



Sus Beneficios de Medicare

Este folleto oficial del gobierno contiene información importante sobre los artículos y servicios cubiertos por Medicare Original.



2 0 2 3

Sus Beneficios de Medicare

La información que aparece en “Sus beneficios de Medicare” describe el Programa de Medicare al momento de su impresión. Pueden ocurrir cambios después de su impresión. Visite [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

“Sus beneficios de Medicare” no es un documento legal. La guía legal oficial del Programa Medicare está contenida en los estatutos, reglamentos y resoluciones pertinentes.

SOBRE ESTE FOLLETO

Este folleto describe muchos, aunque no todos, los artículos y servicios cubiertos por la Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) y la Parte B de Medicare (Seguro Médico). Contiene información acerca de cómo y cuándo usted puede obtener estos beneficios y cuánto pagará.

Si tiene alguna pregunta sobre una prueba, producto, o servicio que no aparece en este folleto, visite [es.Medicare.gov/coverage](https://www.Medicare.gov/coverage) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si usted tiene un Plan Medicare Advantage u otro plan médico de Medicare, cuenta con los mismos beneficios como las personas que tienen Medicare Original, pero las reglas de cada plan pueden variar. Es posible que algunos servicios y suministros no aparezcan en este folleto porque la cobertura del Plan Medicare Advantage depende del lugar donde vive. Para más información, contacte a su plan.





SECCIÓN

1 Entendiendo Medicare Parte A y Parte B



Revise las preguntas y respuestas que aparecen a continuación antes de leer este folleto. Estas explican información que será importante para entender la cobertura y costos de Medicare Parte A y la Parte B.

¿Cuál es el deducible de la Parte A?

En 2023, pagará un deducible de \$1,600 por cada período de beneficio de atención hospitalaria para pacientes internados (definido en la página 7). El deducible de la Parte A cubre su parte de los costos de los primeros 60 días de atención de hospitalización para pacientes internados cubiertos por Medicare en un período de beneficio. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener al año. Esto significa que puede pagar el deducible más de una vez al año.

¿Cuál es el deducible de la Parte B?

Para el año 2023, usted paga un deducible anual de \$226 por los servicios y suministros cubiertos por la Parte B antes de que Medicare comience a pagar su parte, dependiendo del servicio o suministro.

¿Cuál es la asignación para los servicios de la Parte B y por qué es importante?

La asignación es un acuerdo por parte de su médico, proveedor u otro suplidor para que Medicare le pague directamente, para aceptar la cantidad de pago que Medicare aprueba por el servicio cubierto y para no facturarle más del deducible y coseguro de Medicare.

Según el servicio o suministro, la cantidad que usted paga puede ser mayor si el médico, profesional u otro proveedor no acepta la asignación. Los médicos y otros proveedores que no aceptan la asignación pueden cobrarle un 15% más de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de los servicios cubiertos por la Parte B. Esto se llama el “cargo límite.” El cargo límite no se aplica a algunos suministros y equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés). Cuando obtenga ciertos suministros y equipo médico duradero, Medicare sólo los pagará de los proveedores inscritos en Medicare, sin importar quién presente la reclamación (usted o su proveedor).

¿Qué ocurrirá si mi médico recomienda un servicio más frecuentemente de lo que Medicare cubrirá?

Su médico u otro proveedor de atención médica podrían recomendar que reciba servicios con más frecuencia de lo que cubre Medicare. O bien, podrían recomendar servicios que Medicare no cubre. Si esto ocurre, es posible que tenga que pagar de su bolsillo una parte o la totalidad de los costos. Es importante hacer preguntas para entender por qué su médico le recomienda determinados servicios y si Medicare los pagará.

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

Tiene derecho a apelar. Si desea más información sobre cómo presentar una apelación, lea su folleto “Medicare y Usted”, descargue y lea el folleto “Apelaciones de Medicare” en es.Medicare.gov/publications, o visite es.Medicare.gov/appeals.

¿Qué ocurre si un artículo o servicio no figura en este folleto o si necesito más información?

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

¿Existe una aplicación de cobertura de Medicare que pueda utilizar en mi dispositivo móvil?

Puede obtener información sobre la cobertura de Medicare en su dispositivo móvil a través de la aplicación gratuita de Medicare “Qué está cubierto”. Descargue la aplicación en App Store o Google Play.

**Servicios preventivos**

Los servicios preventivos le ayudan a mantenerse saludable. A lo largo de este folleto, verá el dibujo de una manzana junto a los servicios preventivos que cubre Medicare. Hable con su médico sobre cuáles servicios preventivos son adecuados para usted.

Otros términos útiles que debe entender al leer este folleto (visite [es.Medicare.gov/glossary](https://www.Medicare.gov/glossary) para más términos):

Cantidad aprobada por Medicare:

En Medicare Original, es la cantidad que se le puede pagar a un médico o proveedor que acepta la asignación. La asignación es un acuerdo de su médico, proveedor o suministrador para recibir pagos directamente de Medicare, para aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago por los servicios y para no facturarle más que el deducible y el coseguro de Medicare. Incluye lo que paga Medicare y cualquier deducible, coseguro o copago que usted pague. Puede ser menor que la cantidad que le cobra su médico o proveedor.

Copago:

Se trata de una cantidad que posiblemente deba pagar como su parte del costo por un servicio médico o suministro, como una consulta al médico, una visita como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago suele ser una cantidad fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Coseguro:

Se trata de una cantidad que posiblemente deba pagar como su parte del costo de los servicios después de pagar cualquier deducible. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Deducible:

Se trata de la cantidad que debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos antes de que el Medicare Original, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Período de beneficios:

De esta forma, Medicare Original determina el uso que usted hace de los servicios hospitalarios y de los centros de enfermería especializada (SNF, en inglés). Un período de beneficio comienza el día en que ingresa como paciente interno en un hospital o en el SNF. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ningún tipo de cuidado en internación (o cuidado especializado en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de la Parte A por internación para cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener al año.

SECCIÓN

2

Artículos y servicios



Acupuntura

La Parte B de cubre hasta 12 visitas de acupuntura durante 90 días por dolor lumbar crónico.

Medicare cubre 8 sesiones adicionales si muestra mejoría. Si no muestra mejoría, Medicare no cubrirá los tratamientos adicionales y deberá suspenderlos. Puede recibir un máximo de 20 tratamientos de acupuntura en un periodo de 12 meses.

No todos los proveedores pueden dar acupuntura, y Medicare no puede pagar directamente a los acupuntores licenciados por sus servicios. Medicare tampoco cubre la acupuntura (incluida la punción seca) para ninguna afección que no sea dolor lumbar crónico.

Costos

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

Qué es

La acupuntura es una técnica en que los proveedores estimulan unos puntos específicos del cuerpo, generalmente mediante la inserción de finas agujas a través de la piel.

Lo que debe saber

Se define el dolor lumbar crónico como sigue:

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

Acupuntura (continuación)

Debe recibir acupuntura de un médico o de otro profesional de la salud (como una enfermera especializada o un asistente médico) que tenga ambos conocimientos:

- Una maestría o doctorado en la acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditaciones sobre Acupuntura y Medicina Oriental.
- Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en el estado en el que recibe la atención.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/acupuncture.

Administración de dolor

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

- Acupuntura para la lumbalgia crónica. Vea las páginas 9-10.
- Controles de la depresión. Vea la página 30.
- Controles y asesoramiento sobre el abuso del alcohol. Vea la página 34.
- Servicios de fisioterapia. Vea la página 90.
- Servicios de integración de salud conductual. Vea las páginas 91-92.
- Servicios quiroprácticos. Vea la página 103.
- Terapia ocupacional. Vea la página 112.

Si tiene un plan de medicamentos de Medicare, es posible que el plan también disponga de programas (como los programas de manejo de la terapia farmacológica o los programas de gestión de medicamentos) para ayudarle a utilizar los analgésicos opiáceos recetados de forma más segura. Visite es.Medicare.gov/drug-coverage-part-d/what-drug-plans-cover/medication-therapy-management-programs-for-complex-health-needs para más información.

Costos

- Para la mayoría de los servicios de manejo del dolor, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para las visitas a su médico u otro proveedor médico para diagnosticar o tratar su enfermedad. Se aplica el deducible de la Parte B.
- Si usted recibe sus servicios en una clínica o departamento de hospital para pacientes ambulatorios, podría tener que pagar una cantidad adicional al hospital como copago o coseguro.
- Si su médico o proveedor médico acepta la asignación, no tendrá que pagar nada por el examen anual de detección de la depresión.

Administración de dolor (continuación)

Lo que debe saber

Puede haber otras formas de manejar su dolor. Su médico puede recomendarle opciones de tratamiento que Medicare no cubre, como la masoterapia.

Si esto sucede, o si su médico u otro proveedor médico le recomienda que reciba los servicios con más frecuencia de lo que Medicare cubre, es posible que usted tenga que pagar parte o la totalidad de los costos. Haga preguntas para entender por qué su médico le recomienda ciertos servicios y si Medicare los pagará.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/pain-management.

Andadores

La Parte B de Medicare cubre los andadores, incluidos los andadores de ruedas, como equipos médicos duraderos (DME, en inglés). El andador debe ser médicamente necesario y su médico u otro proveedor de tratamiento debe prescribirlo para utilizarlo en su domicilio.

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/walkers.

Anestesia

La Parte A cubre los servicios de anestesia que recibe como paciente internado. 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 abonar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de anestesia que reciba de un médico o de un enfermero anestesista titulado. El servicio de anestesia deberá ser vinculado con el servicio médico o quirúrgico principal, y usted podría tener que pagar un copago adicional a la instalación.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/anesthesia.

Anteojos o lentes de contacto

Por lo general, Medicare no cubre anteojos o lentes de contacto.

Sin embargo, la Parte B ayuda a pagar por los lentes correctivos si usted tiene cirugía de cataratas para implantar un lente intraocular. Los lentes correctivos incluyen un par de anteojos con monturas estándares o un conjunto de lentes de contacto.

Costos

Usted paga 100% de los servicios que no son cubiertos, incluida la mayoría de los anteojos o lentes de contacto. Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los lentes correctivos después de cada operación de cataratas con lente intraocular. Usted paga todo costo adicional por monturas mejoradas. Medicare sólo pagará lentes de contacto o anteojos de un proveedor que está inscrito en Medicare, ya sea usted o el proveedor que presenta la reclamación.

Lo que debe saber

Medicare cubre la cirugía de cataratas si se realiza con técnicas quirúrgicas tradicionales o con láser.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/eyeglasses-contact-lenses.

Aparatos de asistencia auditiva

Medicare no cubre aparatos de asistencia auditiva o exámenes para ajustar aparatos de asistencia auditiva.

Costos

Usted paga 100% por aparatos de asistencia auditiva y exámenes.

Más información

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

Aparatos, accesorios y terapia de Presión Positiva Continua en las Vías Respiratorias (CPAP, en inglés)

Medicare puede cubrir una prueba de 3 meses de terapia CPAP (incluidos los dispositivos y accesorios) si le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño. Después del periodo de prueba, Medicare puede seguir cubriendo la terapia CPAP, los dispositivos y los accesorios si usted se reúne con su médico en persona y éste documenta en su historial médico que usted cumple ciertas condiciones y que la terapia le está ayudando.

Costos

Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el alquiler de la máquina y la compra de los suministros correspondientes (como máscaras y tubos), y se aplica el deducible de la Parte B.

Qué es

La terapia CPAP es un tratamiento domiciliario para las personas con apnea del sueño.

Lo que debe saber

- Si tenía una máquina CPAP antes de recibir Medicare y cumple ciertos requisitos, Medicare puede cubrir el alquiler o sustitución de una máquina CPAP y/o accesorios CPAP.
- Medicare paga al proveedor el alquiler de una máquina CPAP durante 13 meses si usted la ha estado utilizando sin interrupción. Después de que Medicare realice los pagos del alquiler durante 13 meses continuos, usted será el propietario de la máquina.

Más información

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

Artículos y servicios de instituciones religiosas no médicas de cuidado médico

Las instituciones religiosas no médicas de cuidado médico ofrecen cuidados y servicios a las personas que no aceptan la atención médica estándar debido a sus creencias religiosas. Medicare puede cubrir los artículos y servicios de las instituciones religiosas no médicas para el cuidado médico sólo si usted reúne los requisitos para recibir atención como paciente internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés). Medicare sólo cubrirá los artículos y servicios no religiosos y no médicos para pacientes internados en un hospital, como alojamiento y comida, vendajes no medicados para heridas o el uso de un simple andador (artículos o servicios que no requieren una orden o receta médica).

Medicare no cubre la parte religiosa de este tipo de cuidados. Sin embargo, la Parte A cubre los cuidados no religiosos no médicos en régimen de hospitalización cuando se cumplen todas estas condiciones:

- La institución religiosa de cuidados médicos no religiosos está actualmente certificada para participar en Medicare.
- El Comité de Revisión de Utilización de la institución religiosa no médica de cuidados médicos está de acuerdo en que usted necesitaría cuidados hospitalarios o de SNF si no estuviera en la institución.
- Usted tiene una elección por escrito archivada con Medicare que indica que su necesidad de cuidado médico religioso no médico se basa tanto en su elegibilidad como en sus creencias religiosas. La elección también debe indicar que si decide aceptar la atención médica estándar, revocará la directiva y es posible que tenga que esperar de 1 a 5 años (dependiendo de cuántas veces haya revocado su elección anteriormente) antes de poder volver a elegir recibir servicios de cuidado médico no religiosos. Siempre tendrá derecho a recibir los servicios de la Parte A que sean médicamente necesarios. Siempre será elegible para recibir servicios necesarios por razones médicas de la Parte A.

Costos

- Día 91 y posteriores: Un copago de \$800 por cada día de reserva vitalicia después del día 90 (hasta un máximo de 60 días de reserva a lo largo de su vida).
- Cada día después de los días de reserva de por vida: Todos los costos.

Lo que debe saber

Las creencias religiosas prohíben la atención médica convencional y no convencional en instituciones religiosas no médicas de cuidado médico.

Más información

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



Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco

Si consume tabaco, la Parte B cubre el asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco.

Con qué frecuencia

Medicare cubre hasta 8 consultas en un período de 12 meses.

Costos

Si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación, usted no paga nada por la sesión de asesoramiento.

Qué es

Asesoramiento para ayudarle a dejar de fumar o usar tabaco.

Más información

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

Atención de relevo

Vea “Cuidado de hospicio” en las páginas 39-40.

Atención en asilo de ancianos

Medicare no cubre el cuidado de compañía si es el único tipo de cuidado que usted necesita. La mayor parte de los cuidados en asilos de ancianos son cuidados asistenciales, que le ayudan con las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse, ir al baño y comer) o las necesidades personales que podría realizar de forma segura y razonable sin necesidad de habilidades o formación profesional.

La Parte A podría cubrir cuidados en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) certificado. La atención de enfermería especializada (como el cambio de vendas estériles) deberá ser necesaria por razones médicas.

Más información

- Visite es.Medicare.gov/coverage/nursing-home-care.
- Visite es.Medicare.gov/publications para descargar y leer el folleto titulado “Guía para Elegir un Asilo de Ancianos u Otros servicios y ayudas a largo plazo.”

Atención hospitalaria como paciente internado

La Parte A cubre los gastos de hospitalización si usted cumple estos dos requisitos:

- Usted ingresa en el hospital como paciente interno por orden oficial de un médico, que indica que necesita atención hospitalaria para tratar su enfermedad o lesión.
- El hospital acepta Medicare.

Costos

Usted paga esto por cada período de beneficios (en el año 2023):

- Días 1 a 60: deducible de \$1,600.
- Días 61 a 90: Un copago de \$400 cada día.
- Día 91 y posteriores: Un copago de \$800 por cada día de reserva vitalicia después del día 90 (hasta un máximo de 60 días de reserva a lo largo de su vida).
- Cada día después de los días de reserva de por vida: Todos los costos. El cuidado médico en un hospital psiquiátrico (pero no en una unidad psiquiátrica certificada por Medicare de un hospital de cuidados críticos) está limitado a 190 días en toda la vida.

Qué es

Los servicios para pacientes internados cubiertos por Medicare incluyen:

- Habitaciones semiprivadas
- Comidas
- Enfermería general
- Medicamentos (incluida la metadona para tratar un trastorno por consumo de opiáceos)
- Otros servicios y suministros hospitalarios como parte de su tratamiento hospitalario

Medicare **no** cubre:

- Servicio privado de enfermería.
- Televisión o teléfono en la habitación (si se cobran aparte)
- Artículos de cuidado personal (como afeitadoras descartables o calcetines antideslizantes).
- Una habitación privada, a menos que sea médicamente necesario

Atención hospitalaria como paciente internado (continuación)

Lo que debe saber

La atención paciente internado incluye los cuidados que reciba en el hospital:

- Centros de rehabilitación para pacientes internos
- Centros psiquiátricos para pacientes internados
- Hospital de acceso crítico
- Hospitales de cuidados a largo plazo
- Hospitales de cuidados críticos

También incluye la atención de paciente internado que reciba como parte de un estudio de investigación clínica que cumpla los requisitos. Si también tiene la Parte B, ésta suele cubrir el 80% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios médicos que reciba mientras esté internado.

Más información

- Cuidados de la salud mental: Vea las páginas 46-49.
- Servicios de hospital ambulatorios: Vea las páginas 90-91.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/inpatient-hospital-care.

Bastones

La Parte B cubre los bastones como equipo médico duradero (DME, en inglés). Medicare no cubre los bastones blancos para los invidentes.

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/canes.

Bombas de alimentación

Vea “Suministros y equipos de nutrición enteral” en la página 109.

Calzado o plantillas terapéuticas

La Parte B cubre la provisión y ajuste de zapatos o plantillas moldeados a medida, o un par de zapatos de profundidad adicional, si usted padece de diabetes y enfermedad diabética de pie grave.

Medicare también cubre 2 pares adicionales de plantillas para los zapatos moldeados a medida y 3 pares de plantillas para los zapatos de profundidad adicional. Medicare cubrirá las modificaciones del calzado en vez de las plantillas.

Con qué frecuencia

Cada año natural, puede obtener un par de zapatos o plantillas a medida, o un par de zapatos de profundidad extra. También puedes obtener 2 o 3 pares adicionales de plantillas cada año natural, en función del tipo de zapato que utilices.

Costos

Una vez que haya alcanzado el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

El médico que trata su diabetes deberá certificar su necesidad de calzado o plantillas terapéuticas. El calzado o las plantillas deben ser recetados por un podiatra (médico de los pies) u otro médico, y usted debe obtener los zapatos o plantillas de un podiatra, ortopeda, protésico o podiatra, o de otra persona calificada.

Más información

- Otros servicios y suministros para diabéticos: Vea “Servicios para diabéticos” en la página 100 y “Suministros para la diabetes” en la página 108.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/therapeutic-shoes-or-inserts.

Calzado ortopédico

Medicare cubre los zapatos ortopédicos si son una parte necesaria de un soporte de pierna.

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

Para que Medicare cubra sus zapatos ortopédicos, debe acudir a un proveedor afiliado a Medicare. Medicare sólo pagará los artículos ortopédicos de un proveedor afiliado a Medicare, independientemente de quién presente la reclamación (usted o su proveedor).

Más información

- Vea “Calzado o plantillas terapéuticas” en la página 18.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/orthopedic-shoes.

Camas de hospital

La Parte B cubre las camas de hospital como equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) que su médico recete para uso en casa.

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/hospital-beds.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.



Capacitación para el autocontrol de la diabetes

La Parte B cubre capacitación ambulatoria para el autocontrol de la diabetes si le han diagnosticado diabetes.

Medicare puede cubrir hasta 10 horas de esta capacitación inicial: 1 hora de capacitación individual y 9 horas de capacitación en grupo. También puede optar a un máximo de 2 horas de capacitación de seguimiento en cada año natural posterior al año en que recibió la formación inicial.

Costos

Una vez que haya alcanzado el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Qué es

La capacitación para el autocontrol de la diabetes le enseña a afrontar y manejar su diabetes. El programa puede incluir consejos para comer sano y mantenerse activo, controlar la glucemia (azúcar en sangre), tomar medicamentos recetados y reducir los riesgos. Algunos pacientes también pueden optar a servicios de terapia nutricional médica. Vea “Servicios de terapia de nutrición” en la página 96.

Si se encuentra en un área rural, es posible que pueda recibir servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes de un proveedor (como un dietista diplomado) de forma virtual a través de la telesalud. Vea “Telesalud” en la página 110.

Más información

- Otros servicios y suministros para diabéticos: Vea “Servicios para diabéticos” en la página 100 y “Suministros para la diabetes” en la página 108.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/diabetes-self-management-training.

Centros de cirugía ambulatoria

Los centros de cirugía ambulatoria son instalaciones ambulatorias que realizan procedimientos quirúrgicos. En la mayoría de los casos, los pacientes de los centros de cirugía ambulatoria reciben el alta en 24 horas. La Parte B cubre las tarifas del centro relacionadas con los procedimientos quirúrgicos aprobados que usted recibe 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 le atienden. No paga nada por determinados servicios preventivos (como una colonoscopia de control) si el médico u otro proveedor médico acepta la asignación. Sin embargo, es posible que tenga que pagar otros costos asociados a los servicios preventivos. Por ejemplo, si su médico le extirpa un pólipo durante una colonoscopia de cribado, es posible que tenga que pagar el 15% de la cantidad aprobada por Medicare. Usted también paga todos los gastos de los centros quirúrgicos ambulatorios por los procedimientos no cubiertos.

Más información

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

Chequeos o Consultas Virtuales

La Parte B cubre las consultas virtuales (también denominadas “servicios breves basados en tecnologías de comunicación”) con sus médicos y otros proveedores médicos.

Costos

Una vez cubierto el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de su médico u otro proveedor médico.

Qué es

Las consultas virtuales le permiten hablar con su médico o con otros proveedores médicos (como enfermeras especializadas, especialistas en enfermería clínica o asistentes médicos) mediante tecnologías de comunicación de audio y vídeo, como su teléfono o una computadora, sin necesidad de acudir a la consulta. Su médico también puede realizar evaluaciones a distancia utilizando imágenes fotográficas o de vídeo que usted envíe para su revisión, con el fin de determinar si necesita acudir a la consulta del médico.

Su médico u otro proveedor médico puede responderle por teléfono, mediante entrega virtual, mensajes de texto seguros, correo electrónico o un portal del paciente.

Lo que debe saber

Puede realizar un chequeo virtual si cumple estas condiciones:

- Ha hablado con su médico u otro proveedor sobre la posibilidad de iniciar este tipo de servicios.
- El chequeo virtual no está relacionado con una visita médica que haya tenido en los últimos 7 días, y no conduce a una visita médica en las próximas 24 horas (o a la cita más próxima disponible).
- Usted da su consentimiento verbal a la visita virtual y su médico documenta su consentimiento en su historial médico. Su médico puede obtener un consentimiento para un año de estos servicios.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/virtual-check-ins.

Cirugía

Medicare cubre muchos procedimientos quirúrgicos que son necesarios por razones médicas.

Costos

Para cirugías y procedimientos, es difícil saber el costo preciso por adelantado. Esto se debe a que no sabrá qué servicios necesita hasta que se reúna con su proveedor. Si necesita cirugía o un procedimiento, es posible que pueda estimar cuánto tendrá que pagar. Si desea ayuda para calcular los costos de los procedimientos quirúrgicos en ciertos lugares, visite es.Medicare.gov/procedure-price-lookup.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/surgery.

Cirugía bariátrica

Medicare cubre algunos procedimientos quirúrgicos bariátricos, como el bypass gástrico y la cirugía de banda laparoscópica, cuando se cumplen determinadas condiciones relacionadas con la obesidad mórbida.

Costos

- Para cirugías o procedimientos, es difícil predecir los costos de antemano. Esto se debe a que no sabrá qué servicios necesita hasta que se reúna con su proveedor. Si necesita cirugía o un procedimiento para adelgazar, es posible que pueda estimar cuánto tendrá que pagar. Si desea ayuda para calcular los costos de los procedimientos quirúrgicos en ciertos lugares, visite es.Medicare.gov/procedure-price-lookup.
- Medicare no cubre sus gastos de transporte para llegar a un centro de cirugía bariátrica.

Más información

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

Cirugía cosmética

Medicare no suele cubrir la cirugía estética a menos que la necesite por una lesión accidental o para mejorar la función de una parte del cuerpo malformada. Medicare cubre la reconstrucción mamaria si le han hecho una mastectomía por cáncer de mama. Vea “Prótesis de seno” en la página 75.

Costos

Usted paga 100% de los servicios que no son cubiertos, incluida la mayoría de las cirugías cosméticas.

Lo que debe saber

Medicare requiere autorización previa antes de que usted reciba estos servicios ambulatorios de hospital que a veces (pero no siempre) se consideran cosméticos:

- **Ablación de venas:** cirugía para cerrar las venas.
- **Blefaroplastia:** cirugía del párpado para eliminar el tejido “caído”, graso o sobrante.
- **Inyecciones de toxina botulínica (o “Botox”):** inyecciones que se usan para tratar trastornos musculares, como espasmos y tics.
- **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 la nariz.

Si su procedimiento requiere autorización previa antes de que Medicare lo pague, usted no tiene que hacer nada. Su proveedor enviará una solicitud de autorización previa y la documentación a Medicare para su aprobación antes de realizar el procedimiento. Si Medicare aprueba su solicitud de autorización previa, usted sólo tendrá que pagar el deducible y el coseguro.

Más información

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

Cirugía de cataratas

Vea “Anteojos o lentes de contacto” en la página 12.



Colonoscopias

Medicare cubre los controles de colonoscopia.

Con qué frecuencia

Medicare cubre esta prueba una vez cada 24 meses si usted tiene riesgo elevado del cáncer colorrectal. Si no tiene riesgo elevado del cáncer colorrectal, Medicare cubre la prueba una vez cada 120 meses, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa. No hay ningún requisito de edad mínima.

Si inicialmente se somete a una prueba de control no invasiva basada en las heces (pruebas de sangre oculta en heces o prueba multiobjetivo de ADN en heces) y obtiene un resultado positivo, Medicare también cubre una colonoscopia de seguimiento como prueba de control.

Costos

Si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación, usted no paga nada por la(s) prueba(s) de control.

Si su médico encuentra y le extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia, usted paga el 15% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico. En un ámbito hospitalario ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio, también paga al centro un importe de coseguro del 15%. No se aplica el deducible de la Parte B.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/colonoscopies.



Consultas preventivas

Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”

La Parte B ofrece una consulta preventiva “Bienvenido a Medicare.”

Con qué frecuencia

Una vez. Usted debe hacer esta visita preventiva dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B

Costos

Usted no paga nada por esta prueba si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación. No se aplica el deducible de la Parte B. Sin embargo, es posible que tenga que pagar el coseguro y el deducible de la Parte B si su médico u otro proveedor médico le 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 rutinario), es posible que tenga que pagar el importe total.

Qué es

Esta visita incluye una revisión de su historial médico y social relacionado con su salud. También incluye formación y asesoramiento sobre servicios preventivos, como determinadas pruebas de detección, inyecciones o vacunas (como la gripe, el neumococo y otras inyecciones o vacunas recomendadas) y referidos para otros cuidados, si fuera necesario.

Si le han recetado opiáceos, el proveedor revisará sus posibles factores de riesgo de padecer un trastorno por consumo de opiáceos, evaluará la gravedad de su dolor y su plan de tratamiento actual, le informará sobre las opciones de tratamiento sin opiáceos y, si procede, le remitirá a un especialista. Su proveedor también evaluará sus posibles factores de riesgo de trastorno por consumo de sustancias y le remitirá a tratamiento, si es necesario.

Lo que debe saber

Al sacar la cita, avise al consultorio del médico que usted quisiera programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare.”

Más información

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

Consultas preventivas (continuación)

Consultas anuales de “Bienestar”

Si ha estado afiliado a la Parte B durante más de 12 meses, puede acudir a una visita anual de “Bienestar” para elaborar o actualizar su plan personalizado de prevención de enfermedades y discapacidades, basado en su estado de salud actual y en sus factores de riesgo. Su proveedor también le realizará una evaluación del deterioro cognitivo. **La 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 tener lugar dentro de los 12 meses siguientes a su inscripción en la Parte B o a su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya realizado una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” para tener derecho a una visita anual de “Bienestar”.

Costos

Usted no paga nada por esta prueba si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación. No se aplica el deducible de la Parte B. Sin embargo, es posible que tenga que pagar el coseguro y el deducible de la Parte B si su médico u otro proveedor médico le 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 rutinario), es posible que tenga que pagar la cantidad total.**

Qué es

Su proveedor pedirá que usted complete una encuesta titulada “Evaluación de riesgos de salud” como parte de esta consulta. Las respuestas a estas preguntas pueden ser de ayuda para su proveedor y usted en el desarrollo de un plan de prevención personalizado para ayudarlo a mantenerse saludable y aprovechar de la consulta.

Su visita puede incluir:

- Mediciones rutinarias (como altura, peso y tensión arterial)
- Consejos de salud
- Una revisión de su historial médico y familiar
- Una revisión de sus recetas actuales
- Planificación anticipada de atención

Consultas preventivas (continuación)

Su proveedor también le hará una evaluación cognitiva para detectar signos de demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer. Los signos de deterioro cognitivo incluyen problemas para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse, manejar las finanzas y tomar decisiones sobre su vida cotidiana. Si su proveedor cree que puede tener deterioro cognitivo, Medicare cubre una visita aparte para realizar una revisión más exhaustiva de su función cognitiva y comprobar si padece enfermedades como demencia, depresión, ansiedad o delirio. Vea la página 89. Su proveedor puede solicitar otras pruebas, si es necesario, en función de su estado general de salud y su historial médico. ón para afecciones crónicas.

Su proveedor también evaluará sus posibles factores de riesgo de trastorno por consumo de sustancias y le remitirá a tratamiento, si es necesario. Si toma medicamentos opiáceos, su proveedor revisará su plan de tratamiento del dolor, compartirá información sobre opciones de tratamiento sin opiáceos y le remitirá a un especialista, según proceda.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/yearly-wellness-visits.



Control del cáncer de seno

Vea “Mamografías” en las páginas 62-63.



Controles de aneurisma aórtico abdominal

La Parte B cubre controles por ecografía de aneurisma aórtico abdominal si usted está en riesgo. Se considera que está en riesgo si tiene antecedentes familiares de aorta abdominal aneurismas, o es un hombre de 65-75 años y ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida.

Con qué frecuencia

Una vez en la vida.

Costos

Usted no paga nada por este control si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Lo que debe saber

Debe obtener un referido de su médico u otro proveedor médico.

Más información

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

Controles de electrocardiograma (EKG o ECG)

La Parte B cubre un control rutinario de electrocardiograma o ECG si se lo remite su médico u otro proveedor médico durante la única visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La Parte B también cubre los EKG o ECG como pruebas diagnósticas.

Con qué frecuencia

Una vez cuando obtenga una remisión como parte de su visita “Bienvenido a Medicare”, y más a menudo como prueba diagnóstica si es médicamente necesaria.

Costos

Después de que alcance el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Si usted realiza la prueba en un hospital o clínica que pertenece a un hospital, también paga un copago al hospital.

Más información

- Vea “Consultas preventivas” en las páginas 26-28.
- Vea “Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio” en la página 81.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/electrocardiogram-ekg-or-ecg-screenings](https://www.Medicare.gov/coverage/electrocardiogram-ekg-or-ecg-screenings).



Controles de enfermedad cardiovascular

La Parte B cubre los análisis de sangre que ayudan a detectar enfermedades cardiovasculares.

Con qué frecuencia

Una vez cada año.

Costos

Usted no paga nada por las pruebas si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Qué es

Estos controles incluyen análisis de sangre para medir los niveles de colesterol, lípidos y triglicéridos, que ayudan a detectar afecciones que pueden provocar un ataque cardíaco o derrame cerebrovascular.

Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/cardiovascular-disease-screenings](https://www.Medicare.gov/coverage/cardiovascular-disease-screenings).



Controles de infección por el Virus de la Hepatitis B (HBV, en inglés)

Medicare cubre una prueba de detección del HBV si su médico de atención primaria la solicita y usted cumple una de estas condiciones:

- Tienes un alto riesgo de infección por HBV
- Si está embarazada.

Con qué frecuencia

- Una vez al año si usted tiene alto riesgo continuo y no recibe la vacuna contra la Hepatitis B.
- Si está embarazada:
 - Al momento de su primera visita prenatal.
 - Al momento de dar a luz para aquellas con nuevos o continuos factores de riesgo.
 - En la primera visita prenatal para futuros embarazos, incluso si previamente se vacunó contra la Hepatitis B o tuvo resultados negativos en el control del HBV.

Costos

Usted no paga nada por el reconocimiento si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Más información

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



Controles de la depresión

La Parte B cubre las pruebas de detección de la depresión para saber si tiene síntomas de depresión.

Con qué frecuencia

Una vez al año.

Costos

Si su médico acepta la asignación, usted no paga nada por las pruebas de detección de la depresión.

Lo que debe saber

Los controles deberán ser realizados en un ambiente de atención primaria (como el consultorio médico) que pueda proporcionar el tratamiento de seguimiento y/o referidos.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/depression-screening.



Controles de la diabetes

La Parte B cubre los controles de glucemia (azúcar en sangre) (con o sin prueba de hidratos de carbono) si su médico determina que tiene riesgo de desarrollar diabetes. La Parte B cubre estas pruebas si presenta alguno de estos factores de riesgo:

- Presión arterial alta (hipertensión)
- Antecedentes de niveles anormales de colesterol o triglicéridos (dislipidemia)
- Obesidad
- Antecedentes de azúcar (glucosa) elevada en la sangre

La Parte B también cubre los controles si 2 o más de las siguientes se aplican a usted:

- 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 de dar a luz a un bebé que pesara más de 9 libras

Con qué frecuencia

Usted podría ser elegible para hasta dos controles anuales.

Costos

Usted no paga nada por estos controles si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Más información

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



Controles de los cánceres cervical y vaginal

La Parte B cubre las pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas para detectar los cánceres cervical y vaginal. Como parte de la exploración pélvica, Medicare también cubre un examen del seno para detectar el cáncer de seno.

Con qué frecuencia

Medicare cubre estas pruebas de control 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 ha tenido un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses, Medicare cubre estas pruebas de control 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 presenta síntomas del VPH.

Controles de los cánceres cervical y vaginal (continuación)

Costos

Si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación, usted no paga nada por lo siguiente:

- La prueba de Papanicolaou
- La prueba de laboratorio del VPH con la prueba de Papanicolaou
- La recogida de muestras para la prueba de Papanicolaou
- Los exámenes pélvicos y mamarios

Más información

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



Controles del cáncer de próstata

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

Con qué frecuencia

Una vez cada 12 meses.

Costos

- **Exámenes digitales del recto:** Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por un examen rectal digital anual y por los servicios de su médico relacionados con el examen. En un entorno hospitalario ambulatorio, también pagará un copago separado por visita al hospital.
- **Pruebas de sangre del PSA:** No paga nada por una prueba de sangre del PSA anual. Si usted recibe la prueba de un médico que no acepta la asignación, podría tener que pagar una tarifa adicional por los servicios del médico, pero no por la prueba en sí.

Más información

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



Controles del cáncer de pulmón

La Parte B cubre las pruebas de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis si cumple todas estas condiciones actualizadas:

- Tiene entre 50–77 años.
- No presenta signos o síntomas del cáncer de pulmón (asintomático)
- Es fumador o ha dejado de fumar en los últimos 15 años.
- Tiene un historial de tabaquismo de al menos 20 “años paquete” (una media de un paquete (20 cigarrillos) al día durante 20 años).
- Recibe una orden de su médico.

Con qué frecuencia

Una vez al año.

Costos

Usted no paga nada por este servicio si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Lo que debe saber

Antes de someterse a su primer control, deberá concertar una cita con su médico para hablar de los beneficios y riesgos del control del cáncer de pulmón. Usted y su médico pueden decidir si un control es adecuado para usted.

Más información

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

Controles del cáncer vaginal

Vea “Controles de los cánceres cervical y vaginal” en las páginas 31-32.



Controles y asesoramiento sobre el abuso del alcohol

La Parte B cubre un control de abuso de alcohol para adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol, pero no cumplen los criterios médicos de dependencia del alcohol.

Con qué frecuencia

Medicare cubre una vez al año una prueba de control de consumo abusivo de alcohol. Si su médico de cabecera u otro proveedor médico primario determina que usted abusa del alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si usted está competente y alerta para el asesoramiento).

Costos

No paga nada si su médico de cabecera u otro proveedor médico primario calificado acepta la asignación.

Lo que debe saber

Un médico de cabecera u otro proveedor médico primario calificado deberá proporcionar el asesoramiento en un entorno de atención primaria (como un consultorio médico).

Más información

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



Controles y orientación sobre infecciones de transmisión sexual

La Parte B cubre las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual como clamidia, gonorrea, sífilis y/o hepatitis B si está embarazada o tiene un riesgo elevado 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 determinados momentos durante el embarazo. Medicare cubre hasta 2 sesiones de asesoramiento conductual al año.

Costos

No paga nada si su médico de cabecera u otro proveedor médico acepta la asignación.

Controles y orientación sobre infecciones de transmisión sexual (continuación)

Lo que debe saber

Su médico de atención primaria o proveedor debe ordenar la evaluación o referirlo para que reciba asesoramiento conductual. Medicare sólo cubrirá las sesiones de asesoramiento con un proveedor de atención primaria elegible para Medicare en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico). Medicare no cubrirá el asesoramiento como servicio preventivo en un entorno de hospitalización (como un centro de enfermería especializada).

Más información

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

COVID-19: Productos de anticuerpos monoclonales

La Parte B cubre los productos de anticuerpos monoclonales contra el COVID-19 autorizados o aprobados por la FDA.

Costos

- Usted no paga nada por un producto de anticuerpos monoclonales contra el COVID-19 cubierto durante la emergencia de salud pública COVID-19 (y durante el resto del año calendario en el que finaliza la Autorización de Uso de Emergencia (EUA, en inglés) para este producto) cuando lo obtiene de un proveedor o suministrador de Medicare. Usted debe cumplir ciertas condiciones para calificar.
- A partir del año calendario siguiente a la finalización de la EUA, Medicare Original cubrirá estos productos de la misma manera que otros medicamentos de la Parte B (consulte “Medicamentos recetados (para pacientes ambulatorios)”) comenzando en la página 64.

Nota: Ciertos productos de anticuerpos monoclonales pueden protegerlo antes de que esté expuesto a COVID-19. Si usted tiene la Parte B y su médico decide que este tipo de producto podría funcionar para usted (por ejemplo, si tiene un sistema inmunitario debilitado), usted no paga nada por el producto durante o después de la emergencia de salud pública de COVID-19 cuando lo obtenga de un proveedor o suministrador de Medicare.

COVID-19: Productos de anticuerpos monoclonales (continuación)

Qué es

Estos productos pueden ayudarle a combatir la enfermedad y mantenerle fuera del hospital, si da positivo en la prueba de COVID-19 y tiene síntomas de leves a moderados.

Más información

- Para más información sobre otros servicios de COVID-19: consulte “Pruebas de anticuerpos de COVID-19” en la página 36, “Pruebas diagnósticas de laboratorio de COVID-19” en la página 37, “Pruebas de COVID-19 sin recetas (OTC, en inglés)” en las páginas 37-38, y “Vacunas contra COVID-19” en la página 120.
- Visite es.Medicare.gov/medicare-coronavirus.
- Para más información sobre COVID-19, visite CDC.gov/coronavirus.

COVID-19: Pruebas de anticuerpos

La Parte B cubre las pruebas de anticuerpos de COVID-19 autorizadas por la FDA.

Costos

Usted no paga nada por estas pruebas de anticuerpos COVID-19 cuando su médico ordena la prueba y usted la obtiene en un laboratorio (incluso en una farmacia, clínica o consultorio médico) o en un hospital.

Qué es

Estas pruebas ayudan a ver si has desarrollado una respuesta inmunitaria y puedes no estar en riesgo inmediato de reinfección por COVID-19.

Más información

- Para obtener más información sobre otros servicios de COVID-19: consulte “Pruebas de laboratorio de diagnóstico de COVID-19” a continuación, “Productos de anticuerpos monoclonales contra el COVID-19” en las páginas 35-36, “Pruebas de COVID-19 sin recetas (OTC, en inglés)” en las páginas 37-38, y “Vacunas contra COVID-19” en la página 120.
- Visite es.Medicare.gov/medicare-coronavirus.
- Para más información sobre COVID-19, visite CDC.gov/coronavirus.

COVID-19: Pruebas diagnósticas de laboratorio

La Parte B cubre las pruebas de laboratorio de diagnóstico de COVID-19 autorizadas por la FDA.

Costos

Usted no paga nada por una prueba diagnóstica de COVID-19 cuando su médico ordena esta prueba y usted la obtiene en un laboratorio (incluso en una farmacia, clínica o consultorio médico) o en un hospital.

Qué es

Estas pruebas autorizadas por la FDA comprueban si usted tiene COVID-19.

Más información

- Para más información sobre otros servicios de COVID-19: consulte “Pruebas de anticuerpos de COVID-19” en la página 36, “Productos de anticuerpos monoclonales contra el COVID-19” en las páginas 35-36, “Pruebas de COVID-19 de venta sin recetas (OTC , en inglés)” más abajo, y “Vacunas contra COVID-19” en la página 120.
- Visite es.Medicare.gov/medicare-coronavirus.
- Para más información sobre COVID-19, visite CDC.gov/coronavirus.

COVID-19: Pruebas sin receta médica (OTC, en inglés)

Medicare cubre hasta 8 pruebas COVID-19 sin receta médica de cualquier farmacia o proveedor médico participante por cada mes natural hasta que finalice la emergencia de salud pública de COVID-19.

Costos

Usted no paga nada por estas pruebas durante la emergencia de salud pública de COVID-19.

Qué es

Pruebas que puede utilizar en casa para saber si tiene COVID-19.

Lo que debe saber

Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, recibirá este beneficio a través de Medicare Original, no de su plan. Consulte con su plan para averiguar si cubre pruebas adicionales de COVID-19 de OTC.

Si tiene otra cobertura médica, es posible que pueda obtener pruebas gratuitas a través de esa otra cobertura.

COVID-19: Pruebas sin receta médica (OTC, en inglés) (continuación)

Más información

- Para más información sobre otros servicios de COVID-19: vea “Pruebas de anticuerpos de COVID-19” en la página 36, “Pruebas diagnósticas de laboratorio de COVID-19” en la página 37, “Productos de anticuerpos monoclonales de COVID-19” en las páginas 35-36, y “Vacunas contra COVID-19” en la página 120.
- Visite es.Medicare.gov/medicare-coronavirus.
- Para más información sobre COVID-19, visite CDC.gov/coronavirus.

Cuidado a largo plazo

Medicare y la mayoría de los seguros médicos, incluido el Seguro Suplementario a Medicare (Medigap), no pagan los cuidados médicos de larga duración. Este tipo de cuidados (también denominados “cuidados asistenciales” o “servicios y apoyo a largo plazo”) incluyen los cuidados médicos y no médicos para personas que padecen una enfermedad crónica o una incapacidad.

Costos

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

Qué es

El cuidado a largo plazo es una gama de servicios y apoyo para sus necesidades de cuidado personal. La mayoría de los cuidados a largo plazo es atención médica. En cambio, la mayoría de los cuidados a largo plazo ayudan con las tareas personales básicas de la vida diaria, a veces llamadas “actividades de la vida diaria”. Esto incluye cosas como vestirse, bañarse y usar el baño. Los cuidados a largo plazo también pueden incluir comidas a domicilio, atención médica diurna para adultos y otros servicios. Puede optar a estos cuidados a través de Medicaid o contratar un seguro privado de cuidados a largo plazo.

Lo que debe saber

Puede recibir cuidados a largo plazo en casa, en la comunidad, en un centro de vida asistida o en una residencia de ancianos. Es importante que empiece ahora a planificar los cuidados a largo plazo para mantener su independencia y asegurarse de recibir la atención que pueda necesitar, en el entorno que desee, ahora y en el futuro.

Más información

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

Cuidado de hospicio

Por lo general, puede recibir cuidados paliativos certificados por Medicare en su domicilio o en otro centro donde viva, como una residencia de ancianos. Puede optar a los cuidados paliativos si tiene la Parte A y cumple todas estas condiciones:

- Su médico de hospicio y su médico habitual (si lo tiene) certifican que usted padece de una enfermedad terminal (con esperanza vital de 6 meses o menos).
- Usted acepta los cuidados de hospicio en lugar de los cuidados para curar su enfermedad.
- Usted firma una declaración en la que elige los cuidados paliativos en lugar de otros tratamientos cubiertos por Medicare para su enfermedad terminal y afecciones relacionadas.

Costos

- Usted no paga nada por los cuidados de hospicio.
- Usted paga un copago de hasta \$5 por cada receta de medicamentos ambulatorios para el manejo del dolor y los síntomas. En el caso poco frecuente de que el beneficio de hospicio no cubra su medicamento, su proveedor del hospicio debe ponerse en contacto con su plan para ver si la Parte D lo cubre. El proveedor del hospicio le informará si algunos medicamentos o servicios no están cubiertos y si usted deberá pagarlos.
- Puede pagar el 5 % de la cantidad aprobada por Medicare para los cuidados de relevo como paciente internado. El copago no puede superar el deducible anual por hospitalización.
- Medicare Original aún pagará los beneficios cubiertos para cualquier problema de salud que no forma parte de su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, pero esto es poco usual. Una vez que elige la atención de hospicio, su beneficio de hospicio generalmente cubrirá todo lo que necesite.
- Es posible que tenga que pagar alojamiento y comida si vive en un centro (como una residencia de ancianos) y decide recibir cuidados de hospicio.

Cuidado de hospicio (continuación)

Qué es

Según su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, el plan de cuidados que su equipo del hospicio prepara puede incluir cualquier y todos estos servicios:

- Servicios médicos.
- Cuidados de enfermería y servicios médicos.
- Equipos médicos duraderos para aliviar el dolor y tratar los síntomas.
- Suministros médicos, como vendas o catéteres.
- Drogas para el tratamiento del dolor y los síntomas.
- Ayudantes de hospicio y de tareas domésticas.
- Servicios de fisioterapia.
- Servicios de terapia ocupacional.
- Servicios de patología del habla.
- Servicios Sociales
- Asesoramiento nutricional.
- Asesoramiento sobre el duelo y pérdida para usted y su familia.
- Atención como paciente internado a corto plazo para el tratamiento el dolor y los síntomas.
- Atención de hospicio para pacientes hospitalizados, que es la atención que recibe en un centro aprobado por Medicare (como un centro de hospitalización, un hospital o una residencia de ancianos), para que su cuidador habitual (como un familiar o un amigo) pueda descansar. Su proveedor de hospicio puede organizar esto. Usted se puede quedar hasta 5 días cada vez que recibe cuidado de relevo. Podrá obtener cuidado de relevo más de una vez, pero solamente se puede proporcionar ocasionalmente.
- Todo otro servicio cubierto por Medicare que sea necesario para controlar su dolor y otros síntomas relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, según las recomendaciones de su equipo del hospicio.

Más información

- Visite [es.Medicare.gov/coverage/hospice-care](https://www.Medicare.gov/coverage/hospice-care).
- Visite [es.Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para descargar y leer el folleto titulado “Beneficios de hospicio de Medicare.”

Cuidado de rehabilitación como paciente internado

La Parte A cubre los cuidados médicamente necesarios que reciba en un centro o unidad de rehabilitación para pacientes hospitalizados (a veces denominado centro de “rehabilitación” para pacientes hospitalizados, IRF, centro de rehabilitación de cuidados intensivos u hospital de rehabilitación). Su médico debe certificar que padece una enfermedad que requiere rehabilitación intensiva, supervisión médica continuada y una atención coordinada que provenga de la colaboración de sus médicos y terapeutas.

Costos

Usted paga esto por cada período de beneficios en el año 2023:

- Días 1 a 60: deducible de \$1,600.*
- Días 61 a 90: Un copago de \$400 cada día.
- Día 91 y posteriores: Un copago de \$800 por cada día de reserva vitalicia después del día 90 (hasta un máximo de 60 días de reserva a lo largo de su vida).
- Cada día después de los días de reserva de por vida: Todos los costos.

*No tiene que pagar un deducible por los cuidados de rehabilitación en hospitalización si ya se le cobró un deducible por los cuidados que recibió en una hospitalización anterior dentro del mismo periodo de beneficio. Esto se debe a que su periodo de beneficio comienza el primer día de su hospitalización anterior, y esa hospitalización cuenta para su deducible. Por ejemplo, no tendrá que pagar un deducible por los cuidados de rehabilitación en régimen de hospitalización si:

- Le trasladan a un centro de rehabilitación directamente desde un hospital de cuidados crítico.
- Ingresa en un centro de rehabilitación para pacientes internados en los 60 días siguientes de haber sido dado de alta de un hospital.

Qué es

La rehabilitación de pacientes internados puede ayudarle si se está recuperando de una intervención quirúrgica, enfermedad o lesión grave y necesita un programa intensivo de terapia de rehabilitación, supervisión médica y atención coordinada de sus médicos y terapeutas.

La rehabilitación de pacientes internados cubierta por Medicare incluye:

- Servicios de rehabilitación, como fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje.
- Habitación semiprivada.
- Comidas
- Servicios de enfermería
- Medicamentos recetados
- Otros servicios y suministros hospitalarios como parte de su tratamiento hospitalario

Cuidado de rehabilitación como paciente internado (continuación)

Medicare **no** cubre:

- Servicio privado de enfermería
- Teléfono o televisión en su habitación
- Artículos personales, como pasta de dientes, calcetines o maquinillas de afeitar (excepto cuando el hospital se los proporcione como parte del paquete de admisión al hospital)
- Una habitación privada, a menos que sea médicamente necesario

Lo que debe saber

La Parte B cubre los servicios médicos que reciba mientras esté internado en un centro de rehabilitación.

Más información

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

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)

La Parte A cubre el cuidado en un centro de enfermería especializada por un tiempo limitado si se cumplen todas de las siguientes condiciones:

- Usted tiene la Parte A y le quedan días del período de beneficios para usar.
- Usted tiene una hospitalización como paciente internado que califica.
- Su médico ha decidido que usted necesita cuidados diarios especializados. Debe recibir los cuidados de, o bajo su supervisión del, personal especializado de enfermería o terapia.
- Usted recibe estos servicios especializados en un SNF certificado por Medicare.
- Necesita estos servicios especializados por una afección médica:
 - Una afección médica relacionada con el hospital.
 - Una afección que empezó cuando usted recibía atención en el SNF para una afección médica relacionada con el hospital.

Con qué frecuencia

Medicare cubre determinados servicios diarios de atención especializada a corto plazo.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) (continuación)

Costos

En 2023, usted pagará estos importes por cada periodo de beneficio (después de una hospitalización de al menos 3 días médicamente necesaria por una enfermedad o lesión relacionada, o por una afección que comenzó mientras recibía atención en el SNF por una afección médica relacionada con el hospital):

- Días 1-20: \$0 coseguro.
- Días 21-100: Hasta \$200 de coseguro cada día.
- Día 101 y posteriores: 100% de todos los costos.

Existe un límite de 100 días en la cobertura de SNF de la Parte A en cada período de beneficios.

Qué es

La atención de enfermería especializada es aquella que solo pueden llevar a cabo de manera segura y efectiva profesionales o personal técnico del área, o que debe realizarse bajo su supervisión. Es atención médica que se brinda cuando usted necesita enfermería o terapia especializada para tratar, manejar y observar su enfermedad y evaluar su atención. Los servicios cubiertos por Medicare en un centro de enfermería especializada incluyen, entre otros:

- Habitación semiprivada (una habitación que comparte con otros pacientes).
- Comidas.
- Atención de enfermería especializada.
- Fisioterapia y terapia ocupacional, si son necesarias para alcanzar su meta para la salud. Vea las páginas 90 y 112.
- Servicios de patología del habla y el lenguaje, si son necesarios para alcanzar su objetivo de salud. Vea la página 95.
- Servicios médicos sociales.
- Medicamentos.
- Suministros y equipos médicos utilizados en el centro.
- Transporte en ambulancia (cuando otro tipo de transporte pondría su salud en peligro) hasta el proveedor más cercano de los servicios necesarios que no estén disponibles en el SNF.
- Asesoramiento nutricional.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/skilled-nursing-facility-snf-care.

Cuidados de los pies

La Parte B cubre exámenes o tratamientos de los pies realizados por podólogos (médico de los pies) si usted tiene daños de los nervios relacionados con diabetes o necesita tratamiento necesario por razones médicas para lesiones o enfermedades de los pies, (como el dedo en martillo, deformidades del juanete y espolones del talón).

Por lo general, Medicare no cubre cuidados rutinarios de los pies, como el cortar o extirpar callos y callosidades, cortes de las uñas u otros mantenimientos higiénicos o preventivos, como la limpieza y el remojo de los pies.

Costos

- Una vez que alcance el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el tratamiento médicamente necesario que reciba de su médico.
- En un entorno hospitalario ambulatorio, también paga un copago por el tratamiento médicamente necesario.
- En la mayoría de los casos, usted paga el 100% de los cuidados rutinarios de los pies.

Más información

- Si tiene diabetes, consulte “Calzado o plantillas terapéuticas” en la página 18 y “Cuidado de los pies (para la diabetes)” en la página siguiente.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/foot-care.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/foot-care-routine.

Cuidados de los pies (para diabéticos):

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

Con qué frecuencia

Una vez al año, siempre que no haya hecho ver con un profesional médico de los pies por otro motivo durante el tiempo entre las consultas.

Costos

- Después de pagar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para cualquier tratamiento de los pies médicamente necesario que apruebe su médico.
- En un entorno de hospital como paciente ambulatorio, usted también pagará un copago.

Qué es

Dependiendo de los resultados de su examen, el cuidado de los pies puede incluir el tratamiento de las úlceras y callosidades del pie, y el manejo de las uñas de los pies.

Más información

- Vea “Calzado o plantillas terapéuticas” en la página 18.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/foot-care.

Cuidados de salud mental (como paciente ambulatorio)

La Parte B cubre estos servicios ambulatorios de salud mental:

- Un control de la depresión por año. El control deberá ser realizado en un consultorio médico o clínica de atención primaria que pueda proporcionar el tratamiento de seguimiento y/o referidos. Vea “Controles de la depresión” en la página 30.
- Psicoterapia individual y de grupo con médicos (o con otros profesionales autorizados, según lo permita el estado en el que reciba los servicios).
- Asesoramiento familiar, si el propósito principal es ayudar con su tratamiento.
- Pruebas para determinar si está recibiendo los servicios que necesita y si su tratamiento actual le está ayudando.
- Evaluación psiquiátrica.
- Administración de medicamentos
- Ciertos medicamentos recetados que usualmente no son de “autoadministración” (medicamentos que usualmente tomaría sin ayuda), como algunas inyecciones.
- Pruebas diagnósticas.
- Hospitalización parcial. Vea “Cuidados de salud mental (hospitalización parcial)” en la página 49.
- Una consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare.” Esta visita incluye una revisión de sus posibles factores de riesgo de depresión. Vea “Consultas preventivas” en las páginas 26-28.
- Una consulta anual de “Bienestar.” Hable con su médico u otro proveedor médico sobre los cambios en su salud mental desde la última visita. Vea “Consultas preventivas” en las páginas 26-28.

La Parte B también cubre los servicios ambulatorios de salud mental como parte del tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.

Costos

- No paga nada por la evaluación anual de depresión si su médico o proveedor de atención médica acepta la asignación.
- Usted paga el 20% del importe aprobado por Medicare para las visitas a su médico u otro proveedor médico para diagnosticar o tratar su enfermedad. Se aplica el deducible de la Parte B.
- Si usted recibe sus servicios en una clínica o departamento de hospital para pacientes ambulatorios, podría tener que pagar una cantidad adicional al hospital como copago o coseguro.

Cuidados de salud mental (como paciente ambulatorio) (continuación)

Qué es

Los servicios de salud mental consisten en diagnosticar y tratar a personas con trastornos mentales, como depresión y ansiedad. Estas visitas suelen denominarse asesoramiento o psicoterapia.

Lo que debe saber

La Parte B cubre los servicios de salud mental y las visitas con este tipo de profesionales sanitarios:

- Psiquiatras u otros médicos
- Psicólogos clínicos
- Trabajadores sociales clínicos
- Especialistas en enfermería clínica
- Enfermeras de práctica avanzada
- Asistentes médicos

La Parte B cubre los servicios de salud mental ambulatorios, incluidos los servicios que suelen prestarse fuera de un hospital, en estos tipos de entornos:

- Consulta de un médico u otro proveedor médico
- Un departamento de paciente externos de un hospital
- Un centro comunitario de salud mental.

Más información

- Visite es.Medicare.gov/publications para descargar y leer el folleto titulado “Medicare y Sus Beneficios de Salud Mental.”
- Visite es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-outpatient.

Cuidado de salud mental (como paciente internado)

La Parte A cubre los servicios de cuidado médico mental que recibe cuando ingresa como paciente hospitalizado. La Parte B cubre los servicios que recibe de un médico u otro proveedor médico mientras está hospitalizado.

Costos

Usted paga esto por cada período de beneficios en el año 2023:

- Días 1-60: deducible de \$1,600.
- Días 61-90: Un copago de \$400 cada día.
- Día 91 y posteriores: Un copago de \$800 por cada día de reserva vitalicia después del día 90 (hasta un máximo de 60 días de reserva a lo largo de su vida).
- Cada día después de los días de reserva de por vida: Todos los costos.
- 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de salud mental que recibe de médicos y otros proveedores mientras esté internado en el hospital.

Qué es

Los servicios de cuidado médico mental consisten en diagnosticar y tratar a personas con trastornos mentales, como depresión y ansiedad.

Lo que debe saber

Usted puede obtener estos servicios en un hospital general o un hospital psiquiátrico que solamente atiende a personas con afecciones de la salud mental)

Si se encuentra en un hospital psiquiátrico (en vez de un hospital general), la Parte A solamente paga por hasta 190 días de servicios de hospital psiquiátrico como paciente internado durante su vida.

Medicare **no** cubre:

- Servicio privado de enfermería
- Teléfono o televisión en su habitación
- Artículos personales, como pasta de dientes, medias o afeitadoras
- Una habitación privada, a menos que sea médicamente necesario

Más información

- Visite es.Medicare.gov/publications para descargar y leer el folleto titulado “Medicare y Sus Beneficios de Salud Mental.”
- Visite es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-inpatient.

Cuidados de salud mental (hospitalización parcial)

La Parte B podría cubrir servicios bajo un programa de hospitalización parcial si usted satisface ciertos requisitos y su médico certifica que, de otra manera, usted necesitaría atención como paciente internado.

Costos

- Usted paga un porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare para cada servicio que recibe de un médico u otros profesionales calificados de salud mental, si su profesional de atención médica acepta la asignación.
- Una vez que alcance el deducible de la Parte B, también pagará un coseguro por cada día de servicios de hospitalización parcial que reciba en un entorno hospitalario ambulatorio o en un centro comunitario de salud mental.

Qué es

La hospitalización parcial proporciona un programa estructurado de servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios como una alternativa a los cuidados psiquiátricos como paciente internado. Es más intensa que el cuidado que recibe en el consultorio del médico o terapeuta. Usted recibe este tratamiento durante el día, y no tiene que pasar la noche. Medicare ayuda a cubrir los servicios de hospitalización parcial cuando sean proporcionados a través de un departamento de hospital para pacientes ambulatorios o centro de salud mental comunitario.

Lo que debe saber

Como parte de su programa de hospitalización parcial, Medicare puede cubrir la terapia ocupacional que forma parte de su tratamiento de salud mental y la formación y educación individual del paciente sobre su enfermedad.

Medicare solamente cubre la hospitalización parcial si el médico y el programa de hospitalización parcial aceptan la asignación.

Medicare **no** cubre:

- Comidas.
- Transporte hacia o desde los servicios de cuidado médico mental.
- Grupos de apoyo que reúnen a las personas para hablar y socializar (Este es algo distinto a la psicoterapia en grupo, la cual sí se cubre)
- Evaluación o capacitación para habilidades laborales que no forman parte del tratamiento de salud mental.

Más información

- Visite es.Medicare.gov/publications para descargar y leer el folleto titulado “Medicare y Sus Beneficios de Salud Mental.”
- Visite es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization.

Cuidados de urgencia

La Parte B cubre los cuidados de urgencia para tratar enfermedades o lesiones repentinas que no representan una emergencia médica.

Costos

Una vez cubierto el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de su médico u otro proveedor médico. En un entorno de hospital como paciente ambulatorio, usted también pagará un copago.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/urgently-needed-care.

Desfibriladores

Medicare podría cubrir un desfibrilador automático implantable si se le ha diagnosticado fallo cardíaco. La Parte A paga si se realiza la cirugía en un entorno hospitalario como paciente internado. La Parte B paga si se realiza la cirugía en un entorno hospitalario como paciente ambulatorio.

Costos

Visite es.Medicare.gov/coverage/defibrillators para información relativa a los costos.

Más información

- La Parte A cubre las cirugías para implantar desfibriladores en el entorno hospitalario como paciente internado. Vea “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 16-17.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/defibrillators.



Detecciones del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)

La Parte B cubre la detección del VIH si usted cumple una de estas condiciones:

- Tiene entre 15–65 años.
- Es menor de 15 años o mayor de 65 años y tiene un riesgo elevado del VIH.

Con qué frecuencia

Una vez al año, si cumple las condiciones arriba. Si está embarazada, podrá recibir el control hasta 3 veces durante el embarazo.

Costos

Usted no paga nada por la prueba si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Más información

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

Diálisis (para niños)

La Parte A y la Parte B cubren diferentes artículos y servicios para la diálisis infantil (pediátrica).

Si su hijo/a se encuentra en un hospital:

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

Si su hijo/a no está ingresado en un hospital, la Parte B cubre estos servicios de diálisis:

- Tratamientos de diálisis ambulatorios (en un centro de diálisis certificado por Medicare)
- Equipo y suministros para diálisis en el hogar
- Determinados servicios de apoyo en el hogar
- La mayoría de los medicamentos para diálisis ambulatoria o domiciliaria (como un agente estimulante de la eritropoyesis para tratar la anemia)
- Servicios médicos
- Otros servicios que forman parte de la diálisis, como las pruebas de laboratorio
- Diálisis cuando viaja y utiliza un centro certificado por Medicare

Su hijo/a será elegible para Medicare si tanto usted como él/ella cumple estas condiciones:

Una de las siguientes condiciones se aplica a **usted**:

- Usted (o su esposo/a) han obtenido al menos 6 créditos en los últimos 3 años trabajando y pagando los impuestos del Seguro Social.
- Usted (o su esposo/a) recibe o es elegibles para obtener beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Una de las siguientes condiciones se aplica a su **hijo/a**:

- Su hijo/a necesita diálisis regular debido a que sus riñones ya no funcionan.
- Su hijo/a ha tenido un trasplante de riñón.

Costos

- Servicios hospitalarios para pacientes internados: La Parte A paga estos servicios después de que usted alcance el deducible por hospitalización.
- Servicios médicos: Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.
- Servicios de diálisis La cantidad que usted paga podrá variar según la edad de su hijo/a y el tipo de diálisis que necesita.
- Servicios de transporte: En la mayoría de los casos, Medicare no paga el transporte al centro de diálisis.

Si su hijo/a tiene otro seguro, sus costos podrán ser diferentes.

Diálisis (para niños) (continuación)

Qué es

La diálisis es un tratamiento que limpia la sangre cuando los riñones no funcionan. Elimina los residuos perjudiciales, el exceso de sal y los líquidos que se acumulan en el cuerpo. También ayuda a controlar la presión arterial y ayuda al organismo a mantener la cantidad adecuada de líquidos. Los tratamientos de diálisis pueden ayudar a su hijo a sentirse mejor y a vivir más tiempo, pero no son una cura para la insuficiencia renal permanente:

Lo que debe saber

Si su hijo es elegible para Medicare debido a una insuficiencia renal permanente, finalizará la cobertura de Medicare:

- 12 meses después del último mes de los tratamientos de diálisis de su hijo/a.
- 36 meses luego del mes del trasplante de riñón de su hijo/a.

Más información

- Vea “Trasplantes de riñón (niños)” en las páginas 117-118.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/dialysis-children.
- Visite es.Medicare.gov/publications para descargar y leer el folleto “Primeros pasos: Medicare para niños con Enfermedad Renal en Etapa Final.”

Dispositivos protésicos

La Parte B cubre los dispositivos protésicos necesarios para sustituir una parte o función del cuerpo cuando un médico u otro proveedor médico afiliado a Medicare los solicita.

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para las prótesis externas.

Qué es

Los dispositivos protésicos incluyen:

- Prótesis del seno (incluida un sostén quirúrgico). Vea “Prótesis de seno” en la página 75.
- Un par de anteojos convencionales o lentes de contacto que se proporcionan tras una operación de cataratas.
- Bolsas de ostomía y determinados suministros relacionados. Vea “Suministros de ostomía” en la página 107.
- Algunos dispositivos protésicos implantados quirúrgicamente, incluidos los implantes cocleares.
- Suministros urológicos.

Dipositivos protésicos (continuación)

Lo que debe saber

Para que Medicare pague su prótesis, debe acudir a un proveedor inscrito en Medicare. Esto es así independientemente de quién presente la reclamación (usted o su proveedor). Las prótesis implantadas quirúrgicamente están cubiertas por la Parte A o la Parte B, dependiendo de si la intervención se realiza en un entorno de paciente internado o ambulatorio.

Más información

- Vea “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 16-17 para las cirugías cubiertas por la Parte A para implantar dispositivos protésicos en un entorno de paciente internado en un hospital.
- Vea “Servicios de hospital ambulatorio” en las páginas 90-91 para las cirugías cubiertas por la Parte B para implantar prótesis en un entorno hospitalario ambulatorio.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/prosthetic-devices.

Educación sobre la enfermedad renal

Medicare cubre hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal si padece una enfermedad renal crónica en etapa IV que suele requerir diálisis o un trasplante de riñón. Medicare cubre este servicio si su médico u otro proveedor médico le refiere para que reciba el servicio y cuando lo recibe de un médico, de un determinado proveedor no médico cualificado o de un determinado proveedor rural.

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por sesión si recibe el servicio de un médico u otro proveedor médico.

Qué es

La educación sobre la enfermedad renal le enseña a cuidar sus riñones de la mejor manera posible y le brinda información que usted necesita para tomar decisiones informadas sobre sus cuidados.

Más información

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

Elevadores para pacientes

La Parte B cubre los elevadores para pacientes como equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) que su médico recete para uso en casa.

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/patient-lifts.



Enema de bario

La Parte B cubre este examen de rayos X para ayudar a encontrar crecimientos precancerosos o detectar el cáncer de colon en una fase temprana, cuando el tratamiento es más eficaz.

Con qué frecuencia

Medicare cubre la prueba una vez cada 48 meses si tiene 45 años o más cuando su médico la utiliza en lugar de una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia. Si tiene un riesgo alto de cáncer colorrectal y tiene 45 años o más, Medicare cubre esta prueba una vez cada 24 meses.

Costos

Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del médico. En un entorno de paciente ambulatorio de hospital, usted también paga el copago del hospital. No se aplica el deducible de la Parte B.

Qué es

Examen radiológico que puede detectar cambios o anomalías en el intestino grueso (colon).

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/barium-enemas.

Equipo médico duradero (DME, en inglés)

La Parte B cubre el DME necesario por razones médicas si su médico u otro proveedor médico inscrito en Medicare se lo receta para utilizarlo en su domicilio. Debe alquilar la mayoría de los artículos, pero también puede comprarlos o algunos pasan a ser de su propiedad tras efectuar un determinado número de pagos de alquiler.

Los DME que Medicare cubre incluyen, entre otros:

- Andadores
- Bastones
- Bombas de succión
- Camas de hospital
- Elevadores para pacientes
- Equipos de tracción
- Equipos y suministros de oxígeno
- Máquinas de presión positiva continua en las vías respiratorias
- Máquinas, aparatos y accesorios movimiento pasivo continuo
- Medidores de azúcar en sangre y tiras reactivas
- Muletas
- Nebulizadores y medicamentos para nebulizadores
- Servicios de infusión en el hogar
- Sillas con inodoro
- Sillas de rueda y escúteres
- Suministros y bombas de infusión
- Superficies de apoyo que reducen la presión

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero (si su proveedor acepta la asignación). Visite es.Medicare.gov/coverage/durable-medical-equipment-dme-coverage para más información sobre costos.

Equipo médico duradero (DME, en inglés) (continuación)

Qué es

DME se define como equipos que satisfacen estos criterios:

- Duraderos (aguantan usos repetidos)
- Se utilizan por una razón médica
- Normalmente sólo es útil para alguien que está enfermo o lesionado
- Se utilizan en el hogar
- Se espera que dure al menos 3 años

Lo que debe saber

Asegúrese de que sus médicos y suministradores de DME estén inscritos en Medicare. Es importante preguntar a un proveedor si participa en Medicare antes de obtener su DME. Para obtener los beneficios del equipo médico duradero, el médico o proveedor que se lo proporcione debe estar afiliado a Medicare. Si los proveedores participan en Medicare, deben aceptar la asignación. Si los proveedores no participan y no aceptan la asignación, no hay límite en la cantidad que pueden cobrarle.

Más información

- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/publications para consultar el folleto “Cobertura de Medicare de equipos médicos duraderos y otros dispositivos”.

Equipos de tracción

La Parte B cubre los equipos de tracción que son recetados por su médico para uso en el hogar. Se cubren como equipos médicos duraderos (DME, en inglés)

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/traction-equipment.

Equipos y accesorios de oxígeno

La Parte B cubre el alquiler de equipos y accesorios de oxígeno como equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) que su médico recete para uso en casa.

Si usted tiene sus propios equipos, Medicare ayudará a pagar los contenidos y suministros de oxígeno para la entrega del oxígeno cuando se cumplen todas estas condiciones:

- Su médico dice que no está recibiendo suficiente oxígeno.
- Su salud se podría mejorar con la terapia de oxígeno.
- Su nivel de gases en sangre arterial está dentro de un rango determinado.

Si usted cumple las condiciones de arriba, Medicare ayuda a pagar:

- Los sistemas que proveen oxígeno.
- Contenedores para almacenar oxígeno.
- Tubos y suministros relacionados para suministro de oxígeno y los contenidos de oxígeno.

Costos

Una vez que haya alcanzado el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/oxygen-equipment-accessories.

Escúteres

Vea “Sillas de rueda y esúteres” en la página 106.

Estudios de investigación clínica

Para determinados estudios de investigación clínica que cumplen los requisitos, la Parte A y/o la Parte B cubren algunos gastos, como las visitas al consultorio y las pruebas.

Costos

Usted podría pagar 20% de la cantidad aprobada por Medicare, según el tratamiento que reciba. Se podría aplicar el deducible de la Parte B.

Qué es

Los estudios de investigación clínica prueban distintos tipos de atención médica, incluidos nuevos tratamientos, para averiguar su eficacia y seguridad. Por ejemplo, un estudio de investigación clínica puede comprobar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer.

Más información

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

Estudios del sueño

La Parte B cubre los estudios del sueño del Tipo I, II, III y IV y los aparatos correspondientes si usted demuestra signos y síntomas de la apnea del sueño.

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

Medicare solamente cubre las pruebas del Tipo I si se realizan en una instalación de laboratorio del sueño. Su médico deberá ordenar la prueba.

Más información

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



Examen de papanicolaou

Vea “Controles de los cánceres cervical y vaginal” en las páginas 31-32.

Exámenes de audición y equilibrio

La Parte B cubre los exámenes de diagnóstico auditivo y del equilibrio si su médico u otro proveedor médico se los ordena para averiguar si necesita tratamiento médico.

También puede acudir al audiólogo una vez cada 12 meses sin necesidad de que se lo ordene su médico u otro proveedor médico, pero sólo para:

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

Costos

- Una vez que haya alcanzado el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.
- En un entorno de paciente ambulatorio de hospital, usted también paga el copago del hospital.

Más información

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



Exámenes de control del cáncer colorrectal

La Parte B cubre una o más de las siguientes pruebas de control:

- Colonoscopías: Vea la página 25.
- Enema de bario: Vea la página 54.
- Prueba de sangre oculta en heces: Vea la página 76.
- Pruebas de ADN en heces con múltiples objetivos: Vea la página 77.
- Pruebas de biomarcadores sanguíneos: Vea la página 78.
- Sigmoidoscopias flexibles: Vea la página 80.

Qué es

Exámenes para ayudar a detectar crecimientos precancerosos o el cáncer en etapa temprana, cuando el tratamiento es más efectivo.

Exámenes oculares

Medicare cubre estas pruebas oculares preventivas y diagnósticas:

- Exámenes oculares, si usted tiene diabetes: Vea “Exámenes oculares (para diabéticos)” a continuación.
- Pruebas de glaucoma: Vea la página 79.
- Pruebas y tratamientos para la degeneración macular: Vea la página 82.

Exámenes oculares (de rutina)

Medicare no cubre exámenes oculares (a veces denominados “refracciones de los ojos”) para anteojos o lentes de contacto.

Costos

Usted paga 100% por exámenes oculares para anteojos o lentes de contacto.

Más información

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

Exámenes oculares (para diabéticos)

La Parte B cubre exámenes oculares para retinopatía diabética si usted tiene diabetes. El examen deberá ser realizado por un oftalmólogo con autorización legal para realizar la prueba en su estado.

Con qué frecuencia

Una vez al año.

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de su médico. En un entorno de paciente ambulatorio de hospital, usted paga un copago.

Más información

- Otros servicios y suministros para diabéticos: Vea “Servicios para diabéticos” en la página 100 y “Suministros para la diabetes” en la página 108.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/eye-exams-for-diabetes.

Exámenes rectales

Vea “Controles del cáncer de próstata” en la página 32.

Humidificadores

Por lo general, Medicare no cubre los humidificadores u otros artículos parecidos, como calentadores de ambiente, deshumidificadores o filtros de aire eléctricos.

Sin embargo, Medicare cubre los humidificadores de oxígeno que se usan con ciertos equipos médicos duraderos (DME, en inglés) que son cubiertos, cuando sean necesarios por razones médicas.

Costos

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

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/humidifiers.

Insulina

La Parte B no cubre la insulina (a menos que el uso de una bomba de insulina sea necesario por razones médicas), inyectores de insulina, jeringas, agujas, hisopos con alcohol o gasa.

La Parte D cubre:

- Insulina inyectable que no se utiliza con una bomba de insulina tradicional.
- Insulina utilizada con una bomba de insulina desechable.
- Ciertos suministros médicos utilizados para inyectar insulina, como jeringuillas, gasas e hisopos con alcohol.

Costos

Usted paga el 100% de la insulina de la Parte B (a menos que la use con una bomba de insulina tradicional, en cuyo caso pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare una vez que alcance el deducible de la Parte B). Usted paga el 100% de los suministros relacionados con la insulina (como jeringuillas, agujas, hisopos con alcohol y gasas) en la Parte B. Si tiene la Parte D, la insulina que no se utiliza a través de una bomba y los suministros relacionados con la insulina están cubiertos.

Cambios en los costos de la insulina de la Parte D de Medicare a partir del 1 de enero de 2023:

Insulina (continuación)

- Los planes no pueden cobrarle más de \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta por la Parte D de Medicare que tome, y no pueden cobrarle un deducible por insulina.
- Este límite se aplica a todos los usuarios de insulina, incluso si reciben Ayuda Adicional (un programa que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de la Parte D de Medicare).

Si recibe un suministro de insulina para 60 ó 90 días, sus gastos no pueden ser superiores a \$35 por cada mes de suministro de cada insulina cubierta. Por ejemplo, si recibe un suministro para 60 días de una insulina cubierta por la Parte D, no pagará más de \$70.

Nota: A partir del 1 de julio de 2023, se aplicarán límites similares a los costos de la insulina cubierta por la Parte B (incluida la insulina utilizada con una bomba tradicional cubierta por el beneficio de equipos médicos duraderos).

Lo que debe saber

Si utiliza una bomba de insulina externa que no es desechable, la Parte B puede cubrir la insulina utilizada con la bomba y la propia bomba como equipo médico duradero. Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.

Más información

- Otros servicios y suministros para diabéticos: Vea “Servicios para diabéticos” en la página 100 y “Suministros para la diabetes” en la página 108.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/insulin.

Lentes de contacto

Vea “Anteojos o lentes de contacto” en la página 12.



Mamografías

La Parte B cubre:

- Una mamografía de referencia (si es una mujer de entre 35 y 39 años)
- Mamografías de control anuales si es mujer de 40 años o) mayor.
- Mamografías diagnósticas.

Mamografías (continuación)

Con qué frecuencia

- Mamografía de referencia: Una vez en la vida.
- Mamografías de control: Una vez cada 12 meses.
- Mamografías diagnósticas: Más de una vez al año, si es necesario por razones médicas.

Costos

- Mamografías de control: Usted no paga nada por la prueba si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.
- Mamografías diagnósticas: Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Qué es.

Las mamografías son pruebas de control del cáncer de mama.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/mammograms.

Máquinas de movimiento pasivo continuo (CPM, en inglés)

Medicare cubre las máquinas CPM para las rodillas como equipo médico duradero (DME, en inglés) que son recetados por su médico para uso en casa, si usted cumple ciertas condiciones. Por ejemplo, si se ha sometido a una operación de prótesis de rodilla, Medicare cubre los dispositivos CPM durante un máximo de 21 días para utilizarlos en su domicilio.

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/continuous-passive-motion-cpm-machines.

Medicamentos

Vea “Medicamentos recetados (para pacientes ambulatorios)” en las páginas 64-68.

Medicamentos para la osteoporosis

La Parte A y la Parte B le ayudan a pagar un medicamento inyectable para la osteoporosis y las visitas de una enfermera de atención médica a domicilio para inyectarle el medicamento si cumple estas condiciones:

- Es mujer.
- Es elegible para la Parte B y cumple los requisitos para recibir los servicios de atención médica a domicilio de Medicare. Vea “Servicios de cuidado de la salud en el hogar” en las páginas 87-88.
- Tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica.
- Su médico certifica que usted es incapaz de aprender a administrarse el medicamento por inyección y sus familiares o cuidadores no pueden y no quieren administrarle el medicamento por inyección.

Costos

A partir de abril de 2023, el importe de su copago puede cambiar de acuerdo al precio de su medicamento recetado. En la mayoría de los casos, una vez que alcance la franquicia de la Parte B, pagará entre el 0 y el 20% del importe aprobado por Medicare para el costo del medicamento. Usted no paga nada por la visita del enfermero de cuidado de la salud en el hogar para inyectar el medicamento.

Más información

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

Medicamentos recetados (para pacientes ambulatorios)

La Parte B cubre un número limitado de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en determinadas condiciones.

Normalmente, la Parte B cubre medicamentos que usted no se administraría a sí mismo, como los que obtiene en la consulta del médico o en un entorno hospitalario ambulatorio.

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

- **Medicamentos utilizados con algunos tipos de equipos médicos duraderos (DME, en inglés):** Medicare cubre los medicamentos infundidos a través de DME, como una bomba de infusión o medicamentos administrados mediante un nebulizador, si el medicamento utilizado con la bomba es razonable y necesario.
- **Algunos antígenos:** Medicare cubre los antígenos si los prepara un médico y los administra una persona debidamente instruida (que puede ser usted, el paciente) bajo la supervisión adecuada.

Medicamentos recetados (para pacientes ambulatorios) (continuación)

- **Medicamentos inyectables para la osteoporosis:** Medicare cubre los medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted cumple todas estas condiciones:
 - Es usted una mujer con osteoporosis que cumple los criterios para recibir el beneficio de atención médica a domicilio de Medicare.
 - Tiene una fractura ósea y un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica.
 - Su médico certifica que usted no puede administrarse la inyección ni aprender a administrarse el medicamento mediante inyección.

Además, Medicare cubrirá los gastos de la enfermera o auxiliar de atención médica a domicilio que le administre la inyección si su familia o cuidadores no pueden o no quieren administrarle el medicamento mediante inyección.

- **Agentes estimulantes de eritrocitopoyesis:** Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades.
- **Factores de coagulación de la sangre:** Medicare cubre los factores de coagulación que usted mismo se administra mediante inyección, si padece hemofilia.
- **Medicamentos inyectables e infusionados:** Cuando los administra un proveedor médico autorizado, Medicare cubre la mayoría de los medicamentos inyectables y de infusión porque este tipo de medicamentos no suelen autoadministrarse.
- **Medicamentos orales para Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés):** Medicare cubre algunos medicamentos orales para la ESRD si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B para la ESRD lo cubre. Pruebas de detección de la Hepatitis C

Nota: La Parte B cubre los medicamentos calciomiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar. Su instalación de ESRD es responsable de administrarle estos medicamentos. Se los pueden administrar en la instalación misma o entregárselos a través de una farmacia con la cual trabajan. Usted tendrá que trabajar con su instalación de ESRD y su médico para averiguar dónde recibirá estos medicamentos y cuánto pagará.

- **Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda):** Medicare cubre determinados nutrientes si no puede absorberlos a través del tracto intestinal o tomar alimentos por vía oral.

Medicamentos recetados (para pacientes ambulatorios) (continuación)

- **Inmunoglobulina Intravenosa (IVIG, en inglés) proporcionada en casa:** Medicare cubre la IVIG si se le ha diagnosticado una inmunodeficiencia primaria y su médico decide que es médicamente necesario que reciba la IVIG en su domicilio. La Parte B cubre la IVIG en sí, pero no paga otros productos y servicios relacionados con la administración de la IVIG a domicilio.
- **Vacunas (inyecciones):** Medicare cubre las vacunas contra la gripe, el neumococo, el COVID-19, la hepatitis B para determinadas personas y algunas otras vacunas cuando están directamente relacionadas con el tratamiento de una lesión o enfermedad.
- **Medicamentos paratrasplantes/inmunosupresores:** Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare le ayudó a pagar el trasplante de su órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante y la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. Si tiene el Medicare Original, puede inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas para obtener la cobertura de medicamentos de Medicare.
- **Medicamentos orales contra el cáncer:** Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es un profármaco del medicamento inyectable. Un profármaco es una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone para convertirse en el mismo ingrediente activo que contiene en el medicamento inyectable. La Parte B podrá cubrir nuevos medicamentos orales contra el cáncer a medida que se hacen disponibles. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí.
- **Medicamentos orales contra las náuseas:** Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia, o se utilizan como sustituto terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.
- **Medicamentos autoadministrados en entornos hospitalarios como paciente ambulatorio:** En circunstancias muy limitadas, Medicare paga por estos medicamentos si usted los necesita para los servicios hospitalarios que recibe como paciente ambulatorio.

Medicamentos recetados (para pacientes ambulatorios) (continuación)

Si sólo tiene Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés), su cobertura de Medicare, incluida la cobertura de los medicamentos inmunosupresores, finaliza 36 meses después de un trasplante de riñón exitoso. Medicare ofrece un beneficio que puede ayudarle, si usted pierde la cobertura de la Parte A 36 meses después de un trasplante de riñón, y usted no tiene ciertos tipos de otra cobertura de salud (como un plan de salud de grupo, TRICARE, o Medicaid que cubre los medicamentos inmunosupresores). **Este beneficio sólo cubre sus medicamentos inmunosupresores y ningún otro artículo o servicio. No sustituye a la cobertura médica completa.** Si reúne los requisitos, puede acogerse a 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 1-800-325-0788.

Costos

- Los médicos y farmacias deberán aceptar la asignación para medicamentos cubiertos por la Parte B, por lo que nunca se le debe pedir que pague más que el coseguro o el copago del medicamento de la Parte B en sí. A partir de abril de 2023, el costo de su copago puede cambiar en función del precio de su medicamento recetado. En la mayoría de los casos, después de pagar el deducible de la Parte B, usted paga entre el 0 y el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los medicamentos recetados de la Parte B que obtiene en el consultorio médico o en la farmacia, o en un entorno hospitalario ambulatorio.
- Si usted recibe medicamentos que no son cubiertos por la Parte B en un entorno hospitalario como paciente ambulatorio, usted paga 100% por los medicamentos, a menos que tenga la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) u otra cobertura de medicamentos. En ese caso, lo que usted pague dependerá de si su plan cubre el medicamento y de si el hospital pertenece a la red de su plan. Comuníquese con su plan para averiguar lo que debe pagar si recibe medicamentos en un entorno hospitalario ambulatorio que la Parte B no cubre.
- Usted no paga nada (y no se aplica el deducible de la Parte B) por las vacunas contra la gripe, el neumococo y la hepatitis B.
- En 2023, pagará una prima mensual de \$97.10* y un deducible de \$226 si se inscribe en el beneficio de medicamentos inmunosupresores. Una vez que haya pagado el deducible, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para sus medicamentos inmunosupresores.

Medicamentos recetados (para pacientes ambulatorios) (continuación)

Lo que debe saber

La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos que la Parte B no cubre. Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la lista de medicamentos de su plan (también llamada formulario) para ver qué medicamentos ambulatorios cubre.

Más información

- Visite es.Medicare.gov/coverage/prescription-drugs-outpatient.
- Visite es.Medicare.gov/publications para descargar y leer el folleto titulado “Su Guía sobre la Cobertura de Medicare de los Medicamentos Recetados,”

Medición de la masa ósea

La Parte B cubre esta prueba si usted cumple una o más de estas condiciones:

- Es una mujer cuyo médico determina que tiene deficiencia de estrógeno y está en riesgo de osteoporosis, según su historial clínico y otros hallazgos.
- Sus radiografías muestran posible osteoporosis, osteopenia o fracturas vertebrales.
- Está tomando prednisona o medicamentos de tipo esteroide o tiene previsto iniciar este tratamiento.
- Le han diagnosticado con hiperparatiroidismo primario.
- Le están controlando para ver si su tratamiento con medicamentos para la osteoporosis está funcionando.

Con qué frecuencia

Una vez cada 24 meses o más, si fuese necesario por razones médicas).

Costos

Usted no paga nada por esta prueba si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Qué es

Esta prueba ayuda a determinar si usted está en riesgo de huesos rotos.

Más información

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

Membresías del gimnasio y programas de acondicionamiento físico

Medicare no cubre las cuotas de los gimnasios ni los programas de mantenimiento físico.

Costos

Usted paga el 100% de los servicios no cubiertos, incluidos los gimnasios y los programas de mantenimiento físico.

Más información

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

Monitores Continuos de la Glucosa

Medicare cubre los monitores continuos de glucosa y los suministros relacionados. Si utiliza insulina y necesita ajustes frecuentes, Medicare puede cubrir un monitor continuo de glucosa si su médico determina que cumple todos los requisitos de cobertura. Estos requisitos incluyen la necesidad de controlar con frecuencia su nivel de azúcar en sangre (4 o más veces al día) y la necesidad de utilizar una bomba de insulina o de recibir 3 o más inyecciones de insulina al día.

Más información

- Vea “Servicios para diabéticos” en la página las páginas 100 y “Suministros para la diabetes” en la página 108.
- Vea “Insulina” en las páginas 61-62.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/therapeutic-continuous-glucose-monitors.

Muletas

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

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/crutches.

Nebulizadores y medicamentos para nebulizadores

La Parte B cubre nebulizadores (y algunos medicamentos que se usan en los nebulizadores, si se consideran razonables y necesarios). La Parte B cubre los elevadores para pacientes como equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) que su médico recete para uso en casa.

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/nebulizers-nebulizer-medications.

Ojos

Vea “Ojos y extremidades artificiales” a continuación.

Ojos y extremidades artificiales

La Parte B cubre los ojos y extremidades artificiales cuando un médico afiliado a Medicare u otro proveedor médico los solicite.

Costos

Después de que alcance 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.

Planificación anticipada de atención

La Parte B cubre la planificación anticipada voluntaria de los cuidados como parte de su visita anual de “Bienestar”. Vea “Consultas preventivas” en las páginas 26-28. Medicare también podría cubrir este servicio como parte de su tratamiento médico.

Costos

No pagará nada por esta planificación si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación y forma parte de su visita anual de “Bienestar”. Si no se proporciona como parte de su tratamiento médico, se aplicarán el deducible y coseguro de la Parte B.

Planificación anticipada de atención (continuación)

Qué es

Se trata de planificar los cuidados que recibiría si no pudiera hablar por sí mismo. Como parte de la planificación anticipada de los cuidados, puede optar por completar un documento de instrucciones anticipadas. Se trata de un importante documento legal que recoge sus deseos sobre el tratamiento médico en el futuro, en caso de que no pueda tomar decisiones sobre su atención. Puede hablar sobre las directrices anticipadas con su proveedor médico y, si lo prefiere, él puede ayudarle a completar los formularios. Puede actualizar sus intrucciones anticipadas en cualquier momento.

Lo que debe saber

Piense detenidamente quién quiere que hable en su nombre y qué directrices quiere dar. Tiene derecho a llevar a cabo sus planes como usted elija sin discriminación por razón de edad o incapacidad. Para obtener ayuda con las instrucciones anticipada\as, visite el localizador de asistencia a personas mayores [Eldercare] en eldercare.acl.gov.

Más información

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

Procesamiento y manipulación de sangre

Los hospitales suelen cobrar por el procesamiento y manipulación de sangre para cada unidad de sangre que usted recibe, ya sea sangre donada o comprada. La Parte A cubre este servicio si usted es paciente internado. La Parte B cubre este servicio si usted es paciente ambulatorio.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga un copago por los servicios de procesamiento y manipulación de la sangre por cada unidad de sangre que reciba como paciente ambulatorio en un hospital.

Más información

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



Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes

La Parte B cubre el Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare si se cumplen todas estas condiciones en su caso:

- En los 12 meses anteriores a asistir a su primera sesión troncal, tiene un resultado en la prueba de hemoglobina A1c entre 5.7% y 6.4%, una glucosa plasmática en ayunas de 110-125mg/dL, o una glucosa plasmática a las 2 horas de 140-199 mg/dL (prueba oral de tolerancia a la glucosa).
- Tiene un índice de masa corporal (BMI, en inglés) de 25 o superior (BMI de 23 o superior si es asiático).
- Nunca se le ha diagnosticado la diabetes del tipo 1 o tipo 2 o la Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés).
- Nunca ha participado en el Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes.

Con qué frecuencia

Una vez en la vida.

Costos

Usted no paga nada por este programa si es elegible.

Qué es

El Programa Medicare de Prevención de la Diabetes es un programa de eficacia probada para ayudarle a prevenir la diabetes de tipo 2.

El programa comienza con sesiones básicas semanales ofrecidas en grupo durante un periodo de 6 meses. En estas sesiones, usted recibirá:

- Capacitación para hacer cambios realistas y duraderos en su comportamiento, con un enfoque en la dieta y el ejercicio.
- Consejos sobre cómo hacer más ejercicio.
- Estrategias para controlar su peso.
- Un entrenador con capacitación especial para ayudar a motivarle a usted.
- Apoyo de otras personas con metas y desafíos similares.

Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes (continuación)

Una vez que complete las sesiones principales, recibirá 6 sesiones mensuales de seguimiento para ayudarle a mantener hábitos saludables. Si comenzó el Programa Medicare de Prevención de la Diabetes en 2021 o antes, recibirá 12 sesiones mensuales adicionales si cumple determinados objetivos de pérdida de peso y asistencia.

Lo que debe saber

Puede obtener estos servicios de un proveedor aprobado del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare. Estos proveedores pueden ser proveedores médicos tradicionales u organizaciones como centros comunitarios u organizaciones religiosas. Para encontrar un proveedor, visite [es.Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, póngase en contacto con su plan para averiguar dónde puede obtener estos servicios.

Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/diabetes-prevention-program](https://www.Medicare.gov/coverage/diabetes-prevention-program).

Programas de educación sobre la salud y bienestar

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

- Asesoramiento nutricional, si tiene diabetes o enfermedad renal: Vea la página 96.
- Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco: Vea la página 15.
- Capacitación para el manejo de la diabetes: Vea la página 20.
- Consultas anuales de “Bienestar”: Vea las páginas 27-28.
- Controles de la depresión: Vea la página 30.
- Controles y asesoramiento sobre el abuso del alcohol: Vea la página 34.
- Educación sobre la enfermedad renal: Vea la página 53.
- Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes: Vea las páginas 72-73.
- Terapia conductual para la obesidad: Vea las páginas 111.
- Una consulta preventiva “Bienvenido a Medicare.” Vea la página 26.

Programas de rehabilitación cardíaca

La Parte B cubre estos programas integrales si ha padecido al menos una de estas afecciones:

- Un ataque cardíaco en los últimos 12 meses
- Cirugía de bypass de arteria coronaria
- Angina pectoris (dolor del pecho) actual y estable
- Reparación o reemplazo de una válvula cardíaca
- Una angioplastia coronaria (un procedimiento médico que se usa para abrir una arteria bloqueada) o stent coronario (un procedimiento que se usa para mantener abierta a una arteria)
- Un trasplante de corazón o de corazón y pulmón
- Insuficiencia cardíaca crónica estable

La Parte B también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas normales de rehabilitación cardíaca. Medicare cubre estos servicios en un consultorio médico o en un centro hospitalario ambulatorio (incluido un hospital de acceso crítico).

Costos

Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare si recibe los servicios en el consultorio del médico. En un entorno de paciente ambulatorio de hospital, usted también paga el copago del hospital. Se aplica el deducible de la Parte B.

Qué es

Los programas de rehabilitación cardíaca incluyen ejercicio, educación y asesoramiento si ha sufrido un infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca u otros problemas cardíacos como los enumerados arriba.

Más información

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

Programas de rehabilitación pulmonar

La Parte B cubre un programa completo de rehabilitación pulmonar si usted:

- Padece enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, en inglés) de moderada a muy grave y tiene una derivación del médico que la trata.
- Ha tenido COVID-19 confirmada o sospechada y experimenta síntomas persistentes que incluyen disfunción respiratoria durante al menos 4 semanas.

Programas de rehabilitación pulmonar (continuación)

Costos

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

Qué es

Los programas de rehabilitación pulmonar le ayudan a respirar mejor, afortalecerse y a poder vivir de forma más independiente.

Lo que debe saber

Puede recibir estos servicios en la consulta de un médico o en un entorno hospitalario ambulatorio que ofrezca programas de rehabilitación pulmonar.

Más información

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

Prótesis de seno

La Parte B cubre algunas prótesis de seno (incluido un sostén posquirúrgico) después de una mastectomía. La Parte A cubre las prótesis mamarias que se implantan quirúrgicamente después de una mastectomía, si la cirugía tiene lugar en un entorno de paciente internado. La Parte B cubre la cirugía si se realiza en un entorno de paciente ambulatorio.

Costos

Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del médico y las prótesis mamarias externas. Se aplica el deducible de la Parte B.

Más información

- La Parte A cubre las cirugías para implantar prótesis mamarias en un entorno hospitalario como paciente internado. Vea “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 16-17.
- La Parte B cubre cirugías para implantar prótesis mamarias en un entorno hospitalario como paciente ambulatorio. Vea “Servicios de hospital ambulatorios” en las páginas 90-91.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/breast-prostheses.



Prueba de sangre oculta en heces

Medicare cubre las pruebas de detección de sangre oculta en heces si le remite su médico, asistente médico, enfermera especializada o especialista en enfermería clínica.

Con qué frecuencia

Si tiene 45 años o más, Medicare cubre esta prueba de laboratorio 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 médico acepta la asignación.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/fecal-occult-blood-tests.

Pruebas clínicas de laboratorio

La Parte B cubre las pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico médicamente necesarias cuando su médico o proveedor las solicite.

Costos

No paga nada por las pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico aprobadas por Medicare.

Qué es

Las pruebas de laboratorio incluyen determinadas pruebas sanguíneas, análisis de orina, pruebas en muestras de tejidos y algunas pruebas de control.

Más información

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



Pruebas de ADN en heces con múltiples objetivos

Medicare cubre las pruebas caseras de ADN en heces multiobjetivo si usted cumple todas estas condiciones:

- Tiene entre 45 a 85 años.
- No presenta síntomas de enfermedad colorrectal, incluidos, entre otros, dolor gastrointestinal bajo, sangre en las heces o una prueba guayacol de sangre oculta en heces o una prueba inmunoquímica fecal positivas.
- Usted tiene un riesgo promedio de desarrollar el cáncer colorrectal, es decir:
 - 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 o pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario no poliposo.

Con qué frecuencia

Una vez cada 3 años.

Costos

Usted no paga nada por esta prueba si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Qué es

Las pruebas de ADN en heces multiobjetivo utilizan muestras de heces para buscar signos de cáncer de colon.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/multi-target-stool-dna-tests.



Pruebas de biomarcadores sanguíneos

Medicare cubre un análisis de laboratorio de biomarcadores sanguíneos si usted cumple todas estas condiciones:

- Tiene entre 45 a 85 años.
- No presenta síntomas de enfermedad colorrectal (incluyendo entre otros, dolor gastrointestinal inferior, sangre en heces, o resultado positivo en la prueba de guayaco de sangre oculta en las heces o en la prueba inmunoquímica fecal).
- Usted tiene un riesgo promedio de desarrollar el cáncer colorrectal, es decir:
 - No tiene antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal o enfermedad intestinal inflamatoria, incluyendo la Enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
 - No tiene antecedentes familiares de cánceres colorrectales o pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis.

Con qué frecuencia

Medicare cubre una prueba de biomarcadores en sangre (si está disponible) una vez cada 3 años.

Costos

Usted no paga nada por la prueba si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Más información

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

Pruebas de detección de la Hepatitis C

Medicare cubre la prueba de detección de la hepatitis C si su médico de cabecera u otro proveedor médico la solicita y usted cumple una o varias de estas condiciones:

- Estás en situación de alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas.
- Tuvo una transfusión de sangre antes del año 1992.
- Nació entre los años de 1945-1965.

Con qué frecuencia

Una vez, si nació entre 1945-1965 y no se le considera de alto riesgo. Si está en situación de alto riesgo (por ejemplo, si ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde que su anterior prueba de detección de la hepatitis C dio negativo), Medicare cubre las pruebas de detección anuales.

Pruebas de detección de la Hepatitis C (continuación)

Costos

Usted no paga nada por las pruebas de detección si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/hepatitis-c-screening-tests.



Pruebas de glaucoma

La Parte B cubre estas pruebas si usted tiene un alto riesgo de desarrollar la enfermedad ocular glaucoma. Se le considera de alto riesgo si cumple al menos una de estas condiciones:

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

Con qué frecuencia

Una vez cada 12 meses.

Costos

- Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.
- En un entorno de hospital como paciente ambulatorio, usted también pagará un copago.

Lo que debe saber

Un oftalmólogo autorizado legalmente para realizar pruebas de glaucoma en su estado debe realizar o supervisar su exploración.

Más información

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

Pruebas de laboratorio

- Pruebas clínicas de laboratorio: Vea la página 76.
- Pruebas diagnósticas de laboratorio: Vea las páginas 80-81.
- Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio: Vea la página 81.



Pruebas de sigmoidoscopia flexible

Medicare cubre las pruebas 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 para la mayoría de las personas que tienen 45 años o más. Si usted no tiene riesgo elevado, Medicare cubre esta prueba 120 meses después de un control previo de colonoscopia.

Costos

Usted no paga nada si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Si su médico detecta y extirpa una lesión o un crecimiento durante la sigmoidoscopia flexible, usted pagará el 15% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico. En un entorno hospitalario ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio, también paga al centro un importe de coseguro del 15%. En estos casos, no aplica el deducible de la Parte B.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/flexible-sigmoidoscopies.

Pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH)

Vea “Controles de los cánceres cervical y vaginal” en las páginas 31-32.

Pruebas diagnósticas de laboratorio

La Parte B cubre las pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico médicamente necesarias, cuando su médico o proveedor se las solicite. Estas pruebas pueden incluir ciertos análisis de sangre, análisis de orina, ciertas pruebas en muestras de tejido y algunas pruebas de detección.

Costos

Por lo general, usted no paga nada por las pruebas clínicas diagnósticas de laboratorio que son cubiertas por Medicare.

Qué es

Las pruebas diagnósticas de laboratorio buscan cambios en su salud y ayudan a su médico a diagnosticar o descartar una posible enfermedad o afección.

Pruebas diagnósticas de laboratorio (continuación)

Lo que debe saber

Medicare también cubre algunas pruebas y controles preventivos para ayudar a prevenir, o encontrar un problema médico. Vea “Servicios preventivos y control” en las páginas 101-102.

Más información

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

Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio

La Parte B cubre estas pruebas (como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas, radiografías y tomografías por emisión de positrones) cuando su médico u otro proveedor médico las solicita para tratar un problema médico.

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare de las pruebas diagnósticas no de laboratorio cubiertas que reciba en el consultorio de su médico o en un centro independiente de pruebas diagnósticas.

Si le hacen la prueba en un hospital como paciente ambulatorio, también pagará un copago que puede ser superior al 20% de la cantidad aprobada por Medicare. En la mayoría de los casos, este importe no puede ser superior al deducible por hospitalización de la Parte A.

Qué es

Pruebas para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una posible enfermedad o afección.

Lo que debe saber

Medicare también cubre algunas pruebas y controles preventivos para ayudar a prevenir o detectar un problema médico. Para más información, consulte “Servicios preventivos y control” en las páginas 101-102.

Más información

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

Pruebas y tratamientos para la degeneración macular

La Parte B podría cubrir ciertas pruebas diagnósticas y tratamientos (incluido tratamiento con determinados medicamentos inyectados) para enfermedades y afecciones del ojo si usted tiene la degeneración macular por la edad (AMD, en inglés).

Costos

- En la mayoría de los casos, una vez que alcance la franquicia de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el medicamento y los servicios de su médico.
- En un entorno de hospital como paciente ambulatorio, también pagará un copago por separado.

Más información

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

Quimioterapia

Medicare cubre la quimioterapia si padece cáncer. La Parte A la cubre este servicio si es un paciente internado. La Parte B la cubre si es un paciente ambulatorio de un hospital o si recibe los servicios en el consultorio de un médico o en una clínica independiente.

Costos

Si recibe la quimioterapia cubierta por la Parte B en un entorno hospitalario ambulatorio, pagará un copago. Si recibe la quimioterapia en el consultorio de un médico o en una clínica independiente, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de haber pagado el deducible de la Parte B.

Más información

- La Parte A cubre la quimioterapia en un entorno hospitalización. Vea “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 16-17.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/chemotherapy.

Radiografías

La Parte B cubre las radiografías diagnósticas médicamente necesarias cuando el médico que le trata u otro proveedor médico las solicita.

Costos

Después de que alcance el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. En un entorno de hospital como paciente ambulatorio, también pagará un copago por separado.

Más información

- Vea “Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio” en la página 81.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/x-rays.

Radioterapia

La Parte A cubre la radioterapia para pacientes internados en el hospital. La Parte B cubre esta terapia para pacientes ambulatorios o pacientes en clínicas independientes.

Costos

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

Más información

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

Resonancias magnéticas

Vea “Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio” en la página 81.

Sangre

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

Costos

Si su proveedor obtiene sangre de un banco de sangre sin cargo, no tendrá que pagarlo ni reemplazarlo. Si su proveedor tiene que comprar sangre para usted, debe pagar los costos del proveedor por las primeras 3 unidades de sangre que reciba en un año calendario o usted u otra persona puede donar la sangre.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/blood.

Segundas opiniones quirúrgicas

En algunos casos, la Parte B cubre una segunda opinión quirúrgica para una cirugía médicamente necesaria que no sea una urgencia. Medicare también cubrirá una tercera opinión quirúrgica si la primera y la segunda opinión son diferentes.

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. El segundo médico puede pedirle que se haga pruebas adicionales como resultado de la visita. Medicare cubrirá estas pruebas, al igual que cubre otros servicios que sean médicamente necesarios. Si la segunda opinión difiere de la primera, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para una tercera opinión.

Segundas opiniones quirúrgicas (continuación)

Qué es

Una segunda opinión es cuando otro médico ofrece su perspectiva sobre sus problemas de salud y cómo se deberían tratar.

Más información

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

Servicios de administración de cuidado crónico

Si padece 2 o más enfermedades crónicas graves (como artritis o diabetes) que espera que duren al menos un año, Medicare puede pagarle la ayuda de un profesional sanitario para que le atienda esas enfermedades.

Costos

Usted paga una tarifa mensual, y se aplica el deducible y coseguro de la Parte B. Si tiene un seguro complementario u otro tipo de cobertura, incluido Medicaid, puede ayudarle a cubrir la prima mensual.

Qué es

La administración de la atención crónica incluye un plan de atención integral que enumera sus problemas de salud y objetivos, otros proveedores, medicamentos, servicios comunitarios que tiene y necesita, y otra información sobre su salud. También explica los cuidados que necesita y cómo los coordinarán sus proveedores. Su proveedor médico le pedirá que firme un acuerdo para que usted reciba este paquete de servicios mensualmente.

Si usted acepta obtener estos servicios, su proveedor preparará el plan de cuidado para usted o su cuidador, le ayudará con la administración de medicamentos, le proporcionará acceso 24 horas del día, los 7 días de la semana para las necesidades de atención urgente, le apoyará cuando cambia de un entorno de atención médica a otro, revisará sus medicamentos y cómo los toma, y le ayudará con otras necesidades de atención para afecciones crónicas.

Lo que debe saber

Para empezar, pregunte a sus proveedores médicos si ofrecen servicios de gestión de atención crónica.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/chronic-care-management-services.

Servicios de ambulancia

La Parte B cubre el transporte en ambulancia terrestre cuando viajar en cualquier otro vehículo pueda poner en peligro su salud y necesite servicios médicamente necesarios de un:

- Hospital
- Hospital de acceso crítico
- Hospital rural de urgencias, o
- Centro de enfermería especializada

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

En algunos casos, Medicare podría pagar el transporte en ambulancia limitado, médicamente necesario y que no sea de urgencia, si usted tiene una orden escrita de su médico que indique que el transporte es médicamente necesario. Por ejemplo, una persona con una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) puede necesitar transporte en ambulancia médicamente necesario a un centro de diálisis renal.

Costos

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

Lo que debe saber

Medicare solamente cubrirá servicios de ambulancia hasta la instalación médica apropiada más cerca que puede brindar la atención que usted necesita.

Más información

- Visite es.Medicare.gov/coverage/ambulance-services.
- Visite es.Medicare.gov/publications para descargar y leer el folleto titulado “Cobertura de Medicare de los servicios de ambulancia.”

Servicios de cama giratoria

Medicare cubre los servicios de cama giratoria (servicios de centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) que recibe en un hospital) en determinados hospitales y hospitales de acceso crítico cuando el centro ha suscrito un “acuerdo de cama giratoria” con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Costos

Cuando las camas giratorias proporcionan cuidados de nivel SNF, se aplican las mismas normas de cobertura y reparto de costes que si los servicios se prestaran en un SNF.

Qué es

La instalación puede “girar” las camas y proporcionar cuidados críticos en el hospital o en una SNF, según sea necesario.

Más información

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

Servicios de Centro de Salud Calificado Federalmente

Los Centros de Salud Calificados Federalmente son centros de salud pública que se centran en atender a poblaciones en riesgo y subatendidas, como las de zonas urbanas y rurales. La Parte B cubre una amplia gama de servicios ambulatorios de atención primaria y preventiva que puede obtener en los Centros de Salud Calificados Federalmente.

Costos

Por lo general, usted paga 20% de los cargos o la cantidad aprobada por Medicare. Usted no paga nada por la mayoría de los servicios preventivos. No se aplica el deducible de la Parte B. Los Centros de Salud Calificados Federalmente ofrecen tarifas más bajas si sus ingresos son limitados.

Más información

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

Servicios de consejería

Medicare no cubre las cuotas de afiliación a los servicios de consejería (también llamada medicina de consejería, medicina basada en retenedores, medicina boutique, práctica de platino o atención directa).

Costos

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

Qué es

El servicio de consejería es cuando un médico o grupo de médicos cobra una cuota de afiliación antes de atenderle o aceptarle en su consulta. Después de pagar la cuota de afiliación, es posible que reciba algunos u otros servicios que Medicare no cubre.

Más información

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

Servicios de cuidado de la salud en el hogar

La Parte A y/o la Parte B cubren los servicios de atención médica a domicilio siempre que necesite servicios especializados a tiempo parcial o de forma intermitente y siempre que esté “confinado en casa”, es decir:

- Tiene problemas para salir de casa sin ayuda (por ejemplo, bastón, silla de ruedas, andador o muletas, transporte especial o ayuda de otra persona) debido a una enfermedad o lesión.
- No es recomendable que salgas de casa debido a su enfermedad.
- Normalmente no puedes salir de casa porque supone un gran esfuerzo.

Con qué frecuencia

En la mayoría de los casos, “a tiempo parcial o intermitente” significa que puede recibir cuidados especializados de enfermería y servicios de atención médica a domicilio hasta 8 horas al día, con un máximo de 28 horas semanales. Es posible que pueda recibir cuidados más frecuentes durante un breve periodo de tiempo si su médico lo considera necesario.

Costos

- Por todos los servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos, usted no paga nada.
- Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico cubierto por Medicare.

Servicios de cuidado de la salud en el hogar (continuación)

Qué es

Los servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos incluyen:

- Atención de enfermería especializada médicamente necesaria a tiempo parcial o intermitente
- Atención médica en el hogar a tiempo parcial o intermitente (sólo si también recibe atención de enfermería especializada al mismo tiempo)
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Servicios de patología del habla
- Servicios médicos sociales.
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis en mujeres (consulte “Medicamentos para la osteoporosis” en la página 64.)
- Equipo médico duradero.
- Suministros médicos para uso en el hogar

Medicare **no** paga:

- Cuidado de 24 horas por día en el hogar
- Comidas a domicilio;
- Cuidado personal o de custodia que le ayude con las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse y usar el baño) cuando éste sea el único cuidado que necesite
- Servicios de ama de casa (compras, limpieza, etc.) que no estén relacionados con su plan de cuidados.

Lo que debe saber

Un médico u otro proveedor médico (por ejemplo, una enfermera) debe verle a usted antes de certificar que necesita atención médica a domicilio. Un médico u otro proveedor médico debe ordenar su cuidado y una agencia de atención médica a domicilio certificada por Medicare debe proporcionárselo.

Más información

- Visite es.Medicare.gov/coverage/home-health-services.
- Visite es.Medicare.gov/publications para descargar y leer el folleto titulado “Medicare y el Cuidado de la Salud en el Hogar.”

Servicios de evaluación cognitiva y plan de cuidados

Cuando acuda a una visita con su proveedor (incluida la visita anual de “Bienestar”), éste podrá realizarle una evaluación cognitiva para detectar signos de demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer. La Parte B también cubre una visita aparte con su médico habitual o un especialista para revisar a fondo su función cognitiva, establecer o confirmar un diagnóstico como demencia o enfermedad de Alzheimer y elaborar un plan de cuidados.

Los signos de deterioro cognitivo incluyen problemas para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse, gestionar las finanzas o tomar decisiones sobre su vida cotidiana. Afecciones como la depresión, la ansiedad y el delirio también pueden causar confusión, por lo que es importante entender por qué puede estar teniendo síntomas.

Costos

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

Qué es

Durante una evaluación cognitiva, su médico puede:

- Hacer un examen, hablar con usted sobre su historial médico y revisará su medicación.
- Crear un plan de cuidados para ayudarle a tratar y controlar sus síntomas.
- Ayudarle a elaborar o actualizar su plan de cuidados por adelantado.
- Remitirle a un especialista, si es necesario.
- Ayudarle a conocer mejor los recursos de la comunidad, como servicios de rehabilitación, programas de salud diurnos para adultos y grupos de apoyo.

Lo que debe saber

Puede venir acompañado (por ejemplo, de su cónyuge, un amigo o un cuidador) para que le ayude a escuchar la información y responder a las preguntas.

Más información

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

Servicios de fisioterapia

La Parte B cubre la evaluación y el tratamiento de lesiones y enfermedades que modifican su capacidad funcional, o para mejorar o mantener la función actual o minimizar el deterioro, cuando su médico u otro proveedor médico (incluido un profesional de enfermería, un especialista en enfermería clínica o un asistente médico) certifica que usted lo necesita.

Costos

Una vez que alcance 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 ambulatoria médicamente necesarios en un año natural.

Más información

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

Servicios de hospital ambulatorios

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

Los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que son cubiertos podrían incluir:

- Servicios de emergencia u observación, que pueden incluir una noche en el hospital o servicios en una clínica ambulatoria (incluida la cirugía en el mismo día).
- Pruebas de laboratorio facturadas por el hospital.
- Cuidado de salud mental en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente internado de otra manera. Vea “Cuidados de salud mental (hospitalización parcial)” en la página 49.
- Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital.
- Suministros médicos, como tablillas y yesos.
- Servicios preventivos y control. Vea las páginas 101-102.
- Determinados fármacos y productos biológicos que no se administraría usted mismo habitualmente y que recibe como parte de su servicio o procedimiento (como determinados fármacos inyectables).

Servicios de hospital ambulatorios (continuación)

Costos

- Por lo general, usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare por los servicios del médico o de otro proveedor médicos. Es posible que pague más por los servicios que recibe en un entorno hospitalario ambulatorio de lo que pagaría por la misma atención en la consulta de un médico. Sin embargo, el límite máximo del copago para el hospital en calidad de paciente ambulatorio es la cantidad del deducible para pacientes internados.
- Además de la cantidad que paga al médico, normalmente también pagará al hospital un copago por cada servicio que reciba en un entorno hospitalario ambulatorio, excepto determinados servicios preventivos que no tienen copago. En la mayoría de los casos, el copago de cada servicio no puede exceder del deducible para estancias hospitalarias de la Parte A.
- Se aplica el deducible de la Parte B, excepto para ciertos servicios preventivos. Si usted recibe servicios hospitalarios en calidad de paciente ambulatorio en un hospital de acceso crítico, el copago podría ser más y podría exceder el deducible para hospitalizaciones de la Parte A.

Más información

- Visite es.Medicare.gov/coverage/outpatient-hospital-services.
- Para obtener estimados de costos para procedimientos ambulatorios en hospitales, visite es.Medicare.gov/procedure-price-lookup.

Servicios de integración de la salud del comportamiento

Si padece una enfermedad del comportamiento (como depresión, ansiedad u otra enfermedad mental), Medicare puede pagar a su proveedor de atención médica para que le ayude a gestionar su atención por esa enfermedad. Algunos proveedores de atención médica pueden ofrecer servicios de administración de la atención mediante el Modelo de Atención Psiquiátrica Colaborativa.

Costos

Usted paga una tarifa mensual, y se aplica el deducible y coseguro de la Parte B.

Servicios de integración de la salud del comportamiento (continuación)

Qué es

El Modelo de Atención Psiquiátrica Colaborativa es un conjunto de servicios integrados de salud conductual que el apoyo a la administración de cuidado como:

- Planificación de los cuidados de salud conductual
- Evaluación continua de su estado
- Medicamentos de apoyo
- Orientación
- Otros tratamientos recomendados por su proveedor

Su proveedor médico le pedirá que firme un acuerdo para que reciba estos servicios mensualmente.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/behavioral-health-integration-services.

Servicios de la clínica de salud rural

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

Costos

Una vez que alcance la franquicia de la Parte B, pagará el 20% de los gastos. Usted no paga nada por la mayoría de los servicios preventivos.

Qué es

Los dispensarios rurales están situados en zonas no urbanizadas. Proporcionan atención primaria ambulatoria y servicios sanitarios preventivos a personas que viven en zonas con escasez o carencia de servicios médicos.

Más información

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

Servicios de manejo de cuidados de transición

Medicare cubre estos servicios si usted regresa a su comunidad después de una hospitalización en determinados centros, como un hospital o un centro de enfermería especializada. Usted también podrá obtener una consulta en persona dentro de las 2 semanas a partir de su regreso a casa.

Costos

Usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B.

Lo que debe saber

El proveedor de atención médica que maneja su transición de regreso a la comunidad trabajará para coordinar y gestionar su atención por los primeros 30 días después de su regreso a casa. Trabajarán con usted, su familia, cuidadores y otros proveedores.

El proveedor de atención médica también podría:

- Revisar la información sobre los cuidados que recibió en la instalación.
- Proporcionar información para ayudarlo hacer la transición de volver a vivir a casa.
- Ayudarlo con las referidos o los arreglos para la atención de seguimiento o los recursos de la comunidad.
- Ayudarlo con los horarios.
- Manejar sus medicamentos.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services.

Servicios de médicos y otros proveedores de atención médica

La Parte B cubre los servicios médicos médicamente necesarios (incluidos los servicios ambulatorios y los servicios médicos que recibe cuando está internado en un hospital) y los servicios preventivos cubiertos.

Si no ha recibido servicios de su médico o consulta colectiva en los últimos 3 años, se le puede considerar un paciente nuevo. Consulte a su médico o centro de salud para saber si aceptan nuevos pacientes.

Costos

Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de los servicios. No paga nada por determinados servicios preventivos si su médico u otro proveedor acepta la asignación. Vea “Servicios preventivos y control” en las páginas 101-102. Se aplica el deducible de la Parte B.

Lo que debe saber

Un médico puede ser doctor en medicina (MD, en inglés), doctor en medicina osteopática (DO, en inglés) y, en algunos casos, dentista, podólogo (médico de los pies), optometrista (oftalmólogo) o quiropráctico.

Medicare también cubre los servicios que reciba de otro proveedor médico, como:

- Asistentes médicos
- Enfermeras de práctica avanzada
- Especialistas en enfermería clínica
- Fisioterapeutas
- Patólogos del habla y lenguaje
- Psicólogos clínicos
- Terapeutas ocupacionales
- Trabajadores sociales clínicos

Más información

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

Servicios de observación

Vea “Servicios de hospital ambulatorios” en las páginas 90-91.

Servicios de patología del habla

La Parte B cubre los servicios ambulatorios de patología del habla médicamente necesarios si su médico u otro proveedor médico (incluido un profesional de enfermería, un especialista en enfermería clínica o un auxiliar médico) certifica que usted los necesita.

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Qué es

Estos servicios proporcionan evaluación y tratamiento para recuperar y reforzar las habilidades del habla y el lenguaje. Esto incluye habilidades cognitivas y para tragar, o terapia para mejorar o mantener la función actual o ralentizar el deterioro.

Lo que debe saber

No hay límite en la cantidad que Medicare paga por sus servicios de patología del habla ambulatorios médicamente necesarios en un año natural.

Más información

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

Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias

Medicare cubre ciertos controles, servicios y programas que contribuyen al tratamiento y recuperación de los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, entre los que se incluyen:

- Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco: Vea la página 15.
- Controles de la depresión: Vea la página 30.
- Controles y asesoramiento sobre el abuso del alcohol: Vea la página 34.
- Cuidados de la salud mental: Vea las páginas 46-49.
- Servicios de integración de la salud del comportamiento: Vea las páginas 91-92.
- Servicios de tratamiento de los trastornos por consumo de opiáceos: Vea la página 97.
- Telesalud: Vea la página 110.



Servicios de terapia de nutrición

La Parte B cubre los servicios de terapia médica nutricional si padece diabetes o una enfermedad renal, o si ha recibido un trasplante de riñón en los últimos 36 meses.

Costos

No paga nada por los servicios preventivos de terapia médica nutricional si reúne los requisitos para recibirlos.

Qué es

Los servicios podrían incluir:

- Una evaluación inicial de nutrición y estilo de vida
- Servicios individuales o grupales de terapia sobre la nutrición
- Ayuda controlando los factores del estilo de vida que afectan a su diabetes
- Consultas de seguimiento para evaluar su progreso en el control de su dieta

Lo que debe saber

Sólo un Nutricionista Registrado (u otro profesional de la nutrición que cumpla ciertos requisitos) puede proporcionar servicios de terapia médica nutricional, y es necesario que un médico le derive para recibir el servicio.

Si recibe diálisis en un centro de diálisis, Medicare cubre la terapia médica nutricional como parte de su tratamiento general de diálisis.

Si se encuentra en una zona rural, es posible que un Nutricionista Registrado u otro profesional de la nutrición de otra localidad pueda proporcionarle la terapia médica nutricional a través de la telesalud. Vea “Telesalud” en la página 110.

Si padece diabetes, también puede recibir formación para el autocontrol de la diabetes. Vea “Capacitación para el autocontrol de la diabetes” en la página 20.

Más información

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

Servicios de tratamiento de los trastornos por consumo de opiáceos

La Parte B cubre los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos en programas de tratamiento de opiáceos.

Costos

Si tiene Medicare Original, no tendrá que pagar ningún copago por estos servicios si los recibe de un proveedor de un programa de tratamiento de opiáceos que esté inscrito en Medicare y cumpla otros requisitos. No obstante, seguirá aplicándose el deducible de la Parte B.

Qué es

Estos servicios, que ayudan a las personas a recuperarse del trastorno por consumo de opiáceos, incluyen:

- Medicación (como metadona, buprenorfina, naltrexona y naloxona)
- Orientación
- Pruebas de detección de drogas
- Terapia individual y de grupo
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas.

Medicare cubre el asesoramiento, la terapia y las evaluaciones periódicas tanto en persona como, en determinadas circunstancias, mediante entrega virtual (utilizando tecnología de comunicación de audio y vídeo, como su teléfono o una computadora). Medicare también cubre los servicios prestados a través de las unidades móviles de los programas de tratamiento de opiáceos.

Lo que debe saber

Hable con su médico u otro proveedor de atención médica para determinar si usted necesita estas vacunas. También puede visitar [es.Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone) para encontrar un programa cerca de usted.

Los Planes Medicare Advantage también deben cubrir los servicios del programa de tratamiento de opiáceos. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage y ya está en tratamiento, su programa de tratamiento de opiáceos debe participar con su plan y estar inscrito en Medicare para asegurarse de que su tratamiento está cubierto y no se interrumpe. Si no es así, es posible que tenga que cambiar a un programa de tratamiento de opiáceos afiliado a Medicare que participe con su plan. Dado que los planes Medicare Advantage pueden aplicar copagos a los servicios de los programas de tratamiento de opiáceos, debe consultar con su plan si tiene que pagar un copago.

Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services](https://www.Medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services).

Servicios de vendas quirúrgicas

La Parte B cubre los tratamientos que son necesarios por razones médicas de heridas quirúrgicas o que hayan sido tratadas con cirugía.

Costos

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico u otro proveedor médico y, por lo general, no paga nada adicional por los suministros. También paga un copago aparte por estos servicios cuando los recibe en un entorno hospitalario ambulatorio. Se aplica el deducible de la Parte B.

Más información

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

Servicios del departamento de emergencias

La Parte B usualmente cubre los servicios del departamento de emergencias cuando usted tiene una lesión, una enfermedad repentina o una enfermedad que empeora rápidamente.

Costos

- Usted paga un copago por cada visita al servicio de urgencias y un copago por cada servicio hospitalario que reciba.
- Una vez que alcance el deducible de la Parte B, también pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de su médico.
- Si su médico le ingresa en el mismo hospital por una enfermedad relacionada dentro de los 3 días siguientes a su visita al servicio de urgencias, usted no paga el copago porque su visita se considera parte de su hospitalización.

Lo que debe saber

Medicare sólo cubre los servicios de urgencia en el extranjero en raras circunstancias. Si desea más información, consulte “Viajes fuera de EE. UU.” en la página 123.

Más información

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

Servicios del riñón para niños

Medicare cubre diálisis y trasplantes de riñón para niños.

Más información

- Diálisis: Vea “Diálisis (para niños)” en las páginas 51-52.
- Trasplantes de riñón: Vea “Trasplantes de riñón (niños)” en las páginas 117-118.
- Visite [es.Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) para descargar y leer el folleto titulado “Cobertura Medicare de los Servicios de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón.”

Servicios dentales

Medicare no cubre la mayoría de los servicios dentales (incluidos los procedimientos y suministros como limpiezas, empastes, extracciones dentales, dentaduras postizas, placas u otros dispositivos dentales). Medicare Original puede pagar algunos servicios dentales que estén estrechamente relacionados con otros servicios médicos cubiertos.

La Parte A también pagará ciertos servicios dentales que reciba cuando esté internado. La Parte A puede pagar las estancias hospitalarias si necesita someterse a procedimientos dentales de urgencia o complicados, aunque no cubre la mayoría de los servicios dentales.

Costos

Usted paga 100% de los servicios que no son cubiertos, incluida la mayoría de los cuidados dentales.

Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/dental-services](https://www.medicare.gov/coverage/dental-services).

Servicios hospitalarios de cuidado a largo plazo

La Parte A cubre los cuidados a largo plazo en hospitales.

Costos

Lo paga por cada periodo de beneficio en 2023:

- Días 1 a 60: deducible de \$1,600.*
- Días 61 a 90: Un copago de \$400 cada día.
- Día 91 y posteriores: Un copago de \$800 por cada día de reserva vitalicia después del día 90 (hasta un máximo de 60 días de reserva a lo largo de su vida)
- Cada día después de los días de reserva de por vida: Todos los costos.

Servicios hospitalarios de cuidado a largo plazo (continuación)

*No tiene que pagar una franquicia por los cuidados que reciba en el hospital de cuidados a largo plazo si ya le cobraron una franquicia por los cuidados que recibió en una hospitalización anterior dentro del mismo periodo de beneficio. Esto se debe a que el periodo de beneficio comienza el primer día de su hospitalización anterior, y esa hospitalización cuenta para su deducible. Por ejemplo, no tendrá que pagar un deducible por la atención hospitalaria si:

- Le trasladan a un hospital de cuidados a largo plazo directamente desde un hospital de cuidados críticos.
- Le ingresan en un hospital de cuidados a largo plazo en los 60 días siguientes a haber sido dado de alta de un hospital.

Qué es

Los hospitales de cuidados a largo plazo suelen atender a pacientes con más de una enfermedad grave. Los pacientes pueden mejorar con el tiempo y los cuidados, y finalmente volver a casa. Estos hospitales suelen ofrecer servicios como terapia respiratoria, tratamiento de traumatismos craneoencefálicos y manejo del dolor.

Más información

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

Servicios para diabéticos

Medicare podría cubrir uno o más de los siguientes artículos o servicios:

- Capacitación para el manejo de la diabetes: Vea la página 20.
- Cuidados de los pies (para diabéticos): Vea la página 45.
- Exámenes oculares (para diabéticos): Vea la página 60.
- Pruebas de glaucoma: Vea la página 79.
- Servicios de terapia de nutrición: Vea la página 96.

Más información

- Los suministros que son cubiertos si usted tiene diabetes: Vea “Suministros para la diabetes” en la página 108.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/humidifiers.



Servicios preventivos y control

Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y controles. Cada servicio preventivo cubierto en este folleto se indica con una imagen de manzana. Hable con su médico sobre cuáles servicios preventivos son adecuados para usted.

Qué es

Los servicios preventivos le ayudan a mantenerse sano, detectar temprano problemas de salud, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir determinadas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, pruebas de laboratorio y controles. También incluyen programas de monitoreo de la salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

He aquí una lista de los servicios preventivos y de detección que cubre la Parte B:

- Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco: Vea la página 15.
- Capacitación para el manejo de la diabetes: Vea la página 20.
- Consultas preventivas: Vea las páginas 26-28.
- Controles de aneurisma aórtico abdominal: Vea la página 28.
- Controles de enfermedad cardiovascular: Vea la página 29.
- Controles de infección por el Virus de la Hepatitis B (HBV, en inglés): Vea la página 30.
- Controles de la depresión: Vea la página 30.
- Controles de la diabetes: Vea la página 31.
- Controles de los cánceres cervical y vaginal: Vea las páginas 31-32.
- Controles del cáncer de próstata: Vea la página 32.
- Controles del cáncer de pulmón: Vea la página 33.
- Controles del VIH: Vea la página 50.
- Controles y asesoramiento sobre el abuso del alcohol: Vea la página 34.
- Controles y orientación sobre infecciones de transmisión sexual: Vea las páginas 34-35.
- Exámenes de control del cáncer colorrectal: Vea la página 59.
- Mamografías: Vea las páginas 62-63.

Servicios preventivos y control (continuación)

- Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes: Vea las páginas 72-73.
- Pruebas de biomarcadores sanguíneos: Vea la página 78.
- Pruebas de detección de la Hepatitis C: Vea la página 78-79.
- Pruebas de glaucoma: Vea la página 79.
- Servicios de terapia de nutrición: Vea la página 96.
- Terapia conductual cardiovascular: Vea la página 111.
- Terapia conductual para la obesidad: Vea las páginas 111.
- Vacunas (o inyecciones): Vea la página 119.
- Vacunas contra la Hepatitis B: Vea la página 122.

Más información

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

Servicios principales de manejo de cuidados

Medicare cubre los servicios específicos de una enfermedad para ayudarle a manejar el cuidado de una sola enfermedad crónica compleja que le ponga en riesgo de hospitalización, deterioro físico o cognitivo o muerte. Si padece una enfermedad crónica de alto riesgo que se prevé que dure al menos 3 meses (como el cáncer) y no está recibiendo tratamiento para ninguna otra enfermedad compleja, Medicare puede pagar la ayuda de un proveedor médico para el manejo de su cuidado.

Costos

Una vez que alcance 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 de cuidados específico para su enfermedad y lo controlará y ajustará continuamente, incluidos los medicamentos que tome.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/chronic-care-management-services.

Servicios quiroprácticos

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

Costos

Después de que alcance 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 pruebas que ordene un quiropráctico, como radiografías, masajes terapéuticos y acupuntura (a menos que la acupuntura sea para el tratamiento de una lumbalgia crónica).

Más información

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

Servicios y suministros de diálisis

Las personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) padecen una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón. Medicare cubre muchos servicios y suministros de diálisis renal si usted padece de ESRD, incluyendo:

- **Tratamientos de diálisis para pacientes internados:** La Parte A cubre la diálisis si está ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales. Vea “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 16-17.
- **Tratamientos ambulatorios de diálisis y servicios médicos:** La Parte B cubre una variedad de servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare o en su domicilio. Por ejemplo, la Parte B cubre las pruebas de laboratorio relacionadas con la ESRD y determinados medicamentos (como la heparina, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis utilizados para tratar la anemia relacionada con su ESRD). La Parte B no cubre los medicamentos relacionados con la ESRD que sólo están disponibles en forma de dosis oral (medicamentos que se toman por la boca y que sólo vienen en cápsula, comprimido o líquido). Sólo la Parte D cubre los medicamentos de administración oral relacionados con la ESRD.
- **Capacitación sobre diálisis en el hogar:** Si usted es candidato para recibir diálisis en casa, la Parte B cubre la formación para usted y para la persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. La formación debe impartirla un centro de formación en diálisis domiciliaria certificado por Medicare. Otras instalaciones de diálisis pueden facturar a Medicare (directamente o por acuerdo) por la provisión de capacitación para la diálisis en el hogar.

Servicios y suministros de diálisis (continuación)

- **Equipo y suministros para diálisis en el hogar:** La Parte B cubre determinados equipos y suministros relacionados con la diálisis domiciliaria (como la máquina de diálisis, el sistema de tratamiento del agua, el sillón reclinable básico, el alcohol, las toallitas, los paños estériles, los guantes de goma y las tijeras).
- **Servicios de diálisis en el hogar:** La Parte B cubre los servicios de apoyo a la diálisis domiciliaria que recibe de su centro de diálisis. Esto puede incluir visitas de trabajadores capacitados del hospital o del centro de diálisis para supervisar su diálisis en casa, ayudar en casos de emergencia (cuando sea necesario) y revisar su equipo y suministro de agua. También puede incluir una visita cara a cara entre usted y su médico (o determinados proveedores que no son médicos, como los asistentes médicos y las enfermeras especializadas) una vez al mes.
- **Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar:** La parte B cubre la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesarios), los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como la epoetina alfa o la darbepoetina alfa) para tratar la anemia relacionada con su enfermedad renal.
- **Otros servicios y suministros de diálisis:** La Parte B cubre otros servicios y suministros relacionados con la diálisis (como las pruebas de laboratorio).
- **Transporte en ambulancia:** En algunos casos, Medicare podría cubrir el transporte en ambulancia cuando usted padece de ESRD, necesita diálisis y necesita transporte en ambulancia para llegar o salir de una instalación de diálisis.

Costos

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

Lo que debe saber

Medicare **no** cubre:

- Asistentes pagos de diálisis para ayudarlo con la diálisis en el hogar
- Salarios perdidos de usted o la persona que le ayude durante la capacitación de diálisis en el hogar
- Alojamiento durante el tratamiento
- Sangre o concentrado de glóbulos rojos para la diálisis en el hogar, a menos que sea parte de un servicio médico

Más información

- Vea “Diálisis (para niños)” en las páginas 51-52.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/dialysis-services-supplies.
- Visite es.Medicare.gov/publications para descargar y leer el folleto titulado “Cobertura Medicare de los Servicios de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón.”

Servicios y suministros de terapia de infusión a domicilio

La Parte B cubre los equipos y suministros de infusión a domicilio como equipo médico duradero (DME, en inglés) cuando se utilizan en su domicilio.

Medicare también cubre los servicios de terapia de infusión a domicilio, como las visitas de enfermería, la capacitación del cuidador y la monitorización del 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 a domicilio y por el equipo y suministros que utilice en su domicilio. Para el equipo y los suministros se aplica el deducible de la Parte B.

Qué es

Los suministros de infusión a domicilio incluyen bombas, postes intravenosos, tubos, catéteres y determinados medicamentos de infusión. Los servicios profesionales asociados a la terapia de infusión a domicilio incluyen los servicios de enfermería, formación, educación y monitorización del paciente necesarios para administrar determinados medicamentos intravenosos o subcutáneos de forma segura en su domicilio.

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/home-infusion-services-supplies.

Servicios y suministros para los riñones

Vea “Servicios y suministros de diálisis” en las páginas 103-104.

Servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes ambulatorios

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

Costos

Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del médico o de otro proveedor médico. Por lo general, usted también paga un copago por cada servicio que recibe en un entorno hospitalario ambulatorio. En la mayoría de los casos, el copago no puede ser superior a la franquicia por estancia hospitalaria de la Parte A por cada servicio que reciba. Se aplica el deducible de la Parte B y usted paga todos los costos de los artículos o servicios que no son cubiertos por Medicare.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/outpatient-hospital-services.

Sillas con inodoro

La Parte B cubre sillas con inodoro como equipo médico duradero (DME, en inglés) si su médico ordena que lo use en su casa, si usted está confinado a su cuarto.

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/commode-chairs.

Sillas de rueda eléctricas

Vea “Sillas de rueda y escúteres” a continuación.

Sillas de ruedas & escúteres

La Parte B de Medicare cubre las sillas de ruedas y los vehículos eléctricos (escúteres) y como equipo médico duradero (DME, en inglés) que su médico le receta para utilizar en su domicilio.

Para que Medicare cubra una silla de ruedas eléctrica o un escúter, debe someterse a un examen médico y recibir una receta de un médico u otro profesional de cuidado médico. La Parte B sólo cubre las sillas de ruedas eléctricas y los escúteres cuando son médicamente necesarios.

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/wheelchairs-scooters.

Soportes (brazos, piernas, espalda y cuello)

La Parte B cubre los aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello cuando sean necesarios por razones médicas y los solicite un médico inscrito en Medicare u otro proveedor médico.

Costos

Una vez que haya alcanzado el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

Si usted vive o visita un área de licitación competitiva y necesita una férula ortopédica para la espalda o la rodilla (OTS, en inglés), por lo general debe utilizar proveedores específicos llamados “proveedores contratados”, si desea que Medicare le ayude a pagar la férula OTS. Los proveedores contratados deben proporcionarle la ortesis y aceptar la asignación como condición de su contrato con Medicare.

Soportes (brazos, piernas, espalda y cuello) (continuación)

Visite es.Medicare.gov/supplier para averiguar si vive o está de visita en un área de licitación competitiva, o para encontrar proveedores que acepten la asignación. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Más información

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

Suministros

La Parte B no suele cubrir los suministros médicos comunes que se suelen utilizar en casa, como vendas y gasas.

Costos

Usted paga 100% por la mayoría de los suministros médicos comunes para uso en el hogar.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/supplies.

Suministros de ostomía

La Parte B cubre los suministros de ostomía que son necesarios por razones médicas si usted ha tenido un colostomía, ileostomía u ostomía urinaria. Medicare cubre la cantidad de suministros que su médico dice que usted necesita, según la condición de usted.

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para 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.

Suministros para la diabetes

La Parte B cubre algunos suministros para diabéticos, incluidos:

- Calzado o plantillas terapéuticas
- Insulina y suministros relacionados, como tubos, juegos de inserción y bombas
- Lancetas y porta lancetas
- Medidores continuos de glucosa y suministros relacionados, como sensores
- Medidores de glucosa en sangre (azúcar en la sangre)
- Soluciones de control de la glucemia (para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los medidores)
- Tiras reactivas para azúcar en la sangre

Con qué frecuencia

Puede haber límites en la cantidad o la frecuencia con la que recibe estos suministros. Para más información, vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56

Costos

Si su proveedor acepta la asignación, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de haber pagado el deducible de la Parte B.

Lo que debe saber

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

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Servicios cubiertos si padece diabetes: Vea “Servicios para diabéticos” en la página 100.
- Monitores de azúcar en la sangre: Visite es.Medicare.gov/coverage/blood-sugar-monitors.
- Soluciones de control del azúcar en sangre: Visite es.Medicare.gov/coverage/glucose-control-solutions.
- Tiras reactivas de azúcar en la sangre: Visite es.Medicare.gov/coverage/blood-sugar-test-strips.
- Dispositivos de monitoreo continuo de la glucosa y los suministros correspondientes: Visite es.medicare.gov/coverage/therapeutic-continuous-glucose-monitors.
- Calzado o plantillas terapéuticas: Vea la página 18.
- Insulina: Vea las páginas 61-62.
- Lancetas y porta lancetas: Visite es.Medicare.gov/coverage/lancet-devices-lancets.

Suministros para la incontinencia y pañales para adultos

Medicare no cubre los suministros para la incontinencia o pañales para adultos.

Costos

Usted paga 100% de los suministros para la incontinencia y pañales para adultos.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/incontinence-supplies-adult-diapers.

Suministros y equipos de nutrición enteral

La Parte B cubre los suministros y equipos de nutrición enteral (bombas de alimentación) en el marco de los beneficios para dispositivos protésicos.

Costos

Después de que alcance el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Medicare cubrirá la bomba de infusión enteral de un médico o proveedor inscrito en Medicare. Si un proveedor no acepta la asignación, no hay límite en la cantidad que puede cobrarle y es posible que tenga que pagar la factura completa (tanto su parte como la de Medicare) en el momento de recibir la bomba.

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/enteral-nutrition-supplies-equipment.

Superficies de apoyo que reducen la presión

La Parte B cubre las superficies de apoyo que reducen la presión como equipo médico duradero (DME, en inglés) que su médico le receta para utilizar en su domicilio.

Nota: Si vive en determinados estados, es posible que tenga que obtener una autorización previa para 5 tipos de superficies de apoyo reductoras de la presión.

Qué es

Las superficies de apoyo reductoras de la presión incluyen determinadas camas (como las camas neumáticas), colchones y sobre colchones.

Más información

- Vea “Equipo Médico Duradero (DME, en inglés)” en las páginas 55-56.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/pressure-reducing-support-surfaces.

Telesalud

La Parte B cubre determinados servicios de Telesalud.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de su médico u otro proveedor médico. Para muchos de los servicios de telesalud, pagará la misma cantidad que si los recibiera en persona.

Qué es

La telesalud incluye determinados servicios médicos o sanitarios que recibe de su médico u otro proveedor de atención sanitaria que se encuentre en otro lugar (dentro de EE.UU.) utilizando tecnología de comunicaciones de audio y vídeo (o servicios de telesalud sólo de audio en algunos casos), como su teléfono o una computadora. Puede obtener muchos de los mismos servicios que normalmente se prestan en persona como servicios de telesalud, como psicoterapia y visitas al consultorio.

Durante la emergencia de salud pública COVID-19 y hasta el 31 de diciembre de 2024, puede recibir servicios de telesalud en cualquier lugar de EE.UU., incluido su domicilio. Después de este periodo, deberá estar en un consultorio u otro centro médico situado en una zona rural (en EE.UU.) para la mayoría de los servicios de telesalud.

Puede recibir determinados servicios de telesalud de Medicare **sin** tener que estar en un centro sanitario rural, por ejemplo:

- Visitas mensuales por Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) para diálisis domiciliaria.
- Servicios para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular grave dondequiera que se encuentre, incluyendo en una unidad móvil de accidentes cardiovasculares.
- Servicios para tratar un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente (a veces denominado “trastorno dual”), o para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de un trastorno de salud mental en su domicilio.

Lo que debe saber

Los planes Medicare Advantage y los proveedores de algunas Organizaciones Responsables de la Salud (ACO, en inglés) de Medicare pueden ofrecer más beneficios de telesalud que Medicare Original. Por ejemplo, es posible que pueda obtener algunos servicios desde su casa, sin importar en qué lugar de Estados Unidos viva. Consulte con su plan para saber qué beneficios ofrecen. Si su proveedor participa en una ACO, consulte qué beneficios de telesalud podrían estar disponibles para usted.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/telehealth.

Terapia con oxígeno hiperbárico

Medicare cubre la terapia con oxígeno hiperbárico, si usted cumple determinadas condiciones y recibe la terapia en una cámara (incluida una unidad unipersonal).

Costos

Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare y se podría aplicar el deducible de la Parte B.

Qué es

La terapia con oxígeno hiperbárico expone todo el cuerpo al oxígeno a una presión atmosférica elevada.

Más información

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



Terapia conductual cardiovascular

La Parte B cubre una visita de terapia conductual cardiovascular con su médico de atención primaria u otro proveedor de atención primaria en un entorno de atención primaria (como la consulta de un médico).

Con qué frecuencia

Una vez cada año.

Costos

No paga nada si su médico de cabecera u otro proveedor médico primario calificado acepta la asignación.

Qué es

La terapia conductual cardiovascular le ayuda a rebajar su riesgo de enfermedades cardíacas. Durante el tratamiento, su médico puede hablarle del uso de aspirina (si procede), controlarle la tensión arterial y darle consejos sobre una buena alimentación.

Más información

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



Terapia conductual para la obesidad

Medicare cubre controles de obesidad y terapia conductual si usted tiene un índice de masa corporal (BMI, por sus siglas de inglés) de 30 o más. Medicare cubre este asesoramiento si su médico de cabecera u otro proveedor de atención primaria se lo proporciona en un entorno de atención primaria (como la consulta del médico), donde pueden coordinar su plan de prevención personalizado con el resto de sus cuidados.

Terapia conductual para la obesidad (continuación)

Costos

Usted no paga nada por este servicio si su médico de cabecera u otro profesional médico primario calificado acepta la asignación.

Qué es

La terapia conductual de la obesidad incluye un cribado inicial del IMC y sesiones de terapia conductual que incluyen una evaluación dietética y asesoramiento para ayudarlo a perder peso centrándose en la dieta y el ejercicio.

Más información

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

Terapia de masaje

Medicare no cubre la terapia de masaje.

Costos

Usted paga 100% de los servicios que no son cubiertos, incluida la terapia de masaje.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/massage-therapy.

Terapia ocupacional

La Parte B cubre la terapia ocupacional ambulatoria médicamente necesaria si su médico u otro proveedor médico (incluido un profesional de enfermería, un especialista en enfermería clínica o un auxiliar médico) certifica que usted la necesita.

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Qué es

Terapia para ayudarlo a realizar actividades de la vida diaria (como vestirse o bañarse). Cuando su médico u otro proveedor médico certifica que la necesita, esta terapia ayuda a mejorar o mantener las capacidades actuales, o a ralentizar el deterioro.

Lo que debe saber

No hay límite en la cantidad que Medicare paga por sus servicios de terapia ocupacional ambulatoria médicamente necesarios en un año natural.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/occupational-therapy-services.

Tomografías computadas

Vea “Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio” en la página 81.

Tomografías por emisión de positrones

Vea “Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio” en la página 81.

Trasplantes de órgano

La Parte A cubre:

- Pruebas, análisis y exámenes necesarios.

En general, la Parte A también cubre:

- Servicios de trasplantes de los órganos del corazón, pulmón, riñón, páncreas, intestino, e hígados
- Medicamentos inmunosupresores (trasplante), cuidados de seguimiento y obtención de órganos
- Trasplantes de células madre

La Parte B cubre:

- Los servicios del médico correspondientes a trasplantes los órganos del corazón, pulmón, riñón, páncreas, intestino e hígado

La Parte B también cubre los medicamentos inmunosupresores (medicamentos para el trasplante) si Medicare pagó el trasplante. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores.

Si sólo tiene Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por su sigla en inglés), su cobertura de Medicare, incluida la cobertura de los medicamentos inmunosupresores, finaliza 36 meses después de un trasplante de riñón exitoso. Medicare ofrece un beneficio que puede ayudarlo, si pierde la cobertura de la Parte A 36 meses después de un trasplante de riñón y no tiene ciertos tipos de otra cobertura médica (como un plan de salud grupal, TRICARE o Medicaid que cubra los medicamentos inmunosupresores). **Este beneficio sólo cubre sus medicamentos inmunosupresores y ningún otro artículo o servicio. No sustituye a la cobertura médica completa.** Si reúne los requisitos, puede acogerse a 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 1-800-325-0788.

Trasplantes de órgano (continuación)

Costos

Usted paga por el trasplante y los servicios relacionados:

- 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de su médico una vez que alcance el deducible de la Parte B.
- Varios costos cobrados por los gastos de la instalación de trasplante.
- Nada para el donante vivo en caso de un trasplante de riñón.
- Nada por las pruebas de laboratorio certificadas por Medicare.

En 2023, pagará una prima mensual de \$97.10* y un deducible de \$226 si se inscribe en el beneficio de medicamentos inmunosupresores. Una vez que haya cumplido con el deducible, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para sus medicamentos inmunosupresores.

*Es posible que pague una prima más alta según sus ingresos.

Lo que debe saber

- Debe recibir un trasplante de órganos 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, otro proveedor médico y los hospitales pertenezcan a la red del plan. Además, verifique las normas de cobertura del plan para la autorización previa.

Más información

- Trasplantes de riñón para adultos: Vea “Trasplantes de riñón” en las páginas 116-117.
- Trasplantes de riñón para niños: Vea “Trasplantes de riñón (niños)” en las páginas 117-118.
- Trasplantes de páncreas: Vea “Trasplantes de páncreas” en la página 115.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/kidney-transplants.

Trasplantes de páncreas

Medicare cubre los trasplantes de páncreas en determinadas condiciones. Si tiene: Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) y necesita un trasplante de páncreas, Medicare cubre el trasplante si se hace al mismo tiempo o después de recibir un trasplante de riñón.

En algunos casos, Medicare también puede cubrir un trasplante de páncreas aunque no necesite un trasplante de riñón.

Costos

Usted paga:

- 20% del importe aprobado por Medicare para los servicios médicos.
- Varias cantidades cobradas por la instalación de trasplante.
- Nada por las pruebas de laboratorio aprobadas por Medicare.

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 médicos y los hospitales pertenezcan a la red del plan. Además, compruebe las normas de cobertura del plan en cuanto a autorización previa.

Más información

- Otros tipos de trasplantes cubiertos por Medicare: Vea “Trasplantes de órgano” en las páginas 113-114.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/pancreas-transplants.

Trasplantes de riñón

La Parte A y la Parte B cubren artículos y servicios distintos relacionados con trasplantes de riñón. Medicare cubre estos servicios si los realiza el hospital certificado por Medicare donde recibirá el trasplante u otro hospital que participe en Medicare.

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

- Servicios como paciente internado en un hospital certificado por Medicare
- Tarifa de registro de riñón
- Pruebas de laboratorio y de otro tipo para evaluar su estado de salud y el de los posibles donantes de riñón.
- Encontrar el riñón adecuado para su cirugía de trasplante (si no hay donante de riñón)
- Cualquier atención hospitalaria adicional para su donante en caso de problemas derivados de la cirugía
- Sangre (unidades completas de concentrado de hematíes, componentes sanguíneos y el coste del procesamiento y la administración de la sangre).

El costo completo de la atención para su donante de riñón (incluyendo a la atención antes de la cirugía, la cirugía misma y la atención después de la cirugía). Usted ni su donante tendrán que pagar deducible, coseguro ni ningún otro coste por su estancia en el hospital.

La Parte B cubre los servicios de trasplante y paga parte de los costes de la sangre y los servicios médicos para:

- Cirugía de trasplante de riñón (incluidos los cuidados previos a la cirugía, la cirugía propiamente dicha y los cuidados posteriores a la cirugía)
- El donante de riñón durante su estancia en el hospital

La Parte B también cubre los medicamentos inmunosupresores (medicamentos para el trasplante) si Medicare pagó el trasplante. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores.

Si sólo tiene Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés), su cobertura de Medicare, incluida la cobertura de los medicamentos inmunosupresores, finaliza 36 meses después de un trasplante de riñón exitoso. Medicare ofrece un beneficio que puede ayudarlo, si pierde la cobertura de la Parte A 36 meses después de un trasplante de riñón y no tiene ciertos otros tipos de cobertura médica (como un plan de salud grupal, TRICARE o Medicaid que cubra los medicamentos inmunosupresores). **Este beneficio sólo cubre sus medicamentos inmunosupresores y ningún otro artículo o servicio. No sustituye a la cobertura sanitaria completa.** Si reúne los requisitos, puede acogerse a 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 1-800-325-0788.

Trasplantes de riñón (continuación)

Costos

Usted paga por el trasplante y los servicios relacionados:

- 20% de la cantidad aprobada por Medicare.
- Varias cantidades cobradas por la instalación de trasplante.
- Nada por un donante vivo en caso de un trasplante de riñón.
- Nada por las pruebas de laboratorio aprobadas por Medicare.

En 2023, pagará una prima mensual de \$97.10* y un deducible de \$226 si se inscribe en el beneficio de medicamentos inmunosupresores. Una vez que haya cumplido con el deducible, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para sus medicamentos inmunosupresores.

*Es posible que pague una prima más alta según sus ingresos.

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, otro proveedor médico y los hospitales pertenezcan a la red del plan. Además, consulte las normas del plan sobre autorización previa y cobertura para donantes de riñón.

Más información

- Vea “Trasplantes de órgano” en las páginas 113-114.
- Vea “Trasplantes de riñón (niños)” a continuación.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/kidney-transplants.
- Visite es.Medicare.gov/publications para descargar y leer el folleto titulado “Cobertura Medicare de los Servicios de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón.”

Trasplantes de riñón (niños)

La Parte A y la Parte B cubren artículos y servicios distintos relacionados con trasplantes de riñón para niños (pediátricos).

La Parte A usualmente cubre estos servicios de trasplante:

- Servicios como paciente internado en un hospital aprobado
- Tarifa de registro de riñón
- Pruebas de laboratorio y otras pruebas necesarias para evaluar la condición médica de su hijo/a y la condición de los posibles donantes de riñón
- Los costos de hallar el riñón indicado para la cirugía de trasplante de su hijo/a
- El costo completo de la atención médica del donante del riñón de su hijo/a
- Sangre (de necesitar una transfusión)

Trasplantes de riñón (niños) (continuación)

La Parte B cubre estos servicios de trasplante:

- Los servicios del médico para la cirugía de trasplante de riñón
- Servicios del médico para su donador de riñón durante su hospitalización
- Sangre (de necesitar una transfusión)

La Parte B también cubre los medicamentos inmunosupresores (medicamentos para el trasplante) si Medicare pagó el trasplante. Su hijo debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores.

Si su hijo tiene Medicare por padecer una insuficiencia renal terminal (ESRD, en inglés), su cobertura de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos inmunosupresores, finaliza 36 meses después de un trasplante de riñón satisfactorio. Medicare ofrece un beneficio que puede ayudar, si su hijo pierde la cobertura de la Parte A 36 meses después de un trasplante de riñón, y no tiene ciertos tipos de otra cobertura de salud (como un plan de salud de grupo, TRICARE, o Medicaid que cubre los medicamentos inmunosupresores). **Este beneficio sólo cubre medicamentos inmunosupresores y ningún otro artículo o servicio. No sustituye a la cobertura médica completa.** Si su hijo reúne los requisitos, puede inscribirlo en 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 1-800-325-0788.

Costos

- La Parte A suele pagar los servicios de hospitalización, después de que usted pague un deducible anual único.
- La Parte B suele pagar el 80% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios, después de que usted pague el deducible anual de la Parte B. Usted paga el coseguro restante de 20%.
- Si su hijo/a tiene otro seguro, sus costos podrán ser diferentes.
- En 2023, pagará una prima mensual de \$97.10* y un deducible de \$226 si se inscribe en el beneficio de medicamentos inmunosupresores. Una vez que haya cumplido con el deducible, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para sus medicamentos inmunosupresores.

*Es posible que pague una prima más alta según sus ingresos.

Más información

- Vea “Diálisis (para niños)” en las páginas 51-52.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/kidney-transplants-children.
- Visite es.Medicare.gov/publications para descargar y leer el folleto “Primeros pasos”: Medicare para niños con Enfermedad Renal en Etapa Final.”



Vacunas (o inyecciones)

La Parte B cubre:

- Vacunas contra la gripe. Vea la página 121.
- Vacunas contra la Hepatitis B: Vea la página 122.
- Vacunas antineumocócicas: Vea la página 119.
- Vacunas contra COVID-19: Vea la página 120.
- Algunas otras vacunas cuando son relacionadas directamente con el tratamiento de lesiones o enfermedades. Estas no se consideran servicios preventivos.

Por lo general, la Parte D de Medicare cubre todas las demás vacunas recomendadas para adultos (como las vacunas contra la culebrilla, el tétanos, la difteria y la tos ferina) para prevenir enfermedades. Hable con su proveedor para saber cuáles son las más adecuadas para usted.

A partir del 1 de enero de 2023, podrá recibir más vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Póngase en contacto con su plan de medicamentos de Medicare para más detalles.



Vacunas antineumocócicas

La Parte B cubre las inyecciones (o vacunas) antineumocócicas que ayudan a protegerse contra distintos tipos de neumonía. Puede recibir la vacuna antineumocócica en una sola dosis o en una serie de dos dosis.

Con qué frecuencia

En la mayoría de los casos, la Parte B cubre la vacuna de dosis única o la serie de 2 dosis una vez en la vida.

Costos

Usted no paga nada por la vacuna antineumocócica si su médico u otro proveedor calificado de atención médica acepta la asignación para administrar la vacuna.

Qué es

Las vacunas protegen contra cepas distintas de la bacteria que causa la neumonía.

Lo que debe saber

Hable con su médico u otro proveedor médico para determinar si usted necesita estas vacunas.

Más información

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



Vacunas contra COVID-19

La Parte B cubre las vacunas contra COVID-19 aprobadas y autorizadas por la FDA.

Costos

No paga nada por la vacuna mientras el gobierno federal siga comprando y distribuyendo la vacuna. No pagará deducible ni copago, y su proveedor no podrá cobrarle gastos de administración por administrarle la vacuna. Cuando el gobierno federal deje de comprar y distribuir la vacuna, usted seguirá pagando nada por la vacuna si su médico u otro proveedor médico calificado acepta la asignación.

Qué es

Las vacunas ayudan a reducir el riesgo de enfermedad por COVID-19 trabajando con las defensas naturales del cuerpo para desarrollar de forma segura inmunidad (protección) contra el virus.

Lo que debe saber

Lleve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare cuando se vacune para que su proveedor médico pueda facturar a Medicare. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, deberá utilizar la tarjeta de su plan para recibir los servicios cubiertos por Medicare.

Más información

- Para más información sobre otros servicios de COVID-19: consulte “Pruebas de anticuerpos de COVID-19” en la página 36, “Pruebas diagnósticas de laboratorio de COVID-19” en la página 37, “Productos de anticuerpos monoclonales de COVID-19” en las páginas 35-36, y “Pruebas de COVID-19 sin receta médica (OTC, en inglés)” en las páginas 37-38.
- Visite es.Medicare.gov/medicare-coronavirus.
- Para más información sobre COVID-19, visite es.CDC.gov/coronavirus.

Vacunas contra la culebrilla

La Parte A y la Parte no cubren la vacuna contra la culebrilla. Por lo general, Medicare Parte D cubre todas las vacunas disponibles en el mercado necesarias para prevenir enfermedades, incluida la vacuna contra la culebrilla.

Costos

A partir de 2023, las personas con cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare no pagarán nada de su bolsillo por aún más vacunas, incluida la vacuna contra el herpes zóster, recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización.

Más información

- Comuníquese con su plan Medicare de medicamentos.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/shingles-shots.



Vacunas contra la gripe

La Parte B cubre la vacuna contra la gripe estacional.

Con qué frecuencia

Una vacuna por temporada de gripe.

Costos

Usted no paga nada por esta prueba si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Más información

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



Vacunas contra la Hepatitis B

La Parte B cubre estas vacunas preventivas si usted tiene un riesgo medio o alto de contraer la Hepatitis B. Su riesgo de contraer la Hepatitis B aumenta si una o más de estas condiciones se aplican a usted:

- Tiene hemofilia.
- Tiene Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) (fallo renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).
- Tiene diabetes.
- Vive con alguien que tiene la Hepatitis B.
- Es usted trabajador de cuidados médicos y tiene contacto frecuente con sangre o fluidos corporales.

Hay otros factores que también pueden aumentar el riesgo de contraer hepatitis B. Consulte a su médico para saber si tiene un riesgo medio o alto de contraer hepatitis B.

Costos

Usted no paga nada por las vacunas contra la hepatitis B si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Más información

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

Vacunas Tdap

La Parte A y la Parte no cubren la vacuna Tdap. Normalmente, la Parte D de Medicare cubre todas las vacunas disponibles en el mercado necesarias para prevenir enfermedades, incluida la vacuna Tdap.

A partir del 1 de enero de 2023, podrá recibir más vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Comuníquese con su plan para obtener más información.

Qué es

Tdap es la vacuna de refuerzo para adolescentes y adultos contra el tétano, difteria y tos ferina (también conocida como la tos convulsiva). La vacuna para niños se conoce como DTaP. Las dos vacunas protegen contra el tétano, difteria y tos ferina.

Más información

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

Viajes fuera de los Estados Unidos

Por lo general, Medicare no cubre la atención médica cuando usted viaje fuera de los EE. UU. Existen algunas excepciones, incluidos unos casos en que la Parte B podría pagar los servicios que usted recibe a bordo de un barco en las aguas territoriales que colindan con áreas terrestres de los EE. UU.

Medicare deberá pagar los servicios hospitalarios como paciente internado, del médico o de ambulancia que usted recibe en un país del extranjero en los siguientes casos poco frecuentes:

- Se encuentra en EE.UU. cuando se produce una urgencia y el hospital extranjero está más cerca que el hospital estadounidense más cercano que puede tratar su afección médica.
- Está viajando por Canadá sin demora injustificada por la ruta más directa entre Alaska y otro estado de EE.UU. cuando se produce una urgencia médica y el hospital canadiense está más cerca que el hospital estadounidense más cercano que puede tratar la urgencia.
- Usted vive en los EE. UU. y el hospital en el extranjero queda más cerca de su hogar que el hospital de los EE. UU. más cercano que puede tratar su afección médica, independientemente de si existiera una emergencia o no.

Medicare puede cubrir el transporte en ambulancia médicamente necesario a un hospital extranjero sólo con la admisión para servicios hospitalarios cubiertos médicamente necesarios.

Costos

En la mayoría de los casos, usted paga el 100% de los costos. En las situaciones descritas lo anterior, usted paga el mismo coseguro, copagos y deducibles que pagaría si recibiera los servicios o productos dentro de Estados Unidos.

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 los EE. UU. Cualquier otro lugar se considera fuera de EE.UU.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s.

Visitas Virtuales

La Parte B cubre visitas virtuales con sus médicos y ciertos otros proveedores médicos.

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de sus médicos.

Qué es

Las visitas virtuales le permiten hablar con su médico o proveedor médico a través de un portal de pacientes en línea para responder a preguntas rápidas o decidir si necesita programar una visita.

Puede obtener una visita virtual con:

- Médicos
- Enfermeras de práctica avanzada
- Especialistas en enfermería clínica
- Asistentes médicos
- Trabajadores sociales clínicos autorizados (en determinadas circunstancias)
- Psicólogos clínicos (en determinadas circunstancias)

Lo que debe saber

Debe hablar con su médico u otro proveedor para iniciar este tipo de visitas.

Más información

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

Comunicación accesible a través de CMS

Medicare brinda ayuda y servicios auxiliares gratuitos, entre ellos información en formatos accesibles, como braille, letra grande, archivos de datos y audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si le solicita a CMS información en un formato accesible, no se verá perjudicado por ninguna demora necesaria para proporcionarla. Eso significa que se le asignará tiempo adicional para tomar cualquier medida si se demora el cumplimiento de su solicitud.

Para solicitar información de Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede contactarnos de las siguientes maneras:

1. Llamarnos :

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. Enviar un correo electrónico: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Enviar un fax: 1-844-530-3676

4. Enviar una carta a:

Centers for Medicare & Medicaid Services Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

Attn: Personal de Recursos de Accesibilidad al Cliente (CARS)

Su solicitud debe incluir su nombre, su número de teléfono, el tipo de información que necesita (si lo sabe) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Es posible que nos pongamos en contacto con usted para solicitarle más información.

Nota: Si está inscrito en un plan Medicare Advantage o de Medicamentos Recetados de Medicare, comuníquese con su plan para solicitar la información correspondiente en un formato accesible. Para Medicaid, contáctese con su oficina estatal o local de Medicaid.

Aviso de No discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) no excluyen, niegan beneficios ni discriminan de ningún otro modo a ninguna persona por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, sexo (incluidas la orientación sexual y la identidad de género) o edad en la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, ya sean llevados a cabo por CMS directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la que CMS acuerde llevar a cabo sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las formas que figuran en este aviso si tiene alguna inquietud acerca de cómo obtener información en un formato que pueda usar.

También puede presentar una queja si cree que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos de Medicare, oficina estatal o local de Medicaid, o Planes de salud calificados del Mercado. Existen tres formas de presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

1. Por internet::

hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.

2. Por teléfono:

Llame al 1-800-368-1019.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.

3. Por escrito: Envíe información sobre su querrela a:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Boulevard

Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto Oficial

Multa por Uso Privado: \$300

CMS Producto No. 10116-S

Revisado en marzo de 2023



Sus beneficios de Medicare

- [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov)
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

Esta publicación está disponible en Español. Para obtener una copia gratis, visite [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

This booklet is available in English. To get a free copy, visit [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.