Mi Rastreador de Atención de Salud

¡Protéjase del fraude dando seguimiento a su información de atención de salud!

SMP
Senior Medicare Patrol

PROTÉJASE DETECTE REPORTE

¿Por qué tener un Rastreador de Atención de Salud?

- Para ayudarle a mantener un registro de los servicios de atención de salud que reciba.
- Para asegurarse de que los servicios de atención de salud, pruebas y/o artículos de equipo médico que usted reciba aparezcan de forma correcta en sus Resúmenes de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés), que usted recibe si tiene el Medicare original, o en la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés), que usted recibe si tiene un plan Medicare Advantage.
  - Esto puede reducir la cantidad que deba y puede ayudar a prevenir el robo de su identidad médica.
  - Esto también protege al programa Medicare para las generaciones futuras.
- Para protegerse a sí mismo y a sus beneficios de atención de salud de fraudes, errores y abusos.

Su SMP local puede:

Trabajar con usted individualmente para revisar sus Resúmenes de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) o Explicaciones de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) con el fin de determinar posibles fraudes, errores o abuso. Ellos pueden contactar a los proveedores para hablar sobre los problemas de facturación o remitir casos posibles a las agencias o autoridades apropiadas.

Educar a personas en presentaciones grupales y en exposiciones o eventos sobre cómo evitar convertirse en víctimas de estafas.

Involucrar a voluntarios para que trabajen con sus pares y con otras personas para hacer este importante trabajo.

Patrullas de Medicare para Adultos Mayores

Las Patrullas de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) pueden ayudar a las personas a prevenir, detectar y reportar fraudes, errores y abusos de Medicare a través de la comunicación, asesoría y educación. Las SMP quieren que usted:

PROTÉJASE del fraude al proteger su información personal.

- Trate sus números de Medicare, Medicaid y otros números de planes de atención de salud como si fueran un número de tarjeta de crédito.
- No les crea a las personas que llamen y digan que hablan de parte de Medicare. De hecho, ¡Medicare no lo llamará ni lo visitará para venderle nada!

DETECTE fraudes, errores y abusos

- Revise sus Resúmenes de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) o Explicaciones de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) para ver si hay errores.
  Compárelos con los recibos de sus medicamentos recetados y su récord en este registro.
- Busque:
  - Cobros por algo que no recibió
  - Cobros duplicados por la misma cosa
  - Servicios que no fueron solicitados por su médico
- Visite Medicare.gov para tener acceso en línea a su cuenta de Medicare.

REPORTE errores o haga preguntas

- Si nota errores, tiene preguntas o nota cargos sospechosos, llame primero a su proveedor de servicios médicos o seguro médico.
  - Si no está satisfecho con la respuesta, repórtelo a su SMP local.
- Encuentre más información en www.smpresource.org, llamando al 1-877-808-2468, o en la aplicación SMP Medicare Tracker (Rastreo de Medicare para SMP).

Instrucciones para usar Mi Rastreador de Atención de Salud

1. Lleve este rastreador con usted a sus citas médicas.

2. Registre la información de sus citas en este rastreador. Incluya:
   - La fecha, la duración de la visita *(como 5, 15, 30, o 45 minutos)*, el proveedor de servicios médicos y Razón de la visita:
   - Los nombres de las pruebas, *(como rayos X, extracción de sangre, prueba de orina, ultrasonido y verificación del peso, estatura y presión arterial)*, equipo o recetas

3. Cuando reciba su Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) o Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés), compare la información.

Marque a la derecha del ítem SOLO si:

- La fecha, la duración de la visita, el proveedor de servicios médicos y Razón de la visita: concuerdan con el MSN o EOB
- Los nombres de las pruebas, equipo o recetas en el MSN o EOB son los mismos nombres que usted registró en su rastreador

4. Contacte a su proveedor o a la oficina de Patrullas de Medicare para Adultos Mayores si:

- Necesita ayuda para comparar su rastreador completo con su MSN o EOB
- Completó su comparación e identificó casillas para las cuales no hay marcas de verificación
- Hay cargos en su MSN o EOB para visitas, pruebas, equipo o recetas que usted no recibió o que su médico no solicitó.
- Le cobraron dos veces por la misma visita, prueba, equipo o receta

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha:

Nombre del proveedor:

Razón de la visita:

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Lista de citas

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Razón de la visita: _____

_____

RECIBIDO

- ☐ Extracción de sangre
- ☐ CT/PET/MRI
- ☐ Diálisis
- ☐ Dispositivos médicos (por ejemplo: equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Vacunas (por ejemplo: influenza, neumonía)
- ☐ Prueba de orina
- ☐ Rayos X
- ☐ Otro _____

_____

_____

DURACIÓN DE LA VISITA (en persona o virtual, en minutos)

☐ 0-5 ☐ 5-15 ☐ 15-30 ☐ 30-45

NOTAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SMP
Senior Medicare Patrol

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

NOTAS

SMP
Senior Medicare Patrol

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) ofrece asesoría y asistencia local sobre seguros, en profundidad y objetivas para individuos elegibles para Medicare, sus familias y cuidadores.

Contacte a su SHIP local para:

- Obtener asistencia personalizada para revisar sus opciones de Medicare para la atención de salud o la compra de medicamentos.
- Aprender sobre los programas de asistencia para los que usted o sus seres queridos podrían ser elegibles.
- Entender el criterio de elegibilidad de Medicare y lo que Medicare cubre y lo que no.
- Conocer sus derechos bajo Medicare.
- Prestar trabajo voluntario para ayudar a otros.

ship state health insurance assistance programs
NATIONAL NETWORK

Encuentre su SHIP local llamando al 1-877-839-2675 o usando el Localizador de SHIP (*SHIP Locator*, en inglés) en www.shiptacenter.org.

Sea voluntario de las SMP

La Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) necesita voluntarios para ayudarles a realizar su importante trabajo. De hecho, miles de personas en todo el país prestan su servicio como voluntarios. Ellos:

1. **Ayudan con la administración:** copian, archivan, ingresan datos y hacen llamadas.
2. **Distribuyen información:** llevan materiales informativos de las SMP a sitios y eventos.
3. **Trabajan en exposiciones:** trabajan en quioscos informativos con el personal o en exposiciones en eventos como ferias de salud.
4. **Hacen presentaciones grupales:** hacen presentaciones sobre temas relacionados con las SMP a grupos pequeños y grandes.
5. **Asesoría:** trabajan con beneficiarios en sus situaciones individuales. Esto puede incluir la revisión del MSN, los estados de cuenta de cobros y otros documentos financieros o de salud.
6. **Gestionan interacciones complejas:** tienen interacciones a profundidad con beneficiarios que reportan situaciones específicas de fraude, error o abuso.

¿Quiere luchar en contra del fraude en Medicare?

Llame al 1-877-808-2468 o use el Localizador de las SMP (*SMP Locator*, en inglés) en www.smpresource.org.

Contactos importantes

Localizador Eldercare de la Administración para Envejecimiento
1-800-677-1116
www.eldercare.acl.gov

Comisión Federal de Comercio
1-877-FTC-HELP
www.ftc.gov y www.identitytheft.gov

Defensor del pueblo para cuidado de largo plazo
www.ltcombudsman.org

Medicare
1-800-MEDICARE
www.medicare.gov

Centro Nacional contra Fraudes en Desastres
1-866-720-5721

Registro Nacional 'NO LLAME'
1-888-382-1222
www.donotcall.gov

Preocupaciones de calidad del cuidado (quejas del proveedor) www.medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/filing-a-complaint-about-your-quality-of-care

Patrullas de Medicare para Adultos Mayores
1-877-808-2468
www.smpresource.org

Seguro Social
1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)
www.ssa.gov

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico
1-877-839-2675
www.shiptacenter.org

Este proyecto fue respaldado, en parte, por la subvención número 90MPRC0002 de la Administración para Vida Comunitaria de EE. UU., del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Washington, D.C. 20201. Se alienta a los beneficiarios de subvenciones que inician proyectos bajo el patrocinio del gobierno a que expresen libremente sus hallazgos y conclusiones. Sin embargo, los puntos de vista y opiniones no necesariamente representan la política oficial de la Administración para Vida Comunitaria.

SMP
Senior Medicare Patrol

1-877-808-2468
www.smpresource.org

PROTÉJASE
DETECTE
REPORTE

Las Patrullas de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) ayudan a los beneficiarios a **PROTEGERSE** al aprender sobre las estafas y fraudes, a **DETECTAR** posibles fraudes, errores y abusos, y a **REPORTAR** a los estafadores ante las autoridades competentes.

www.smpresource.org