2025

Sus beneficios de Medicare

Este **folleto oficial del gobierno** contiene información importante sobre los artículos y servicios que cubre Medicare Original

es.Medicare.gov

Medicare

Acerca de esta publicación

Medicare Original incluye la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). Este folleto describe muchos, pero no todos, los artículos y servicios de atención médica que cubre Medicare Original. Incluye información sobre cómo y cuándo puede obtener estos beneficios y cuánto pagará. A lo largo del folleto, las referencias a “médicos”, “otros proveedores de atención médica” y “proveedores” se refieren generalmente a proveedores que están inscritos en Medicare y aceptan la asignación (descrito en la página 4).

Este folleto describe principalmente la cobertura de Medicare Original. Si tiene un plan Medicare Advantage (Parte C), otro plan de salud de Medicare o Medicare y Medicaid:

- Es posible que pueda obtener otros servicios y suministros que Medicare Original no cubre.
- Sus costos pueden ser diferentes.
- Las reglas de cobertura (como cuán frecuente puede obtener un artículo o servicio) pueden ser diferentes.

Para obtener más información sobre costos específicos e información sobre la cobertura, comuníquese con su plan o agencia estatal de Medicaid. Por lo general, puede encontrar la información de contacto de su plan en su tarjeta de membresía del plan. Visite **Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip/index** para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado.

Términos útiles para entender:

Período de beneficios:

La manera en que Medicare Original mide su uso de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, en inglés). El período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de cuidado de salud hospitalario (o cuidado especializado en un SNF) por 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza uno nuevo. Debe pagar el deducible para pacientes hospitalizados para cada período de beneficios. No existe un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Coseguro:

Una cantidad que es posible que deba pagar al compartir el costo de los servicios después de pagar todos los deducibles. El coseguro generalmente es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Copagos:

Una cantidad que es posible que deba pagar al compartir el costo de los servicios después de pagar todos los deducibles. Un copago es una cantidad fija, como $30.

Deducible:

La cantidad que debe pagar por sus servicios de salud o recetas antes de que Medicare Original, su Plan Medicare Advantage, su plan de medicamentos recetados de Medicare o su otro seguro comience a pagar.

Necesario por razones médicas:

Servicios o suministros de atención necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas y cumplen con estándares aceptados para la medicina.

Plan Medicare Advantage (Parte C):

Un tipo de plan de salud de Medicare de una compañía privada que tiene un contrato con Medicare. Un Plan Medicare Advantage brinda todos sus beneficios de la Parte A y Parte B, con algunas exclusiones, por ejemplo, algunas pruebas clínicas están cubiertas por Medicare Original, aunque todavía esté en el plan. Los Planes Medicare Advantage incluyen:

- Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud
- Organizaciones de Proveedores Preferidos
- Planes privados de pago por servicio
- Planes para necesidades especiales
- Planes de cuentas de ahorro médico de Medicare

Si no está inscrito en un plan de Medicare Advantage:

- La mayoría de los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan
- La mayoría de los servicios de Medicare no son pagados por el Medicare Original
- La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos recetados

Cobertura Medicare de medicamentos (Parte D):
Beneficios opcionales para medicamentos recetados, disponibles para todas las personas con Medicare, por un cargo adicional. Esta cobertura la ofrecen las compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare.

Cantidad Aprobada por Medicare:
La cantidad de pago que Medicare Original establece para un servicio o artículo cubierto. Cuando su proveedor acepta la asignación, Medicare paga la parte que le corresponde a esta y usted paga su parte de esa cantidad.

Medicare Original:
Medicare Original es un plan de salud de pago por servicio que consta de 2 partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). Después de que usted pague un deducible, Medicare paga la parte que le corresponde y usted paga la suya (coseguro y deducibles).

Sección 1:

Entendiendo la Parte A y la Parte B de Medicare

Si tiene Medicare Original, puede obtener servicios cubiertos por Medicare de cualquier médico u hospital que acepte Medicare, en cualquier lugar de los EE. UU.

¿Cuáles son las partes de Medicare Original?

La Parte A (seguro de hospital) ayuda a cubrir:

- Cuidado de salud de pacientes internados
- Atención en centros de enfermería especializada
- Cuidados en un hospicio
- Cuidado de salud en el hogar

La Parte B (seguro médico) ayuda a cubrir:

- Servicios de médicos y otros proveedores de cuidado de salud
- Cuidado ambulatorio
- Cuidado de salud en el hogar
- Equipo médico duradero (como sillas de ruedas, andadores, camas de hospital y otros equipos)
- Muchos servicios preventivos (como pruebas de detección, vacunas o y visitas anuales de “Bienestar”)

¿Cuál es el deducible de la Parte A?

En 2025, pagará un deducible de $1,676 por cada período de beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El deducible de la Parte A cubre su parte de los costos durante los primeros 60 días de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados cubiertos por Medicare en un período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios que puede tener en un año. Esto significa que puede pagar el deducible más de una vez al año.

¿Cuál es el deducible de la Parte B?

En 2025, usted paga un deducible anual de $257 por los servicios y suministros cubiertos por la Parte B antes de que Medicare comience a pagar su parte, según el servicio o suministro.

¿Qué es la asignación y por qué es importante?

La asignación es un acuerdo entre su médico, proveedor o proveedor para que Medicare le pague directamente, para aceptar la cantidad de pago que Medicare aprueba por el servicio y para no facturarle más que el deducible de Medicare y cualquier cantidad de coseguro o copago aplicable.

Dependiendo del servicio o suministro, la cantidad que pague puede ser mayor si el médico, proveedor u otro proveedor no acepta la asignación. Los médicos y otros proveedores de atención médica que no aceptan la asignación pueden cobrarle un 15% sobre la cantidad de pago aprobado por Medicare para la mayoría de los servicios cubiertos por la Parte B. A esto se le llama el “cargo límite”. El cargo límite solo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a algunos suministros y equipos médicos duraderos (DME). Al obtener ciertos suministros y DME, Medicare solo los pagará si los obtiene de proveedores que están inscritos en Medicare y aceptan la asignación, sin importar quién presente la reclamación (usted o su proveedor).

¿Qué pasa si mi médico recomienda un servicio con más frecuencia de la que cubre Medicare?

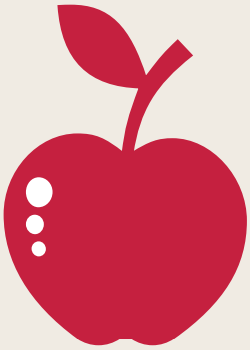
Su médico u otro proveedor de atención médica puede recomendarle recibir servicios con mayor frecuencia de la que cubre Medicare. O bien, puede recomendar servicios que Medicare no cubre. Si esto sucede, es posible que tenga que pagar algunos o todos los costos de su bolsillo. Es importante hacer preguntas para que entienda por qué su proveedor de atención médica le recomienda ciertos servicios y si Medicare los pagará.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con una decisión de cobertura o pago?

Usted tiene derecho a apelar la cobertura de Medicare o las decisiones de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, visite es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals.

¿Qué sucede si un artículo o servicio no aparece en este folleto o si necesito más información?

Visite es.Medicare.gov/coverage y escriba el artículo o servicio en el cuadro de búsqueda para obtener más información. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



Servicios preventivos

Los servicios preventivos son servicios de atención médica que le ayudan a prevenir o detectar problemas de salud en una etapa temprana y a mantenerse saludable. A lo largo de este folleto, hay un ícono de manzana junto a los servicios preventivos que cubre Medicare. Hable con su médico acerca de qué servicios preventivos son adecuados para usted.

Sección 2:

Artículos y servicios

Esta sección enumera muchos de los artículos y servicios de atención médica cubiertos por Medicare Original.

Exámenes de aneurisma aórtico abdominal

Las pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal detectan aneurismas (protuberancias en los vasos sanguíneos) en el área abdominal. La Parte B cubre una ecografía de detección de aneurisma aórtico abdominal si está en riesgo. Se considera que está en riesgo si tiene antecedentes familiares de aneurismas de la aorta abdominal, o si es un hombre de entre 65 y 75 años y ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida.

Con qué frecuencia

Una vez en la vida.

Costos

Usted no paga nada si el médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

Lo que debe saber

Debe obtener un referido de su proveedor de atención médica.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/abdominal-aortic-aneurysm-screenings.

Acupuntura

La acupuntura es una técnica en la que los proveedores estimulan puntos específicos del cuerpo, la mayoría de las veces mediante la inserción de agujas finas a través de la piel. Medicare solo cubre la acupuntura (incluida la punción seca) para el dolor lumbar crónico definido como:

- Dura 12 semanas o más
- No tener una causa conocida (por ejemplo, no está relacionado con un cáncer que se haya propagado o con una enfermedad inflamatoria o infecciosa)
- Dolor que no está asociado con una cirugía o con el embarazo

Con qué frecuencia

Medicare cubre hasta 12 tratamientos de acupuntura en 90 días para el dolor lumbar crónico.

Si muestra mejoría, Medicare cubre 8 sesiones adicionales (para un máximo de 20 tratamientos de acupuntura en un período de 12 meses). Si no muestra mejoría, Medicare no cubrirá sus tratamientos adicionales y usted pagará el 100% de los costos si continúa recibiéndolos.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

No todos los proveedores pueden administrar acupuntura, y Medicare no puede pagar directamente a los acupunturistas autorizados por sus servicios. Debe obtener acupuntura de un médico u otro proveedor de atención médica (como un enfermero practicante o un asistente médico) que tenga **ambos**:

- Una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental.
- Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en el estado donde usted recibe la atención.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/acupuncture.

Planificación de los cuidados

La planificación anticipada de la atención implica analizar y prepararse para la atención que recibiría en el futuro si necesita ayuda para tomar decisiones por sí mismo. La Parte B cubre la planificación anticipada voluntaria de la atención como parte de su visita preventiva anual de "Bienestar". Vaya a "Visitas preventivas" para más información. Medicare también puede cubrir este servicio como parte de su tratamiento médico.

Como parte de la planificación anticipada de la atención, puede elegir dar instrucciones anticipadas. Este es un documento legal importante que registra sus deseos sobre el tratamiento médico en el futuro en caso de que no pueda tomar decisiones sobre su cuidado.

Las instrucciones anticipadas incluyen 2 partes:

1. Su **poder para cuidados de salud** (a veces llamado "poder legal duradero") nombra a alguien en quien confía para que tome decisiones sobre su salud si usted no puede.
2. Su **testamento en vida** describe qué tratamiento(s) desea si su vida está amenazada, incluyendo diálisis, respiradores, reanimación y alimentación por sonda. También indica si desea que sus órganos o tejidos sean donados después de su muerte.

Puede hablar sobre instrucciones anticipadas con un abogado o su proveedor de atención médica, y ellos pueden ayudarlo a preparar sus documentos. Puede actualizar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.

Costos

Usted no paga nada si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación y esta planificación es parte de su visita anual de "Bienestar". Si se proporciona como parte de otro tratamiento médico, se aplican el deducible y el coseguro de la Parte B.

Lo que debe saber

Considere cuidadosamente a quién quiere que hable por usted y qué dirección quiere dar. Usted tiene el derecho de llevar a cabo sus planes como usted elija sin discriminación. Para obtener ayuda con las instrucciones anticipadas, visite el Localizador de Eldercare en **eldercare.acl.gov**. También puede comunicarse con el departamento de salud de su estado.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/advance-care-planning**.

Servicios de Gestión Avanzada del Cuidado Primario

La Gestión Avanzada del Cuidado Primario es un enfoque de atención centrado en el paciente. Los médicos u otros proveedores de atención médica que ofrecen servicios de administración avanzada de atención primaria toman medidas adicionales para administrar activamente todas sus necesidades de cuidado médico. Cuando recibe estos servicios, usted y su proveedor de atención primaria (o equipo de cuidado) acuerdan que serán su punto principal de atención continua. Hablarán con usted sobre su plan de atención y coordinarán todas sus necesidades de atención médica, incluida la atención que reciba de otros médicos, hospitales y proveedores.

Los proveedores que ofrecen estos servicios deben proporcionarle:

- Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a su equipo de atención o proveedor a través del teléfono, un portal en línea, correo electrónico y registros virtuales
- Gestión del cuidado crónico
- Un plan de cuidado personalizado que enumera sus condiciones y tratamientos actuales
- Coordinación integral de atención para conectarlo rápidamente con médicos especialistas y otros proveedores
- Atención transitoria entre entornos de atención médica (como atención de seguimiento después de que le den el alta de un hospital)
- Administración de medicamentos

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Muchas personas que tienen tanto Medicare como Medicaid no pagarán nada por estos servicios.

Lo que debe saber

- Consulte con su proveedor de atención primaria para asegurarse de que ofrece estos servicios. Luego, dé **su consentimiento verbal o escrito** a su proveedor para que sea su principal punto de atención para todas sus necesidades de salud. Ellos documentarán su consentimiento en su historial médico. También debe tener una visita inicial con su proveedor a menos que:
  - Haya acudido al proveedor o a otro proveedor en el mismo consultorio en los últimos 3 años.
  - Obtuvo otro tipo de gestión de cuidados (como la gestión del cuidado crónico) del proveedor o de otro proveedor de la misma práctica en el último año.
- Puede dejar de recibir estos servicios en cualquier momento. Hable con su proveedor para dejar de participar.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/advanced-primary-care-management-services**.

Controles y asesoramiento por consumo indebido de alcohol

Las pruebas de detección de abuso de alcohol incluyen preguntas sobre su consumo de alcohol. Su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica revisa sus respuestas para detectar el abuso de alcohol y los trastornos por consumo de alcohol. La Parte B cubre una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que consumen alcohol, pero que no cumplen con los criterios médicos para la dependencia del alcohol.

Con qué frecuencia

Medicare cubre un examen médico por abuso de alcohol por año. Si su proveedor de atención médica determina que está abusando del alcohol, también puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento en persona cada año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento).

Costos

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

Lo que debe saber

Debe recibir asesoramiento en un entorno de cuidado primario (como el consultorio de un médico).

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/alcohol-misuse-screenings-counseling**.

Servicios de ambulancias

La Parte B cubre el transporte terrestre en ambulancia cuando viajar en cualquier otro vehículo podría poner en peligro su salud y necesita servicios médicamente necesarios de uno de los siguientes:

- Un hospital
- Un hospital de acceso crítico
- Un hospital rural de urgencias
- Un centro de enfermería especializada

Medicare puede pagar el traslado de emergencia en ambulancia en un avión o helicóptero si usted necesita un traslado inmediato y rápido que el transporte terrestre no puede proporcionar.

En algunos casos, Medicare puede pagar el transporte en ambulancia médicamente necesario que no sea de emergencia si tiene una orden escrita de su médico u otro proveedor de atención médica que diga que el transporte es médicamente necesario. Por ejemplo, una persona con enfermedad renal en etapa final (ESRD, en inglés) puede necesitar un transporte en ambulancia médicamente necesario hacia y desde un centro de ESRD.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

- Si el uso de otro medio de transporte podría poner en peligro su salud, Medicare solo cubrirá los servicios de ambulancia al centro médico apropiado más cercano que pueda brindarle la atención que necesita.
- La compañía de ambulancias debe entregarle un "Aviso Anticipado de No Cobertura para el Beneficiario (ABN en inglés) "cuando se cumplan las dos condiciones:
  - Adquirió servicios de ambulancia en una situación que no era una emergencia.
  - La empresa de ambulancias cree que Medicare podría no pagar por su servicio de ambulancia específico.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/ambulance-services**.

Centros quirúrgicos ambulatorios

Los centros quirúrgicos ambulatorios son instalaciones ambulatorias que realizan procedimientos quirúrgicos. En la mayoría de los casos, los centros quirúrgicos ambulatorios dan de alta a los pacientes dentro de las 24 horas. La Parte B cubre las tarifas de los centros para los procedimientos quirúrgicos aprobados que se realizan en estos centros.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare tanto al centro quirúrgico ambulatorio como al médico o médicos que lo atienden. Usted no paga nada por ciertos servicios preventivos (como una colonoscopia de detección) si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación. Sin embargo, es posible que tenga que pagar otros costos asociados con los servicios preventivos. Por ejemplo, si su proveedor de atención médica extirpa un pólipo durante una colonoscopia de detección, es posible que tenga que pagar el 15% de la cantidad aprobada por Medicare. También paga todas las tarifas de las instalaciones por los procedimientos no cubiertos que se realizan en los centros quirúrgicos ambulatorios.

Más información

- Visite **es.Medicare.gov/coverage/ambulatory-surgical-centers**.
- Para obtener estimaciones de costos para procedimientos quirúrgicos ambulatorios en ciertos entornos, visite **es.Medicare.gov/procedure-price-lookup**.

Anestesia

La Parte A cubre los servicios de anestesia que recibe como paciente hospitalizado. La Parte B cubre los servicios de anestesia que recibe como paciente ambulatorio en un hospital o como paciente en un centro quirúrgico ambulatorio independiente.

Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de anestesia que reciba de un médico o una enfermera anestesista registrada certificada. El servicio de anestesia debe estar asociado con el servicio médico o quirúrgico subyacente, y es posible que deba pagar un copago adicional al centro.
- Para obtener información sobre los costos de hospital de la Parte A, vaya a "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en las páginas 58–59.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/anesthesia**.

Extremidades y ojos artificiales

La Parte B cubre los ojos y extremidades artificiales médicamente necesarios cuando un médico u otro proveedor de atención médica los ordene.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/artificial-eyes-limbs**.

Cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica puede ayudar a las personas con obesidad extrema a perder peso. Medicare cubre algunos procedimientos quirúrgicos bariátricos (como la cirugía de bypass gástrico y la cirugía laparoscópica con bandas) cuando cumple con ciertas condiciones relacionadas con la obesidad mórbida.

Costos

- En el caso de las cirugías o procedimientos, es difícil predecir los costos por adelantado. Esto se debe a que no sabrá qué servicios necesita hasta que se reúna con su proveedor. Para obtener ayuda para calcular los costos de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios en ciertos entornos, visite **es.Medicare.gov/procedure-price-lookup**.
- Medicare no cubre sus costos de transporte para llegar a un centro de cirugía bariátrica.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery**.

Servicios de integración de salud conductual

Si tiene una condición de salud conductual (como depresión, ansiedad u otra condición de salud mental), Medicare puede pagarle a su proveedor de atención médica para que le ayude a coordinar su atención para esa condición. Algunos proveedores de atención médica pueden ofrecer servicios de administración de la atención utilizando el Modelo de Atención Colaborativa Psiquiátrica o modelos que involucran la integración de la salud conductual.

El Modelo de Atención Colaborativa Psiquiátrica es un conjunto de servicios de salud conductual integrados, tales como:

- Planificación del cuidado para las condiciones de salud conductual
- Evaluación continua de su condición
- Apoyo para medicamentos
- Asesoría
- Otros tratamientos que su proveedor le recomiende

Su proveedor de cuidado de salud le pedirá que firme un acuerdo para acceder a este conjunto de servicios mensualmente.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Más información

- Vaya a “Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias” en la página 70.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/behavioral-health-integration-servicios**.

Sangre

La Parte A cubre la sangre que recibe como paciente hospitalizado. La Parte B cubre la sangre que usted recibe como paciente ambulatorio en un hospital.

Costos

Si su proveedor de atención médica obtiene sangre de un banco de sangre sin cargo, usted no tendrá que pagarla ni reemplazarla. Si su proveedor tiene que comprar sangre para usted, debe pagarle al proveedor los costos de las primeras 3 unidades de sangre que obtenga en un año calendario, o usted u otra persona puede donar la sangre.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/blood**.

Procesamiento y manipulación de la sangre

Los hospitales generalmente cobran por el procesamiento y la manipulación de sangre por cada unidad de sangre que usted recibe, independientemente de si es donada o comprada. La Parte A cubre este servicio si usted es un paciente hospitalizado. La Parte B cubre este servicio si es un paciente ambulatorio.

Costos

Una vez cubierto el deducible de la Parte A, no hay copago por la sangre que reciba como paciente hospitalizado. Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga un copago por los servicios de procesamiento y manipulación de sangre por cada unidad que recibe como paciente ambulatorio. El copago de la Parte B varía según los servicios que reciba, pero no será mayor que la cantidad del deducible para pacientes hospitalizados ($1,676 en 2025).

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/blood-processing-handling.

Pruebas de biomarcadores sanguíneos (exámenes de detección) para el cáncer colorrectal

Las pruebas de detección con biomarcadores sanguíneos pueden ayudar a detectar el cáncer colorrectal en forma temprana, cuando el tratamiento es más eficaz. Medicare cubre una prueba de detección de biomarcadores en sangre si cumple con todas estas condiciones:

- Tiene entre 45 y 85 años.
- No presenta signos ni síntomas de enfermedades colorrectales (incluyendo, dolor gastrointestinal inferior, sangre en las heces, resultado positivo en la prueba de guayacol de sangre oculta en las heces o en la prueba inmunoquímica fecal).
- Tiene un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal, lo que significa que:
  - No tiene antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal (incluida la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa).
  - No tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal, pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.

Con qué frecuencia

Medicare cubre una prueba de detección de biomarcadores sanguíneos para el cáncer colorrectal (si está disponible) una vez cada 3 años.

Costos

- Usted no paga nada por esta prueba si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.
- Si obtiene un resultado positivo después de una prueba de detección de biomarcadores en sangre, Medicare también cubre una colonoscopia de seguimiento como prueba de detección.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/colorectal-cancer-blood-based-biomarker-screening-pruebas.

Mediciones de masa ósea

Una medición de la masa ósea puede ayudar a averiguar si corre el riesgo de sufrir fracturas. La Parte B cubre esta prueba si usted cumple con una o más de estas condiciones:

- Es una mujer cuyo médico u otro proveedor de atención médica determina que tiene deficiencia de estrógeno y riesgo de osteoporosis, según su historial médico y otros hallazgos.
- Sus radiografías muestran posible osteoporosis, osteopenia o fracturas vertebrales.
- Toma prednisona o medicamentos esteroides o planea comenzar un tratamiento de esta naturaleza.
- Se le diagnosticó hiperparatiroidismo primario.
- Está siendo monitoreada para saber si el tratamiento de la osteoporosis con medicamentos funciona.

Con qué frecuencia

Una vez cada 24 meses (o con más frecuencia, si es médicamente necesario).

Costos

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/bone-mass-measurements.

Soportes (brazos, piernas, espalda y cuello)

La Parte B cubre los aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello cuando sean médicamente necesarios y cuando los recete un médico u otro proveedor de atención médica.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/braces-arm-leg-back-neck.

Exámenes de detección de cáncer de mama

Vaya a “Mamografías” en las páginas 67–68.

Prótesis mamarias

La Parte A cubre las prótesis mamarias implantadas quirúrgicamente después de una mastectomía si la cirugía se realiza en un entorno de internación. La Parte B cubre la cirugía si se realiza en un entorno de atención ambulatoria. La Parte B también cubre algunas prótesis mamarias externas (incluido el sujetador posquirúrgico) después de una mastectomía.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico y las prótesis mamarias externas.

Más información

- Vaya a “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en las páginas 58–59.
- Vaya a “Servicios hospitalarios ambulatorios” en la página 83.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/breast-prostheses**.

Bastones

La Parte B cubre los bastones como equipo médico duradero (DME). Medicare no cubre los bastones blancos para ciegos.

Más información

- Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 41–42.
- Visite **es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/canes**.

Programas de rehabilitación cardíaca

Los programas de rehabilitación cardíaca incluyen ejercicio, educación y asesoramiento si ha sufrido un ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca u otros problemas cardíacos. La Parte B cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas condiciones:

- Un infarto de miocardio en los últimos 12 meses
- Cirugía de bypass en arterias coronarias
- Angina de pecho estable (dolor en el pecho)
- Reparación o sustitución de una válvula cardíaca
- Angioplastía coronaria (procedimiento médico para abrir un bloqueo arterial) o la colocación de una endoprótesis vascular (stent) (procedimiento para mantener una arteria abierta)
- Un trasplante de corazón o de corazón y pulmón
- Insuficiencia cardíaca crónica estable

La Parte B cubre los programas regulares e intensivos de rehabilitación cardíaca. Medicare cubre estos servicios en el consultorio de un médico o en el entorno ambulatorio de un hospital (incluido un hospital de acceso crítico).

Costos

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare si recibe estos servicios en el consultorio de su médico. En un entorno hospitalario ambulatorio, también le paga al hospital un copago. Se aplica el deducible de la Parte B.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/cardiac-rehabilitation.

Terapia del comportamiento cardiovascular

La terapia cardiovascular-conductual ayuda a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (condiciones que afectan el corazón y los vasos sanguíneos). La Parte B cubre una visita de terapia cardiovascular-conductual con su médico de atención primaria u otro profesional de atención primaria en un entorno de atención primaria (como su consultorio). Durante esta visita, su médico de atención primaria puede hablarle sobre el uso de aspirina, controlar su presión arterial y darle consejos sobre dieta y ejercicio.

Con qué frecuencia

Una vez al año.

Costos

Si su médico acepta la asignación, usted no paga nada.

More information

Visite es.Medicare.gov/coverage/cardiovascular-behavioral-therapy.

Controles de enfermedades cardiovasculares

Las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares detectan problemas con el corazón y los vasos sanguíneos, y averiguan si corres el riesgo de padecer una enfermedad cardíaca. La Parte B cubre las pruebas de detección que incluyen análisis de sangre para los niveles de colesterol, lípidos y triglicéridos que ayudan a detectar condiciones que pueden provocar un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

Con qué frecuencia

Una vez cada 5 años.

Costos

Usted no paga nada si el médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/cardiovascular-disease-screenings.

Servicios de evaluación y gestión del riesgo cardiovascular

Si no le han diagnosticado una enfermedad cardiovascular, la Parte B puede cubrir una evaluación de riesgo cardiovascular si su médico u otro proveedor de atención médica determina que corres el riesgo de desarrollar la enfermedad. La evaluación calcula su nivel de riesgo mediante:

- Datos demográficos (como edad y sexo)
- Mediciones de rutina (como la presión arterial y el peso)
- Antecedentes de tabaquismo y consumo de alcohol
- Niveles de actividad física
- Datos de laboratorio (como paneles de lípidos para controlar los niveles de colesterol)

Como parte de su evaluación de riesgos, obtendrá una estimación de 10 años de su riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Para las personas con riesgo intermedio, medio o alto, la Parte B también puede cubrir los servicios de gestión de riesgos. Estos servicios pueden ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular y pueden incluir:

- Control de la presión arterial
- Control del colesterol
- Ayuda para dejar de fumar

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/cardiovascular-risk-assessment-management-services**.

Servicios de capacitación para cuidadores

Si usted es el cuidador de una persona con Medicare, esta capacitación le enseña las habilidades que necesita para ayudar a su paciente o ser querido a cumplir con su plan de tratamiento, incluyendo cómo:

- Administrar medicamentos.
- Ayudar con las tareas diarias.
- Mover al paciente de forma segura.
- Comunicarse de manera efectiva con el paciente.
- Comprender y manejar mejor la(s) condición(es) médica(s) del paciente
- Brindar atención personalizada y apoyo emocional
- Prevenir las úlceras de decúbito y las infecciones, y cuidar las heridas

La Parte B cubre los servicios de capacitación para cuidadores si se cumplen las dos condiciones siguientes:

- La capacitación se enfoca en ayudar al paciente a alcanzar las metas de salud y tratamiento que estableció con el médico u otro proveedor de atención médica.
- El paciente necesita la ayuda de un cuidador para que su tratamiento tenga éxito.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

- Si el proveedor de atención médica del paciente determina que la capacitación del cuidador es apropiada para el plan de tratamiento del paciente, el cuidador puede recibir sesiones de capacitación individuales o grupales del proveedor sin que el paciente esté presente.
- Hasta el 30 de septiembre de 2025, los cuidadores pueden obtener servicios de capacitación para cuidadores en cualquier lugar de los EE. UU. a través de telesalud. A partir del 1 de octubre de 2025, los cuidadores deben estar en un consultorio o centro médico ubicado en un área rural (en los EE. UU.) para recibir estos servicios a través de la telesalud.
- Los cuidadores pueden recibir esta capacitación de los proveedores de Medicare, que incluye:
  - Médicos
  - Profesionales de enfermería
  - Especialistas en enfermería clínica
  - Enfermeras parteras certificadas
  - Asistentes médicos
  - Psicólogos clínicos
  - Terapeutas (incluidos fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y patólogos).

Más información

- Vaya a “Servicios de administración de cuidados crónicos” en la página 22.
- Vaya a “Evaluación cognitiva y servicios del plan de atención” en las páginas 23–24.
- Vaya a “Servicios, equipos y suministros de terapia de infusión en el hogar” en la página 55.
- Vaya a “Cuidados paliativos” en las páginas 55–57.
- Vaya a “Telesalud” en la página 109.
- Vaya a “Servicios de administración de cuidados transitorios” en la páginas 110–111.

- Visite **es.Medicare.gov/coverage/caregiver-training-services**.

Cirugía de cataratas

La cirugía de cataratas extrae un lente natural opaco del ojo y, en la mayoría de los casos, lo reemplaza con un lente artificial transparente. Medicare podría cubrir la cirugía de cataratas que implanta cristalinos intraoculares convencionales, dependiendo de dónde viva.

Por lo general, Medicare no cubre anteojos ni lentes de contacto. Sin embargo, la Parte B cubre un par de anteojos con monturas estándar (o un par de lentes de contacto) después de cada cirugía de implante de lente intraocular.

Costos

- **Una cirugía de cataratas cubierta que obtiene en un hospital ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio:** Después de pagar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare tanto al centro como al médico que realiza su cirugía.
- **Una cirugía de cataratas cubierta que se realiza en el consultorio de un médico:** Después de pagar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare tanto por el lente intraocular como por la cirugía para implantarlo.

Lo que debe saber

Si Medicare cubre la cirugía de cataratas en su área, puede realizarla mediante técnicas quirúrgicas tradicionales o láser.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/cataract-surgery**.

Examen médico de cáncer vaginal y de cuello uterino

La Parte B cubre las pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas para detectar el cáncer de cuello de útero y vaginal. Como parte de la exploración pélvica, Medicare también cubre el examen clínico de mamas a modo de control del cáncer de mama.

Con qué frecuencia

Medicare cubre estas pruebas de detección una vez cada 24 meses en la mayoría de los casos. Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o vaginal, o si está en edad fértil y tuvo una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 36 meses, Medicare cubre estas pruebas de detección una vez cada 12 meses.

La Parte B también cubre las pruebas del virus del papiloma humano (VPH) (como parte de una prueba de Papanicolaou) una vez cada 5 años si tiene entre 30 y 65 años y no tiene síntomas de VPH.

Costos

Si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación, no paga nada por:

- Prueba de Papanicolaou de laboratorio
- Prueba de laboratorio del VPH con la prueba de Papanicolaou
- Recolección de muestras de la prueba de Papanicolaou
- Exámenes pélvicos y de mama

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/cervical-vaginal-cancer-screenings.

Quimioterapia

Medicare cubre la quimioterapia si usted tiene cáncer. La Parte A lo cubre si usted es un paciente hospitalizado. La Parte B lo cubre si es un paciente ambulatorio de un hospital o recibe servicios en el consultorio de un médico o en una clínica independiente.

Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, por lo general paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la quimioterapia que recibe en el consultorio de un médico, clínica independiente o entorno ambulatorio hospitalario. Si recibe quimioterapia en un hospital ambulatorio, su copago no será mayor que la cantidad del deducible para pacientes hospitalizados ($1,676 en 2025).
- Para obtener información sobre los costos hospitalarios de la Parte A, vaya a "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en las páginas 58–59.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/chemotherapy.

Servicios renales para niños

Medicare cubre diálisis y trasplantes de riñón para los niños que califican para Medicare.

Más información

- Diálisis: Vaya a "Diálisis (niños)" en las páginas 37–38.
- Trasplantes de riñón: Vaya a "Trasplantes de riñón (niños)" en las página 64.
- Visite es.Medicare.gov/basics/children-and-end-stage-renal-disease.

Servicios quiropráctico

La Parte B cubre la manipulación manual de la columna vertebral por parte de un quiropráctico para corregir una subluxación vertebral (cuando las articulaciones de la columna vertebral no se mueven correctamente, pero el contacto entre las articulaciones permanece intacto).

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

Medicare no cubre otros servicios o exámenes solicitados por un quiropráctico, incluidas radiografías, terapia de masajes y acupuntura.

Más información

- Vaya a "Acupuntura" en la página 7.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/chiropractic-services.

Servicios de administración del cuidado de la salud para pacientes con condiciones crónicas

Si tiene 2 o más condiciones crónicas graves (como artritis o diabetes) que espera que duren al menos un año, Medicare puede pagar la ayuda de un proveedor de atención médica para administrar su atención para esas condiciones.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el coseguro por estos servicios.

Lo que debe saber

- El tratamiento de la atención crónica incluye:
  - Un plan de cuidado integral que incluye sus problemas de salud y sus objetivos, otros proveedores de salud, medicamentos, servicios comunitarios que tiene y necesita, y otra información sobre su salud.
  - Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana para cuidado de urgencia.
  - Apoyo cuando pasa de un entorno de atención médica a otro.
  - Revisión de sus medicamentos y cómo tomarlos.
  - Ayuda con otras necesidades de atención crónica.
- Su proveedor de cuidado de salud le pedirá que firme un acuerdo para acceder a este conjunto de servicios mensualmente. Si acepta recibir estos servicios, su proveedor preparará un plan de atención para usted o su cuidador que explica la atención que necesita y cómo la coordinarán sus proveedores.
- Para comenzar, pregunte a sus proveedores de atención médica si ofrecen servicios de administración de atención crónica.

Más información

- Vaya a “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 18–19.
- Vaya a “Servicios principales de asesoramiento para enfermedades” en la página 96.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/chronic-care-management-services**.

Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico

La Parte B cubre los servicios mensuales para las personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, la administración de medicamentos y la coordinación y planificación de la atención.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/chronic-pain-management-treatment-services**.

Pruebas clínicas de laboratorio

Las pruebas de laboratorio incluyen algunos análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de muestras de tejidos y algunas pruebas de detección. La Parte B cubre las pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico médicamente necesarias cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene.

Costos

Por lo general, no paga nada por las pruebas de laboratorio clínico aprobadas por Medicare.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/clinical-laboratory-tests.

Estudios de investigación clínica

Los estudios de investigación clínica ponen a prueba diferentes tipos de atención médica, incluidos los nuevos tratamientos, para averiguar cuán bien funcionan y si son seguros. Por ejemplo, un estudio de investigación clínica podría probar cuán bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer.

Para ciertos estudios de investigación clínica, la Parte A y/o la Parte B cubren algunos costos, como las visitas al consultorio y las pruebas.

Costos

Usted puede pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, dependiendo del tratamiento que reciba. Es posible que se aplique el deducible de la Parte B.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies.

Evaluación cognitiva y servicios del plan de cuidado

La Parte B cubre una visita por separado con un médico o proveedor de atención médica para revisar completamente su función cognitiva, establecer o confirmar un diagnóstico como demencia o enfermedad de Alzheimer y desarrollar un plan de atención. El proveedor de atención médica también puede hacerle una evaluación cognitiva para buscar signos de demencia cuando vayas a otras consultas, incluida la visita preventiva anual de “Bienestar”. Para obtener más información, vaya a “Visitas preventivas” en las páginas 93–95.

Las señales del daño cognitivo podrían incluir problemas para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse, administrar las finanzas y tomar decisiones. Las condiciones como la depresión, la ansiedad y el delirio también pueden causar confusión, por lo que es importante entender por qué puede tener síntomas.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

Puede traer a alguien con usted (como un cónyuge, amigo o cuidador) para escuchar la información y responder preguntas. Durante una evaluación cognitiva, el proveedor de atención médica puede hacer lo siguiente:

- Realizar un examen, hablar con usted acerca de su historial médico y revisar sus medicamentos.
- Identificar sus apoyos sociales, incluida la atención que su cuidador habitual puede proporcionar.
- Crear un plan de cuidado que lo ayude a abordar y controlar sus síntomas.
- Ayudarlo a desarrollar o actualizar su plan de cuidado anticipado.
- Referirlo a un especialista, si es necesario.
- Ayudarlo a comprender más sobre los recursos comunitarios, como los servicios de rehabilitación, los programas de salud diurna para adultos y los grupos de apoyo.

Algunas personas que viven con demencia y sus familiares y cuidadores no remunerados pueden obtener apoyo adicional a través del programa piloto Guía para una mejor experiencia con la demencia. Hable con su proveedor para obtener más información y saber si participa.

Más información

- Vaya a “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 18–19.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/cognitive-assessment-care-plan-services**.

Colonoscopias (exámenes de detección)

Las pruebas de detección de colonoscopia detectan pólipos precancerosos (crecimientos en el colon), cáncer y otras enfermedades dentro del recto y el colon. Medicare cubre las colonoscopias de detección.

Con qué frecuencia

Medicare cubre esta prueba de detección una vez cada 24 meses si tiene un alto riesgo de cáncer colorrectal. Si no tiene un riesgo alto, Medicare cubre la prueba una vez cada 120 meses, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior. No hay un requisito de edad mínima.

Si inicialmente se somete a una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare (prueba de sangre oculta en heces o prueba de ADN en heces multiobjetivo) o una prueba de detección de biomarcadores en sangre y obtiene un resultado positivo, Medicare cubrirá una colonoscopia de seguimiento como prueba de detección.

Costos

- Si su proveedor de atención médica acepta la asignación, usted no paga nada por las pruebas de detección, incluidas las colonoscopias de seguimiento que obtiene después de un resultado positivo de una prueba de biomarcadores en sangre cubierta por Medicare o una prueba no invasiva en heces.
- Si su proveedor de atención médica encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia, usted paga el 15% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su proveedor. En un hospital ambulatorio o un centro quirúrgico ambulatorio, también paga al centro un coseguro del 15%. El deducible de la Parte B no se aplica.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/colonoscopies**.

Controles del cáncer colorrectal

Las pruebas de detección del cáncer colorrectal ayudan a encontrar pólipos precancerosos (crecimientos en el colon) o a detectar el cáncer temprano, cuando el tratamiento es más eficaz. Medicare puede cubrir una o más de estas pruebas:

- Colonoscopias (detección): Vaya a las páginas 24–25.
- Pruebas de biomarcadores sanguíneos (detección): Vaya a la página 14.
- Colonografía por tomografía computarizada (TC) (detección): Vaya a la página 26.
- Pruebas de sangre oculta en heces (detección): Vaya a la página 46.
- Sigmoidoscopia flexible (detección): Vaya a la página 47.
- Pruebas de ADN en heces multiobjetivo (detección): Vaya a la página 76.

Sillas inodoro

La Parte B cubre las sillas con inodoro como equipo médico duradero (DME, en inglés) para usar en su hogar, si está confinado en su dormitorio. Su médico u otro proveedor de atención médica debe recetarlos por usted.

Más información

- Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 41–42.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/commode-chair**.

Servicios comunitarios de integración de salud

Si su médico u otro proveedor de atención médica proporciona un determinante social de la evaluación de riesgos para la salud, puede detectar qué factores sociales (como el acceso limitado a la comida o su entorno) afectan su salud o acceso a la atención. En estos casos, la Parte B cubre los servicios de integración de salud comunitaria para abordar sus necesidades y ayudar a su proveedor de atención médica a diagnosticar o tratar sus condiciones médicas. Algunos servicios comunitarios de integración de salud incluyen:

- Una evaluación para comprender mejor su historia de vida.
- Coordinación de cuidados.
- Educación de salud.
- Capacitación sobre autodefensa del paciente.
- Información para navegar el sistema de salud.
- Apoyo social y emocional.

Debe tener una consulta inicial en la oficina del proveedor (aparte de su consulta anual de "Bienestar") antes de comenzar a recibir servicios comunitarios de integración de salud. Luego puede recibir estos servicios mensualmente. Su proveedor o el personal puede brindarle los servicios comunitarios de integración de salud o referirlo a otro personal capacitado (incluido personal de salud comunitaria) para que reciba los servicios.

Costos

Después del deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Más información

- Vaya a "Evaluación de los determinantes sociales de los riesgos para la salud" en las páginas 105–106.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/community-health-integration-servicios**.

Tomografía computarizada (TC) colonografía (exámenes de detección)

Una colonografía por tomografía computarizada es una prueba que utiliza rayos X y computadoras para ayudar a encontrar pólipos (crecimientos en el colon), úlceras (llagas) y cáncer en el colon y el recto. La Parte B cubre la prueba si su médico, asistente médico, enfermero o especialista en enfermería clínica lo solicita por escrito.

Con qué frecuencia

Si tiene 45 años o más y tiene un alto riesgo de cáncer colorrectal, Medicare cubre esta prueba de detección una vez cada 24 meses. Si no tiene un riesgo alto, Medicare cubre la prueba una vez cada 60 meses, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia anterior. Si es menor de 45 años, Medicare no cubre la prueba.

Costos

Usted no paga nada si el médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

Más información

- Vaya a "Colonoscopias (detección)" en las páginas 24–25.
- Vaya a "Sigmoidoscopia flexible (detección)" en la página 47.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/computed-tomography-ct-colonography-screening**.

Atención médica por iguala

La atención médica por iguala es cuando un médico o grupo de médicos le cobra una cuota de membresía antes de atenderlo o aceptarlo en su consultorio.

Medicare no cubre las cuotas de afiliación para la atención médica por iguala (también llamada medicina por iguala, medicina basada en anticipos, medicina boutique, práctica de platino o atención directa).

Costos

Usted paga el 100% de la cuota de membresía para la atención médica por iguala.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/concierge-care**.

Lentes de contacto

Vaya a “Anteojos y lentes de contacto” en la página 45.

Monitores continuos de glucosa

Los monitores continuos de glucosa realizan un seguimiento de los niveles de glucosa (azúcar en la sangre) a través de un dispositivo que se conecta al cuerpo. Si tiene diabetes, Medicare puede cubrir un monitor continuo de glucosa y suministros relacionados si su médico u otro proveedor de atención médica se los receta y usted cumple con las siguientes condiciones:

- Usted toma insulina o tiene antecedentes de problemas con niveles bajos de azúcar en la sangre (hipoglucemia).
- Su proveedor de atención médica ha decidido que usted o su cuidador han recibido suficiente capacitación para usar un monitor continuo de glucosa según lo recetado.

Antes de que su proveedor de atención médica le recete un monitor continuo de glucosa, debe reunirse con usted para evaluar su estado y decidir si cumple con los requisitos para obtenerlo.

Más información

- Vaya a “Servicios para la diabetes” y “Suministros para la diabetes” en las páginas 35–36.
- Vaya a “Insulina” en las página 61.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/therapeutic-continuous-glucose-monitores**.

Máquina de movimiento pasivo continuo (CPM, en inglés)

Si cumple con ciertas condiciones, la Parte B cubre las máquinas CPM de rodilla como equipo médico duradero (DME, en inglés) que su médico u otro proveedor de atención médica le recete para usar en su hogar. Por ejemplo, si se somete a una cirugía de reemplazo de rodilla, Medicare cubre los dispositivos CPM hasta por 21 días.

Más información

- Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 41–42.
- Visite **es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/continuous-passive-motion-cpm-machines**.

Terapia de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP)

La terapia CPAP es un tratamiento en el hogar para personas con apnea del sueño. Medicare puede cubrir una prueba de 12 semanas de la terapia CPAP (incluidos dispositivos y accesorios) si le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño. Después del período de prueba, Medicare puede cubrir la terapia CPAP si usted se reúne con su médico u otro proveedor en persona, y documentan en su expediente médico que usted cumple con ciertas condiciones y que la terapia lo está ayudando.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el alquiler de la máquina y los suministros relacionados (como mascarillas y tubos).

Lo que debe saber

- Si tenía una máquina de CPAP antes de obtener Medicare y cumple con ciertos requisitos, Medicare podría cubrir el alquiler o sustitución de la máquina o los accesorios de CPAP.
- Medicare le paga al proveedor el alquiler de una máquina CPAP durante 13 meses, siempre y cuando la use continuamente. Después de que Medicare realice los pagos de alquiler durante 13 meses continuos, usted será dueño de la misma.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/continuous-positive-airway-pressure-devices**.

Cirugía estética

Por lo general, Medicare no cubre la cirugía estética a menos que la necesite debido a una lesión accidental o para mejorar la función de una parte del cuerpo malformada. Medicare cubre la reconstrucción mamaria si se sometió a una mastectomía debido a un cáncer de mama. Ir a “Prótesis mamarias” en la página 16.

Costos

Usted paga el 100% por servicios no cubiertos, incluida la mayoría de las cirugías estéticas.

Lo que debe saber

Medicare exige autorización previa antes de brindarle estos servicios ambulatorios hospitalarios ambulatorios siguientes que a menudo (pero no siempre) se consideran cosméticos:

- **Blefaroplastía—**cirugía en el párpado para eliminar el tejido “caído”, graso o excesivo.

- **Inyecciones de toxina botulínica—**inyecciones que se usan para tratar trastornos musculares, como espasmos y espasmos.
- **Paniculectomía—**cirugía para eliminar el exceso de piel y tejido de la parte inferior del abdomen.
- **Rinoplastia (o "cirugía de nariz")—**cirugía para cambiar la forma de su nariz.
- **Ablación de venas—**cirugía para cerrar las venas.

Si su procedimiento requiere de una autorización previa antes de que Medicare lo pague, no necesita hacer nada. Su médico u otro proveedor de atención médica enviará una solicitud de autorización previa y documentación a Medicare para su aprobación antes de realizar el procedimiento. Si Medicare autoriza su solicitud de autorización previa, solo debe pagar su deducible y coseguro.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/cosmetic-surgery.

Consejería para prevenir el consumo de tabaco y enfermedades causadas por el tabaco

La Parte B cubre el asesoramiento para ayudarle a dejar de fumar o consumir tabaco.

Con qué frecuencia

Medicare cubre hasta 8 sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses.

Costos

Usted no paga nada si el médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/counseling-to-prevent-tobacco-use-tobacco-caused-disease.

Pruebas de anticuerpos contra la COVID-19

Las pruebas de anticuerpos contra el COVID-19 evalúan si ha desarrollado inmunidad (protección) contra el COVID-19 y si es posible que no corra un riesgo inmediato de reinfección. La Parte B cubre las pruebas de anticuerpos contra el COVID-19 autorizadas por la FDA.

Costos

Por lo general, usted no paga nada cuando su médico u otro proveedor de atención médica ordena estas pruebas, y las obtiene de un laboratorio (incluso en una farmacia, clínica o consultorio médico) u hospital.

Más información

- Otros servicios de COVID-19: vaya a "Pruebas de laboratorio de diagnóstico de COVID-19" en la página siguiente, "Tratamientos y productos de anticuerpos monoclonales COVID-19" en la página siguiente y "Vacunas COVID-19" en la página 31.

- Visite **es.Medicare.gov/coverage/coronavirus-disease-2019-covid-19-antibody-test**.
- Para obtener más información sobre el COVID-19, visite **espanol.cdc.gov/covid/**.

Pruebas de laboratorio diagnósticas de COVID-19

La Parte B cubre las pruebas de laboratorio de diagnóstico de COVID-19 autorizadas por la FDA que evalúan si usted tiene COVID-19.

Costos

Por lo general, usted no paga nada cuando su médico u otro proveedor de atención médica ordena esta prueba de diagnóstico y la obtiene de un laboratorio (incluso en una farmacia, clínica o consultorio médico) u hospital que acepta Medicare.

Más información

- Otros servicios de COVID-19: vaya a "Pruebas de anticuerpos COVID-19" en la página anterior, "Tratamientos y productos de anticuerpos monoclonales COVID-19" a continuación y "Vacunas COVID-19" en la página siguiente.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/coronavirus-disease-2019-covid-19-diagnostic-laboratory-tests**.
- Para obtener más información sobre el COVID-19, visite **espanol.cdc.gov/covid/**.

Tratamientos y productos de anticuerpos monoclonales contra la COVID-19

Los tratamientos y productos con anticuerpos monoclonales contra la COVID-19 pueden ayudarlo a combatir los síntomas leves a moderados de la COVID-19 y mantenerlo fuera del hospital. La Parte B cubre los tratamientos y productos de anticuerpos monoclonales contra el COVID-19 autorizados o aprobados por la FDA si tiene síntomas de COVID-19.

Costos

Usted no paga nada cuando los obtiene de un suplidor o proveedor de Medicare. Debe cumplir ciertas condiciones para calificar.

Nota: Ciertos productos de anticuerpos monoclonales autorizados o aprobados por la FDA pueden protegerlo antes de que se exponga al COVID-19. Si tiene la Parte B y su médico u otro proveedor de atención médica decide que este tipo de producto podría funcionar para usted (por ejemplo, si tiene un sistema inmunitario debilitado), usted no paga nada cuando obtiene el producto de un suplidor o proveedor de Medicare.

Más información

- Otros servicios de COVID-19: vaya a "Pruebas de anticuerpos COVID-19" en la página anterior, "Pruebas de laboratorio de diagnóstico COVID-19" arriba, y "Vacunas COVID-19" en la página siguiente.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/coronavirus-disease-2019-covid-19-monoclonal-antibody-treatments-products**.
- Para obtener más información sobre el COVID-19, visite **espanol.cdc.gov/covid/**.

Vacunas para COVID-19

Las vacunas ayudan a reducir las probabilidades de enfermarse de COVID-19 al trabajar con las defensas naturales del cuerpo para desarrollar inmunidad (protección) de manera segura contra el virus. La Parte B cubre las vacunas contra el COVID-19 aprobadas y autorizadas por la FDA.

Costos

Usted no paga nada si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación de administrarle la inyección.

Lo que debe saber

- Asegúrese de llevar consigo la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para que su proveedor de atención médica o farmacia pueda facturarle a Medicare.
- Si tiene un plan Medicare Advantage, debe usar la tarjeta del plan para obtener sus servicios cubiertos por Medicare. Al igual que otros servicios cubiertos, su plan puede requerir que reciba la vacuna de un proveedor dentro de la red. No paga nada cuando recibe la vacuna de un proveedor dentro de la red.

Más información

- Otros servicios de COVID-19: vaya a “Pruebas de anticuerpos COVID-19” en la página 29, ”Pruebas de laboratorio de diagnóstico COVID-19” en la página anterior y “Tratamientos y productos de anticuerpos monoclonales COVID-19” en la página anterior.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/coronavirus-disease-2019-covid-19-vaccine**.
- Para obtener más información sobre el COVID-19, visite **espanol.cdc.gov/covid/**.

Muletas

La Parte B cubre las muletas como equipo médico duradero (DME).

Más información

- Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 41–42.
- Visite **es.medicare.gov/medical-equipment-suppliers/**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/crutches**.

Tomografías computarizadas

Vaya a “Pruebas diagnósticas no de laboratorio” en la página 37.

Desfibriladores

Medicare podría cubrir un desfibrilador cardioversor implantable si tiene un diagnóstico de insuficiencia cardíaca. La Parte A cubre la cirugía para implantar un desfibrilador en un hospital. La Parte B cubre la cirugía si la recibe en un hospital.

Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico. El deducible de la Parte B también se aplica si se realiza la cirugía en un hospital ambulatorio.
- En un entorno de atención ambulatoria, también deberá pagar un copago al hospital. Pero en la mayoría de los casos, el copago hospitalario no puede ser mayor que el deducible de la estadía hospitalaria de la Parte A ($1,676 en 2025).
- Para más información sobre los costos hospitalarios de la Parte A, vaya a "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en las páginas 58–59.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/defibrillators**.

Servicios dentales

En la mayoría de los casos, Medicare **no** cubre servicios dentales como limpiezas de rutina, empastes, extracciones dentales o dentaduras postizas e implantes.

Medicare podría cubrir:

- Determinados servicios odontológicos que recibe cuando está internado en un hospital para someterse a un procedimiento odontológico, ya sea debido a su condición médica preexistente o a la gravedad del procedimiento.
- Servicios dentales específicos para pacientes hospitalizados o ambulatorios relacionados con ciertos tratamientos médicos cubiertos. Debe obtener el servicio dental porque está unido al tratamiento médico que necesita, como:
  - Un examen oral y tratamiento dental antes de obtener un reemplazo de válvula cardíaca o un trasplante de médula ósea, órgano o riñón.
  - Procedimiento (como la extracción) para tratar una infección bucal antes de recibir servicios de tratamiento contra el cáncer, como la quimioterapia.
  - Tratamiento para una complicación que experimenta mientras recibe servicios de tratamiento contra el cáncer de cabeza y cuello.
  - Exámenes dentales u orales antes o durante los servicios de diálisis cubiertos por Medicare (si tiene enfermedad renal en etapa final (ESRD)).
  - Pruebas y tratamientos médicamente necesarios para extirpar una infección oral o dental antes o durante los servicios de diálisis cubiertos por Medicare (si tiene ESRD).

Costos

- Usted paga el 100% de servicios no cubiertos, incluida la mayoría de los cuidados dentales.
- En el caso de los servicios dentales cubiertos por la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de alcanzar el deducible de la Parte B. Si obtiene el servicio cubierto en un hospital para pacientes ambulatorios u otro centro, también pagará un copago al centro.
- Para obtener información sobre los costos hospitalarios de la Parte A, vaya a "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en las páginas 58–59.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/dental-services.

Controles para la depresión

La Parte B cubre las pruebas de detección de la depresión. Durante la prueba de detección, su médico u otro proveedor de atención médica le hará una serie de preguntas para averiguar si tiene depresión.

Con qué frecuencia

Una vez al año.

Costos

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

Lo que debe saber

Debe hacerse la prueba de detección en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico) donde pueda obtener tratamiento de seguimiento y/o referidos a un proveedor de atención de salud mental.

Más información

- Vaya a "Servicios de integración de salud conductual" en la página 13.
- Vaya a "Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias" en la página 70.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/depression-screening.

Si usted o alguien que conoce está luchando o en crisis, llame o envíe un mensaje de texto al 988, la línea gratuita y confidencial para casos de Suicidio y Crisis (Suicide & Crisis Lifeline). Puede llamar y hablar con un consejero de crisis capacitado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede conectarse con un consejero a través de charla en línea en 988lifeline.org. Llame al 911 si se encuentra en una crisis médica inmediata.

Controles de la diabetes

La Parte B cubre las pruebas de laboratorio de glucosa en sangre (azúcar en la sangre) (en ayunas o no ayuno) si su médico u otro proveedor de atención médica determina que corres el riesgo de desarrollar diabetes. La Parte B cubre estos exámenes si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Presión arterial alta
- Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos
- Obesidad
- Antecedentes de hiperglucemia

La Parte B cubre estas pruebas de detección si 2 o más de estas condiciones le aplican:

- Tiene 65 años o más.
- Tiene sobrepeso.
- Tiene antecedentes familiares de diabetes (padres o hermanos).
- Tiene antecedentes de diabetes gestacional (diabetes durante el embarazo) o del parto de un bebé que pesó más de 9 libras.

Con qué frecuencia

Si califica para hacerse exámenes de detección de diabetes, puede hacerse hasta 2 cada año (dentro de los 12 meses posteriores a su examen de detección más reciente).

Costos

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/diabetes-screenings.

Entrenamiento para el auto-control de la diabetes

Si tiene diabetes, la Parte B cubre la capacitación para el autocontrol de la diabetes para pacientes ambulatorios para ayudarlo a controlarla. El programa puede incluir consejos para comer sano y mantenerse activo, controlar la glucosa en la sangre (azúcar en la sangre), tomar medicamentos recetados y reducir los riesgos. Algunos pacientes también pueden ser elegibles para recibir servicios de terapia nutricional médica. Vaya a “Servicios de terapia de nutrición médica” en la página 68.

Medicare puede cubrir hasta 10 horas de entrenamiento inicial: 1 hora de entrenamiento individual y 9 horas de entrenamiento grupal. También puede calificar para hasta 2 horas de entrenamiento de seguimiento cada año calendario después del año en que recibió su entrenamiento inicial.

Costos

Luego del deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

- Para obtener la capacitación, debe tener una orden por escrito de su médico u otro proveedor de atención médica.
- Excepciones aplican si no hay sesiones grupales en su área, o si su proveedor de atención indica que usted se beneficiaría más de las sesiones individuales.
- Hasta el 30 de septiembre de 2025, puede recibir capacitación sobre el autocontrol de la diabetes en cualquier lugar de los EE. UU. a través de telesalud. A partir del 1 de octubre de 2025, debe estar en un consultorio o centro médico ubicado en un área rural (en los EE. UU.) para recibir esta capacitación a través de telesalud. Vaya a “Telesalud” en la página 109.

Más información

- Otros servicios y suministros para diabéticos: Consulte “Servicios para la diabetes” y “Suministros para la diabetes” en las siguientes 2 páginas.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/diabetes-self-management-training.

Servicios para diabéticos

Medicare puede cubrir uno o más de estos artículos o servicios:

- Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Vaya a la página 34.
- Exámenes de la vista (para la diabetes): Vaya a la página 44.
- Cuidado de los pies (para la diabetes): Vaya a la página 48.
- Exámenes de detección de glaucoma: Vaya a la página 49.
- Servicios de terapia de nutrición médica: Vaya a la página 68.

Más información

- Vaya a “Suministros para la diabetes” a continuación.

Suministros para la diabetes

La Parte B cubre algunos suministros de diabetes, que incluyen:

- Medidores de prueba de glucosa en sangre (azúcar en sangre)
- Tiras reactivas para azúcar en sangre
- Soluciones para el control del azúcar en la sangre (para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores)
- Monitores continuos de glucosa y suministros relacionados, como sensores
- Lancetas y soportes para lancetas
- Insulina y suministros relacionados, como tubos, equipos de inserción y bombas
- Calzado o plantillas terapéuticos

Con qué frecuencia

Es posible que haya límites en cuanto a la cantidad o la frecuencia con la que recibe estos suministros. Para obtener más información, vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 41–42.

Costos

Después de cumplir con el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare (si su proveedor acepta la asignación).

Lo que debe saber

Si tiene cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), su plan puede cubrir la insulina, ciertos suministros médicos utilizados para inyectarse insulina (como jeringas, gasas e hisopos con alcohol), bombas desechables y algunos medicamentos orales para la diabetes. Consulte con su plan para obtener más información.

Más información

- Monitores continuos de glucosa: Vaya a la página 27.
- Servicios cubiertos: Vaya a "Servicios para la diabetes" en la páginas 35–36.
- Insulina: Vaya a las página 61.
- Zapatos terapéuticos o plantillas: Vaya a la página 110.
- Monitores de azúcar en la sangre: Visite **es.Medicare.gov/coverage/blood-sugar-monitors**.
- Tiras reactivas de azúcar en la sangre: Visite **es.Medicare.gov/coverage/blood-sugar-test-strips**.
- Soluciones para el control del azúcar en la sangre: Visite **es.Medicare.gov/coverage/glucose-control-solutions**.
- Lancetas y soportes de lancetas: Visite **es.Medicare.gov/coverage/lancet-devices-lancets**.

Pruebas de laboratorio de diagnóstico

Las pruebas diagnósticas de laboratorio buscan cambios en su salud y ayudan a su médico u otro proveedor de atención médica a diagnosticar o descartar una enfermedad o condición sospechosa. La Parte B cubre las pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico médicamente necesarias cuando su proveedor de atención médica las ordena. Estas pruebas pueden incluir ciertos análisis de sangre, análisis de orina y ciertas pruebas en muestras de tejido.

Costos

En general, las pruebas de laboratorio clínico de diagnóstico cubiertas por Medicare no tienen ningún costo para usted.

Lo que debe saber

Medicare también cubre algunas pruebas preventivas y exámenes de detección para ayudar a prevenir o detectar un problema médico. Vaya a "Servicios preventivos y de detección" en las páginas 92–93.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/diagnostic-laboratory-tests**.

Pruebas diagnóstico que no son de laboratorio

Las pruebas diagnósticas no de laboratorio ayudan a su médico u otro proveedor de atención médica a encontrar o descartar una enfermedad o condición. La Parte B cubre estas pruebas (como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas o electrocardiogramas, radiografías y tomografías por emisión de positrones) cuando su proveedor de atención médica les ordena encontrar o tratar un problema médico.

Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las pruebas diagnósticas no de laboratorio cubiertas que se realicen en el consultorio de su médico o en un centro de pruebas diagnósticas independiente.
- Si se hace la prueba en un hospital como paciente ambulatorio, también le paga al hospital un copago que puede ser más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare. En la mayoría de los casos, esta cantidad no puede ser mayor que el deducible de la estadía hospitalaria de la Parte A ($1,676 en 2025).
- Si usted recibe ciertas pruebas diagnósticas que no son de laboratorio (TC, RMN, medicina nuclear o TEP) de un médico, consultorio médico, clínica o centro de radiología independiente fuera de un hospital, consulte con el proveedor antes de hacerse la prueba para asegurarse que están acreditados. Medicare solo pagará su prueba si la obtiene de un proveedor acreditado. Si Medicare no paga su prueba porque el proveedor no está acreditado, el proveedor no puede facturarle por la prueba.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/diagnostic-non-laboratory-tests**.

Diálisis (niños)

La diálisis es un tratamiento que limpia la sangre cuando los riñones no funcionan. Si su hijo califica para Medicare debido a una insuficiencia renal permanente, la Parte A y la Parte B cubren diferentes artículos y servicios para la diálisis infantil (pediátrica).

Si su hijo se encuentra en un hospital:

- La Parte A cubre tratamientos de diálisis.
- La Parte B cubre los servicios médicos.

Si su niño no está internado, la Parte B cubre estos servicios de diálisis:

- Tratamientos de diálisis ambulatorios (en un centro de diálisis certificado por Medicare)
- Equipos y suministros para diálisis en el hogar
- Determinados servicios de apoyo para el hogar
- Medicamentos y productos biológicos para diálisis ambulatoria o domiciliaria (como un agente estimulante de la eritropoyesis para tratar la anemia)

- Servicios de médicos
- Otros servicios que formen parte de la diálisis, como pruebas de laboratorio
- Diálisis cuando viaja a los EE. UU. y utiliza un centro certificado por Medicare

Costos

- Servicios de hospital para pacientes hospitalizados: la Parte A paga estos servicios después de que usted paga el deducible para pacientes hospitalizados.
- Servicios médicos: Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.
- Servicios de diálisis: La cantidad que usted paga varía en función de la edad de su hijo y del tipo de diálisis que necesita.
- Servicios de transporte: En la mayoría de los casos, Medicare no paga el transporte a los centros de diálisis.

Si su hijo tiene otro seguro, es posible que sus costos sean diferentes.

Más información

- Vaya a "Trasplantes de riñón (niños)" en las página 64.
- Vaya a "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en las páginas 58–59.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/dialysis-children**.

Servicios y suministros para diálisis

Las personas con enfermedad renal en etapa final (ESRD, en inglés) tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón. La diálisis es un tratamiento que limpia la sangre cuando los riñones no funcionan. Por lo general, Medicare cubre 3 tratamientos de hemodiálisis (o diálisis peritoneal equivalente) por semana si tiene ESRD.

Si tiene Medicare Original, necesita tanto la Parte A como la Parte B para obtener todos los beneficios disponibles bajo Medicare para las personas con ESRD. La Parte A cubre los tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados cuando está en un hospital. Vaya a "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en las páginas 58–59.

La Parte B ayuda a cubrir:

- Los tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios y los servicios médicos (como las pruebas de laboratorio que son servicios de diálisis renal) se reciben en un centro de diálisis certificado por Medicare o en su hogar.
- Capacitación de diálisis en el hogar, si es candidato para diálisis en el hogar. La Parte B cubre la capacitación para usted y la persona que le ayuda con sus tratamientos de diálisis en el hogar. Un centro de capacitación de diálisis en el hogar certificado por Medicare debe brindar la capacitación. Solo los centros de diálisis certificados por Medicare pueden facturar a Medicare (directamente o por acuerdo) por proporcionar capacitaciones de diálisis en el hogar.

- Equipo y suministros para diálisis domiciliaria (como la máquina de diálisis, sistema de tratamiento de agua, sillón reclinable básico, alcohol, toallitas, cortinas estériles, guantes de goma y tijeras).
- Ciertos servicios de apoyo en el hogar que recibe de su centro de diálisis. Esto puede incluir:
  - Visitas de empleados capacitados de un hospital o de un centro de diálisis para supervisar su tratamiento de diálisis domiciliaria, ayudarlo en casos de emergencia (cuando sea necesario) y para verificar su equipo de diálisis y suministrar agua.
  - Una visita en persona entre usted y su médico (o determinados proveedores no médicos como asistentes de médicos y profesionales de enfermería) una vez al mes.
- Medicamentos para la diálisis ambulatoria y en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es necesaria por razones médicas), los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como la epoetina alfa o la darbepoetina alfa) para tratar la anemia relacionada con la ESRD. La Parte B también cubre los quelantes de fosfato si se usan para controlar los niveles de fósforo en personas que tienen ESRD. Hable con su médico o equipo de cuidado de salud sobre el uso de cualquier medicamento, incluidos los productos de venta libre.
- Otros servicios y suministros de diálisis (como análisis de laboratorio).

Nota: La Parte B solo cubre los servicios de ambulancia hacia y desde su casa hasta el centro de diálisis más cercano cuando viajar en cualquier otro vehículo podría poner en peligro su salud.

Costos

Visite **es.Medicare.gov/coverage/dialysis-services-supplies** para obtener información sobre los costos.

Lo que debe saber

Medicare **no** cubre:

- Auxiliares de diálisis pagos para ayudarlo con la diálisis en el hogar
- Cualquier pago perdido, tanto a usted como a la persona que pudiera ayudarlo durante la capacitación de diálisis domiciliaria
- Un lugar de estadía durante su tratamiento
- Sangre o concentrado de glóbulos rojos para diálisis domiciliaria, a menos que sea parte de los servicios de un médico

Más información

- Vaya a “Diálisis (niños)” en las páginas 37–38.
- Vaya a “Servicios de ambulancia” en las páginas 10–11.

- Visite **es.Medicare.gov/coverage/dialysis-services-supplies**.

Servicios de médicos y de otros proveedores de salud

La Parte B cubre servicios de médico necesarios por razones médicas (incluyendo servicios ambulatorios y algunos servicios médicos que reciba como paciente hospitalizado) y los servicios preventivos cubiertos.

Si no ha recibido servicios de su médico o consultorio grupal en los últimos 3 años, es posible que lo consideren un paciente nuevo. Consulte con el médico o el consultorio grupal para averiguar si están aceptando nuevos pacientes.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de los servicios. Usted no paga nada por ciertos servicios preventivos si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación. Vaya a "Servicios preventivos y de detección" en las páginas 92–93.

Lo que debe saber

Un médico puede ser un Doctor en Medicina (MD), un Doctor en Medicina Osteopática (DO) y, en algunos casos, un dentista, un podólogo (médico de los pies), un optometrista (médico de los ojos) o un quiropráctico.

Medicare también cubre servicios que recibe de otros proveedores de atención médica, como:

- Especialistas en enfermería clínica
- Psicólogos clínicos
- Trabajadores sociales clínicos
- Terapeutas matrimoniales y familiares
- Asesores de salud mental
- Profesionales de enfermería
- Terapeutas ocupacionales
- Asistentes médicos
- Fisioterapeutas
- Patólogos especialistas en lenguaje

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/doctor-other-health-care-provider-services**.

Medicamentos

Vaya a “Medicamentos recetados (ambulatorios)” en las páginas 89–91.

Equipo médico duradero (DME, en inglés)

El DME se define como el equipo que:

- Duradero (tolera un uso repetido)
- Se usa por razones médicas
- Por lo general, sólo es útil para alguien que está enfermo o lesionado
- Se usa en el hogar
- Se espera que dure al menos 3 años

La Parte B cubre el DME médicamente necesario si su médico u otro proveedor de atención médica lo receta para su uso en su hogar. Debe alquilar la mayoría de los artículos, pero también puede comprarlos. Algunos artículos pasan a ser de su propiedad después de haber realizado una cierta cantidad de pagos de alquiler.

El equipo médico duradero cubierto por Medicare incluye, entre otros, lo siguiente:

- Medidores de azúcar en sangre y tiras reactivas
- Bastones
- Sillas inodoro
- Máquinas, dispositivos y accesorios de movimiento pasivo continuo
- Máquina de presión positiva continua sobre las vías respiratorias (CPAP)
- Muletas
- Camas de hospital
- Bombas de infusión y suministros
- Nebulizadores y medicamentos para nubulizadores
- Equipos y accesorios de oxígeno
- Elevadores para pacientes
- Superficies de apoyo para reducir la presión
- Bombas de succión
- Equipos de tracción
- Andadores
- Sillas de ruedas y scooters

Costos

Después de cumplir con el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para DME (si su proveedor acepta la asignación).

Lo que debe saber

Asegúrese de que sus proveedores de atención médica y DME estén inscritos en Medicare. Es importante preguntarle a un proveedor si participa en Medicare antes de obtener equipo médico duradero. Si un proveedor participa en Medicare, debe aceptar la asignación. Esto significa que solo pueden cobrarle el coseguro y el deducible de la Parte B por la cantidad aprobada por Medicare. Si un proveedor de DME no participa y acepta la asignación, es posible que tenga que pagar el costo total del DME.

Más información

- Visite **es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers**.
- Visite **es.Medicare.gov/durable-medical-equipment-dme-coverage**.

Visitas virtuales

Medicare cubre consultas electrónicas (comunicaciones no cara a cara con su médico u otro proveedor de atención médica sin tener que ir a su consultorio). Para iniciar una consulta electrónica, usará un portal de pacientes en línea. Puede obtener estos servicios de diferentes proveedores de atención médica, incluyendo:

- Médicos
- Profesionales de enfermería
- Especialistas en enfermería clínica
- Asistentes médicos
- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionales
- Patólogos especialistas en lenguaje

Medicare también cubre las consultas electrónicas con los siguientes proveedores si recibe servicios de atención de salud mental:

- Trabajadores sociales clínicos con licencia
- Psicólogos clínicos
- Terapeutas matrimoniales y familiares
- Asesores de salud mental

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su proveedor.

Lo que debe saber

Para obtener una consulta electrónica, debe solicitarla a su proveedor.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/e-visits-0**.

Controles de electrocardiogramas (EKG o ECG, en inglés)

Los electrocardiogramas ayudan a detectar problemas cardíacos. La Parte B cubre un EKG o ECG de rutina si obtiene un referido de su médico u otro proveedor de atención médica durante su visita preventiva única de "Bienvenido a Medicare". La Parte B también cubre los EKG o ECG como pruebas diagnósticas.

Con qué frecuencia

Una vez cuando recibe un referido como parte de su visita de "Bienvenido a Medicare" y, más a menudo, como prueba de diagnóstico si es médicamente necesario.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Si se somete a la prueba en un hospital o en una clínica que sea propiedad de un hospital, también deberá pagar un copago al hospital.

Más información

- Vaya a "Visitas preventivas" en las páginas 93–95.
- Vaya a "Pruebas diagnósticas no de laboratorio" en la página 37.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/electrocardiogram-ekg-or-ecg-screenings**.

Servicios de departamentos de emergencias

La Parte B suele cubrir los servicios del departamento de emergencias cuando sufre una lesión, una enfermedad repentina o una enfermedad que empeora mucho rápidamente.

Costos

- Usted abona un copago por cada vez que acude a una sala de emergencias y un copago por cada servicio de hospital.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, también paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico.
- Si su médico u otro proveedor de atención médica lo admite en el mismo hospital por una condición relacionada dentro de los 3 días posteriores a su visita a la sala de emergencias, usted no paga los copagos porque Medicare considera que su visita es parte de su estadía como paciente hospitalizado.

Lo que debe saber

Medicare solo cubre los servicios de emergencia fuera de EE.UU. en situaciones excepcionales. Para más información, vaya a “Viajar fuera de EE.UU.”. en las páginas 111–112.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/emergency-department-services**.

Nutrición enteral y parenteral (nutrientes, suministros y equipos)

La Parte B cubre la nutrición enteral y parenteral, los nutrientes, los suministros y el equipo (bombas de alimentación) bajo el beneficio del dispositivo protésico.

Costos

- Luego del deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para nutrición enteral y parenteral, nutrientes, suministros y equipos.
- Medicare cubrirá su bomba de infusión enteral de un médico, otro proveedor de atención médica o suplidor que acepte la asignación. Si un proveedor no acepta la no hay límite en la cantidad que pueden cobrarle, y es posible que tenga que pagar la factura completa (tanto su parte como la parte de Medicare) cuando reciba la bomba.

Más información

- Visite **es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/enteral-nutrition-supplies-equipment**.

Exámenes oculares

Medicare cubre los exámenes de la vista en ciertas situaciones, que incluyen:

- Si tiene diabetes: Vaya a “Exámenes de la vista (para la diabetes)” a continuación.
- Exámenes de detección de glaucoma: Vaya a la página 49.
- Pruebas y tratamiento de la degeneración macular: Vaya a la página 67.

Examen de la vista (para diabetes)

Parte B cubre exámenes de la vista para la retinopatía diabética si tiene diabetes. Debe hacerse el examen con un oftalmólogo legalmente autorizado para realizar la prueba en su estado.

Con qué frecuencia

Una vez al año.

Costos

Luego del deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por servicios médicos. Como paciente ambulatorio, también paga el copago.

Más información

- Vaya a “Servicios para la diabetes” y “Suministros para la diabetes” en las páginas 35–36.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/eye-exams-for-diabetes**.

Exámenes de la vista (rutinario)

Medicare no cubre exámenes oftalmológicos (a veces denominados “refracciones”) para gafas o lentes de contactos.

Costos

Usted paga el 100% por los exámenes de la vista para anteojos o lentes de contacto.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/eye-exams-routine**.

Anteojos y lentes de contacto

Por lo general, Medicare no cubre anteojos ni lentes de contacto. Sin embargo, la Parte B cubre un par de anteojos con monturas estándar (o un juego de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas en la que se implanta una lente intraocular.

Costos

Usted paga el 100% por servicios no cubiertos, incluyendo la mayoría de los anteojos o lentes de contacto. Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para lentes correctivos después de cada cirugía de cataratas cubierta con un lente intraocular. Usted paga cualquier costo adicional por monturas de mayor calidad. Medicare solo pagará los lentes de contacto o anteojos de un proveedor afiliado a Medicare, independientemente de quién presente la reclamación (usted o su proveedor).

Más información

- Vaya a “Cirugía de cataratas” en la página 20.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/eyeglasses-contact-lenses**.

Ojos

Vaya a “Ojos y extremidades artificiales” en la página 12.

Exámenes de sangre oculta en materia fecal (examen médico)

Las pruebas de sangre oculta en heces pueden ayudar a detectar el cáncer colorrectal en sus etapas iniciales, cuando el tratamiento es más eficaz. Medicare cubre estas pruebas de detección si obtiene una referencia por escrito de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.

Con qué frecuencia

Si tiene 45 años o más, Medicare cubre esta prueba de detección una vez cada 12 meses. Si tiene menos de 45 años, Medicare no cubre esta prueba.

Costos

- Usted no paga nada por esta prueba si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.
- Si obtiene un resultado positivo después de una prueba de detección de sangre oculta en heces, Medicare también cubre una colonoscopia de seguimiento como prueba de detección.

Más información

- Vaya a “Exámenes de detección de cáncer colorrectal” en la página 25.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/fecal-occult-blood-tests.

Servicios en centros de salud federalmente calificados

Los Centros de Salud Calificados Federalmente son centros de salud pública que brindan servicios de atención médica a personas y grupos médicamente desatendidos que no tienen acceso adecuado a la atención médica. La Parte B cubre una amplia gama de servicios ambulatorios, de atención primaria y preventivos que puede obtener en los Centros de Salud Federalmente Calificados.

Costos

Por lo general, usted paga el 20% del costo de cualquier servicio que reciba en un Centro de Salud Federalmente Calificado. Usted no paga nada por la mayoría de los servicios preventivos. El deducible de la Parte B no se aplica. Los Centros de Salud Federalmente Calificados ofrecen tarifas más bajas si usted tiene ingresos limitados.

Más información

- Para encontrar un Centro de Salud Federalmente Calificado cerca de usted, visite **findahealthcenter.hrsa.gov**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/federally-qualified-health-center-services**.

Bombas de alimentación

Vaya a “Nutrición enteral y parenteral (nutrientes, suministros y equipos)” en la página 44.

Exámenes de sigmoidoscopia flexible

Medicare cubre las pruebas de detección de sigmoidoscopia flexible (procedimientos endoscópicos que examinan el recto y la parte inferior del colon).

Con qué frecuencia

Medicare cubre esta prueba una vez cada 48 meses en la mayoría de las personas de 50 años o más. Si no tiene un alto riesgo de cáncer colorrectal, Medicare cubre esta prueba 120 meses después de una colonoscopia de detección anterior.

Costos

- Usted no paga nada por esta prueba si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.
- Si el proveedor de atención médica encuentra y extirpa una lesión o un tumor durante la sigmoidoscopia flexible, pagará el 15% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico. En un hospital ambulatorio o un centro quirúrgico ambulatorio, también paga al centro un coseguro del 15%. En estos casos, no se aplica el deducible de la Parte B.

Más información

- Vaya a “Exámenes de detección de cáncer colorrectal” en la página 25.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/flexible-sigmoidoscopies**.

Vacunas inyectables contra la gripe

Las vacunas inyectables contra la gripe pueden evitar que se enferme con los virus de la influenza estacional (gripe) durante el otoño y el invierno. La Parte B cubre la vacuna contra la gripe estacional.

Con qué frecuencia

Por lo general, una vacuna por temporada de gripe.

Costos

Usted no paga nada si el médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/flu-shots**.

Cuidados de pies

La Parte B cubre los exámenes de los pies o el tratamiento del podólogo (médico de los pies) si tiene daño en los nervios de la parte inferior de la pierna relacionado con la diabetes que puede aumentar el riesgo de pérdida de una extremidad, o si necesita tratamiento **médicamente necesario** para lesiones o enfermedades del pie (como dedo en martillo, deformidades de juanetes y espolones calcáneos).

Por lo general, Medicare no cubre el cuidado **rutinario** de los pies, como cortar o quitar callos y callosidades, recortar, cortar o cortar uñas, o el mantenimiento higiénico u otro mantenimiento preventivo, como limpiar y remojar los pies.

Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por cualquier tratamiento de los pies necesario por razones médicas que reciba de su médico u otro proveedor de atención médica.
- En un entorno hospitalario ambulatorio, también paga un copago por **tratamientos médicos necesarios**.
- En la mayoría de los casos, usted paga el 100% por **el cuidado rutinario** de los pies. Si (en circunstancias muy limitadas) Medicare cubre el cuidado de rutina de sus pies, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de alcanzar el deducible de la Parte B.

Más información

- Si tiene diabetes, vaya a “Zapatos terapéuticos o plantillas” en la página 110 y “Cuidado de los pies (para la diabetes)” a continuación.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/foot-care**.

Cuidado de los pies (para diabetes)

La Parte B cubre los exámenes de los pies o el tratamiento si tiene daños en la parte inferior de la pierna relacionados con la diabetes que pueden aumentar el riesgo de pérdida de extremidades.

Con qué frecuencia

Cada 6 meses si tiene neuropatía periférica diabética y pérdida de la sensibilidad protectora, siempre y cuando no haya visto a un profesional del cuidado de los pies por otro motivo entre visitas.

Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por cualquier tratamiento de pie médicamente necesario que reciba de su médico u otro proveedor de atención médica.
- En entornos de cuidado de salud en hospitales para pacientes ambulatorios, también debe abonar un copago por tratamientos necesarios por razones médicas.

Más información

- Vaya a “Zapatos terapéuticos o plantillas” en la página 110.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/foot-care-for-diabetes**.

Exámenes médicos de glaucoma

Las pruebas de detección de glaucoma revisan sin dolor la visión y la salud del nervio óptico para buscar signos de la enfermedad ocular glaucoma. La Parte B cubre esta prueba de detección si tienes un alto riesgo de desarrollar glaucoma.

Usted tiene un alto riesgo si presenta una o más de estas condiciones:

- Tiene diabetes
- Tiene antecedentes familiares de glaucoma.
- Es afroamericano y tiene 50 años o más.
- Es hispano y tienes 65 años o más.

Con qué frecuencia

Una vez cada 12 meses.

Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.
- En un entorno de cuidado de salud ambulatorio, usted también abona un copago.

Lo que debe saber

Un oftalmólogo con autorización legal para realizar la prueba de glaucoma en su estado debe realizar o supervisar su examen.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/glaucoma-screenings.

Membresías de gimnasio y programas de estado físico

Medicare no cubre membresías de gimnasios ni programas de acondicionamiento físico.

Costos

Usted paga el 100% por servicios no cubiertos, incluidas membresías de gimnasios y programas de acondicionamiento físico.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/gym-memberships-fitness-programs.

Programas de educación sobre la salud y el bienestar

Por lo general, Medicare no cubre los programas de educación para la salud y bienestar, pero sí cubre:

- Exámenes de detección y consejería sobre el abuso del alcohol: Vaya a la página 10.
- Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco: Vaya a la página 29.
- Exámenes de detección de depresión: Vaya a la página 33.
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Vaya a la página 34.
- Educación sobre la enfermedad renal: Vaya a la página 62.
- Servicios de terapia de nutrición médica, si cumple con ciertas condiciones: Pasa a la página 68.
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Vaya a la página 69.
- Terapia conductual para la obesidad: Vaya a la página 77.
- Una visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”: Vaya a las páginas 93–94.
- Visitas anuales de “Bienestar”: Vaya a las páginas 94–95.

Exámenes de audición y equilibrio

La Parte B cubre exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención los solicita para determinar si usted necesita tratamiento médico.

También puede visitar a un audiólogo una vez cada 12 meses sin una orden de su proveedor de atención médica, pero solo para:

- Condiciones auditivas no agudas (como la pérdida auditiva que ocurre a lo largo de muchos años).
- Servicios de diagnóstico relacionados con la pérdida de audición que se trata con dispositivos auditivos implantados quirúrgicamente.

Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.
- En un ámbito de cuidado de salud ambulatorio, también abona un copago al hospital.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/hearing-balance-exams**.

Audífonos

Medicare no cubre audífonos ni exámenes para colocar audífonos.

Costos

Usted paga el 100% del costo de los audífonos y los exámenes.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/hearing-aids**.

Vacunas contra la hepatitis B

Las vacunas contra la hepatitis B (vacunas) ayudan a proteger contra el virus de la hepatitis B. La Parte B cubre estas vacunas preventivas si cumple con al menos una de estas condiciones:

- Nunca ha recibido una serie completa de vacunas contra la hepatitis B.
- No conoce su historial de vacunación.
- Tiene cualquier otra condición que lo ponga en riesgo medio o alto de contraer hepatitis B (como vivir con alguien que tiene hepatitis B).

Costos

Usted no paga nada por una vacuna contra la hepatitis B si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/hepatitis-b-shots**.

Exámenes de detección el virus de la hepatitis B (VHB)

Estas pruebas de detección ayudan a averiguar si usted está infectado con el VHB. Medicare cubre una prueba de detección del VHB si su médico u otro proveedor de atención médica ordena una y usted cumple con una de estas condiciones:

- Presenta alto riesgo de infección por el virus de la hepatitis B.
- Está embarazada.

Con qué frecuencia

- Anualmente si tiene alto riesgo continuo y no recibe una vacuna contra la hepatitis B.
- Si está embarazada, en los siguientes momentos, incluso si recibió previamente la vacuna contra la hepatitis B o tuvo resultados negativos en las pruebas de detección del VHB:
  - Primera visita prenatal
  - Durante el parto si tiene factores de riesgo nuevos o continuos

Costos

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/hepatitis-b-virus-hbv-infection-screenings**.

Pruebas de detección del virus de la hepatitis C

Estas pruebas de detección ayudan a averiguar si estás infectado con el virus de la hepatitis C. Medicare cubre una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica ordena una, y usted cumple con al menos una de estas condiciones:

- Usted corre un alto riesgo porque:
  - Consume o ha consumido drogas ilícitas inyectables.
  - Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.
- Nació entre 1945 y 1965.

Con qué frecuencia

- Anualmente, si tiene un alto riesgo porque ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de hepatitis C negativa.
- Una vez si tiene un alto riesgo porque:
  - Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.
  - Usted usó drogas ilícitas inyectables en el pasado.
- Una vez, si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo.

Costos

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/hepatitis-c-virus-infection-screenings**.

Pruebas de detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Las pruebas de detección del VIH comprueban si usted ha sido infectado con el VIH. La Parte B cubre una prueba de detección del VIH si cumple con una de estas condiciones:

- Tienes entre 15 y 65 años.
- Usted es menor de 15 años o mayor de 65 años y tiene un mayor riesgo de contraer el VIH.

Con qué frecuencia

Una vez al año, si cumple una de las condiciones anteriores. Si está embarazada, puede hacerse la prueba de detección hasta 3 veces durante el embarazo.

Costos

Usted no paga nada si el médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/hiv-screenings**.

Servicios de cuidado de salud en el hogar

La Cuidado de salud en el hogar abarca una amplia variedad de servicios de salud que puede recibir en su hogar por una enfermedad o lesión. El cuidado de salud en el hogar suele ser menos costosa, más conveniente e igual de efectiva que los cuidados que puede recibir en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF).

La Parte A y/o la Parte B cubren los servicios de atención médica en el hogar elegibles siempre y cuando necesites servicios especializados a tiempo parcial o intermitentes y esté "confinado en casa", lo que significa:

- Usted tiene problemas para salir de su casa sin ayuda (como usar un bastón, una silla de ruedas, un andador o muletas, transporte especial o la ayuda de otra persona) debido a una enfermedad o lesión.
- No es recomendable que salga de su casa debido a su condición.
- Normalmente no puede salir de su casa porque conlleva un esfuerzo importante.

Los servicios de cuidado de salud en el hogar cubiertos incluyen lo siguiente:

- Cuidado de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente necesario por razones médicas, como:
  - Cuidado de heridas para úlceras por presión o heridas quirúrgicas
  - Educación para pacientes y cuidadores
  - Terapia intravenosa o nutricional
  - Inyecciones
  - Control de enfermedades graves y estados de salud inestables
- Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje (si cumple con ciertas condiciones)
- Servicios médicos y sociales
- Atención de asistente de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitente (solo si también recibe atención de enfermería especializada, fisioterapia, servicios de patología del habla y el lenguaje o terapia ocupacional al mismo tiempo), como:
  - Ayuda para caminar
  - Baños y aseo personal
  - Cambio de la ropa de cama
  - Alimentación
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis para mujeres que cumplen con ciertos criterios
- Equipo médico duradero.
- Suministros médicos para usar en el hogar

Medicare **no** paga por:

- Cuidado las 24 horas del día en su hogar
- Entrega de comidas a domicilio
- Servicios domésticos (como compras y limpieza) que no estén relacionados con su plan de cuidado
- Cuidado personal o de compañía que lo ayuda con actividades cotidianas (como bañarse, vestirse o ir al baño) cuando este sea el único cuidado que necesite

No calificará para el beneficio de salud en el hogar si necesita atención especializada que no sea a tiempo parcial o intermitente. Puede salir de casa para recibir tratamiento médico o ausentarse brevemente y poco frecuente por razones no médicas, como asistir a servicios religiosos. También puede recibir cuidado de salud en el hogar si asiste a cuidado para adultos.

Con qué frecuencia

Generalmente, "a tiempo parcial o intermitente" significa que pudiera obtener atención de enfermería especializada y servicios de asistente de salud en el hogar hasta 8 horas al día (combinados), por un máximo de 28 horas semanal. Pudiera recibir atención más frecuente por un corto período de tiempo (menos de 8 horas al día y no más de 35 horas semanal) si su médico u otro proveedor determina que es necesario.

Costos

- Por todos los servicios de atención médica en el hogar cubiertos, usted no paga nada.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico cubierto por Medicare.

Antes de comenzar a recibir cuidado de salud en el hogar, la agencia de cuidado de salud en el hogar debe decirle cuánto pagará Medicare. También debe informarle (verbalmente y por escrito) si Medicare no pagará los artículos o servicios que le brinden, y cuánto tendrá que pagar. La agencia de cuidado de salud en el hogar debe entregarle un aviso, llamado "Aviso anticipado al beneficiario de cuidado de salud en el hogar" (ABN) antes de darle servicios y suministros que Medicare no cubre.

Lo que debe saber

- Un proveedor de atención médica (como una enfermera practicante) debe evaluarlo cara a cara antes de certificar que necesita servicios de atención médica en el hogar. Un proveedor de atención médica debe ordenar su atención, y una agencia de atención médica en el hogar certificada por Medicare debe proporcionarla.
- Si su proveedor decide que necesita atención médica en el hogar, debe darle una lista de las agencias que atienden su área. También puede visitar **es.Medicare.gov/care-compare** para obtener una lista de agencias locales. Su proveedor debe informarle si su organización tiene un interés financiero en alguna de las agencias enumeradas.
- Una vez que su médico u otro proveedor haga el referido para sus servicios de Cuidado de salud en el hogar, la agencia especializada programará una cita para hablar sobre sus necesidades y hacerle algunas preguntas acerca de su salud.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/home-health-services**.

Servicios, equipos y suministros de terapia de infusión en el hogar

La Parte B cubre equipos y suministros de infusión como equipos médicos duraderos (DME) cuando se usan en casa. También cubre servicios de terapia de infusión en el hogar necesarios para administrar de forma segura ciertos medicamentos intravenosos o subcutáneos en el hogar, como visitas de enfermería, capacitación del cuidador y monitorear al paciente.

Costos

En la mayoría de los casos, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de terapia de infusión en el hogar y por el equipo y los suministros que usa en su hogar. El deducible de la Parte B se aplica al equipo y suministros.

Lo que debe saber

El equipo y los suministros de infusión en el hogar incluyen bombas, postes intravenosos, tubos y catéteres para la terapia de infusión para administrar ciertos medicamentos de infusión en el hogar.

Más información

- Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 41–42.
- Vaya a “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 18–19.
- Visite **es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers/**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/home-infusion-therapy-services-equipment-supplies**.

Cuidados paliativos/hospicio

Es la atención al final de la vida para personas con enfermedades incurables. El cuidado paliativo certificado por Medicare generalmente se proporciona en su hogar o en otro lugar donde viva, como un asilo de ancianos. Califica para recibir cuidados paliativos si tiene la Parte A y cumple con todas estas condiciones:

- Su médico de cuidado paliativos y su médico regular (si tiene) certifican que tiene una enfermedad terminal (expectativa de vida de 6 meses o menos).
- Usted acepta la atención de comodidad (cuidados paliativos) en lugar de la atención para curar su enfermedad terminal.
- Usted firma una declaración eligiendo cuidados paliativos y no otros tratamientos cubiertos por Medicare para su enfermedad y condiciones relacionadas.

Si reúne los requisitos, puede recibir cuidados paliativos durante dos períodos de beneficios de 90 días, seguidos de un número ilimitado de períodos de beneficios de 60 días. Tiene derecho a cambiar su proveedor de hospicio una vez durante cada período de beneficios.

Costos

- No paga si recibe atención de un proveedor aprobado por Medicare.
- Usted paga un copago de hasta $5 por cada medicamento ambulatorios recetado para el dolor y los síntomas. Si el beneficio de hospicio no cubre su medicamento, su proveedor de hospicio debe comunicarse con su plan para ver si la Parte D lo cubre. El proveedor de hospicio le informará si algún medicamento o servicio no está cubierto y si tendrá que pagar.
- Puede pagar el 5% de la cantidad aprobada por Medicare por el cuidado de relevo para pacientes hospitalizados (cuidado a corto plazo para ayudar a dar un descanso a los cuidadores). Su copago no puede exceder la cantidad del deducible para pacientes hospitalizados durante el año ($1,676 en 2025).
- Medicare Original pagará los beneficios cubiertos por problemas de salud que no son parte del tratamiento de su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, pero usted debe pagar deducibles y coseguro necesarios. Cuando elija el cuidado de hospicio, su beneficio de hospicio normalmente cubrirá todo lo que necesita.
- Es posible que deba pagar su alojamiento y comida si vive en un centro (como un asilo de ancianos) y elige recibir cuidado de hospicio.
- Si su equipo de cuidados paliativos determina que usted necesita atención hospitalaria, deberán encargarse de organizar su estadía. Si no lo hacen, usted podría ser responsable de todos costos de su atención hospitalaria.

Lo que debe saber

Solo su médico de hospicio y su médico regular (si tiene) pueden certificar que usted sufre de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Después de 6 meses, puede continuar recibiendo cuidados paliativos siempre y cuando el director médico del hospicio o el médico del hospicio vuelva a certificar (después de una reunión en persona con el médico o el enfermero del hospicio) que usted sigue teniendo una enfermedad terminal.

Según su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, el equipo de hospicio creará un plan de cuidado que puede incluir cualquiera de estos servicios, o todos:

- Servicios de médicos.
- Cuidados de enfermería y servicios médicos.
- Equipos médicos duraderos para el alivio del dolor y el tratamiento de los síntomas.
- Suministros médicos, como vendas o catéteres.
- Medicamentos para el manejo del dolor y los síntomas.
- Servicios de un asistente y servicios domésticos.
- Servicios de terapia física.
- Servicios de terapia ocupacional.
- Servicios de patología del habla y lenguaje.
- Servicios sociales.
- Asesoramiento nutricional.

- Asesoramiento espiritual y del duelo para usted y su familia.
- Atención de internación a corto plazo para el tratamiento del dolor y los síntomas.
- Cuidado de relevo para pacientes hospitalizados, es cuidado recibido en un centro aprobado por Medicare (centro para pacientes hospitalizados, un hospital o un hogar de ancianos), para que su cuidador habitual (familiar o amigo) pueda descansar. Su proveedor de cuidados paliativos se encargará. Puede quedarse hasta 5 días cada vez que reciba cuidado de relevo. Puede obtener cuidado de relevo más de una vez, pero solo de vez en cuando.
- Otro servicio que Medicare cubra para controlar su dolor y síntomas relacionados con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, recomendado por su equipo de hospicio.

Más información

- Vaya a "Servicios de capacitación para cuidadores" en las páginas 18–19.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/hospice-care**.

Camas de hospital

La Parte B cubre las camas de hospital como equipo médico duradero (DME, en inglés) que su médico u otro proveedor le receta para usar en su hogar.

Más información

- Vaya a "Equipo médico duradero (DME)" en las páginas 41–42.
- Visite **es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/hospital-beds**.

Pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH)

Vaya a "Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vagina" en la página 20.

Humidificadores

Medicare no suele cubrir humidificadores ni otros artículos similares, como los calefactores, deshumidificadores o filtros de aire eléctricos.

Sin embargo, cuando es médicamente necesario, Medicare cubre los humidificadores de oxígeno utilizados con ciertos equipos médicos duraderos (DME) cubiertos.

Costos

Usted paga el 100% por la mayoría de los humidificadores u otros artículos similares. Si es médicamente necesario, no tendrá que pagar una cantidad separada por un humidificador de oxígeno. La cuota mensual de su equipo de oxígeno incluirá el costo de un humidificador de oxígeno.

Más información

- Vaya a "Equipo médico duradero (DME)" en las páginas 41–42.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/humidifiers**.

Terapia con oxígeno hiperbárico

La terapia con oxígeno hiperbárico es un proceso en el que todo su cuerpo es expuesto a oxígeno bajo presión atmosférica aumentada. Medicare puede cubrir esta terapia si usted tiene ciertas condiciones y la recibe en una cámara (incluida una unidad para una sola persona).

Costos

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y es posible que se aplique el deducible de la Parte B.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/hyperbaric-oxygen-therapy.

Cuidado de salud de pacientes internados

La Parte A generalmente cubre la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados si cumple con las dos condiciones siguientes:

- Usted ingresa al hospital como paciente hospitalizado tras una orden oficial de un médico, que indica que usted necesita cuidado de salud como paciente hospitalizado para tratar su enfermedad o lesión.
- El hospital acepta Medicare.

Los servicios de hospital para pacientes internados cubiertos por Medicare incluyen:

- Habitaciones semiprivadas
- Comidas
- Enfermería general
- Medicamentos (incluida la metadona para tratar un trastorno por consumo de opioides)
- Otros servicios y suministros hospitalarios que podrías recibir como parte de su tratamiento como paciente hospitalizado

Medicare **no** cubre:

- Servicios privados de enfermería
- Televisión y teléfono en la habitación (si hay cargo separado por estos artículos)
- Artículos de cuidado personal (como pasta dental, máquinas de afeitar o medias)
- Habitación privada (a menos que sea necesario por razones médicas)

Costos

Usted paga esto en cada período de beneficios (en 2025):

- Días 1 a 60: $0 después de alcanzar el deducible de la Parte A ($1,676).
- Días 61 a 90: $419 cada día.

- Días 91 y posteriores: $838 cada día por cada día de reserva de por vida (hasta un máximo de 60 días de reserva a lo largo de su vida).
- Cada día después de usar todos los días de reserva de por vida: Usted paga todos los costos.

La Parte A solo paga hasta 190 días de atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente durante su vida. El límite de 190 días no se aplica a la atención que recibe en una unidad psiquiátrica independiente certificada por Medicare dentro de un hospital de cuidados intensivos o de acceso crítico.

Si también tiene la Parte B, generalmente cubre el 80% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios médicos que recibe mientras está en un hospital.

Lo que debe saber

El cuidado para pacientes hospitalizados incluye la atención que usted recibe en:

- Hospitales de cuidado crítico
- Hospitales de acceso crítico
- Centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados
- Hospitales de cuidados a largo plazo
- Centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados

También incluye la internación como parte de una investigación clínica elegible.

Nota: Los hospitales ahora deben compartir los cargos estándar de todos sus artículos y servicios (incluidos los cargos estándar que negocian los planes Medicare Advantage) en un sitio web público para ayudarlo a tomar decisiones más informadas sobre su atención.

Más información

- Cuidado de salud mental: Vaya a las páginas 70–74.
- Servicios hospitalarios ambulatorios: Vaya a la página 83.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/inpatient-hospital-care**.

Cuidado de rehabilitación para pacientes hospitalizados

La Parte A cubre los cuidados necesarios por razones médicas que obtiene en un centro o unidad de rehabilitación para pacientes internados, (a veces denominado IRF, centro de rehabilitación de cuidado crítico u hospital de rehabilitación). Su médico u otro proveedor de atención médica debe certificar que usted tiene una condición médica que requiere rehabilitación intensiva, supervisión médica continua y atención coordinada de sus médicos, otros proveedores de atención médica y terapeutas.

Parte B cubre los servicios de su médico que usted recibe mientras está en un centro de rehabilitación para pacientes internados.

Costos

Usted paga esto por cada período de beneficios en 2025:

- Días 1-60: $0 después de alcanzar su deducible de la Parte A ($1,676).
- Días 61-90: $419 cada día.
- Días 91 y posteriores: $838 cada día por cada día de reserva de por vida (hasta un máximo de 60 días de reserva a lo largo de su vida).
- Cada día después de usar todos los días de reserva de por vida: Usted paga todos los costos.

Nota: No tiene que pagar un deducible por cuidados de rehabilitación para pacientes internados si Medicare ya le cobró un deducible por la atención que recibió en una hospitalización anterior dentro del mismo período de beneficios. Esto es porque su período de beneficios comienza el primer día de su hospitalización anterior y esa hospitalización cuenta para su deducible. Por ejemplo, usted no debe pagar un deducible por cuidados de rehabilitación en los siguientes casos:

- Usted es transferido a un centro de rehabilitación para pacientes internados directamente desde un hospital de cuidado crítico.
- Lo admiten en un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados dentro de los 60 días posteriores al alta de un hospital.

Lo que debe saber

La rehabilitación hospitalaria puede ayudar si se está recuperando de una cirugía, enfermedad o lesión grave y necesita un programa de terapia de rehabilitación intensiva, supervisión médica y atención coordinada de sus médicos, otros proveedores de atención médica y terapeutas.

La atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare incluye:

- Servicios de rehabilitación, incluyendo terapia física, terapia ocupacional y patología del habla-lenguaje
- Una habitación semiprivada
- Comidas
- Servicios de enfermería
- Medicamentos recetados
- Otros servicios y suministros hospitalarios

Medicare **no** cubre:

- Servicios privados de enfermería
- Un teléfono o televisor en su habitación (si hay un cargo por separado)
- Artículos de cuidado personal (como pasta de dientes, maquinillas de afeitar o medias)
- Habitación privada (a menos que sea necesario por razones médicas)

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/inpatient-rehabilitation-care**.

Insulina

La Parte B cubre la insulina si usa una bomba de insulina cubierta por el beneficio de equipo médico duradero. La Parte B no cubre las plumas de insulina ni los suministros relacionados con la insulina, como jeringas, agujas, hisopos con alcohol o gasas.

Si tiene un plan de la Parte D, puede cubrir:

- Insulina inyectable que no se usa con una bomba de insulina tradicional
- Insulina que se usa con una bomba de insulina desechable
- Ciertos suministros médicos que se usan para las inyecciones de insulina, como jeringas, gasas e hisopos con alcohol
- Insulina que se inhala

Costos

- El costo de un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por la Parte D y la Parte B tiene un límite de $35, y no tiene que pagar un deducible por la insulina. Si obtiene un suministro de insulina para tres meses, sus costos no pueden ser más de $35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Esto significa que, por lo general, no pagará más de $105 por un suministro de tres meses de insulina cubierta.
- Según la Parte D, el límite de $35 se aplica a todas las personas que se administran insulina, incluso si reciben Ayuda Adicional. Visite **es.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs** para obtener más información sobre el programa de Ayuda Adicional de Medicare.
- Si tiene la Parte B y el Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) que paga su coseguro de la Parte B, su plan debe cubrir el costo de $35 (o menos) de la insulina.

Lo que debe saber

Si usa una bomba de insulina que no es desechable, la Parte B puede cubrir la insulina que se usa con la bomba y la bomba en sí como equipo médico duradero. Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME)” en las páginas 41–42.

Más información

- Vaya a “Servicios para la diabetes” y “Suministros para la diabetes” en las páginas 35–36.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/insulin**.

Programa de Servicios de intensivos para pacientes ambulatorios

Vaya a “Atención de salud mental (servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios)” en la página 73.

Educación sobre enfermedades renales

La educación sobre la enfermedad renal le enseña cómo cuidar sus riñones de la mejor manera posible y le brinda la información que necesita para tomar decisiones informadas sobre su atención. Medicare cubre hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal si tiene enfermedad renal crónica en etapa 4 que generalmente requiere diálisis o un trasplante de riñón. Medicare cubre esto si su médico u otro proveedor de atención médica lo deriva para el servicio, y usted recibe el servicio de un médico, cierto proveedor calificado que no es médico o cierto proveedor rural.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por sesión si recibe el servicio de un proveedor de atención médica.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/kidney-disease-education.

Servicios y suministros renales

Vaya a “Servicios y suministros de diálisis” en las páginas 38–39.

Trasplantes renales

La Parte A y la Parte B cubren diferentes artículos y servicios relacionados con los trasplantes de riñón. Medicare cubre estos servicios si los recibe del hospital certificado por Medicare donde recibirá su trasplante o de otro hospital que participe en Medicare.

La Parte A cubre los servicios de trasplante y paga parte de los costos de:

- Servicios de hospitalización en un hospital certificado por Medicare
- Una cuota de registro de riñón
- Exámenes de laboratorio y otros necesarios para evaluar la condición médica y las condiciones de los posibles donantes de riñón
- Búsqueda del riñón adecuado para el trasplante (si no hay donante de riñón)
- Cualquier cuidado de salud para pacientes internados para el donante en caso de que surjan problemas en la cirugía
- Sangre (unidades enteras de glóbulos rojos empacados, componentes de la sangre y el costo de procesamiento y administración de la sangre)

La Parte A también cubre el costo total de la atención a su donante de riñón (incluyendo la atención antes de la cirugía, la cirugía como tal y la atención después de la cirugía). Usted y su donante no tendrán que pagar un deducible, coseguro ni ningún otro costo por la internación del donante en el hospital.

La Parte B cubre servicios de trasplante y paga parte de los costos de sangre y los servicios médicos para lo siguiente:

- Cirugía de trasplante de riñón (que incluye la atención antes de la cirugía, la cirugía en sí y la atención después de la cirugía)
- El donante de riñón durante su internación

La Parte B también cubre los medicamentos inmunosupresores compuestos (incluidos los medicamentos para trasplantes) en ciertas circunstancias, si Medicare ayudó a pagar su trasplante.

Costos

Por el trasplante y los servicios relacionados, usted paga lo siguiente:

- 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de la Parte B, después de alcanzar el deducible de la Parte B.
- Nada por los servicios prestados al donante para un trasplante de riñón.
- Nada por las pruebas de laboratorio aprobadas por Medicare.

Para obtener información sobre los costos hospitalarios de la Parte A, vaya a “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en las páginas 58–59.

Lo que debe saber

Si está pensando en inscribirse en un Plan Medicare Advantage y está en lista de espera para un trasplante o cree que necesita un trasplante, consulte con el plan antes de inscribirse para asegurarse de que sus médicos, otros proveedores de salud y los hospitales están en la red del plan. Además, revise las reglas del plan para la autorización previa.

Más información

- Vaya a “Trasplantes de órganos” en las páginas 79–80.
- Vaya a “Trasplantes de riñón (niños)” a continuación.
- Vaya a “Educación sobre la enfermedad renal” en la página 62.
- Para obtener más información sobre los medicamentos para trasplantes/inmunosupresores, vaya a “Medicamentos recetados (ambulatorios)” en las páginas 89–91.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/kidney-transplants**.

Trasplantes de riñón (niños)

La Parte A y la Parte B cubren diferentes artículos y servicios relacionados con los trasplantes de riñón (pediátricos) de niños

La Parte A usualmente cubre estos servicios de trasplante:

- Servicios para el paciente internado en un hospital aprobado
- Tarifa de registro para trasplante de riñón
- Análisis y otros exámenes necesarios para evaluar la condición médica de su niño y la condición de los posibles donantes de riñón
- Los costos que implica buscar el riñón adecuado para el trasplante de su hijo
- El costo total de cuidado de salud para el donante de riñón para su hijo
- Sangre (si se necesita una transfusión)

La Parte B cubre estos servicios de trasplante:

- Los servicios de los médicos para el trasplante de riñón
- Los servicios de los médicos para el donante de riñón durante su internación
- Sangre (si se necesita una transfusión)

La Parte B también cubre los medicamentos inmunosupresores compuestos (incluidos los medicamentos para trasplantes) en ciertas circunstancias, si Medicare ayudó a pagar el trasplante de su hijo.

Costos

- Después de pagar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de la Parte B.
- Si su hijo tiene otro seguro, es posible que sus costos sean diferentes.
- Para obtener información sobre los costos hospitalarios de la Parte A, vaya a “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en las páginas 58–59.

Más información

- Vaya a “Diálisis (niños)” en las páginas 37–38.
- Para obtener más información sobre los medicamentos para trasplantes/inmunosupresores, vaya a “Medicamentos recetados (ambulatorios)” en las páginas 89–91.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/kidney-transplants-children**.

Exámenes de laboratorio

- Pruebas de laboratorio clínico: Vaya a la página 23.
- Pruebas diagnósticas de laboratorio: Vaya a la página 36.
- Pruebas diagnósticas no de laboratorio: Vaya a la página 37.

Cuidado a largo plazo

Medicare y la mayoría de los seguros médicos, incluido el Seguro suplementario de Medicare (Medigap), no pagan el cuidado a largo plazo. Este tipo de cuidado (también conocido como "cuidado de compañía" o "servicios y apoyo a largo plazo") incluye cuidados médicos y no médicos para personas que padecen una enfermedad crónica o tienen una incapacidad.

Costos

Usted paga el 100% por los servicios no cubiertos, incluida la mayoría de los cuidados a largo plazo.

Lo que debe saber

- La mayoría de los cuidados a largo plazo no son cuidados médicos. En cambio, la mayoría de los cuidados a largo plazo ayudan con las tareas personales básicas de la vida cotidiana, a veces llamadas "actividades de la vida diaria". Esto incluye cosas como vestirse, bañarse e ir al baño. El cuidado a largo plazo también puede incluir comidas a domicilio, atención médica diurna para adultos y otros servicios.
- Puede calificar para esta atención a largo plazo a través de Medicaid, o puede optar por comprar un seguro privado de atención a largo plazo.
- Puede recibir cuidado a largo plazo en el hogar, en la comunidad, en un centro de vida asistida o un hogar de ancianos. Es importante comenzar a planificar la atención a largo plazo ahora para mantener su independencia y asegurarse de obtener la atención necesaria, en el entorno deseado, ahora y en el futuro.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/long-term-care**.

Servicios de cuidado a largo plazo en hospital

Los hospitales de atención a largo plazo generalmente brindan tratamiento a pacientes con más de una condición grave. El paciente podría mejorar con tiempo y atención y, finalmente, regresar a su hogar. Estos hospitales suelen ofrecer servicios como terapia respiratoria, tratamiento de traumatismos craneales y control del dolor. La Parte A cubre la atención en hospitales de atención a largo plazo.

Costos

Usted paga esto por cada período de beneficios en 2025:

- Días 1-60: $0 después de alcanzar su deducible de la Parte A ($1,676).
- Días 61-90: $419 cada día.
- Días 91 y posteriores: $838 cada día por cada día de reserva de por vida (hasta un máximo de 60 días de reserva a lo largo de su vida).
- Cada día después de usar todos los días de reserva de por vida: Usted paga todos los costos.

Nota: No tiene que pagar un deducible por la atención que reciba en el hospital de atención a largo plazo si ya se le cobró un deducible por la atención que recibió en una hospitalización anterior dentro del mismo período de beneficios. Esto se debe a que su período de beneficios comienza el primer día de su estadía anterior en el hospital, y esa estadía cuenta para su deducible. Por ejemplo, no tendrá que pagar un deducible por su atención hospitalaria a largo plazo si:

- Usted es transferido a un hospital de cuidado a largo plazo directamente desde un hospital de cuidado crítico.
- Lo admiten en un hospital de atención a largo plazo dentro de los 60 días posteriores a ser dado de alta.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/long-term-care-hospital-services.

Evaluaciones para detectar cáncer pulmonar

Estas pruebas de detección detectan signos tempranos de cáncer de pulmón en adultos que corren el riesgo de contraer la enfermedad. Medicare cubre las pruebas de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (también conocida como “exploración con TAC “) si cumple con todas estas condiciones:

- Tiene entre 50 y 77 años.
- No tiene signos o síntomas de cáncer de pulmón (asintomático).
- Es fumador actual o dejó de fumar en los últimos 15 años.
- Tiene un historial de tabaquismo de al menos 20 “paquetes-año” (un promedio de un paquete (20 cigarrillos) por día durante 20 años).
- Usted recibe una orden de su médico u otro proveedor de atención médica.

Con qué frecuencia

Una vez al año.

Costos

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

Lo que debe saber

Antes de la primera prueba de detección del cáncer de pulmón, deberás programar una cita con el proveedor de atención médica para analizar los beneficios y los riesgos, y decidir si la prueba de detección es adecuada para ti.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/lung-cancer-screenings.

Artículos de compresión para tratar linfedema

Los artículos del tratamiento compresivo para linfedema ayudan a controlar y reducir la hinchazón causada por linfedema (una condición crónica que causa hinchazón en los tejidos del cuerpo). Medicare puede cubrir sus prendas de compresión degradada (estándar y personalizadas) si le han diagnosticado linfedema y su médico u otro proveedor de atención médica se las receta.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/lymphedema-compression-treatment-items**.

Pruebas de degeneración macular y tratamiento

La degeneración macular es una enfermedad ocular que puede nublar o reducir la visión central. La Parte B puede cubrir ciertas pruebas diagnósticas y tratamientos (incluido el tratamiento con ciertos medicamentos inyectables) si usted tiene degeneración macular relacionada con la edad (DMAE).

Costos

- En la mayoría de los casos, después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el medicamento y los servicios de su médico.
- En un entorno de atención ambulatoria, también debe pagar un copago adicional por las instalaciones.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/macular-degeneration-tests-treatment**.

Mamografías

Las mamografías detectan el cáncer de mama. La Parte B cubre:

- Una mamografía de referencia (si eres una mujer de entre 35 y 39 años)
- Mamografías de detección anuales (si es una mujer de 40 años o más)
- Mamografía de diagnóstico

Con qué frecuencia

- Mamografía de referencia: Una vez en la vida.
- Mamografías de detección: Una vez cada 12 meses.
- Mamografías de diagnóstico: Con más frecuencia que una vez al año, si son médicamente necesarias.

Costos

- Mamografías de detección y de referencia: Usted no paga nada si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.
- Mamografías de diagnóstico: Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

Medicare solo cubre las ecografías mamarias médicamente necesarias cuando su proveedor de atención médica las ordena.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/mammograms**.

Servicios de terapia médica nutricional

Medicare cubre los servicios de terapia nutricional médica si tiene diabetes o enfermedad renal, o si ha tenido un trasplante de riñón en los últimos 36 meses. Un médico debe referirlo para los servicios.

Los servicios que recibe pueden incluir:

- Una evaluación inicial de la alimentación y del estilo de vida
- Servicios de terapia nutricional individual y/o grupal
- Ayudar a controlar los factores de estilo de vida que afectan su diabetes
- Visitas de seguimiento para verificar su progreso.

Con qué frecuencia

- La cobertura inicial incluye 3 horas de servicios de terapia de nutrición médica en el primer año calendario. Estas horas no se pueden transferir al siguiente año calendario.
- Si su médico decide que un cambio en su condición médica requiere un cambio en su dieta, puede darle una referencia por más horas más allá de la cobertura inicial. Puede recibir hasta 2 horas de servicios de seguimiento cada año calendario, después del año en que obtuvo su cobertura inicial.

Costos

Usted no paga nada si califica para recibir estos servicios.

Lo que debe saber

- Solo un nutricionista registrado (o profesional de la nutrición que cumpla ciertos requisitos) puede brindar servicios de terapia de nutrición médica.
- Si usted obtiene diálisis en un centro de diálisis, Medicare cubre los servicios de terapia de nutrición médica como parte de su atención general de diálisis.
- Hasta el 30 de septiembre de 2025, puede obtener servicios de terapia de nutrición médica en cualquier lugar de los EE. UU. a través de la telesalud. Luego del 1 de octubre de 2025, debe ir a un consultorio o centro médico ubicado en un área rural (en los EE. UU.) para obtener servicios de terapia de nutrición médica de un nutricionista registrado u otro profesional de la nutrición a través de telesalud. Vaya a “Telesalud” en la página 109.

- Si tiene diabetes, también puede calificar para recibir capacitación para el autocontrol de la diabetes. Vaya a “Capacitación para el autocontrol de la diabetes” en la página 34.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/medical-nutrition-therapy-services**.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare

El Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare es un programa de cambio de comportamiento saludable para ayudarlo a prevenir la diabetes tipo 2. El programa comienza con 16 sesiones básicas semanales ofrecidas en grupo durante un período de seis meses. En estas sesiones, obtendrás:

- Capacitación para hacer cambios de comportamiento realistas y duraderos en torno a la dieta y el ejercicio
- Consejos para hacer más ejercicio
- Estrategias para controlar su peso.
- Un entrenador especialmente capacitado para ayudarle a mantenerse motivado
- Apoyo para personas con metas y desafíos similares

Una vez que complete las sesiones principales, recibirá 6 sesiones de seguimiento mensuales para ayudarle a mantener hábitos saludables.

La Parte B cubre el Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare si **todas** estas condiciones se aplican a usted:

- Dentro de los 12 meses antes de asistir a su primera sesión principal, tiene un resultado de la prueba de hemoglobina A1c entre 5.7% y 6.4%, una glucosa plasmática en ayunas entre 110-125 mg/dL, o una glucemia plasmática de 2 horas entre 140-199 mg/dL (prueba de tolerancia oral a la glucosa).
- Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 25 o más (IMC de 23 o más si es asiático).
- Nunca ha sido diagnosticado con diabetes tipo 1 o tipo 2 o Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)
- Nunca ha participado en el Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare.

Con qué frecuencia

Una vez en la vida.

Costos

Usted no paga nada si califica para este programa.

Lo que debe saber

- Puede obtener estos servicios virtualmente (hasta el 31 de diciembre de 2027) o en persona de un proveedor aprobado. Estos proveedores pueden ser proveedores de servicios de salud tradicionales u organizaciones como centros comunitarios u organizaciones religiosas.
- Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, es posible que deba acudir a un proveedor de la red para obtener estos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program**.

Servicios para trastornos de salud mental y uso de sustancias

Medicare cubre ciertos exámenes, servicios y programas que ayudan en el tratamiento y la recuperación de los trastornos de salud mental, salud conductual y uso de sustancias, que incluyen:

- Pruebas de detección de abuso de alcohol: Vaya a la página 10.
- Servicios de integración de salud conductual: Vaya a la página 13.
- Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco: Vaya a la página 29.
- Exámenes de detección de depresión: Vaya a la página 33.
- Atención de salud mental (pacientes hospitalizados): Vaya a la sección a continuación.
- Atención de salud mental (ambulatoria): Vaya a las páginas 71–73.
- Atención de salud mental (servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios): Vaya a la página 73.
- Atención de salud mental (hospitalización parcial): Vaya a la página 74.
- Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de opioides: Vaya a las páginas 78–79.
- Telesalud: Vaya a la página 109.

Servicios de salud mental (pacientes internados)

Los servicios de atención de salud mental implican diagnosticar y tratar a las personas con trastornos de salud mental, como la depresión y la ansiedad. La Parte A cubre los servicios de atención de salud mental que recibes cuando eres admitido como paciente hospitalizado. La Parte B cubre los servicios que recibe de un médico u otro proveedor de atención médica mientras está en el hospital.

Costos

Usted paga esto por cada período de beneficios en 2025:

- Días 1 a 60: $0 después de alcanzar el deducible de la Parte A ($1,676).

- Días 61 a 90: $419 cada día.
- Días 91 y posteriores: $838 cada día por cada día de reserva de por vida (hasta un máximo de 60 días de reserva a lo largo de su vida).
- Cada día después de usar todos los días de reserva de por vida: Usted paga todos los costos.
- 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de salud mental que reciba de los proveedores de atención médica mientras esté hospitalizado.

Lo que debe saber

Puede recibir estos servicios en un hospital general o en un hospital psiquiátrico (un centro que cuida exclusivamente a personas con trastornos de salud mental).

Si está en un hospital psiquiátrico (en lugar de un hospital general), la Parte A solo paga hasta 190 días de servicios de hospitalización psiquiátrica durante su vida.

Medicare **no** cubre:

- Servicios privados de enfermería
- Un teléfono o televisor en su habitación (si hay un cargo por separado)
- Artículos de cuidado personal (como pasta de dientes, máquinas de afeitar o medias)
- Habitación privada (a menos que sea necesario por razones médicas)

Más información

- Vaya a “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en las páginas 58–59.
- Vaya a “Atención de salud mental (ambulatoria)” a continuación.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-inpatient**.

Servicios de salud mental (pacientes ambulatorios)

Los servicios ambulatorios de salud mental consisten en diagnosticar y tratar a personas con problemas de salud mental, como depresión y ansiedad. Son servicios que generalmente se reciben fuera de un hospital, en estos tipos de entornos:

- El consultorio de su médico u otro proveedor de salud
- El departamento para pacientes ambulatorios de un hospital
- Un centro de salud mental comunitario

La Parte B cubre una amplia gama de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, que incluyen:

- Hospitalización parcial. Vaya a “Atención de salud mental (hospitalización parcial)” en la página 74.
- Servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios. Vaya a “Atención de salud mental (servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios)” en la página 73.
- Una prueba de detección de depresión cada año. Debe hacerse la prueba de detección en un consultorio médico de atención primaria o en una clínica de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y referidos. Vaya a “Exámenes de detección de depresión” en la página 33.

- Una visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” por única vez. Esta visita incluye una revisión de sus posibles factores de riesgo para la depresión. Vaya a “Visitas preventivas” en las páginas 93–95.
- Psicoterapia individual o grupal con médicos (o con ciertos profesionales matriculados inscritos en Medicare, según lo permita el estado donde obtiene los servicios).
- Asesoramiento familiar, si el propósito principal es ayudar con su tratamiento.
- Pruebas para averiguar si está obteniendo los servicios que necesita y si su tratamiento actual le está ayudando.
- Pruebas de diagnóstico.
- Intervenciones de planificación de seguridad si corre el riesgo de suicidio o sobredosis.
- Una llamada telefónica de seguimiento después de que le den el alta de la sala de emergencias por un servicio de salud conductual u otra crisis.
- Dispositivos digitales de tratamiento de salud mental aprobados por la FDA que obtiene de su médico u otros proveedores de salud mental calificados.
- Evaluación psiquiátrica.
- Algunos medicamentos recetados que no suelen ser “autoadministrados” (medicamentos que normalmente tomaría por su cuenta), como algunas inyecciones.
- Administración de medicamentos.
- Servicios de salud mental que recibes como parte del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias. Vaya a “Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias” en la página 70.
- Una consulta anual de “bienestar”. Hable con su médico u otro proveedor de atención médica sobre los cambios en su salud mental desde su última visita. Vaya a “Visitas preventivas” en las páginas 93–95.

Costos

- Usted no paga nada por la evaluación de depresión anual si su médico o proveedor de atención médica acepta la asignación.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las visitas a su proveedor para diagnosticar o tratar su condición.
- Si recibe sus servicios en una clínica de atención ambulatoria o el departamento de atención ambulatoria de un hospital, es posible que deba pagar un copago o coseguro correspondiente al hospital.

Lo que debe saber

La Parte B cubre los servicios y las consultas de salud mental con estos profesionales de la salud:

- Psiquiatras u otros médicos
- Psicólogos clínicos

- Trabajadores sociales clínicos
- Especialistas en enfermería clínica
- Profesionales de enfermería
- Asistentes médicos
- Terapeutas matrimoniales y familiares
- Asesores de salud mental

Más información

- Vaya a "Servicios hospitalarios ambulatorios" en la página 83.
- Vaya a "Atención de salud mental (pacientes hospitalizados)" en las páginas 70–71.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-outpatient**.

Cuidado de la salud mental (servicios de programas ambulatorios intensivos)

Los programas ambulatorios intensivos ofrecen un nivel de atención para las condiciones de salud mental (incluidos los trastornos por uso de sustancias) entre la terapia o el asesoramiento tradicional una vez a la semana y la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados o con hospitalización parcial. Los servicios son más rigurosos que la atención que recibiría en el consultorio de un médico o terapeuta y pueden incluir cosas como sesiones de terapia grupal e individual, educación sobre salud mental y administración de medicamentos. Puede beneficiarse de los servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios si su plan indica que necesita al menos 9 horas de servicios terapéuticos por semana.

Puede obtener estos servicios en hospitales, centros comunitarios de salud mental, centros de salud calificados por el gobierno federal o clínicas de salud rurales. La Parte B también cubre estos servicios en los programas de tratamiento de opioides cuando recibe tratamiento para el trastorno por consumo de opioides (OUD).

Costos

- Usted paga un porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare por cada servicio que recibe si su médico u otro profesional de la salud mental calificado acepta la asignación.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, también paga un coseguro por cada día de servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios que reciba en un hospital ambulatorio o en un centro comunitario de salud mental.

Lo que debe saber

No es necesario que cumpla los requisitos del tratamiento hospitalario para recibir los servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios.

Más información

- Vaya a "Atención de salud mental (pacientes hospitalizados)" en las páginas 70–71.
- Vaya a "Salud mental (ambulatoria)" en las páginas 71–73.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-intensive-outpatient-program-services**.

Servicios de salud mental (internación parcial)

La hospitalización parcial proporciona un programa estructurado de servicios psiquiátricos ambulatorios como alternativa a la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de un médico o terapeuta, y su plan de atención debe indicar que necesita al menos 20 horas de servicios terapéuticos por semana. Recibe tratamiento durante el día y no tiene que quedarse toda la noche.

La Parte B puede cubrir los servicios de hospitalización parcial que recibe a través de un departamento ambulatorio de un hospital o un centro comunitario de salud mental si cumple con ciertos requisitos y su médico u otro profesional de la salud mental calificado certifica que, de lo contrario, necesitaría tratamiento hospitalario.

Costos

- Usted paga un porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare por cada servicio que reciba de profesionales de salud mental calificados si aceptan una asignación.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, también paga un coseguro por cada día de servicios de hospitalización parcial que recibe en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario.

Lo que debe saber

Como parte de su programa de hospitalización parcial, Medicare también puede cubrir:

- Terapia ocupacional que forma parte de su tratamiento de salud mental
- Entrenamiento y educación de pacientes individuales acerca de su condición
- Servicios de capacitación para cuidadores
- Servicios principales de asesoramiento para enfermedades

Medicare solo cubre la hospitalización parcial si el médico (u otro profesional de la salud mental calificado) y el programa de hospitalización parcial aceptan la asignación

Medicare **no** cubre:

- Comidas
- Transporte de ida o vuelta del lugar donde recibe los servicios de salud mental
- Grupos de apoyo que conectan a las personas para hablar y socializar. (Esto es diferente a la psicoterapia grupal, que está cubierta).
- Pruebas o capacitación laboral que no forman parte del tratamiento de salud mental.

Más información

- Vaya a “Atención de salud mental (pacientes hospitalizados)” en las páginas 70–71.
- Vaya a “Salud mental (ambulatoria)” en las páginas 71–73.
- Vaya a “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 18–19.
- Vaya a “Servicios principales de asesoramiento para enfermedades” en la página 96.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization**.

Anticuerpos monoclonales para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer temprana

La Parte B puede cubrir los anticuerpos monoclonales aprobados por la FDA (como Leqembi, nombre genérico lecanemab) que se dirigen a las placas de beta-amiloide para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer si cumple con ciertos criterios. Su médico u otro proveedor de atención médica debe confirmar que tiene placas de beta-amiloide consistentes con la enfermedad de Alzheimer y debe diagnosticarle uno de los siguientes:

- Insuficiencia cognitiva leve debido a la enfermedad de Alzheimer.
- Demencia leve debido a la enfermedad de Alzheimer.

La cobertura de Medicare de estos anticuerpos monoclonales también requiere que el proveedor de atención médica recopile evidencia sobre cuán bien funcionan estos medicamentos para un estudio o registro calificado. La información que recopila el proveedor ayudará a responder las preguntas sobre el tratamiento y a describir cuán bien funciona el medicamento en su caso. Hable con su proveedor para averiguar si los anticuerpos monoclonales para el tratamiento de la enfermedad temprana de Alzheimer son adecuados para usted.

Costos

- En el caso de los anticuerpos monoclonales cubiertos por la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de alcanzar el deducible de la Parte B.
- Es posible que necesite análisis y evaluaciones antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos. Hable con su proveedor para obtener más información.

Lo que debe saber

- Estos medicamentos pueden ralentizar o retrasar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer, pero no curan ni revierten la enfermedad.
- Si no cumples con los criterios de cobertura de la Parte B para un anticuerpo monoclonal aprobado por la FDA para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer temprana, es posible que puedas obtener la cobertura del medicamento a través de un plan de la Parte D. Comuníquese con su plan para obtener más información.

Más información

- Vaya a “Evaluación cognitiva y servicios del plan de atención” en las páginas 23–24.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/monoclonal-antibodies-for-the-treatment-of-early-alzheimers-disease**.

Pruebas de ADN en heces multiobjetivo (detección)

Las pruebas de detección de ADN en heces multiobjetivo utilizan muestras de heces para buscar signos de cáncer de colon. Medicare cubre estas pruebas de detección en el hogar si cumple con todas estas condiciones:

- Tiene entre 45-85 años.
- No presenta signos ni síntomas de enfermedades colorrectales (incluidos, entre otros, dolor gastrointestinal inferior, sangre en las heces, resultado positivo en la prueba de guayacol de sangre oculta en las heces o en la prueba inmunoquímica fecal).
- Tiene un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal, lo que significa que:
  - No tiene antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal (incluida la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa).
  - No tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal, pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.

Con qué frecuencia

Una vez cada 5 años.

Costos

- Usted no paga nada por esta prueba si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.
- Si obtiene un resultado positivo después de una prueba de detección de ADN en heces multiobjetivo, Medicare también cubre una colonoscopia de seguimiento como prueba de detección.

Más información

- Vaya a “Exámenes de detección de cáncer colorrectal” en la página 25.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/multi-target-stool-dna-tests**.

Resonancias magnéticas

Vaya a “Pruebas diagnósticas no de laboratorio” en la página 37.

Nebulizadores y medicamentos para nubulizadores

La Parte B cubre nebulizadores (y algunos medicamentos que se utilizan en los nebulizadores si se consideran razonables y necesarios). La Parte B los cubre como equipo médico duradero (DME, en inglés) que su médico u otro proveedor de atención médica le receta para usar en su hogar.

Más información

- Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 41–42.
- Visite **es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/nebulizers-nebulizer-medications**.

Cuidados en asilos de ancianos

La mayoría de los cuidados en hogares de ancianos son cuidados de custodia, que le ayudan con las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse, usar el baño y comer) o necesidades personales que podrían realizarse de manera segura y razonable sin habilidades o capacitación profesional. **Medicare no cubre el cuidado de custodia si es el único cuidado que necesita**.

La Parte A puede cubrir la atención de enfermería especializada en un hogar de ancianos. Si es necesario por razones médicas que usted reciba cuidado de enfermería especializada (por ejemplo, si necesita el cambio de apósitos estériles).

Más información

- Vaya a "Servicios de salud en el hogar" en las páginas 53–54.
- Vaya a "Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)" en las páginas 103–105.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/nursing-home-care**.

Terapia conductual de la obesidad

La terapia conductual para la obesidad incluye una evaluación inicial del índice de masa corporal (IMC) y sesiones de terapia conductual que incluyen una evaluación dietética y asesoramiento para ayudarle a perder peso centrándose en la dieta y el ejercicio. Medicare cubre exámenes de detección de obesidad y asesoramiento conductual si tiene un IMC de 30 o más. Medicare cubre esta asesoría si el médico primario u otro profesional de atención brinda la asesoría en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico), donde pueden coordinar su plan de prevención personalizado con el resto de su atención.

Costos

Si su médico acepta la asignación, usted no paga nada.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/obesity-behavioral-therapy**.

Servicios de observación

Vaya a "Servicios hospitalarios ambulatorios" en la página 83.

Terapia ocupacional

La terapia ocupacional le ayuda a realizar actividades de la vida diaria (como vestirse o bañarse). Puede recibir esta terapia para ayudar a mejorar o mantener sus capacidades actuales, o para disminuir su tasa de deterioro. La Parte B cubre la terapia ocupacional ambulatoria médicamente necesaria si su médico u otro proveedor de atención médica (incluyendo un enfermero practicante, un especialista en enfermería clínica o un asistente médico) certifica que usted lo necesita.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

No hay límite con respecto a la cantidad que Medicare paga por sus servicios de fisioterapia para paciente ambulatorio necesarios por razones médicas en un año calendario.

Más información

- Vaya a “Servicios de salud en el hogar” en las páginas 53–54.
- Vaya a “Cuidados paliativos” en las páginas 55–57.
- Vaya a “Atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados” en las páginas 59–60.
- Vaya a “Atención de salud mental (hospitalización parcial)” en la página 74.
- Vaya a “Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)” en las páginas 103–105.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/occupational-therapy-services**.

Servicios de tratamiento para trastornos por consumo de opioides

La Parte B cubre los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de opioides que recibe de un médico u otro proveedor de atención médica, o a través de un Programa de Tratamiento de Opioides más integral (incluidas las unidades móviles del programa de tratamiento de opioides).

Estos servicios pueden incluir:

- Dispensación y administración de medicamentos (como metadona, buprenorfina, naltrexona, naloxona y clorhidrato de nalmefeno)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Pruebas de detección de drogas
- Terapia individual y grupal
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas
- Servicios ambulatorios intensivos
- Atención coordinada y/o servicios de referido
- Servicios principales de asesoramiento para enfermedades
- Servicios de apoyo de recuperación entre pares

Costos

- No tendrá que pagar un copago por estos servicios si los recibe de un proveedor del programa de tratamiento de opioides que esté inscrito en Medicare y cumple con otros requisitos. Si obtiene suministros y medicamentos de un Programa de Tratamiento de Opioides, aún se aplica el deducible de la Parte B.
- Si recibe servicios de un proveedor de atención médica para el trastorno por consumo de opioides, paga los copagos habituales por los servicios después de alcanzar el deducible de la Parte B.

Lo que debe saber

- Hable con su proveedor para averiguar dónde puede obtener estos servicios.
- Medicare cubre asesoramiento, terapia y evaluaciones periódicas tanto en persona como, en ciertas circunstancias, mediante entrega virtual (utilizando tecnología de comunicación de audio y video, como su teléfono o una computadora). Medicare también puede cubrir evaluaciones periódicas que utilizan tecnología de solo audio.
- Medicare cubre las evaluaciones de riesgo de determinantes sociales de la salud (SDOH, en inglés) como parte de las actividades de admisión y las evaluaciones periódicas relacionadas con un diagnóstico o tratamiento de trastorno por consumo de opioides.
- Pudiera comenzar el tratamiento con metadona y buprenorfina sin un examen en persona si su proveedor del Programa de Tratamiento de Opioides lo evalúa adecuadamente utilizando la tecnología de comunicación de audio y video.
- Los planes Medicare Advantage también deben cubrir los servicios del Programa de Tratamiento de Opioides, pero pueden requerir que asista a un Programa de Tratamiento de Opioides dentro de la red. Si se inscribe un plan Medicare Advantage cuando ya está recibiendo tratamiento, su Programa de tratamiento de opioides debe participar con su plan y estar inscrito en Medicare para asegurarse de que su tratamiento esté cubierto y permanezca ininterrumpido. De lo contrario, es posible que deba cambiarse a un programa de tratamiento de opioides que participe en su plan. Dado que los planes Medicare Advantage pueden aplicar copagos a los servicios del Programa de tratamiento de opioides, consulte con su plan para averiguar si tiene que pagar un copago.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services**.

Trasplantes de órganos

La Parte A cubre las pruebas, los laboratorios y los exámenes necesarios y, por lo general, también cubre:

- Servicios para trasplantes de corazón, pulmón, riñón, páncreas, intestino e hígado
- Los costos de encontrar el órgano adecuado para su cirugía de trasplante

La Parte B cubre:

- Servicios de médicos asociados con trasplantes de corazón, pulmón, riñón, páncreas, intestino e hígado
- Medicamentos inmunosupresores (para trasplantes) en determinadas circunstancias.

Costos

Por su trasplante y los servicios relacionados, usted paga:

- 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de la Parte B, después de alcanzar el deducible de la Parte B
- Nada por los servicios prestados al donante para un trasplante de riñón.
- Nada por las pruebas de laboratorio certificadas por Medicare.

Para obtener información sobre los costos hospitalarios de la Parte A, vaya a “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en las páginas 58–59.

Lo que debe saber

- Debe realizarse un trasplante de órgano en un centro aprobado por Medicare.
- Si está pensando en inscribirse en un Plan Medicare Advantage y está en lista de espera para un trasplante o cree que necesita un trasplante, consulte con el plan antes de inscribirse para asegurarse de que sus médicos, otros proveedores de salud y los hospitales están en la red del plan. Además, revise las reglas del plan para la autorización previa.
- Medicare no paga el traslado a un centro de trasplantes.

Más información

- Trasplantes de riñón para adultos: Vaya a “Trasplantes de riñón” en las páginas 62–63.
- Trasplantes de riñón para niños: Vaya a “Trasplantes de riñón (niños)” en las página 64.
- Otros trasplantes: Vaya a “Otros trasplantes” en la página 82.
- Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Vaya a “Medicamentos recetados (ambulatorios)” en las páginas 89–91.
- Trasplantes de páncreas: Vaya a “Trasplantes de páncreas” en la página 86.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/organ-transplants**.

Zapatos ortopédicos

Medicare cubre calzado ortopédico si es parte necesaria del aparato ortopédico para piernas.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

Medicare solo pagará los artículos ortopédicos de un proveedor que acepte la asignación, sin importar quién presente la reclamación (usted o su proveedor).

Más información

- Vaya a "Zapatos terapéuticos o plantillas" en la página 110.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/orthopedic-shoes**.

Medicamentos de osteoporosis

La Parte A y la Parte B ayudan a pagar los medicamentos inyectables para la osteoporosis y las visitas de un enfermero de cuidado de salud en el hogar para administrarle las inyecciones si cumple con todas estas condiciones:

Es una mujer con osteoporosis que:

- Cumple con los criterios para los servicios de atención médica en el hogar de Medicare. Vaya a "Servicios de salud en el hogar" en las páginas 53–54.
- Tiene fractura ósea que un médico u otro proveedor de atención médica certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica.
- Tiene un proveedor de atención médica que certifica que no puede administrarse la inyección ni aprender a hacerlo, y los familiares o cuidadores no pueden y no desean administrarle la inyección.

Costos

- En la mayoría de los casos, después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga hasta el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los medicamentos recetados cubiertos por la Parte B. Su cantidad del coseguro puede cambiar según el precio del medicamento. Podría pagar una cantidad de coseguro más bajo por determinados medicamentos y productos biológicos cubiertos por la Parte B que recibe en un consultorio médico, farmacia o en entorno de atención ambulatoria, si sus precios han subido más rápido que la tasa de inflación. Los medicamentos específicos y los ahorros potenciales cambian cada trimestre.
- Usted no paga nada por la visita de una enfermera de cuidado de salud en el hogar para inyectar el medicamento.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/osteoporosis-drugs**.

Suministros para ostomía

La Parte B cubre los suministros para ostomía medicamente necesarios si tuvo una colostomía, ileostomía u ostomía urinaria. Medicare cubre la cantidad de suministros que su médico u otro proveedor le diga que necesita, según su condición.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios y suministros de su médico.

Lo que debe saber

Medicare cubre estos suministros como aparatos protésicos.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/ostomy-supplies**.

Otros trasplantes

En ciertas circunstancias, Medicare cubre los trasplantes que no son trasplantes de órganos.

En ciertas condiciones, la Parte A cubre:

- Trasplante de células madre.
- Pruebas, análisis y exámenes relacionados con el trasplante

En ciertas condiciones, la Parte B cubre:

- Trasplantes de médula ósea
- Trasplantes de córnea.

Costos

Por su trasplante y los servicios relacionados, usted paga:

- 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de la Parte B, después de alcanzar el deducible de la Parte B.
- Nada por las pruebas de laboratorio certificadas por Medicare.

Para obtener información sobre los costos hospitalarios de la Parte A, vaya a “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en las páginas 58–59.

Lo que debe saber

Si piensa inscribirse en un Plan Medicare Advantage y está en lista de espera para un trasplante o cree que necesita un trasplante, consulte con el plan antes de inscribirse para asegurarse de que sus médicos, otros proveedores de salud y los hospitales están en la red del plan. Además, revise las reglas del plan para la autorización previa.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/other-transplants**.

Servicios ambulatorios

La Parte B cubre muchos servicios de diagnóstico y tratamiento que recibe como paciente ambulatorio de un hospital que acepta Medicare.

Los servicios ambulatorios de hospital cubiertos pueden incluir los siguientes:

- Servicios de emergencia u observación, que pueden incluir pasar una noche en el hospital o servicios en una clínica para pacientes ambulatorios (incluida la cirugía el mismo día).
- Análisis de laboratorio facturados por el hospital.
- Atención de salud mental en un programa de hospitalización parcial (si un médico u otro profesional de la salud mental calificado certifica que necesitaría tratamiento hospitalario sin él). Vaya a "Atención de salud mental (hospitalización parcial)" en la página 74.
- Programas ambulatorios intensivos para condiciones de salud mental (incluidos los trastornos por consumo de sustancias).
- Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.
- Suministros médicos, como férulas y yesos.
- Servicios preventivos y de detección. Vaya a las páginas 92–93.
- Ciertos medicamentos y componentes biológicos que generalmente no consumiría y que recibe como parte del servicio o procedimiento (determinados medicamentos inyectables).

Costos

- Por lo general, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico u otro proveedor de atención médica. Es posible que pague más por los servicios que recibe en un hospital ambulatorio de lo que pagaría por la misma atención en el consultorio de un médico. Sin embargo, el copago hospitalario para pacientes ambulatorios por el servicio no puede ser mayor que la cantidad del deducible para pacientes hospitalizados ($1,676 en 2025).
- Además de la cantidad que le paga al proveedor de atención médica, por lo general le pagará al hospital un copago por cada servicio que reciba en un entorno hospitalario ambulatorio (excepto para ciertos servicios preventivos que no tienen un copago). En la mayoría de los casos, el copago no puede ser más que el deducible que paga la Parte A por estadía en hospital para cada servicio. Si recibe servicios ambulatorios en un hospital de acceso crítico, su copago podría ser mayor y superar el deducible de hospitalización de la Parte A.
- El deducible de la Parte B se aplica, a excepción de ciertos servicios preventivos.

Más información

- Visite **es.Medicare.gov/coverage/outpatient-hospital-services**.
- Para obtener estimaciones de costos para procedimientos quirúrgicos ambulatorios en ciertos entornos, visite **es.Medicare.gov/procedure-price-lookup**.

Servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes ambulatorios

La Parte B cubre los servicios y suministros ambulatorios aprobados, como radiografías, yesos, puntos de sutura o cirugías ambulatorias.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico u otro proveedor de atención médica. Por lo general, también pagas un copago por cada servicio que recibes en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios. En la mayoría de los casos, el copago no puede ser mayor que el deducible de la estadía hospitalaria de la Parte A por cada servicio que reciba. Usted paga todos los costos de los artículos o servicios que Medicare no cubre.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/outpatient-medical-surgical-services-supplies**.

Equipos y accesorios de oxígeno

La Parte B cubre el alquiler de equipos y accesorios de oxígeno como equipo médico duradero (DME, en inglés) que su médico u otro proveedor de atención médica le recete para su uso en su hogar.

Si usted es dueño de su propio equipo, Medicare le ayudará a pagar el contenido de oxígeno y los suministros para el suministro de oxígeno cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Su proveedor de atención médica dice que no está recibiendo suficiente oxígeno.
- Su salud puede mejorar con una terapia de oxígeno.
- Que el nivel de gas en sangre arterial haya disminuido a un cierto rango.

Si cumple con las condiciones mencionadas anteriormente, Medicare le ayudará a pagar:

- Sistemas que proveen oxígeno
- Tubos de almacenamiento de oxígeno
- Tubos y suministros relacionados para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Más información

- Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 41–42.
- Visite **es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/oxygen-equipment-accessories**.

Manejo del dolor

La Parte B cubre estos servicios que pueden ayudarle a manejar su dolor y problemas relacionados:

- Acupuntura para el dolor lumbar crónico. Vaya a la página 7.
- Pruebas de detección y asesoramiento sobre el abuso del alcohol. Vaya a la página 10.
- Servicios de integración de salud conductual. Vaya a la página 13.
- Servicios quiroprácticos. Vaya a la página 21.
- Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico. Vaya a la página 22.
- Exámenes de detección de depresión. Vaya a la página 33.
- Servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias. Vaya a la página 70.
- Terapia ocupacional. Vaya a las páginas 77–78.
- Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de opioides. Vaya a las páginas 78–79.
- Terapia física. Vaya a la página 87.

Si tiene cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), es posible que el plan también tenga programas (como Programas de Manejo de Terapia de Medicamentos o programas de manejo de medicamentos) para ayudarlo a usar los analgésicos opioides recetados de manera más segura. Visite **es.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/what-plans-cover/plan-rules/safety-management-programs** para obtener más información.

Costos

- Para la mayoría de los servicios de manejo del dolor, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las visitas a su médico u otro proveedor de para diagnosticar o tratar su condición. Se aplica el deducible de la Parte B.
- Si recibe sus servicios en una clínica o el departamento de atención ambulatoria de un hospital, es posible que deba pagar un copago o coseguro al hospital.
- Usted no pagará nada por una evaluación anual de depresión si su médico o proveedor de salud acepta la asignación.

Lo que debe saber

Puede haber otras maneras de manejar su dolor. Su médico puede recomendarle opciones de tratamiento que Medicare no cubre. Por ejemplo, Medicare no cubre la terapia de masajes. Si esto sucede, o si su proveedor le recomienda que reciba servicios con más frecuencia de lo que cubre Medicare, es posible que tenga que pagar algunos o todos los costos. Pida a su médico que le explique por qué le recomienda determinados servicios y le informe si Medicare los cubre.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/pain-managemen**t.

Trasplantes de páncreas

Medicare cubre trasplantes de páncreas en ciertas condiciones. Si tiene

enfermedad renal en etapa final (ESRD, en inglés) y necesita un trasplante de páncreas, Medicare cubre el trasplante si se realiza al mismo tiempo o después de recibir un trasplante de riñón.

En algunos casos, Medicare puede cubrir un trasplante de páncreas, incluso si no necesita un trasplante de riñón.

Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de la Parte B.
- Usted no paga nada por las pruebas de laboratorio aprobadas por Medicare.

Para obtener información sobre los costos hospitalarios de la Parte A, vaya a “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en las páginas 58–59.

Lo que debe saber

Si está pensando en inscribirse en un Plan Medicare Advantage y está en lista de espera para un trasplante o cree que necesita un trasplante, consulte con el plan antes de inscribirse para asegurarse de que sus médicos, otros proveedores de salud y los hospitales están en la red del plan. Además, revise las reglas del plan para la autorización previa.

Más información

- Otros tipos de trasplantes cubiertos por Medicare: Vaya a “Trasplantes de riñón” en las páginas 62–63, “Trasplantes de riñón (niños)” en las páginas 63–64, “Trasplantes de órganos” en las páginas 79-80, y “Otros trasplantes” en la página 82.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/pancreas-trasplants.

Pruebas de Papanicolau

Vaya a “Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vagina” en la página 20.

Hospitalización parcial

Vaya a “Atención de salud mental (hospitalización parcial)” en la página 74.

Elevadores para pacientes

La Parte B cubre los elevadores de pacientes como equipo médico duradero (DME, en inglés) que su médico u otro proveedor de atención médica le receta para usar en su hogar.

Más información

- Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 41–42.
- Visite **es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/patient-lifts**.

Diálisis pediátrica

Vaya a “Diálisis (niños)” en las páginas 37–38.

Tomografías por emisión de positrones (PET)

Vaya a “Pruebas diagnósticas no de laboratorio” en la página 37.

Servicios de terapia física

La fisioterapia ayuda a restaurar o mejorar el movimiento físico en su cuerpo después de una lesión, enfermedad o cirugía. También puede obtener esta terapia para ayudar a mejorar o mantener su función actual, o retrasar su deterioro. La Parte B cubre los exámenes físicos para pacientes ambulatorios cuando su médico u otro proveedor de atención médica (incluido un enfermero practicante, un especialista en enfermería clínica o un asistente médico) certifica que los necesita.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

No hay límite en la cantidad que Medicare paga por sus servicios de fisioterapia para paciente ambulatorio necesarios por razones médicas en un año calendario.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/physical-therapy-services**.

Vacunas neumocócicas

La Parte B cubre las vacunas antineumocócicas para ayudar a protegerlo contra diferentes cepas de las bacterias que causan la neumonía. Hable con su médico u otro proveedor de atención médica para decidir qué vacunas son adecuadas para usted.

Costos

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/pneumococcal-shots**.

Silla de ruedas eléctrica

Vaya a "Sillas de ruedas y scooters" en la página 114.

Profilaxis antes de la exposición (PrEP) para la prevención del VIH

La PrEP utiliza medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de contraer el VIH (virus de inmunodeficiencia humana). Si no tienes el VIH, pero su médico u otro proveedor de atención médica determina que tienes un mayor riesgo de contraer el VIH, la Parte B cubre los medicamentos de la PrEP y los servicios relacionados.

Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen:

- Medicamentos de la PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si va a recibir un medicamento inyectable, la Parte B también cubre el costo de la inyección del medicamento.
- Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses.
- Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses.
- Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez (es posible que pueda hacerse más pruebas de detección si tiene un alto riesgo de contraer el virus de la hepatitis B o si está embarazada).

Costos

Si recibe los medicamentos de la PrEP en una farmacia inscrita en la Parte B, no tendrá que pagar nada de su bolsillo. Pídale a su proveedor de atención médica que incluya un código de diagnóstico en su receta para ayudar a la farmacia. Si está en un plan Medicare Advantage, no pagará nada de su bolsillo por la PrEP en ninguna farmacia de la red de su plan.

Si su proveedor acepta la asignación, tampoco pagará nada de su bolsillo por los medicamentos inyectables de PrEP, las pruebas de detección del VIH y el virus de la hepatitis B, y las sesiones de asesoramiento porque son servicios preventivos.

Nota: Comuníquese con su farmacia para saber pueden facturar a la Parte B de Medicare. Si no lo hace, pudiera tener que pagar el costo total de la PrEP. La mayoría de las farmacias (incluidas las cadenas nacionales) pueden facturar la Parte B, pero algunas farmacias pequeñas no. Si su farmacia regular no puede facturar la Parte B, le ayudaremos a encontrar otra donde pueda obtener su PrEP. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Más información

- Vaya a "Pruebas de detección del VIH" en las páginas 52–53.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/pre-exposure-prophylaxis-prep-for-hiv-prevention**.

Medicamentos recetados (pacientes ambulatorios)

La Parte B cubre una cantidad limitada de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en ciertas condiciones. Generalmente, la Parte B cubre medicamentos que normalmente no se administraría usted mismo, como los que obtiene en un consultorio médico o en un entorno ambulatorio hospitalario.

Estos son algunos ejemplos de medicamentos cubiertos por la Parte B:

- **Medicamentos usados con algunos tipos de equipos médicos duraderos:** Si el medicamento es médicamente necesario, Medicare cubre los medicamentos de infusión a través de DME (una bomba de infusión o un nebulizador).
- **Algunas pruebas y tratamientos para la alergia a los antígenos:** Medicare cubre algunas pruebas de antígenos para detectar alergias y su tratamiento si un médico u otro proveedor las prepara, y son administradas por una persona debidamente instruida (puede ser usted, el paciente) bajo la supervisión adecuada.
- **Medicamentos inyectables para la osteoporosis:** Vaya a "Medicamentos para la osteoporosis" en la página 81.
- **Agentes estimulantes de la eritropoyesis:** Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal en etapa final (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras condiciones.
- **Factores de coagulación de la sangre:** Si tiene hemofilia (un trastorno hemorrágico genético que impide la coagulación de la sangre), Medicare cubre los factores de coagulación inyectables autoadministrado o que recibe en el consultorio médico.
- **Medicamentos inyectables e infundidos:** Cuando un proveedor médico autorizado los administra, Medicare cubre la mayoría de los medicamentos inyectables o de infusión.
- **Medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa final (ESRD):** Medicare cubre todos los medicamentos orales para la ESRD.

  Nota: La Parte B cubre los medicamentos calcimiméticos (incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar) y los quelantes de fosfato. Su centro de ESRD es responsable de darle estos medicamentos, ya sea en el centro o a través de una farmacia con la que trabajan. Deberá hablar con el personal de su centro de ESRD y su proveedor de atención médica para averiguar dónde obtendrá estos medicamentos y cuánto pagará.

- **Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por medio de sondas):** Medicare cubre ciertos nutrientes si no puede absorber los nutrientes a través del aparato intestinal o no puede ingerir los alimentos por la boca.
- **Inmunoglobulina intravenosa (IVIG, en inglés):** Medicare cubre la IVIG que recibe en casa si le han diagnosticado una enfermedad de inmunodeficiencia primaria y su proveedor de atención decide que es médicamente apropiada. La Parte B también paga otros artículos y servicios relacionados con la obtención de la IVIG en casa.
- **Vacunas (inyecciones):** Medicare cubre vacunas contra la gripe, neumococo y COVID-19. También cubre vacunas contra la hepatitis B para ciertas personas, y otras vacunas relacionadas con el tratamiento de una lesión o enfermedad. Vaya a "Inyecciones (o vacunas)" en la página 103 para más información.
- **Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores:** Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes (incluidos ciertos medicamentos inmunosupresores compuestos) si Medicare ayudó a pagar su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante, y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores.

  Si solo tiene Medicare debido a una enfermedad renal en etapa final (ESRD), su cobertura de Medicare (incluida la cobertura de medicamentos inmunosupresores) finaliza 36 meses después de un trasplante de riñón exitoso. Medicare ofrece un beneficio para ayudarlo a pagar sus medicamentos inmunosupresores más allá de los 36 meses si no tiene ciertos tipos de otra cobertura de salud (como un plan de salud grupal, TRICARE o Medicaid que cubra medicamentos inmunosupresores). **Este beneficio solo cubre sus medicamentos inmunosupresores y ningún otro artículo o servicio. No es un sustituto de la cobertura médica completa.** Si califica, puede inscribirse para este beneficio en cualquier momento después de que finalice su cobertura de la Parte A. Para inscribirse, llame al Seguro Social al 1-877-465-0355. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

- **Medicamentos orales contra el cáncer:** Medicare cubre algunos medicamentos contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si es un profármaco del medicamento inyectable. Un profármaco es la forma oral de un medicamento que, al ser ingerido, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable.
- **Medicamentos orales para las náuseas:** Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que recibe como parte de un tratamiento de quimioterapia para combatir el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento antiemético intravenoso.
- **Medicamentos autoadministrados en ámbitos de cuidado de salud ambulatorio:** bajo ciertas circunstancias, Medicare puede pagar algunos medicamentos autoadministrados si usted los necesita para los servicios de hospital para pacientes ambulatorios que está recibiendo.
- **Anticuerpos monoclonales para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer temprana:** Vaya a "Anticuerpos monoclonales para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer temprana" en la página 75.

Costos

- Los médicos, otros proveedores de atención médica y farmacias deben aceptar la asignación de medicamentos cubiertos por la Parte B, por lo que nunca deben pedirle que pague más que el coseguro o copago del medicamento cubierto por la Parte B.
- En la mayoría de los casos, después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga hasta el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los medicamentos recetados cubiertos por la Parte B.
  - A veces, la cantidad del coseguro puede cambiar de acuerdo al precio del medicamento recetado.
  - Podría pagar un coseguro más bajo por determinados medicamentos y productos biológicos cubiertos por la Parte B que recibe en un consultorio médico, farmacia o en un entorno de atención ambulatoria, si sus precios han subido más rápido que la tasa de inflación. Los medicamentos específicos y los ahorros potenciales cambian cada trimestre.
- Si obtiene medicamentos recetados no cubiertos en un hospital ambulatorio, usted paga el 100% del costo de los medicamentos, a menos que tenga otra cobertura de medicamentos. Si tiene otra cobertura (como la Parte D), lo que pague depende de si su plan cubre el medicamento y si la farmacia del hospital está en la red de su plan. Comuníquese con su plan para obtener información más específica sobre los costos.
- Usted no paga nada (y el deducible de la Parte B no se aplica) por las vacunas contra el COVID-19, o por las vacunas contra la gripe, neumococo y mayoría de las vacunas contra la hepatitis B si su proveedor acepta la asignación.
- En el caso de los medicamentos inmunosupresores, pagará una prima mensual de $110.40 (o más según sus ingresos) y un deducible de $257 en 2025. Una vez que haya alcanzado el deducible, pagará hasta el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por sus medicamentos inmunosupresores.

Lo que debe saber

La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre muchos medicamentos que la Parte B no cubre. Si tiene Medicare Original, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare para obtener la cobertura de medicamentos de Medicare. Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la lista de medicamentos de su plan (también llamada formulario) para averiguar qué medicamentos para pacientes ambulatorios cubre.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/prescription-drugs-outpatient**.

Superficies de apoyo para reducir la presión

Las superficies de apoyo que reducen la presión incluyen ciertas camas (como camas neumáticas), colchones y superposiciones de colchones que previenen o tratan las úlceras por presión o las úlceras. La Parte B cubre las superficies de apoyo que reducen la presión como equipo médico duradero (DME, en inglés) que su médico u otro proveedor de atención médica le receta para usar en su hogar. Deberá obtener aprobación previa para ciertos tipos de servicios de soporte para reducir la presión (como camas de flotación de aire motorizado).

Costos

Para obtener información sobre los costos, vaya a "Equipo médico duradero (DME)" en las páginas 41–42.

Más información

- Visite **es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/pressure-reducing-support-surfaces**.

Servicios de prevención y control

La Parte B cubre servicios preventivos y de detección que pueden ayudarlo a mantenerse saludable, detectar problemas de salud temprano, determinar los tratamientos más efectivos y prevenir ciertas enfermedades. Hable con su médico u otro proveedor de atención sobre qué servicios preventivos son adecuados para usted.

Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y evaluaciones. También incluyen programas de control de salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar su propia salud.

Esta es una lista de los servicios preventivos y de detección que cubre la Parte B:

- Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal: Vaya a las páginas 6–7.
- Exámenes de detección y consejería sobre el abuso del alcohol: Vaya a la página 10.
- Mediciones de la masa ósea: Vaya a la página 15.
- Terapia cardiovascular conductual: Vaya a la página 17.
- Cribado de enfermedades cardiovasculares: Vaya a la página 17.
- Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vagina: Vaya a la página 20.
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal: Vaya a la página 25.
- Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco: Vaya a la página 29.
- Exámenes de detección de depresión: Vaya a la página 33.
- Exámenes de detección de diabetes: Vaya a las páginas 33–34.
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Vaya a la página 34.
- Exámenes de detección de glaucoma: Vaya a la página 49.
- Vacunas contra la hepatitis B: Vaya a la página 51.

- Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB): Vaya a la página 51.
- Pruebas de detección del virus de la hepatitis C: Vaya a la página 52.
- Pruebas de detección del VIH: Vaya a las páginas 52–53.
- Exámenes de detección de cáncer de pulmón: Vaya a la página 66.
- Mamografías: Vaya a las páginas 67–68.
- Servicios de terapia de nutrición médica: Vaya a la página 68.
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Vaya a la página 69.
- Terapia conductual para la obesidad: Vaya a la página 77.
- Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para prevenir el VIH: Vaya a las páginas 88–89.
- Visitas preventivas: Vaya a la sección a continuación.
- Exámenes de detección de cáncer de próstata: Vaya a la página 97.
- Pruebas de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual: Vaya a la página 102.
- Inyecciones (o vacunas): Vaya a la página 103.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/preventive-screening-services.

Visitas preventivas

Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"

La Parte B cubre una visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" durante los primeros 12 meses que tiene la Parte B. **Esta visita de "Bienvenido a Medicare" no es un examen físico**. Durante esta visita, el médico u otro proveedor de atención:

- Revisará su historial médico y social relacionado con su salud.
- Le dará información de servicios preventivos, incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas (como gripe, neumococo y otras vacunas recomendadas).
- Revisa sus posibles factores de riesgo para el trastorno por consumo de sustancias (consumo de alcohol y tabaco) y lo refiere para recibir tratamiento, si es necesario.
- Le dará referidos para otros cuidados según sea necesario.
- Calculará su índice de masa corporal (IMC).
- Le hará un examen de la vista simple.
- Revisará su riesgo potencial para la depresión.
- Le preguntará si quiere hablar sobre las instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas son un documento legal que le permite poner por escrito el tipo de cuidado y tratamiento futuro que desea en caso de que no pueda expresarlo por usted mismo.
- Le dará un plan por escrito (como una lista de verificación) informándole qué exámenes de detección, vacunas y otros servicios preventivos necesita

Si tiene una receta actual de opioides, su proveedor también:

- Revisará sus posibles factores de riesgo de trastorno por consumo de opioides.
- Evaluará su nivel de dolor y su plan de tratamiento actual.
- Le ofrecerá información sobre opciones de tratamiento sin opioides.
- Referirá a un especialista, si es necesario.
- Revisa sus factores de riesgo para el trastorno por consumo de sustancias, el consumo de alcohol y tabaco, y lo refiere para recibir tratamiento, si es necesario.

Costos

Si su proveedor acepta la asignación, usted no paga nada. El deducible de la Parte B no aplica. Sin embargo, es posible que deba pagar un coseguro y es posible que se aplique el deducible de la Parte B si su proveedor realiza pruebas o servicios adicionales durante la misma visita que Medicare no cubre bajo este beneficio preventivo. **Si Medicare no cubre las pruebas o servicios adicionales (como un examen físico de rutina), es posible que deba pagar la cantidad total**.

Lo que debe saber

Cuando haga su cita, informe al consultorio médico que le gustaría programar su consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare".

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/welcome-to-medicare-preventive-visit.

Visita anual de "Bienestar"

Si ha recibido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual de "Bienestar" para desarrollar o actualizar su plan personalizado para ayudar a prevenir enfermedades y discapacidades, según su salud actual y sus factores de riesgo. **Esta visita anual de "Bienestar" no es un examen físico**.

Con qué frecuencia

Una vez cada 12 meses. Su primera visita anual de "Bienestar" no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su inscripción en la Parte B o su visita preventiva de "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no es necesario que haya tenido una consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" para calificar para una visita anual de "Bienestar".

Costos

Usted no paga nada si el médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

No se aplica el deducible de la Parte B. Sin embargo, es posible que tenga que pagar un coseguro, y es posible que se aplique el deducible de la Parte B si su proveedor de atención médica realiza pruebas o servicios adicionales durante su visita que Medicare no cubre bajo esta visita preventiva. **Si Medicare no cubre las pruebas o servicios adicionales (como un examen físico de rutina), es posible que deba pagar la cantidad total**.

Lo que debe saber

Su proveedor le pedirá completar un cuestionario de "Evaluación de riesgos de salud" como parte de la consulta. Contestar estas preguntas puede ayudar a que usted y su médico desarrollen o actualicen un plan de prevención personalizado para ayudarlo a mantenerse saludable y a aprovechar al máximo su consulta.

Su visita puede incluir lo siguiente:

- Mediciones de rutina (altura, peso y presión arterial).
- Consejos de salud
- Una revisión de su historia clínica y sus antecedentes familiares
- Una revisión de sus recetas actuales.
- Planificación de los cuidados
- Programa de exámenes médicos (lista de verificación) para un servicio preventivo apropiado.
- Una "Evaluación de Determinantes Sociales de Riesgos para la Salud" opcional para comprender sus necesidades sociales y su impacto en su tratamiento.

El proveedor también realizará una evaluación cognitiva para buscar signos de demencia, incluyendo Alzheimer. Los signos de deterioro cognitivo incluyen problemas para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse, administrar las finanzas y tomar decisiones sobre su vida cotidiana. Si su proveedor cree que usted puede tener deterioro cognitivo, Medicare cubre una visita por separado para hacer una revisión más exhaustiva de su función cognitiva y detectar condiciones como demencia, depresión, ansiedad o delirio. Vaya a "Evaluación cognitiva y servicios del plan de atención" en las páginas 23–24. Su proveedor puede ordenar otras pruebas, si es necesario, dependiendo de su salud general y su historial médico.

También evaluará posibles factores de riesgo para el trastorno por consumo de sustancias y lo referirá para recibir tratamiento, si es necesario. Si usa medicamentos opioides, su proveedor revisará su plan de tratamiento del dolor, compartirá información sobre las opciones de tratamiento no opioides y lo referirá a un especialista, según corresponda.

Más información

- Vaya a "Evaluación de los determinantes sociales de los riesgos para la salud" en las páginas 105–106.
- VIsite **es.medicare.gov/coverage/yearly-wellness-visits**.

Principales servicios de gestión del cuidado

La Parte B cubre servicios específicos de la enfermedad para ayudar a administrar su atención para una sola condición crónica compleja que lo pone en riesgo de hospitalización, deterioro físico o cognitivo o muerte. Si tiene una condición crónica de alto riesgo que espera que dure al menos 3 meses (como el cáncer) y no está recibiendo tratamiento para ninguna otra condición compleja, Medicare puede pagar a un proveedor de atención médica para que lo ayude a controlarla.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

Su proveedor creará un plan específico para la enfermedad y lo supervisará y actualizará continuamente, incluido cualquier cambio en los medicamentos que toma.

Más información

- Vaya a "Servicios principales de asesoramiento para enfermedades" a continuación.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/principal-care-management-services**.

Servicios principales de asesoramiento para enfermedades

El asesoramiento principal para enfermedades es un tipo de administración del cuidado que ayuda a los pacientes a entender su enfermedad o diagnóstico y les brinda orientación por el sistema de salud. La Parte B cubre los servicios de navegación por enfermedades principales si tiene una condición grave que se espera que dure al menos 3 meses (como cáncer, VIH o trastorno por consumo de sustancias) y lo pone en alto riesgo de uno o más de los siguientes:

- Hospitalización
- Internación en asilo de ancianos.
- Un empeoramiento repentino de los síntomas preexistentes.
- Deterioro físico o mental.
- Muerte

Con qué frecuencia

Debe tener una consulta inicial con el médico u otro proveedor de atención médica antes de comenzar a recibir servicios de navegación por enfermedad principal. Después de la consulta inicial, puede recibir servicios de navegación mensualmente mientras los necesite durante el resto del año. Después de un año, necesitará otra consulta inicial si continúa necesitando estos servicios.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

- Su proveedor o su personal puede proporcionarle los servicios de asesoramiento o referirlo a otro personal capacitado (incluso asesores de pacientes o especialistas en apoyo de pares) para recibir los servicios.
- Si tiene más de una condición grave, puede obtener los servicios de asesoramiento por enfermedad principal para cada condición. Por ejemplo, si obtiene servicios de asesoramiento por trastorno por consumo de sustancias y luego se le diagnostica cáncer, puede obtener servicios de navegación para ambas condiciones.

Más información

- Vaya a “Servicios de administración de atención principal” en la página anterior.
- Vaya a “Servicios de administración de cuidados crónicos” en la página 22.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/principal-illness-navigation-services**.

Controles de cáncer de próstata

La Parte B cubre los exámenes rectales digitales y los análisis de sangre del antígeno prostático específico (PSA, en inglés) para hombres mayores de 50 años (a partir del día después de cumplir 50 años).

Con qué frecuencia

Una vez cada 12 meses.

Costos

- **Exámenes digitales del recto:** Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por un examen digital del recto anual y por los servicios de su proveedor relacionados con el examen. En un ámbito para pacientes ambulatorios, también paga un copago aparte por la visita al hospital.
- **Análisis de sangre de PSA:** Usted no paga nada por un análisis de sangre de PSA anual. Si recibe la prueba de un médico u otro proveedor de atención médica que no acepta la asignación, es posible que tenga que pagar una tarifa adicional por los servicios de su médico, pero no por la prueba en sí.

Más información

VIsite **es.medicare.gov/coverage/prostate-cancer-screenings**.

Dispositivos prostéticos

La Parte B cubre las prótesis necesarias para reemplazar una parte del cuerpo o una función cuando son solicitadas por un médico u otro proveedor de cuidado de salud afiliado a Medicare. Se incluyen las siguientes prótesis:

- Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico). Vaya a “Prótesis mamarias” en la página 16.
- Un par de anteojos convencionales o lentes de contacto proporcionados después de una cirugía de cataratas cubierta. Vaya a “Cirugía de cataratas” en la página 20.
- Bolsas de ostomía y ciertos suministros relacionados. Vaya a “Suministros de ostomía” en la página 82.
- Algunas prótesis implantadas quirúrgicamente, incluyendo implantes cocleares.
- Suministros urológicos.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para dispositivos protésicos externos.

Lo que debe saber

Para que Medicare pague por la prótesis, usted debe acudir a un proveedor inscrito en Medicare. Esto es válido independientemente de quién presente la reclamación (usted o el proveedor). La Parte A o la Parte B cubren prótesis implantadas quirúrgicamente dependiendo de si la cirugía se realiza en un entorno de atención ambulatoria o para pacientes internados.

Más información

- Vaya a "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en las páginas 58–59 para ver las cirugías cubiertas por la Parte A para implantar dispositivos protésicos para pacientes hospitalizados.
- Vaya a "Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios" en la página 83 para Cirugías cubiertas por la Parte B para implantar dispositivos protésicos en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/prosthetic-devices**.

Programas de rehabilitación pulmonar

Los programas de rehabilitación pulmonar lo ayudan a respirar mejor, estar más fuerte y mayor independencia. La Parte B cubre un programa integral de rehabilitación pulmonar si:

- Tiene enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tiene un referido del médico que la está tratando.
- Ha tenido COVID-19 confirmado o sospechado y experimentas síntomas persistentes, incluida la disfunción respiratoria, durante al menos 4 semanas.

Costos

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare si recibe el servicio en el consultorio de su médico. También paga un copago por sesión si recibe el servicio en un entorno ambulatorio hospitalario. Se aplica el deducible de la Parte B.

Lo que debe saber

- Puede obtener estos servicios en el consultorio del médico o un hospital para pacientes ambulatorios que ofrezca programas de rehabilitación pulmonar.
- Hasta el 30 de septiembre de 2025, puede obtener servicios de rehabilitación pulmonar en cualquier lugar de EE. UU. por telesalud. Luego 1 de octubre de 2025, debe estar en un consultorio o centro médico ubicado en un área rural (en EE. UU.) para obtener servicios de la telesalud. Vaya a "Telesalud" en la página 109.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/pulmonary-rehabilitation-programs**.

Terapia de radiación

La Parte A cubre la terapia de radiación para pacientes que están internados. La Parte B cubre esta terapia para pacientes ambulatorios o pacientes de clínicas independientes.

Costos

- Si es paciente internado, usted paga el deducible y el coseguro de la Parte A (si corresponde).
- Si es un paciente ambulatorio o está en una clínica independiente, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la terapia después de cumplir con el deducible de la Parte B.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/radiation-therapy**.

Exámenes rectales

Vaya a "Exámenes de detección de cáncer de próstata" en la página 97.

Artículos y servicios de instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de la salud

Las instituciones religiosas no médicas para el cuidado de la salud ofrecen atención y servicios para personas que no aceptan la atención médica estándar debido a sus creencias religiosas. Medicare podría cubrir los artículos y servicios recibidos de instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de salud (RNHCI) solo si califica para el cuidado hospitalario o cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF). Medicare solo cubrirá los artículos y servicios no religiosos y no médicos para pacientes hospitalizados, como alojamiento y comida, y artículos y servicios que no necesiten una orden o receta médica (como vendajes para heridas sin medicamentos o el uso de un andador simple).

Medicare no cubre la parte religiosa de este tipo de cuidado. La Parte A cubre la atención hospitalaria, no religiosa y no médica cuando se cumplen todas estas:

- Usted recibe atención en una institución religiosa no médica para servicios de la salud certificada por Medicare.
- El Comité de Revisión de Uso de instituciones religiosas de atención no médica está de acuerdo en que usted requeriría cuidado de salud hospitalario o de un SNF si no estuviera en la institución.
- Usted presentó una elección por escrito con Medicare que dice lo siguiente:
  - Califica para este tipo de atención según sus necesidades médicas y sus creencias religiosas.
  - Su elección será cancelada si acepta la atención médica estándar. Luego de cancelar una elección, pudiera tener que esperar de 1-5 años (dependiendo de cuántas veces cancele su elección anterior) antes de calificar para volver a recibir cuidado de la salud religiosos no médicos. Siempre es elegible para recibir los servicios de la Parte A que son médicamente necesarios.

Nota: Recibir la vacuna contra el COVID-19 ya no cancela automáticamente su elección de recibir cuidado de la salud religiosos no médicos. Si anteriormente se cancelaron sus elecciones porque recibió la vacuna contra el COVID-19, es elegible de inmediato para una nueva elección. Cualquier cancelación previa de la vacuna contra el COVID-19 no contará para el período de espera para sus elecciones futuras.

Costos

Usted paga esto por cada período de beneficios en 2025:

- Días 1 a 60: $0 después de alcanzar el deducible de la Parte A ($1,676).
- Días 61 a 90: $419 cada día.
- Días 91 y posteriores: $838 cada día por cada día de reserva de por vida (hasta un máximo de 60 días de reserva a lo largo de su vida).
- Cada día después de usar todos los días de reserva de por vida: Todos los costos.

Más información

Visite **es.medicare.gov/coverage/religious-nonmedical-health-care-institution-items-services**.

Vacuna contra el virus respiratorio sincitial (RSV)

El virus respiratorio sincitial (RSV) es un virus respiratorio que causa síntomas similares a los del resfriado. Los adultos de 75 años o más, y los adultos de entre 60-74 años con ciertas condiciones corren un alto riesgo de tener complicaciones graves de salud a causa del VRS. Recibir la vacuna contra el RSV puede brindar protección contra el RSV.

La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre la vacuna contra el VRS (no la Parte A ni la Parte B).

Costos

- Las personas con la Parte D no pagan nada de su bolsillo por la vacuna contra el VRS.
- La Parte D cubre todas las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), incluidas las vacunas contra RSV, culebrilla, tos ferina, el sarampión y más. Su plan de la Parte D no le cobrará un copago o deducible por las vacunas recomendadas por el ACIP.

Lo que debe saber

- Ciertas condiciones y factores médicos aumentan el riesgo de sufrir el VRS grave. Hable con su médico u otro proveedor de atención médica para averiguar si puede tener un mayor riesgo.
- Puede recibir la vacuna contra el RSV en muchos lugares, incluido el consultorio médico y su farmacia local. Si tiene un plan Medicare Advantage, comuníquese con el plan para averiguar dónde puede recibir la vacuna contra el RSV. Solo los planes Medicare Advantage que incluyen cobertura de medicamentos cubrirán los beneficios de medicamentos como la vacuna contra el VRS.
- Es seguro recibir la vacuna contra el VRS con otras vacunas, como la vacuna contra el COVID-19 o la vacuna contra la gripe.

Más información

- Comuníquese con su plan de la Parte D.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/respiratory-syncytial-virus-rsv-shot.

Cuidado de relevo

Vaya a “Cuidados paliativos” en las páginas 55–57.

Servicios de clínica de salud rural

La Parte B cubre una amplia gama de servicios ambulatorios de atención primaria y preventiva en las clínicas de salud rurales.

Costos

Después de cumplir con el deducible de la Parte B, generalmente paga el 20% de los cargos. Usted no paga nada por la mayoría de los servicios preventivos.

Lo que debe saber

Las clínicas de salud rurales están ubicadas en zonas no urbanas. Estas clínicas brindan atención primaria ambulatoria y servicios de salud preventiva a personas ubicadas en áreas médicamente desatendidas o con escasez de medicamentos.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/rural-health-clinic-services.

Scooters

Vaya a “Sillas de ruedas y scooters” en la página 114.

Segundas opiniones quirúrgicas

Una segunda opinión es cuando otro médico o proveedor de atención médica da su opinión sobre su problema de salud y cómo debe tratarse. En algunos casos, la Parte B cubre una segunda opinión quirúrgica para una cirugía médicamente necesaria que no sea de emergencia. Medicare también cubre una tercera opinión si la primera y la segunda opinión no concuerdan.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Es posible que el segundo proveedor de atención médica le pida que se haga pruebas adicionales como resultado de la visita. Medicare cubrirá estas pruebas, al igual que cubre otros servicios que son médicamente necesarios. Si la segunda opinión es diferente de la primera, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por una tercera opinión.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/second-surgical-opinions.

Evaluaciones y orientación de infecciones de transmisión sexual

La Parte B cubre las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual para clamidia, gonorrea, sífilis y/o hepatitis B si está embarazada o tiene un mayor riesgo de contraer una infección de transmisión sexual.

Medicare también cubre hasta 2 sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad si usted es un adulto sexualmente activo con mayor riesgo de contraer estas infecciones. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos.

Con qué frecuencia

Medicare cubre las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual una vez cada 12 meses, o en ciertos momentos durante el embarazo. Medicare cubre hasta 2 sesiones de asesoramiento conductual cada año.

Costos

Usted no paga nada si su médico de cuidado primario u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

Lo que debe saber

Su proveedor de cuidado primario debe solicitar el examen o referirlo a asesoramiento conductual. Medicare solo cubrirá las sesiones de asesoramiento con un proveedor en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico). La consejería brindada a los pacientes internados (como un centro de enfermería especializada), no será cubierta como un servicio preventivo.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/sexually-transmitted-infection-screenings-counseling**.

Vacunas contra la culebrilla

La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre la vacuna contra el herpes zóster (no la Parte A ni la Parte B).

Costos

- Las personas con la Parte D no pagan nada de su bolsillo por la vacuna contra el herpes zóster.
- La Parte D cubre todas las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), incluidas las vacunas contra el VRS, culebrilla, tos ferina, sarampión y más. Su plan de la Parte D no le cobrará un copago o deducible por las vacunas recomendadas por el ACIP.

Más información

- Comuníquese con su plan de la Parte D.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/shingles-shots**.

Inyecciones (o vacunas)

La Parte B cubre:

- Vacunas COVID-19: Vaya a la página 31.
- Vacunas contra la gripe: Vaya a la página 47.
- Vacunas contra la Hepatitis B: Vaya a la página 51.
- Vacunas antineumocócicas: Vaya a la página 88.
- Algunas otras vacunas (como la del tétanos) cuando están relacionadas directamente con el tratamiento de una lesión o enfermedad. Estos no se consideran servicios preventivos.

La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre todas las vacunas que recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), incluidas ciertas vacunas para viajeros (como la fiebre amarilla y el chikungunya) y las vacunas contra el virus respiratorio sincitial (VRS), el herpes zóster, la tos ferina, el sarampión y más. Su plan de la Parte D no le cobrará un copago o deducible por las vacunas recomendadas por el ACIP. Póngase en contacto con su plan de medicamentos recetados de Medicare para obtener más detalles y hable con su proveedor sobre cuáles son las adecuadas para usted.

Cuidado de salud en centros de enfermería especializada (SNF)

El cuidado especializado es cuidado de enfermería y de terapia que solo puede ser realizado de forma segura y efectiva por profesionales o personal técnico, o con la supervisión de estos. Se trata de cuidado de salud brindado cuando usted necesita enfermería especializada o terapia especializada para tratar, controlar y observar su condición, así como evaluar el cuidado que le brindan.

La Parte A cubre cuidado de SNF por tiempo limitado si cumple con todas estas condiciones:

- Tiene Medicare Parte A y le quedan días por usar en el período de beneficios.
- Tiene una internación elegible calificada. Esto significa una hospitalización previa médicamente necesaria de 3 días consecutivos o más, comenzando con el día en que lo admiten como paciente hospitalizado, pero sin incluir el día en que deja el hospital. El tiempo que pasa en el hospital bajo observación o en la sala de emergencias antes de ser admitido no cuenta para la estadía hospitalaria de tres días que califica, incluso si pasa la noche allí. Debe ingresar al SNF dentro de un corto período de tiempo (generalmente 30 días) después de salir del hospital
- Su médico u otro proveedor de atención médica ha decidido que necesita cuidado especializado a diario (como líquidos/medicamentos por vía intravenosa o fisioterapia). El cuidado debe ser proporcionado por el personal de terapia o de enfermería especializada, o bajo su supervisión.
- Usted recibe estos servicios especializados en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) certificado por Medicare.

- Necesita estos servicios especializados debido a:
  - Una condición en curso que también haya sido tratada durante la hospitalización (aunque no haya sido el motivo de su hospitalización).
  - Una nueva condición que comenzó mientras recibía atención de SNF para la condición en curso.

Los servicios cubiertos por Medicare en un SNF incluyen, entre otros:

- Habitación semiprivada (una habitación que comparte con otros pacientes).
- Comidas.
- Atención de enfermería especializada
- Terapia ocupacional y fisioterapia, si son necesarias para alcanzar su objetivo de salud. Vaya a "Terapia ocupacional" en las páginas 77–78 y a "Servicios de fisioterapia" en la página 87.
- Servicios de patología del habla y el lenguaje, si son necesarios para cumplir con su objetivo de salud. Vaya a la página 106.
- Servicios médicos y sociales.
- Medicamentos.
- Equipos y suministros médicos que se utilizan en el centro.
- Transporte en ambulancia (cuando otro transporte podría poner en peligro su salud) al proveedor más cercano de servicios necesarios que no puede obtener en el SNF.
- Asesoramiento nutricional.

Con qué frecuencia

Medicare cubre ciertos servicios diarios de SNF a corto plazo.

Costos

En 2025, usted paga estas cantidades por cada período de beneficios:

- Días 1 a 20: Nada. (**Nota:** Si está en un plan Medicare Advantage, es posible que se le cobren copagos durante los primeros 20 días. Consulte con su plan para obtener más información).
- Días 21 a 100: $209.50 cada día.
- Días 101 y posteriores: Usted paga todos los costos.

La Parte A limita la cobertura de SNF a 100 días en cada período de beneficios.

Lo que debe saber

- Puede recibir atención de enfermería especializada o terapia si es necesario para mejorar o mantener su estado actual, retrasar o prevenir su empeoramiento.
- Si no está de acuerdo con el alta por cualquier razón, puede presentar una apelación.
- Es posible que no necesite una hospitalización mínima de tres días si su proveedor participa en una Organización de Atención Responsable (ACO) u otro tipo de iniciativa de Medicare aprobada para una Exención de la Regla de Tres Días de un Centro de Enfermería Especializada. Si su proveedor participa en una ACO, consulte con él para averiguar qué beneficios pueden estar disponibles. Los planes Medicare Advantage también pueden eximir del mínimo de tres días. Comuníquese con su plan para obtener más información.
- Medicare no cubre la atención a largo plazo no médica. Vaya a "Cuidados a largo plazo" en la página 65.

Más información

- Vaya a "Servicios de ambulancia" en las páginas 10–11.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/skilled-nursing-facility-care**.
- Visite **es.Medicare.gov/providers-services/coordinating-care**.

Estudios del sueño

Medicare Parte B cubre los exámenes de sueño tipo I, II, III y IV y los aparatos si tiene síntomas y signos clínicos de la apnea de sueño.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

Medicare solo cubre las pruebas de tipo I si se realizan en un laboratorio del sueño. Su médico u otro proveedor de atención médica debe ordenar la prueba del sueño.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/sleep-studies**.

Determinantes sociales de la evaluación de riesgos para la salud

Los determinantes sociales de la salud son factores no médicos que pueden afectar su salud y calidad de vida, por ejemplo:

- Entorno de vida.
- Acceso a alimentos.
- Situación laboral.
- Niveles de educación y alfabetización.
- Circunstancias familiares.

Una evaluación de los determinantes sociales de los riesgos de la salud ayuda a su proveedor a comprender sus necesidades sociales para tratarlo mejor y referirlo a los servicios o apoyos adecuados. La Parte B cubre esta evaluación de riesgos cuando su médico u otro proveedor de atención médica se la da durante su visita anual de "Bienestar", o como parte de otra visita al consultorio o de salud conductual.

Con qué frecuencia

Puede obtener esta evaluación de riesgos de su proveedor de atención médica una vez cada 6 meses (o con más frecuencia si acude a más de un proveedor).

Costos

- No paga nada si obtiene la evaluación de riesgos como parte de su visita anual de "Bienestar".
- Después de cumplir con el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare si obtiene la evaluación de riesgos como parte de otra visita al consultorio o de salud conductual.

Lo que debe saber

Si su proveedor determina que tiene determinantes sociales de necesidades de salud, es posible pudiera obtener servicios comunitarios de integración de salud o servicios de asesoramiento principal para enfermedades cubiertos por Medicare.

Más información

- Vaya a "Servicios de integración de salud comunitaria" en las páginas 25–26.
- Vaya a "Visitas anuales de bienestar" en las páginas 94–95.
- Vaya a "Servicios principales de asesoramiento para enfermedades" en la página 96.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/social-determinants-of-health-risk-assessment**.

Servicios de patología del habla

Los servicios de patología del habla y el lenguaje brindan evaluación y tratamiento para recuperar y fortalecer las habilidades del habla y el lenguaje. Esto incluye habilidades cognitivas y de deglución, o terapia para mantener o mejorar la función actual o disminuir su deterioro. La Parte B cubre los servicios ambulatorios de patología del habla y el lenguaje médicamente necesarios si su médico u otro proveedor de atención médica (incluido un enfermero practicante, un especialista en enfermería clínica o un asistente médico) certifica que usted lo necesita.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

No hay límite en la cantidad que Medicare paga por servicios de patología de habla para paciente ambulatorio necesarios por razones médicas en un año calendario.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/speech-language-pathology-services**.

Servicios para trastornos por consumo de sustancias

Vaya a “Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias” en la página 70.

Suministros

La Parte B no cubre suministros médicos comunes que suelen usarse en el hogar, como vendas y gasas.

Costos

Usted paga el 100% de los suministros médicos más comunes que usa en casa.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/supplies**.

Cirugía

Medicare cubre muchos procedimientos quirúrgicos necesarios por razones médicas para pacientes internados y ambulatorios.

Costos

En el caso de las cirugías o procedimientos, es difícil saber los costos exactos por adelantado. Esto se debe a que usted no sabrá qué servicios necesita hasta que se reúna con su médico u otro proveedor de atención médica. Si necesita una cirugía o un procedimiento, es posible que pueda calcular cuánto tendrá que pagar. Para obtener ayuda para calcular los costos de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios en ciertos entornos, visite **es.Medicare.gov/procedure-price-lookup/**.

Más información

- Vaya a “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en las páginas 58–59.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/surgery**.

Servicios de vendajes quirúrgicos

La Parte B cubre el tratamiento médicamente necesario de una cirugía o herida quirúrgica.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico u otro proveedor de atención médica. También paga un copago por separado por estos servicios cuando los recibe en un entorno hospitalario ambulatorio.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/surgical-dressing-services**.

Servicios de cama giratoria

Medicare cubre servicios de cama giratoria, que son servicios de centros de enfermería especializada (SNF) que recibe en ciertos hospitales de Medicare. Un hospital o un hospital de acceso crítico con convenio con Medicare puede "girar" sus camas y proporcionar atención de hospital de agudos o de nivel de SNF, según se requiera.

Costos

Cuando las camas giratorias brindan atención de nivel SNF, se aplican las mismas reglas de cobertura y costos compartidos que si los servicios se brindaran en un SNF.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/swing-bed-services**.

Vacunas Tdap

La vacuna Tdap es un refuerzo que protege contra el tétanos, la difteria y la tos convulsa. La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre la vacuna Tdap (no la Parte A ni la Parte B).

Costos

- Las personas con la Parte D no pagan nada de su bolsillo por la vacuna Tdap.
- La Parte D cubre todas las vacunas para adultos que recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, en inglés), incluidas las vacunas contra la Tdap, el virus respiratorio sincitial (VRS), el herpes zóster, el sarampión y más. Su plan de la Parte D no le cobrará un copago o deducible por las vacunas recomendadas por el ACIP.

Más información

- Comuníquese con su plan de la Parte D.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/tdap-shots**.

Telesalud

La Parte B cubre ciertos servicios de telesalud. La telemedicina incluye los servicios médicos o de salud que recibe de un proveedor de atención médica que se encuentra en otro lugar (en EE. UU.) mediante tecnología de comunicaciones de audio y video (o servicios de solo audio en algunos casos), como a través de su teléfono o una computadora. La telesalud puede proporcionar muchos servicios que generalmente ocurren en persona, incluidas visitas al consultorio, psicoterapia, consultas y otros servicios médicos o de salud.

Hasta el 30 de septiembre de 2025, puede obtener servicios de telesalud en cualquier lugar de EE. UU., incluido su hogar. A partir del 1 de octubre de 2025, debe estar en un consultorio o centro médico ubicado en un área rural (en EE. UU.) para la mayoría de los servicios de telesalud.

Pero puede obtener ciertos servicios de Telesalud de Medicare **sin** estar en un entorno de atención médica rural, incluidos:

- Visitas mensuales de enfermedad renal en etapa final (ESRD) para diálisis en su hogar
- Servicios para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular grave dondequiera que se encuentre, incluso en una unidad móvil de accidentes cardiovasculares.
- Servicios de diagnóstico, evaluación o tratamiento de un trastorno de salud mental o conductual (incluido un trastorno por consumo de sustancias) en su hogar

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su proveedor. Para la mayoría de los servicios de telesalud, pagará la misma cantidad que pagaría si hubiera recibido los servicios en persona.

Lo que debe saber

Los planes Medicare Advantage pueden ofrecer más beneficios de telesalud que la cobertura básica de Medicare Original. Por ejemplo, es posible que pueda obtener algunos servicios desde su casa, sin importar dónde viva. Si su proveedor de Medicare Original participa en una Organización Responsable de la Salud (ACO), consulte con él para averiguar qué beneficios de telesalud pueden estar disponibles.

Más información

- Vaya a “Visitas virtuales” en las páginas 42–43.
- Vaya a “Consultas virtuales” en la página 113.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/telehealth**.
- Visite **es.Medicare.gov/providers-services/coordinating-care**.

Zapatos o plantillas terapéuticos

La Parte B cubre el mobiliario y el ajuste de zapatos o plantillas personalizadas, o un par de zapatos extra profundos, si tiene diabetes y enfermedad grave del pie relacionada con la diabetes.

Medicare también cubre 2 pares adicionales de plantillas para zapatos moldeados a medida y 3 pares de plantillas para zapatos de profundidad extra. Medicare cubrirá las modificaciones del calzado en lugar de las plantillas.

Con qué frecuencia

Cada año calendario, puede obtener un par de zapatos personalizados o plantillas, o un par de zapatos de profundidad adicional. También puede obtener 2 o 3 pares de plantillas adicionales cada año calendario, según su tipo de zapato.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

El médico u otro proveedor de atención médica que trate su diabetes debe certificar que usted necesita zapatos o plantillas terapéuticas. Un podólogo (médico de los pies) u otro médico debe recetarlos, y usted debe obtenerlos de un podólogo, ortopedista, protésico, pedorcista u otra persona calificada.

Más información

- Vaya a “Servicios para la diabetes” y “Suministros para la diabetes” en las páginas 35–36.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/therapeutic-shoes-inserts**.

Equipos de tracción

La Parte B cubre el equipo de tracción como equipo médico duradero (DME) que su médico u otro proveedor de atención médica le receta para usar en su hogar.

Más información

- Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 41–42.
- Visite **es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers/**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/traction-equipment**.

Servicios de administración del cuidado para pacientes en transición

Medicare podría cubrir los servicios de administración de atención de transición si regresa a su comunidad después de una estadía como paciente internado en algunos centros, como un hospital o un centro de enfermería especializada. También podrá acceder a una visita personal en la oficina en un plazo de 2 semanas de haber regresado a su casa.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el coseguro por estos servicios.

Lo que debe saber

El proveedor de atención médica que está manejando su transición de regreso a la comunidad trabajará con usted, su familia, cuidadores y otros proveedores para coordinar y administrar su atención durante los primeros 30 días después de que regrese a casa.

El proveedor de atención médica también puede ayudarle a:

- Revisar la información sobre el cuidado que usted recibió en el centro;
- Brindar información para ayudar en la transición de regreso a la comunidad:
- Obtener referencias o hacer arreglos para la atención de seguimiento o los recursos comunitarios
- Programar citas
- Administrar sus medicamentos

Más información

- Vaya a “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 18–19.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services**.

Viajes fuera de los EE. UU.

Medicare generalmente no cubre atención médica mientras está fuera de EE. UU. Hay algunas excepciones, como algunos casos donde la Parte B puede pagar por servicios que obtiene a bordo de un barco dentro de las aguas territoriales cerca de EE. UU.

Medicare puede pagar los servicios de hospitalización, médico o ambulancia que reciba en un país extranjero si:

- Se encuentra en EE. UU. en el momento en el que tiene una emergencia médica y un hospital extranjero está más cerca que el hospital de EE. UU. más cercano que puede atender su condición médica.
- Está viajando por Canadá sin un retraso no razonable por la ruta más directa entre Alaska y otro estado de EE. UU. en el momento en que tiene una emergencia médica y el hospital en Canadá está más cerca que el hospital de EE. UU. más cercano que puede atender la emergencia.
- Vive en los EE. UU. y el hospital extranjero está más cerca de su hogar que el hospital más cercano de los EE. UU. que puede tratar su condición médica, independientemente de si existe una emergencia.

Medicare podría cubrir el transporte en ambulancia necesario por razones médicas a un hospital extranjero solo con ingreso para servicios hospitalarios cubiertos necesarios por razones médicas.

Costos

En la mayoría de los casos, usted paga el 100% de los costos. En las raras situaciones descritas anteriormente, usted paga el mismo coseguro, copagos y deducibles que pagaría si recibiera los servicios o suministros dentro de los EE. UU.

Lo que debe saber

Los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE. UU., Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana se consideran parte de EE. UU. Cualquier otro lugar se considera fuera de los EE. UU.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s**.

Cuidados de urgencia

La Parte cubre cuidados de urgencia para tratar una enfermedad repentina o lesión que no sea una emergencia médica.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico u otro proveedor de atención médica. En un entorno hospitalario ambulatorio, también paga un copago.

Más información

Visite **es.Medicare.gov/coverage/urgently-needed-care**.

Vacunas

Vaya a “Vacunas (o inyecciones)” en la página 103.

Pruebas de detección de cáncer de vagina

Vaya a “Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vagina” en la página 20.

Consultas virtuales

La Parte B cubre los chequeos virtuales con su médico u otros proveedores de atención médica.

Estos servicios de comunicación breve le permiten hablar con sus proveedores de atención médica utilizando tecnología de comunicación de audio o audio y video en tiempo real (como su teléfono o una computadora) sin tener que ir al consultorio del médico. Durante un registro virtual, su proveedor decidirá si necesita una visita al consultorio u otro servicio. Pueden:

- Realizar evaluaciones remotas con fotos o videos que usted envíe para su revisión con el fin de decidir si debe acudir al consultorio del médico.
- Responderle por teléfono, entrega virtual, mensaje de texto seguro, correo electrónico o un portal del paciente.

Los planes Medicare Advantage pueden ofrecer más servicios de consulta virtual que Medicare Original. Consulte con su plan para saber qué ofrecen.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su proveedor.

Lo que debe saber

Los registros virtuales se diferencian de una visita electrónica porque suelen durar 10 minutos o menos y se realizan en tiempo real. Una visita electrónica es una comunicación no presencial que generalmente ocurre a través de un portal de pacientes en línea.

Puede tener una consulta virtual si cumple con estas condiciones:

- Usted habló con su proveedor sobre la posibilidad de iniciar este tipo de servicios.
- Usted da el consentimiento verbal para la consulta virtual y el médico registra su consentimiento en su historial médico. Su proveedor puede obtener un consentimiento para un año de estos servicios.

Más información

- Vaya a “Visitas electrónicas” en las páginas 42–43.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/virtual-check-ins**.

Andadores

La Parte B de Medicare cubre los andadores, incluidos los andadores, como equipo médico duradero (DME). El andador debe ser médicamente necesario, y su médico u otro proveedor de atención médica debe recetarlo para su uso en su hogar.

Más información

- Vaya a "Equipo médico duradero (DME)" en las páginas 41–42.
- Visite **es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers/**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/walkers**.

Sillas de ruedas y scooters

La Parte B de Medicare cubre las sillas de ruedas y los vehículos eléctricos (scooters) como equipo médico duradero (DME) que su médico u otro proveedor de atención médica le recete para usar en su hogar.

Debe someterse a un examen en persona y tener una receta por escrito de un proveedor que brinde tratamiento antes de recibir la ayuda de Medicare para cubrir una silla de ruedas eléctrica o un scooter. La Parte B cubre las sillas de ruedas eléctricas y scooters solo cuando son necesarios por razones médicas.

Más información

- Vaya a "Equipo médico duradero (DME)" en las páginas 41–42.
- Visite **es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers/**.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/wheelchairs-scooters**.

Radiografías

La Parte B cubre las radiografías diagnósticas médicamente necesarias cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. En un entorno de atención ambulatoria, también debe pagar un copago adicional por las instalaciones.

Más información

- Vaya a "Pruebas diagnósticas no de laboratorio" en la página 37.
- Visite **es.Medicare.gov/coverage/x-rays**.

Aviso de Comunicaciones accesibles de CMS

Medicare proporciona ayudas y servicios auxiliares gratuitos, incluida información en formatos accesibles como braille, letra grande, archivos de datos o audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible, no se verá perjudicado por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que tendrá más tiempo para realizar cualquier acción si hay un retraso en el cumplimiento de su solicitud.

Para solicitar información sobre Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede:

1. **Llamar:**
   Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
   TTY: 1-877-486-2048
   Para el Mercado: 1-800-318-2596
   TTY: 1-855-889-4325
2. **Correo electrónico:** altformatrequest@cms.hhs.gov
3. **Fax:** 1-844-530-3676
4. **Enviar una carta:**
   Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
   Oficinas de Audiencias y Consultas (OHI)
   7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20
   Baltimore, MD 21244-1850
   Atención: Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente (CARS)

Su pedido debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de la información que necesita (si la sabe) y la dirección postal a donde debemos enviar los materiales. Podemos comunicarnos con usted para obtener más información.

Nota: Si está inscrito en un Plan de Medicamentos Recetados o Medicare Advantage, puede comunicarse con su plan para solicitar sus documentos en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con la oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid).

Aviso de no discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, niegan beneficios o discriminan contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo, o edad en la admisión, participación o recibimiento de los servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, ya sean realizadas por CMS directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la cual CMS se encarga de llevar a cabo sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las formas incluidas en este aviso si tiene alguna inquietud sobre cómo obtener información en un formato que pueda usar.

También puede presentar una queja si considera que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo la posibilidad de tener problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos recetados de Medicare, oficina estatal o local de Medicaid o planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles:

1. **En línea:**
   HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html
2. **Por teléfono:**
   Llame al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY puede llamar al 1-800-537-7697.
3. **Por escrito:** Envíe información sobre su queja a:
   Oficina de Derechos Civiles
   Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
   200 Independence Avenue, SW
   Room 509F, HHH Building
   Washington, D.C. 20201

Departamento de Salud y Servicios Humanos
de los Estados Unidos
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto Oficial
Penalidad por uso privado, $300

This booklet is available in English. To get a free copy, visit **Medicare.gov** or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

Esta publicación está disponible en inglés. Para obtener una copia gratis, visite **Medicare.gov** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Medicare

La información en este folleto describe el Programa de Medicare en el momento en que se imprimió este folleto. Es posible que se produzcan cambios después de la impresión. Visite **es.Medicare.gov** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

"Sus beneficios de Medicare" no es un documento legal. La orientación legal oficial del Programa Medicare está contenida en los estatutos, reglamentos y resoluciones pertinentes.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.

CMS Producto No. 10116-S • 4/2025