terapia, lo cual significa que si sus servicios de OT después del 1 de octubre de 2012 son más de \$380, estará por encima del límite de la terapia de \$1,880. Para que Medicare siga pagando, el terapeuta tendrá que documentar la necesidad por razones médicas de los servicios de OT en su historial médico, y la oficina que se encarga de los costos debe indicar en su cuenta que necesita los servicios de OT. Aun en esta situación, **el Sr. Brito tal vez tenga que pagar** por algunos o todos los servicios de OT por encima del límite de terapia de \$1,880 si Medicare decide que los servicios adicionales no eran necesarios por motivos médicos.



## **¿Cómo puedo averiguar si mis servicios terapéuticos estarán por encima del límite estipulado?**

- Pregúntele a la oficina de facturación de su terapeuta. Si usted recibe toda su terapia en el mismo sitio, la oficina que se encarga de las cuentas tendrá la información más actualizada y sabrá si sus servicios excederán los límites de cobertura de la terapia.
- Visite [www.MyMedicare.gov](http://www.MyMedicare.gov) para verificar los reclamos por los servicios terapéuticos recibidos. Esta página Web es el servicio seguro de Medicare en Internet para acceder a su información personal de Medicare.
- Revise su “Resumen de Medicare” (MSN en inglés). Este es el aviso que recibe por correo (por lo general cada 3 meses) que le muestra cuáles son los servicios que le hicieron y cuánto le pueden cobrar por ellos.

## **¿Dónde puedo conseguir más información?**

Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) para una consulta gratuita y personalizada sobre el seguro médico. Para conseguir el número de teléfono de su estado, visite [www.medicare.gov/contacts](http://www.medicare.gov/contacts), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.