

SECCIÓN 2

Descubra lo que cubre Medicare

¿Cuáles son los servicios que cubre Medicare?

En esta sección, encontrará información sobre los artículos, pruebas y servicios cubiertos por Medicare Original (Parte A y Parte B) en hospitales, consultorios médicos y otros centros de salud. Puede ser elegible para los servicios cubiertos por Medicare, descritos en esta sección, si tiene la Parte A y Parte B.

Si tiene Medicare Original, usará su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios cubiertos por Medicare. Su tarjeta de Medicare muestra si tiene la Parte A (HOSPITAL), la Parte B (MÉDICA) o ambas, y la fecha en que comienza su cobertura.

¡Importante!

Si se inscribe en un [plan Medicare Advantage](#) u otro [plan de salud de Medicare](#), en la mayoría de los casos, usará la tarjeta de su plan para obtener los servicios cubiertos por Medicare.

Nota: Si no se está legalmente en los Estados Unidos, Medicare no pagará sus reclamaciones de la Parte A y Parte B, y no puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué cubre la Parte A?

La Parte A (seguro de hospital) le ayuda a pagar por:

- La estadía en el hospital
- Cuidado en un [centro de enfermería especializada](#)
- El cuidado de hospicio
- Cuidado de la salud en el hogar

Las páginas 26–29 enumeran los servicios cubiertos por la Parte A y sus descripciones.

Para más información sobre los servicios cubiertos por la Parte A, visite es.Medicare.gov/coverage.



Costos y cobertura: Cobertura usando su dispositivo móvil.

Para obtener información sobre la cobertura de Medicare, descargue la aplicación móvil “Qué está cubierto” de forma gratuita en App Store o Google Play.

Lo que usted paga por los servicios cubiertos por la Parte A

Por cada servicio que aparece en las páginas siguientes, le pueden cobrar un **copago**, **coseguro** y **deducible**.

Si tiene un plan Medicare Advantage u otro seguro (como Medigap, Medicaid o cobertura de un empleador o sindicato), sus copagos, coseguro o deducibles podrían variar. Para más información sobre los costos, hable con su plan o visite



es.Medicare.gov/plan-compare

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Los servicios cubiertos por la Parte A

Sangre

Si el hospital obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, usted no tendrá que pagarla ni reponerla. Si el hospital debe comprar la sangre que le darán, usted tendrá que pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año o donar el equivalente (usted u otra persona).

Servicios para el cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)

La Parte A y/o la Parte B cubre el cuidado de salud en el hogar. Revise la página 44.

Cuidado de hospicio

Para recibir el cuidado de hospicio, su médico o un médico de hospicio (si tiene uno) debe certificar que usted tiene una enfermedad terminal y que probablemente le queden 6 meses de vida o menos. Cuando acepta el cuidado de hospicio, usted acepta los cuidados paliativos (por comodidad) en lugar del tratamiento para curar su enfermedad. También debe firmar una declaración seleccionando el cuidado de hospicio en lugar de otros tratamientos cubiertos por Medicare para su enfermedad terminal y afecciones relacionadas. La cobertura incluye:

- Todos los artículos y servicios necesarios para el alivio del dolor o para controlar los síntomas
- Servicios médicos, de enfermería y sociales
- Medicamentos para el manejo del dolor y síntomas
- Equipo médico duradero para el alivio del dolor y el manejo de síntomas
- Ayudante para las tareas del hogar
- Otros servicios cubiertos que necesita para controlar su dolor y otros síntomas, así como asesoramiento espiritual y de cuita para usted y su familia

El cuidado de hospicio certificado por Medicare se brinda en su hogar o en una residencia (como un asilo para ancianos), si ese es su hogar. Medicare seguirá pagando los beneficios cubiertos por cualquier problema de salud que no sea parte de su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, pero el cuidado de hospicio cubrirá la mayor parte de su cuidado.

El cuidado de hospicio no incluye alojamiento y comida, a menos que el equipo médico determine que usted necesita una estadía corta en un hospital para

aliviar el dolor y otros síntomas. La estadía debe ser en un centro aprobado por Medicare como un hospicio, **centro de enfermería especializada** u hospital que tenga un contrato con el hospicio.

Medicare cubre el cuidado de relevo para los pacientes internados, que es el cuidado que se le brinda a un paciente de hospicio, para que descanse el cuidador de costumbre. Usted puede quedarse en un centro aprobado por Medicare hasta 5 días cada vez que reciba cuidado de relevo. Medicare pagará por los servicios cubiertos que no estén relacionados con su enfermedad terminal. Después de 6 meses, usted puede seguir recibiendo cuidado de hospicio mientras que (en una reunión en persona) el director médico o el médico del hospicio sigan certificando que padece de una enfermedad terminal.

- Usted no paga por el cuidado de hospicio.
- Le cobrarán un **copago** de hasta \$5 por cada receta para tratar el dolor y síntomas si usted es un paciente ambulatorio.
- Tendrá que pagar el 5% de la **cantidad aprobada por Medicare** por el cuidado de relevo para pacientes internados.

Medicare Original cubrirá su cuidado de hospicio, incluso si tiene un **plan Medicare Advantage**. Cuando recibe cuidados paliativos, su plan MA puede cubrir servicios que no son parte de su enfermedad terminal o cualquier condición relacionada con su enfermedad terminal. Comuníquese con su plan para más información o visite es.Medicare.gov/care-compare.

Estadía en el hospital (internación)

Mientras está internado, Medicare paga la habitación semi privada, comidas, enfermería general, medicamentos (incluyendo la metadona para tratar un trastorno por uso de opioides) y otros servicios y suministros del hospital. Esto incluye internación en un hospital de cuidados agudos, **hospitales de acceso crítico, dependencias de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo**, internación como parte de un estudio de investigación y servicios de salud mental en un hospital psiquiátrico o unidad psiquiátrica dentro de un hospital. No incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación (si se cobran aparte) ni artículos para higiene personal (medias antideslizantes o afeitadoras). Tampoco incluye una habitación privada, a menos que sea **necesario por razones médicas**. Por lo general, la Parte B cubre el 80% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios médicos durante su internación.

En cada **período de beneficio**, usted paga:

- **Días 1 a 60** (de cada período de beneficio): \$0 después de alcanzar el **deducible** de la Parte A.
- **Días 61 a 90** de cada período de beneficio): un **coseguro** de \$408 por día.
- **Después del día 90** (de cada período de beneficio): un coseguro de \$816 cada día mientras usa sus 60 **días de reserva vitalicios**.

Después de usar todos sus días de reserva de por vida, paga todos los costos.

La Parte A sólo paga hasta 190 días de cuidado psiquiátrico para pacientes internados brindado en un hospital psiquiátrico independiente durante su vida.

Nota: Los hospitales deben incluir los cargos estándar de todos sus servicios y artículos (incluidos los cargos de los **planes MA**) en un sitio web público para ayudarle a tomar decisiones más informadas sobre su cuidado.

¿Es usted un paciente internado o ambulatorio?

El ser paciente internado o ambulatorio afecta la cantidad que paga por los servicios de hospital y si califica para la cobertura de la Parte A en un **centro de enfermería especializada**.

- Usted es un paciente internado cuando el hospital lo admite formalmente con una orden médica.
- Usted es un paciente ambulatorio si recibe servicios de emergencia u observación, pruebas de laboratorio o radiografías (incluso si pasa la noche en el hospital) sin ser internado formalmente.

Cada día que esté en el hospital, usted o su cuidador siempre deben preguntarle al hospital y/o su médico, o un trabajador social o intermediario (ombudsman) del hospital, si es un paciente internado o ambulatorio.

¡Importante!

Un Aviso para Pacientes Ambulatorios de Medicare sobre servicios de Observación (MOON, en inglés) le permite saber si es un paciente ambulatorio en un hospital u **hospital de acceso crítico**. Usted debe recibir este aviso si está recibiendo servicios ambulatorios de observación por más de 24 horas. El aviso le informará por qué es un paciente ambulatorio. También le informará cómo esto puede afectar lo que paga mientras está en el hospital, y por el cuidado que recibe después de salir del hospital.

Institución religiosa no médica para servicios de la salud (internación)

Estos centros atienden a las personas que califican para recibir los servicios en un hospital o centro de enfermería especializada. Medicare sólo cubre los suministros y servicios que no sean religiosos ni médicos. Por ejemplo, la habitación, comidas, los vendajes (sin medicamento) o el uso de un andador durante la estadía que no requieren una orden del médico o receta.

Cuidado en un centro de enfermería especializada

Medicare cubre la habitación semi privada, comidas, enfermería especializada y terapia, y otros servicios e insumos médicos **sólo después de una estadía mínima de 3 días en el hospital*** por **motivos médicos** (sin incluir el día que sale del hospital), por una enfermedad o lesión relacionada.

Para recibir cuidado en un centro, su médico debe indicar que necesita servicios diarios de enfermería especializada (como la aplicación de inyecciones intravenosas/medicamentos o terapia física) que sólo puede proporcionarse en un centro de enfermería especializada. Medicare no cubre el cuidado no médico a largo plazo, como bañarse o arreglarse (página 56).

Puede recibir cobertura de cuidado de enfermería o terapia si es necesaria para mejorar o mantener su condición actual. Si el centro decide darle de alta únicamente por falta de mejora, aunque aún necesite cuidado de enfermería o terapia especializada para evitar que su condición empeore, puede apelar.

En cada **período de beneficio**, usted paga:

- **Días 1 a 20: Copago** de \$0. **Nota:** si tiene un **plan MA**, es posible que se le cobren copagos durante los primeros 20 días.
- **Días 21 a 100:** Copago de \$204 por día.
- **Días 101 y posteriores:** Usted paga todos los costos.

* **Nota:** Es posible que no necesite estar 3 días en el hospital si tiene un plan MA, su médico participa en una **Organización Responsable de la Salud** (u otro tipo de iniciativa de Medicare) aprobada para una exención de la pauta de 3 días en un centro de enfermería especializada. Revise las páginas 110–111.

¿Qué cubre la Parte B?

La Parte B (seguro médico) ayuda a pagar los servicios del médico, cuidado para pacientes ambulatorios, cuidado de la salud en el hogar, equipo médico duradero, servicios de salud mental y otros servicios **necesarios por razones médicas**. La Parte B también cubre muchos **servicios preventivos**. Las páginas 30–55 incluyen una lista de los servicios comúnmente cubiertos por la Parte B y una descripción general de los mismos. Medicare puede cubrir algunos servicios y exámenes con más frecuencia de lo estipulado si se necesitan para diagnosticar algún problema médico. Para averiguar si Medicare cubre un servicio que no está en la lista visite

 es.Medicare.gov/coverage

O, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048.

Lo que usted paga por los servicios cubiertos por la Parte B

La lista en las páginas siguientes le brinda información general sobre lo que tiene que pagar en el Medicare Original si recibe los servicios de proveedores que aceptan la **asignación** (página 59). Usted pagará más si sus médicos no aceptan la asignación. **Si tiene un plan Medicare Advantage u otro seguro médico (como Medigap, Medicaid o cobertura de un empleador o sindicato), sus copagos, deducibles y coseguro podrían ser diferentes.**

En el Medicare Original, si se aplica el deducible de la Parte B, usted tendrá que pagar todos los costos (de la **cantidad aprobada por Medicare**) hasta que haya cubierto la cantidad del deducible anual. Después de alcanzar su deducible, Medicare pagará la porción que le corresponde y usted pagará generalmente el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, si su médico acepta la asignación.

No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo si tiene Medicare Original. Puede haber límites en los gastos que paga a través de la cobertura suplementaria que pueda tener, como Medigap, Medicaid o la cobertura del empleador o sindicato.

Usted no paga por la mayoría de los servicios preventivos que reciba de un proveedor que acepte la asignación. Sin embargo, por algunos servicios preventivos le cobrarán un deducible, coseguro o ambos. Estos precios también pueden aplicar si recibe los servicios preventivos durante la misma visita en la que recibe servicios no preventivos.

Los servicios cubiertos por la Parte B

Esta manzana  está junto a los **servicios preventivos** en las páginas 30–55.



Servicio preventivo

Examen de aneurisma abdominal aórtico

Medicare cubre una ecografía una sola vez si está en riesgo (necesita un **referido** de su médico u otro proveedor médico calificado). Se le considera en riesgo si tiene un historial familiar de aneurisma aórtico abdominal o si es un hombre de 65 a 75 años y ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su proveedor acepta la **asignación**.

Acupuntura

Medicare sólo cubre la acupuntura (incluida la punción seca) para el dolor lumbar crónico. Medicare cubre hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días para el dolor lumbar crónico que se define como:

- Dura 12 semanas o más
- No tiene una causa conocida (no relacionada con cáncer que se ha propagado, enfermedad inflamatoria o infecciosa)
- Dolor que no está asociado con cirugía o embarazo

Se cubrirán 8 sesiones adicionales **sólo si muestra una mejoría**. Puede obtener un máximo de 20 tratamientos de acupuntura al año. El **coseguro** y **deducible** de la Parte B aplican.

No todos los proveedores pueden brindar el servicio de acupuntura, y Medicare no puede pagar directamente a los acupunturistas autorizados por sus servicios.

Planificación de instrucciones anticipadas

Medicare cubre la planificación de instrucciones anticipadas (voluntades anticipadas) como parte de la visita anual de “Bienestar” (página 55). Esta es la planificación del cuidado que usted desearía si llegara el momento en que necesite ayuda para tomar decisiones. Su proveedor de la salud puede ayudarle a llenar los formularios relacionados con las instrucciones anticipadas, si así lo desea. Las instrucciones anticipadas son documentos legales que le permiten expresar por escrito sus deseos sobre el tratamiento médico en el futuro, si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado.

Considere cuidadosamente a quién desea que hable por usted y qué indicaciones desea darle a esa persona. Usted tiene derecho a llevar a cabo sus planes sin discriminación por su edad o incapacidad. Puede actualizar sus instrucciones en cualquier momento. Usted no paga si se proporciona como parte de la visita anual de “Bienestar” y el médico u otro proveedor calificado acepta la asignación.

Medicare también puede cubrir este servicio como parte de su tratamiento médico. Cuando la planificación de instrucciones anticipadas no es parte de su visita anual de “Bienestar”, el **coseguro** y **deducible** de la Parte B aplican.

¿Necesita ayuda con sus voluntades anticipadas?

Visite el Localizador Eldercare en eldercare.acl.gov para encontrar ayuda en su comunidad.



Servicio preventivo

Consejería sobre el abuso del alcohol

Medicare cubre una evaluación sobre el abuso del alcohol para adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol, pero no cumplen con los criterios médicos para la dependencia del alcohol. Si su **proveedor de la salud** determina que usted está abusando del alcohol, pueden brindarle hasta 4 sesiones breves de consejería al año (si usted está alerta y competente durante la sesión). Debe obtener la asesoría en el consultorio o en una clínica de cuidados primarios. Usted no paga si el médico o proveedor de la salud calificado acepta la **asignación**.

Servicio de ambulancia

Medicare cubre el traslado terrestre en ambulancia cuando es **necesario por razones médicas**, llevarlo a un hospital, **hospital de acceso crítico**, hospital rural de emergencia, o **centro de enfermería especializada**, si el transporte en otro vehículo pudiera poner su vida en peligro. Medicare pagará por el transporte en un avión o helicóptero si requiere un servicio inmediato que la ambulancia normal no puede proporcionarle.

En algunos casos, Medicare puede pagar por servicios limitados de transporte en una ambulancia que no sean de emergencia, si su médico lo ordena por escrito y por motivos de salud (como el transporte a un centro de diálisis para alguien con Enfermedad Renal en Etapa Final).

Medicare sólo pagará por el transporte hacia el centro médico más cercano que pueda brindarle el tratamiento que necesita.

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

Centros de cirugía ambulatoria

Medicare paga los gastos del centro para los servicios aprobados en un centro de cirugía ambulatoria (donde se realizan procedimientos quirúrgicos ambulatorios y se espera que el paciente sea dado de alta en 24 horas). Excepto por ciertos **servicios preventivos** (por los cuales no tiene que pagar si su médico u otro proveedor de la salud acepta la asignación), usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el centro de cirugía ambulatoria y el médico que lo trata, también tiene que pagar el deducible de la Parte B. Usted tiene que pagar todas las tarifas que le cobren por los procedimientos que Medicare no autoriza en los centros de cirugía ambulatoria.



Costos y cobertura: Para los costos estimados de procedimientos ambulatorios, visite



es.Medicare.gov/procedure-price-lookup.

Cirugía bariátrica

Medicare cubre algunos procedimientos relacionados con la cirugía bariátrica, como la cirugía de derivación gástrica y cerclaje laparoscópico, si cumple con ciertos requisitos relacionados con la obesidad mórbida. Para más información, visite es.Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery.

Servicios de integración de salud conductual

Si tiene una condición de salud del comportamiento (como depresión, ansiedad u otra condición de salud del comportamiento), Medicare puede pagarle a un proveedor de la salud para ayudarlo a manejar esa condición. El Modelo Psiquiátrico de Atención Colaborativo es un conjunto de servicios integrados de salud conductual que incluyen ayuda para la administración del cuidado si tiene una condición de salud conductual. Este servicio puede incluir:

- Planificación del cuidado para las condiciones de salud conductual
- Evaluación continua de su condición
- Medicamentos
- Asesoramiento
- Otros tratamientos recomendados por su proveedor

Su proveedor de la salud le pedirá que firme un acuerdo para que pueda obtener estos servicios mensualmente. Su **deducible** y **coseguro** de la Parte B aplica a la cuota mensual de servicio.

Sangre

Si el hospital o proveedor obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, usted no tendrá que pagarla ni reponerla. Sin embargo, le cobrarán un **copago** por los servicios para procesar la sangre, por cada pinta de sangre que reciba. También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Si el proveedor tiene que comprar la sangre, usted debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año o donarla (usted o alguien en su nombre).



Servicio preventivo

Densitometría ósea

Para prevenir el riesgo de rotura de huesos. Este servicio está cubierto una vez cada 24 meses (o con mayor frecuencia si fuese **necesario por razones médicas**) para los beneficiarios que cumplen ciertos requisitos o padecen de ciertos problemas médicos. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico o proveedor acepta la **asignación**.

Rehabilitación cardíaca

Medicare cubre programas integrales de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y consejería si cumple con una de estas condiciones:

- Un ataque al corazón en los últimos 12 meses
- Cirugía coronaria
- Angina de pecho constante (dolor de pecho)
- Reparación o reemplazo de las válvulas del corazón
- Angioplastia coronaria (procedimiento médico para abrir un bloqueo arterial) o la colocación de una endoprótesis vascular (stent) (procedimiento para mantener una arteria abierta)
- Trasplante del corazón o corazón-pulmón
- Insuficiencia cardíaca crónica y estable

Medicare cubre programas regulares e intensivos de rehabilitación cardíaca. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** si recibe estos servicios en el consultorio del médico. Como paciente ambulatorio del hospital tendrá que pagar el **copago** que cobra el hospital. También le corresponde pagar el **deducible** de la Parte B.



Servicio preventivo

Terapia del comportamiento cardiovascular

Medicare cubre una consulta de terapia del comportamiento cardiovascular una vez al año con su **médico primario** u otro proveedor autorizado en un entorno de cuidado primario (como un consultorio médico). Para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante la visita, su médico puede hablarle sobre los beneficios de tomar aspirina (si fuera apropiado), controlar su presión arterial y le dará consejos sobre cómo alimentarse correctamente. Usted no tendrá que pagar por este servicio si su médico acepta la **asignación**.



Servicio preventivo

Evaluaciones cardiovasculares

Análisis de sangre para detectar un problema que podría derivar en un derrame cerebral o un ataque al corazón. Medicare paga las pruebas de colesterol, lípidos, lipoproteínas y triglicéridos cada 5 años. Usted no paga por estos exámenes si su médico o proveedor acepta la asignación.



Servicio preventivo

Evaluación para la detección del cáncer vaginal y cuello uterino

Medicare cubre la evaluación para la detección del cáncer cervical y vaginal. Como parte de la misma también se incluye un examen de los senos. Medicare paga por estos exámenes cada 24 meses para las beneficiarias de bajo riesgo y cada 12 meses para las mujeres de alto riesgo, y aquellas en edad de concebir a quienes se les hizo un examen en los últimos 36 meses y el mismo mostró alguna anormalidad.

Medicare también cubre las pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH) (como parte de la prueba de Papanicolaou) una vez cada 5 años si usted tiene entre 30–65 años de edad sin síntomas de VPH.

Usted no paga por la prueba de Papanicolaou, prueba de HPV con el Papanicolaou, recolección de la muestra, exámenes pélvicos y de los senos si su médico o proveedor autorizado acepta la asignación.

Quimioterapia

Medicare cubre el tratamiento de quimioterapia en el consultorio del médico, clínica independiente o en el departamento ambulatorio del hospital si tiene cáncer. Si se la hacen en el departamento ambulatorio del hospital, le cobran un copago.

Por los servicios de quimioterapia que recibe en el consultorio médico o en una clínica independiente, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

La quimioterapia que recibe como paciente internado en el hospital está cubierta por la Parte A. Revise Cuidado de Hospital (internación) en las páginas 27–28.

Servicios quiroprácticos

El único servicio ordenado por un quiropráctico que cubre Medicare es la manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando las articulaciones de la columna no se mueven correctamente, pero el contacto entre las articulaciones permanece intacto). Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Administración para el cuidado de enfermedades crónicas

Si usted tiene 2 o más enfermedades crónicas (como artritis y diabetes) que espera que duren al menos un año, Medicare puede pagar por la ayuda de un proveedor para el manejo de esas condiciones. Esto incluye un plan de cuidado total que detalle sus problemas de salud y metas, otros proveedores de la salud, medicamentos, los servicios comunitarios que tiene y los que necesita, al igual que, otra información sobre su salud. También le explica el cuidado que necesita y cómo éste será coordinado.

Si está de acuerdo con el servicio, el proveedor preparará el plan de cuidado para usted o su cuidador, le ayudará con el manejo de medicamentos, le proveerá acceso 24/7 para las necesidades de cuidado urgente, le ayudará con la transición de un ambiente de cuidado a otro, y cómo los toma y le ayudará con sus otras necesidades de cuidado relacionadas con su enfermedad.

Usted paga una prima mensual y el deducible de la Parte B y **coseguro** aplican. Si tiene un seguro suplementario, incluyendo **Medicaid**, este puede ayudar a cubrir la prima mensual.

¡Nuevo!

Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico

Medicare cubre servicios mensuales para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de su cuidado. Se aplican el deducible y el coseguro de la Parte B.

Estudios clínicos

Los estudios de investigación prueban tipos distintos de tratamiento para comprobar cómo funcionan y si son seguros. Medicare cubre algunos costos como la visita médica y los exámenes si participa en un estudio clínico aprobado. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Visite es.Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies para más información.

Nota: Si tiene un **plan Medicare Advantage**, algunos gastos podrían estar cubiertos por Medicare y otros por su plan MA. Comuníquese con su plan para más detalles.

Evaluación cognitiva y servicios del plan de cuidado

Cuando visita a su proveedor (incluida en su visita anual de “Bienestar”), se le puede realizar una evaluación cognitiva para buscar signos de demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer. Los signos de deterioro cognitivo incluyen problemas para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse, administrar las finanzas o tomar decisiones sobre su vida cotidiana. Condiciones como la depresión, ansiedad y delirio también pueden causar confusión, por lo que es importante comprender por qué puede tener síntomas.

Medicare cubre una visita separada con un médico o profesional de la salud para realizar una revisión completa de su función cognitiva, establecer o confirmar un diagnóstico como demencia o Alzheimer, y desarrollar un plan de cuidado. Puede traer a alguien con usted, como su cónyuge, amigo o cuidador, para ayudar a proporcionar información y responder preguntas.

Durante esta consulta, el médico o profesional de la salud puede:

- Realizar un examen, hablar con usted sobre su historial médico y revisar sus medicamentos.
- Identificar sus apoyos sociales, incluida la atención que su cuidador habitual puede brindar.
- Crear un plan de cuidado que lo ayude a abordar y controlar sus síntomas.
- Ayudarlo a desarrollar o actualizar su plan de instrucciones anticipadas. Vaya a las páginas 30–31.
- Referirlo a un especialista, si es necesario.
- Ayudarlo a comprender más sobre los recursos comunitarios, como los servicios de rehabilitación, los programas de salud diurnos para adultos y grupos de apoyo.

El **deducible** y **coseguro** de la Parte B aplican.



Servicio preventivo

Examen para la detección de cáncer colorrectal

Estas pruebas pueden detectar crecimientos precancerosos y prevenir el cáncer colorrectal a tiempo cuando el tratamiento es más eficaz. Medicare puede cubrir uno o más de los exámenes siguientes:

- **Enema de bario:** Una vez cada 48 meses si tiene 45 años o más (si es una persona de alto riesgo, cada 24 meses) cuando se usa en lugar de una sigmoidoscopia o de una colonoscopia. Usted paga 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios del médico. Como paciente ambulatorio del hospital tendrá que pagar el **copago** que cobra el hospital. El deducible de la Parte B no aplica.

Para más información, visite es.Medicare.gov/coverage/barium-enemas.

- **Colonoscopia:** Una vez cada 120 meses (si es una persona de alto riesgo, cada 24 meses) o 48 meses después de la sigmoidoscopia flexible previa. No hay edad mínima. Si inicialmente tiene una prueba de detección no invasiva basada en heces (pruebas de sangre oculta en heces o prueba de ADN en heces de objetivos múltiples) y recibe un resultado positivo, Medicare también cubre una colonoscopia de seguimiento como prueba de detección. Usted no tendrá que pagar si su médico acepta la **asignación**.
- **Sigmoidoscopia flexible:** Si tiene 45 años o más, una vez cada 4 años (48 meses) o 120 meses después de la colonoscopia anterior para aquellas personas que no son de alto riesgo. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico o proveedor autorizado acepta la asignación. Si su médico elimina un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, tendrá que pagar el 15% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico y un copago que le cobrará el departamento ambulatorio del hospital. El deducible de la Parte B no aplica.

- **Sangre oculta en la materia fecal:** Si tiene 45 años o más, una vez cada 12 meses. El examen es gratis si su médico o proveedor de la salud autorizado acepta la [asignación](#).
- **Prueba múltiple de ADN en heces y biomarcadores en sangre:** Medicare cubre estas pruebas una vez cada 3 años si cumple con todas estas condiciones:
 - Está entre las edades de 45–85.
 - No muestra señales o síntomas de enfermedad colorrectal, incluyendo, pero no limitados a, dolor gastrointestinal inferior, heces con sangre, prueba de sangre oculta en heces positiva (guayaco) o prueba inmunoquímica fecal.
 - Con riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, lo que significa:
 - No tener antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria del intestino, incluyendo la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
 - No tener antecedentes familiares de cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.

Las pruebas de ADN en heces para objetivos múltiples son pruebas de laboratorio caseras. Las pruebas de biomarcadores en sangre se realizan en un laboratorio. No paga nada por estas pruebas si su médico u otro proveedor calificado acepta la asignación.

Dispositivos, accesorios y terapia de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP, en inglés)

Medicare cubre una terapia CPAP de 3 meses si se le ha diagnosticado apnea obstructiva del sueño. Después del período de prueba, Medicare puede cubrir la terapia, los dispositivos y accesorios de CPAP durante más tiempo si visita a su médico y este documenta en su historial clínico que cumple con ciertas condiciones y la terapia le está resultando útil.

Usted paga 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) para el alquiler de la máquina y adquisición de suministros relacionados (como máscaras y tubos) y se aplican los [deducibles](#) de la Parte B. Medicare le paga al proveedor por el alquiler de la máquina durante los 13 meses si la ha estado usando sin interrupciones. Después de haber alquilado la máquina durante 13 meses, pasa a ser suya.

Nota: Si usted tenía una máquina de CPAP antes de tener Medicare, Medicare puede cubrir el alquiler o reemplazo de la máquina de CPAP y/o los accesorios, siempre que cumpla con ciertos requisitos.



Servicio preventivo

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

Medicare cubre hasta 8 sesiones personales de asesoramiento en un período de 12 meses si usa tabaco. Usted no paga por las sesiones para dejar de fumar si su médico o profesional de la salud acepta la asignación.

COVID-19 (Coronavirus 2019)

Muchas personas con Medicare corren un mayor riesgo de contraer una enfermedad grave debido al COVID-19, por lo que es importante tomar las medidas necesarias para protegerse a sí mismo y a los demás.

Medicare cubre varias pruebas, artículos y servicios relacionados al COVID-19. Hable con su médico o proveedor de salud para saber cuál de las siguientes opciones es la adecuada para usted:



Servicio preventivo

Vacunas para COVID-19:

- Las vacunas aprobadas por la FDA ayudan a reducir el riesgo de enfermedades por COVID-19 al trabajar con las defensas naturales del cuerpo para desarrollar de manera segura la inmunidad (protección) contra el virus.
- La vacuna contra el COVID-19 es gratis.
- Asegúrese de llevar consigo su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare cuando reciba la vacuna para que su proveedor de salud o farmacia puedan facturar a Medicare. Si tiene un **plan MA**, debe usar la tarjeta de su plan para obtener los servicios cubiertos por Medicare y, al igual que otros servicios cubiertos, su plan puede requerir que reciba la vacuna de un proveedor dentro de la red. Si tiene un plan MA, la vacuna es gratis cuando la recibe de un proveedor dentro de la red.

Pruebas de diagnóstico:

- Estas pruebas autorizadas por la FDA verifican si tiene COVID-19.
- La prueba es gratis cuando un proveedor la ordena y la realiza un laboratorio (incluso en una farmacia, clínica o consultorio médico) o un hospital **que acepta Medicare**. Si tiene un plan MA, la prueba es gratis cuando se la hace usando un proveedor dentro de la red.

Tratamientos y productos de anticuerpos monoclonales:

- Estos tratamientos autorizados por la FDA pueden ayudar a combatir la enfermedad y mantenerlo fuera del hospital, si su prueba de COVID-19 da positivo y tiene síntomas leves a moderados.
- El tratamiento es gratis cuando recibe el tratamiento de un proveedor o profesional de Medicare. Debe cumplir con ciertos requisitos para calificar. Si tiene un plan Medicare Advantage, el tratamiento es gratis si lo recibe de un proveedor dentro de la red.
- Medicare Original cubrirá los tratamientos con anticuerpos monoclonales si tiene síntomas de COVID-19.

Nota: Ciertos productos de anticuerpos monoclonales pueden protegerlo antes de que se exponga al COVID-19. Si tiene la Parte B y su médico decide que este tipo de producto podría funcionar para usted (si tiene un sistema inmunitario debilitado), usted no paga por el producto cuando recibe el tratamiento de un proveedor aprobado por Medicare.

Para más información

- Para más información sobre los servicios cubiertos, visite es.Medicare.gov/medicare-coronavirus.
- Para más información sobre COVID-19, visite CDC.gov/coronavirus.

Desfibrilador

Medicare puede cubrir un desfibrilador automático implantable si ha sido diagnosticado con insuficiencia cardíaca. Si le hacen la cirugía como paciente ambulatorio, usted tiene que pagar el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios del médico. Si lo colocan en el hospital, tendrá que pagar un **copago** que no puede exceder la cantidad del **deducible** de la Parte A para la internación. También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Las cirugías para implantar el desfibrilador si lo internan, serán pagadas por la Parte A. Revise “Estadía en el hospital (internación)” en las páginas 27-28.



Servicio preventivo

Evaluación de depresión

Medicare cubre una evaluación de depresión al año. La misma debe realizarse en un entorno de cuidado primario (como el consultorio de un médico) que brinde tratamiento de seguimiento y/o **referidos**. Usted no paga si su médico acepta la **asignación**.

Si usted o alguien que conoce tiene dificultades o está en crisis y desea hablar con un experto, **llame o envíe un mensaje de texto al 988**, la línea gratuita y confidencial de Prevención del Suicidio y Crisis. También puede hablar con un consejero en [988lifeline.org](https://www.988lifeline.org).



Servicio preventivo

Evaluación de diabetes

Medicare paga hasta 2 exámenes de laboratorio de glucosa en la sangre (con y sin desafío de carbohidratos) cada año si su médico determina que usted corre el riesgo de padecer de diabetes. Usted no paga si su médico o proveedor acepta la asignación.



Servicio preventivo

Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes

Medicare cubre este entrenamiento para que los pacientes diabéticos aprendan a controlar la enfermedad. El programa puede incluir consejos para una alimentación saludable, mantenerse activo, monitorear el nivel de glucosa en la sangre, tomar los medicamentos y reducir los riesgos. Necesita una orden escrita de su médico o proveedor que trata su diabetes. Algunos pacientes también pueden ser elegibles para los servicios de terapia de nutrición (página 46). Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Equipos y suministros para la diabetes y calzado terapéutico

Medicare cubre medidores que miden la glucosa en la sangre y suministros relacionados, incluyendo tiras reactivas, lancetas, dispositivos para lancetas y soluciones para el control de glucosa. Medicare también cubre tubos, juegos de inserción e insulina para pacientes que usan bombas de insulina y sensores, transmisores y receptores para pacientes que usan monitores continuos de glucosa. Además, Medicare cubre un par de zapatos y plantillas personalizadas o de profundidad por año para personas con problemas específicos en los pies relacionados con la diabetes.

Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare**, si su suplidor acepta la **asignación**, y el **deducible** de la Parte B.

¡Importante!

La insulina, ciertos medicamentos orales y los insumos médicos necesarios para inyectarse la insulina (como las jeringas), bombas desechables y medicamentos orales, podrían estar cubiertos por la Parte D. Para más información, consulte con su plan. El costo de cada producto de insulina cubierto para un mes tiene un tope de \$35. Vaya a la página 88. (Se aplican topes similares en los costos para la insulina tradicional utilizada en las bombas de insulina cubiertas por la Parte B).

Servicios médicos

Medicare cubre los servicios del médico (incluidos ciertos servicios que recibe en el hospital y como paciente ambulatorio) que sean **necesarios por razones médicas** y los **servicios preventivos** cubiertos. Medicare también cubre los servicios de otros proveedores, como asistentes médicos, enfermeras practicantes, especialistas en enfermería clínica, trabajadores sociales clínicos, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, patólogos del habla y el lenguaje y psicólogos clínicos. Excepto por ciertos servicios preventivos (que son gratuitos si su médico acepta la asignación), usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

¡Importante!

Si no ha recibido servicios de su médico o grupo de práctica en los últimos 3 años, se le puede considerar un paciente nuevo. Consulte con el médico o la práctica grupal para averiguar si aceptan nuevos pacientes.

Medicamentos

La Parte B cubre un número limitado de medicamentos para pacientes ambulatorios como:

- Inyecciones que le aplican en el consultorio médico
- Ciertos medicamentos orales para el cáncer
- Medicamentos que se usan con cierto equipo médico duradero (nebulizadores o bombas de infusión externas)
- Inmunoglobulina intravenosa para uso domiciliario
- Ciertos medicamentos (bajo algunas circunstancias) que recibe como paciente ambulatorio en el hospital

Nota: Para otros ejemplos que no sean los mencionados anteriormente, usted paga el 100% de la mayoría de los medicamentos, a menos que tenga la Parte D u otra cobertura de medicamentos. Si desea más información, revise las páginas 79-90.

Para algunos medicamentos utilizados con una bomba de infusión externa y para la inmunoglobulina intravenosa de uso doméstico, Medicare puede cubrir servicios (visitas de enfermería) bajo el beneficio de terapia de infusión e inmunoglobulina intravenosa en el hogar (página 44). La Parte B también cubre algunos medicamentos inyectables o implantables para tratar el trastorno por sustancias cuando un proveedor lo administra en un consultorio médico o en un hospital como paciente ambulatorio. Usted no tendrá que pagar un **copago** por estos servicios si los recibe de un programa de tratamiento de opioides inscrito en Medicare (página 47). Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los medicamentos cubiertos y tiene que haber pagado el **deducible** de la Parte B.

Los médicos y las farmacias deben aceptar la **asignación** de medicamentos cubiertos por la Parte B, por lo que nunca se le debe pedir que pague más que el **coseguro** o el copago por el medicamento de la Parte B.

¡Importante!

Su copago puede cambiar según el precio de su medicamento recetado. Usted podría pagar un coseguro más bajo por ciertos medicamentos y productos biológicos cubiertos por la Parte B que obtiene en el consultorio de un médico o farmacia, o en un entorno ambulatorio del hospital, si sus precios han aumentado más que la tasa de inflación. Los medicamentos específicos y los ahorros potenciales cambian cada trimestre.

Si los medicamentos cubiertos por la Parte B que obtiene en un entorno ambulatorio del hospital son parte de sus servicios ambulatorios, usted paga un copago por los servicios. La Parte B no cubre los “medicamentos autoadministrados” en un entorno ambulatorio del hospital. Los “medicamentos autoadministrados” son medicamentos que normalmente tomaría por su cuenta.

Lo que paga depende por medicamentos autoadministrados como paciente ambulatorio de si tiene cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) u otra cobertura de medicamentos, y si la farmacia del hospital está en la red de su plan de medicamentos. Si tiene otra cobertura de medicamentos, es posible que su plan de medicamentos cubra medicamentos que la Parte B no cubra. Comuníquese con su plan de medicamentos para averiguar cuánto paga por los medicamentos que obtiene en un entorno ambulatorio del hospital que la Parte B no cubre.

Equipo Médico Duradero (DME)

Medicare cubre los artículos **médicamente necesarios** tales como el equipo de oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital ordenados por su médico u otro proveedor para usar en el hogar. La mayoría de los artículos se deben alquilar, pero algunos también se pueden comprar después de que se haya realizado una cierta cantidad de pagos de alquiler. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.

Asegúrese de que sus médicos y proveedores de equipo médico duradero (DME, en inglés) estén inscritos en Medicare. Es importante preguntarles a sus proveedores si participan en Medicare antes de obtener su DME. Si los proveedores participan en el programa de cobertura, deben aceptar la **asignación** (es decir, se deben limitar a cobrarle el **coseguro** y el **deducible** de la Parte B para la cantidad aprobada por Medicare). Si los proveedores no son “participantes” pueden elegir no aceptar la asignación. Si los proveedores no aceptan la asignación, no hay límite a la cantidad que pueden cobrarle.

Electrocardiograma (EKG/ECG)

Medicare cubre un EKG/ECG si tiene un **referido** de su médico, u otro proveedor de la salud, emitido como resultado de su visita “Bienvenido a Medicare” (página 54). Después de cumplir con el deducible de la Parte B, paga el 20% de **la cantidad aprobada por Medicare**. Medicare también cubre EKGs o ECGs como pruebas de diagnóstico (página 52). Tendrá que pagar un **copago** si le hacen la prueba en un hospital o en una clínica del hospital.

Servicios de la sala de emergencia

Estos servicios están cubiertos cuando tiene una herida grave, una enfermedad repentina o una condición que va empeorando rápidamente. Le cobrarán un copago específico por la visita a la sala de emergencia y el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico. También debe pagar el deducible de la Parte B. Sin embargo, los costos podrían variar si lo admiten al hospital.

Visitas virtuales

Medicare cubre visitas virtuales que le permiten hablar con su médico a través de un portal de pacientes en línea sin tener que ir al consultorio. Los proveedores que pueden ofrecer estos servicios incluyen médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos, terapeutas ocupacionales, patólogos del habla y lenguaje, trabajadores sociales clínicos (en circunstancias específicas) con licencia y psicólogos clínicos (en circunstancias específicas).

Para una visita virtual, debe solicitar una con su médico u otro proveedor. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Anteojos

Medicare paga por un par de anteojos de marco común (o un par de lentes de contacto) si se somete a una cirugía de cataratas con implante de un lente intraocular. Medicare sólo pagará por lentes de contacto o anteojos de un proveedor inscrito en Medicare, sin importar si usted o su proveedor presentan la reclamación. Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para lentes correctivos después de una cirugía de cataratas con lentes intraoculares.

Servicios médicos de un centro autorizado federalmente

Los centros de salud autorizados por el gobierno federal (FQHCs, en inglés) ofrecen muchos servicios médicos primarios ambulatorios y **servicios preventivos** que usted recibe en ciertas clínicas en su comunidad. No hay un deducible y por lo general, usted paga el 20% de los cargos. Estos centros de salud deben ofrecerle un descuento si su ingreso es limitado. Visite findahealthcenter.hrsa.gov para encontrar un centro participante cerca de usted.

Nota: Puede obtener servicios de telesalud cubiertos por los centros de salud autorizados federalmente hasta el 31 de diciembre de 2024. Vaya a la página 51.



Servicio preventivo

Vacuna contra la gripe/influenza

Medicare cubre una vacuna por temporada. Usted no paga si su médico o proveedor calificado acepta la **asignación**.

Cuidado de los pies

Medicare cubre los exámenes y tratamientos anuales para los pies si tiene daño en el nervio de la parte inferior de la pierna relacionado con la diabetes que puede aumentar el riesgo de pérdida de una extremidad. Esto puede ser un tratamiento médicamente necesario para lesiones en el pie o enfermedades, como dedo en martillo, deformidades en juanetes y espolones en el talón. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para tratamiento médicamente necesario (aprobado por su médico) y el **deducible** de la Parte B. Le cobrarán un **copago** por los servicios ambulatorios que reciba en el hospital.



Servicio preventivo

Examen de glaucoma

Medicare paga por este examen cada 12 meses para aquellos beneficiarios de alto riesgo. Se le considera en alto riesgo si padece de diabetes, tiene un historial familiar de glaucoma, es afroamericano y tiene 50 años o más o hispano de 65 años o más. El examen debe ser hecho o supervisado por un oculista autorizado legalmente para trabajar en su estado. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B por la visita médica. Tendrá que pagar un copago por los servicios ambulatorios del hospital.

Exámenes del oído y equilibrio

Medicare cubre estos exámenes si su médico u otro proveedor de la salud los ordena para determinar si necesita tratamiento.

Ahora puede visitar a un audiólogo una vez cada 12 meses sin una orden de un médico u otro proveedor de la salud, pero sólo para afecciones auditivas no agudas (como la pérdida auditiva que ocurre durante muchos años) y para servicios de diagnóstico relacionados con la pérdida auditiva que se trata con dispositivos auditivos implantados quirúrgicamente.

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Le cobrarán un copago por los servicios ambulatorios que recibe en el hospital.

Nota: Medicare no cubre los aparatos de asistencia auditiva o los exámenes para colocarlos.

**Servicio preventivo****Vacuna contra la hepatitis B**

Este servicio está cubierto para los beneficiarios de alto o mediano riesgo de contraer la hepatitis B. Algunos factores de riesgo incluyen hemofilia, Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés), diabetes, si vive con alguien que tiene hepatitis B, o si es un trabajador de la salud y tiene contacto frecuente con sangre o fluidos corporales. Consulte con su médico para ver si usted tiene medio o alto riesgo de contraer hepatitis B. Usted no paga si su médico acepta la **asignación**.

**Servicio preventivo****Prueba de detección para el virus de hepatitis B (HBV, en inglés)**

Medicare cubre las pruebas de infección por el HBV si son ordenadas por su médico. Medicare también cubre las pruebas:

- Anualmente para aquellos con alto riesgo continuo y no reciben una vacuna contra la hepatitis B.
- Si está embarazada:
 - En la primera visita prenatal de cada embarazo
 - Durante el parto para aquellas con factores de nuevos o continuados riesgos
 - En la primera visita prenatal para embarazos futuros, incluso si recibió la vacuna contra la hepatitis B o si tuvo resultados negativos en la detección del HBV

Usted no paga por la prueba de detección si el médico u otro proveedor de la salud acepta la **asignación**.

**Servicio preventivo****Prueba de detección de hepatitis C**

Medicare cubre una sola prueba para la detección de hepatitis C para las personas con una de estas condiciones:

- La persona es de alto riesgo porque usa o usó drogas ilícitas.
- Tuvo una transfusión de sangre antes de 1992.
- Nació entre 1945 y 1965.

Medicare también cubre exámenes anuales para aquellos con alto riesgo.

Medicare sólo cubrirá las pruebas de detección de hepatitis C si son ordenadas por un proveedor de la salud. Usted no paga por la prueba de detección si su médico o proveedor autorizado acepta la asignación.

**Servicio preventivo****Examen del VIH**

Medicare cubre la prueba del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) una vez cada 12 meses:

- Entre las edades de 15 y 65 años.
- Menores de 15 y mayores de 65, que corren un riesgo mayor.

Medicare también cubre esta prueba hasta 3 veces durante un embarazo.

El examen es gratuito si su médico o proveedor de salud acepta la **asignación**.

Servicios para el cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)

Puede utilizar este beneficio con la Parte A y/o B. Medicare cubre los servicios **necesarios por razones médicas** a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada, terapia del lenguaje/habla, terapia física, o terapia ocupacional si la necesita de manera continua. El cuidado puede incluir servicios sociales, servicios de auxiliares para el hogar a tiempo parcial o intermitente, equipo médico duradero y suministros médicos para usar en el hogar. “Tiempo parcial o intermitente” significa que es posible que pueda obtener enfermería especializada y servicios de cuidado de salud en el hogar si se brindan menos de 8 horas por día o menos de 28 horas por semana (o hasta 35 horas por semana en algunos casos limitados). El médico que lo trata u otro proveedor (como una enfermera practicante) que trabaje con su médico tiene que evaluarlo primero y certificar que usted necesita los servicios de atención domiciliaria. Los servicios deben ser ordenados por su médico y proporcionados por una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare.

Medicare cubre los servicios de salud en el hogar siempre que necesite servicios especializados a tiempo parcial o intermitentes y mientras esté “confinado a su hogar”, lo que significa:

- Tiene dificultad para salir de su casa sin ayuda (necesita el uso de un bastón, silla de ruedas, andador o muletas; transporte especial; o la ayuda de otra persona) debido a una enfermedad o lesión.
- No se recomienda que salga de su hogar debido a su condición médica.
- Normalmente no sale del hogar porque hacerlo significa un gran esfuerzo.

Usted no paga por los servicios para el cuidado de la salud en el hogar. Sin embargo, para el equipo médico duradero cubierto por Medicare, usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Suministros y servicios de terapia de infusión a domicilio

Medicare cubre equipos y suministros (como una bomba, tubos intravenosos y catéteres) para la terapia de infusión en el hogar para administrar ciertos medicamentos de infusión (como la inmunoglobulina intravenosa) en el hogar. Ciertos equipos y suministros (como la bomba de infusión) y el medicamento de infusión están cubiertos por el Equipo Médico Duradero (página 40). Medicare también cubre servicios (como visitas de enfermeras), entrenamiento para cuidadores y monitoreo. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por estos suministros y servicios.

Servicios e insumos para diálisis renal

Por lo general, Medicare cubre el tratamiento de diálisis (o diálisis peritoneal ambulatoria continua) 3 veces por semana si usted padece de una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD). La cobertura incluye los medicamentos para diálisis, análisis, entrenamiento para diálisis en el hogar y el equipo e insumos necesarios. El centro de diálisis es el que coordina los servicios (ya sea para diálisis en el hogar o en el centro). Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Educación sobre insuficiencia renal

Medicare puede pagar hasta 6 sesiones educativas si usted se encuentra en la Etapa IV de su enfermedad renal y su médico u otro proveedor de la salud lo ordena. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por sesión si recibe el servicio de un médico u otro proveedor calificado y el **deducible** de la Parte B.

Pruebas de laboratorio

Medicare cubre las pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico **médicamente necesarias** cuando su médico o proveedor las solicita. Estas pruebas pueden incluir ciertos análisis de sangre, análisis de orina, ciertas pruebas en muestras de tejido y algunas pruebas de detección. Por lo general, usted no paga por estos exámenes.



Servicio preventivo

Exploración (examen) para cáncer de pulmón

Medicare cubre la exploración para cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT, en inglés) una vez al año si cumple con estas condiciones:

- Tiene entre 50 y 77 años.
- Es asintomático (no tiene indicios o síntomas de cáncer de pulmón).
- Es fumador en la actualidad o ha dejado de fumar dentro de los últimos 15 años.
- Tiene un historial de fumador de al menos 20 “años consecutivos” (un promedio de un paquete de 20 cigarrillos por día durante 20 años).
- Tiene una orden de su médico.

Usted no paga por este servicio si su médico acepta la **asignación**.

Antes de su primer examen para cáncer de pulmón, es necesario que haga una cita con un proveedor o profesional de la salud para analizar los riesgos y beneficios y decidir si la exploración para cáncer de pulmón es adecuada para usted.

¡Nuevo!

Suministros de compresión para el tratamiento de linfedema

Si le han diagnosticado linfedema, Medicare cubrirá sus suministros de compresión de gradiente prescritas (estándar y ajustadas a la medida). Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Se aplica el deducible de la Parte B.



Servicio preventivo

Mamografías

Medicare cubre una mamografía cada 12 meses si es una mujer de 40 años o más para detectar el cáncer de mama. Medicare cubre una mamografía inicial para las mujeres entre 35 y 39 años. Usted no paga por la mamografía si su médico o proveedor acepta la asignación.

La Parte B también cubre las mamografías de diagnóstico cuando son **médicamente necesarias**. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las mamografías de diagnóstico y el deducible de la Parte B.

Nota: Medicare cubre ecografías de seno médicamente necesarias sólo cuando su médico o proveedor las ordene.



Servicio preventivo

Terapia de nutrición médica

Medicare cubre los servicios de terapia de nutrición médica (MNT, en inglés), si tiene diabetes o insuficiencia renal, o recibió un trasplante de riñón en los últimos 36 meses y un médico los ordena. Los servicios de MNT son proporcionados sólo por Dietistas Registrados o profesionales de nutrición que cumplen con ciertos requisitos. Si tiene diabetes, puede ser elegible para el entrenamiento de autocontrol de la diabetes (página 38). Usted no paga por estos **servicios preventivos** porque el **deducible** y **coseguro** no aplican.



Servicio preventivo

Programa para la prevención de diabetes

Medicare cubre un programa de cambio de comportamiento y estilo de vida, una vez por vida, para ayudarle a prevenir la diabetes tipo 2. El programa comienza con sesiones básicas ofrecidas en un entorno grupal durante un período de 6 meses. Una vez que complete las sesiones principales, recibirá 6 meses de sesiones mensuales de seguimiento para ayudarle a mantener hábitos saludables. Si comenzó el Programa para la Prevención de Diabetes de Medicare en 2021 o antes, recibirá 12 meses adicionales de sesiones si cumple con ciertas metas para la pérdida de peso.

Puede obtener los servicios de un proveedor aprobado por el Programa de Prevención de Diabetes de Medicare. Estos proveedores pueden ser proveedores de la salud tradicionales u organizaciones como centros comunitarios u organizaciones religiosas. Para encontrar un proveedor, u obtener más información sobre el programa visite es.Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program.

Si tiene un **plan Medicare Advantage**, comuníquese con su plan para averiguar dónde obtener estos servicios.

Servicios para la salud mental (ambulatorios)

Medicare cubre estos servicios para que usted pueda obtener ayuda con problemas psicológicos como la depresión y la ansiedad. Estas visitas a menudo se denominan como consultas o psicoterapias, y pueden realizarse individualmente, en grupo o en entornos familiares, y en situaciones de crisis. La cobertura incluye los servicios generales que le brindan de manera ambulatoria (como en el consultorio médico, la oficina de otro proveedor de la salud, el departamento ambulatorio del hospital o centro comunitario de salud mental); se incluyen las consultas con el psiquiatra, psicólogo clínico o asistente social.

¡Nuevo!

Medicare cubre los servicios de salud mental proporcionados por terapeutas matrimoniales y familiares y consejeros de salud mental.

Los servicios también incluyen hospitalización parcial, que son servicios brindados por un centro comunitario de salud mental o por un hospital para pacientes ambulatorios. La hospitalización parcial es un programa diurno estructurado que ofrece servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios como una alternativa al cuidado psiquiátrico para pacientes hospitalizados.

iNuevo!

Medicare cubre los servicios intensivos de programas ambulatorios brindados por hospitales, centros comunitarios de salud mental, centros de salud calificados por el gobierno federal y centros de salud rurales.

La hospitalización parcial y los servicios ambulatorios intensivos son más intensivos que la atención que recibiría en el consultorio de un médico o terapeuta. Visite es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization para más información.

Por lo general, usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B por los servicios de salud mental.

La internación para servicios de salud mental está cubierta por la Parte A (página 27).

**Servicio preventivo****Terapia conductual para la obesidad**

Si usted tiene un Índice de Masa Corporal (IMC) de 30 o más, Medicare cubrirá los servicios intensivos de asesoría para que baje de peso mediante nutrición y ejercicios adecuados. Estos servicios están cubiertos si se los brinda su **médico de cabecera** u otro **médico de atención primaria** (en el consultorio) donde puedan coordinarse con su cuidado y un plan de prevención personalizado. Usted no paga si su médico o profesional de la salud acepta la **asignación**.

Terapia ocupacional

Medicare cubre el tratamiento **médicamente necesario** para ayudarle a realizar las actividades diarias (como vestirse o bañarse), mantener las capacidades actuales o disminuir lentamente cuando su médico u otro proveedor de la salud certifica que lo necesita. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides

Medicare cubre los servicios de tratamiento del trastorno por uso de opioides en los programas de tratamiento con opioides. Los servicios incluyen medicamentos (como la metadona, buprenorfina, naltrexona y naloxona), asesoramiento, pruebas de drogas, terapia individual y grupal, actividades de admisión y evaluaciones periódicas. Los servicios de asesoramiento periódico y terapia también están cubiertos en persona y, en ciertas circunstancias, virtualmente (utilizando tecnología de audio y video, como su teléfono o computadora). Medicare también cubre los servicios brindados a través de unidades móviles del programa de tratamiento de opioides.

Medicare le paga a los médicos y otros proveedores por el tratamiento general de trastornos por consumo de opioides, incluyendo administración, coordinación del cuidado, psicoterapia y asesoramiento, cuando el tratamiento ocurre en el consultorio médico.

Bajo el Medicare Original, no paga por estos servicios si los obtiene de un proveedor de tratamiento de opioides que esté inscrito en Medicare y cumple con otros requisitos. Sin embargo, aún aplica el deducible de la Parte B. Hable con su médico u otro proveedor de la salud para más información sobre estos servicios. También puede visitar es.Medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services para encontrar un programa cerca de usted.

Los **planes Medicare Advantage** también deben cubrir el servicio de tratamiento con opioides, pero pueden requerir que participe en un programa de tratamiento de opioides dentro de la red. Dado que los planes MA pueden aplicar **copagos** a los servicios de tratamiento con opioides, consulte con su plan para verificar si tiene un copago.

Servicios ambulatorios del hospital

Medicare cubre muchos servicios de diagnóstico y tratamientos que recibe como paciente ambulatorio en un hospital participante de Medicare. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios del médico u otro proveedor de la salud. Puede que pague más por los servicios médicos en el departamento ambulatorio del hospital de lo que pagaría en el consultorio del médico. Además de lo que le debe pagar al médico, tendrá que pagarle al hospital un **copago** por cada servicio, excepto por ciertos **servicios preventivos** que son gratuitos. En la mayoría de los casos, el copago no puede exceder la cantidad del **deducible** de la Parte A que paga por la internación en el hospital. También tiene que pagar el deducible de la Parte B, excepto por ciertos servicios preventivos. Si recibe servicios ambulatorios en un **hospital de acceso crítico**, su copago puede ser más y puede exceder el deducible de la Parte A para una estadía de hospital.



Costos y cobertura: Para los costos estimados de los procedimientos ambulatorios realizados en los departamentos ambulatorios de un hospital, visite



es.Medicare.gov/procedure-price-lookup.

Servicios ambulatorios médicos, quirúrgicos e insumos

Medicare cubre los procedimientos aprobados como radiografías, suturas, escayolas, yesos o cirugías ambulatorias. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos. Le cobran un copago por cada servicio ambulatorio que recibe en el hospital, pero dicha cantidad no puede exceder la cantidad del deducible que paga por la Parte A para los servicios de internación. También paga el deducible de la Parte B y la cantidad total de los servicios que Medicare no cubre.

Terapia física

Medicare cubre la evaluación y tratamiento de lesiones y enfermedades que afectan su capacidad para funcionar normalmente, mejorar o mantener las capacidades actuales o disminuir decaimiento, **cuando su médico u otro proveedor (incluido un enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico certifica que lo necesita)**. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.



Servicio preventivo

Vacuna neumocócica

Medicare cubre dos inyecciones para prevenir la infección por neumococos (como ciertos tipos de pulmonía). Hable con su médico u otro proveedor de la salud sobre esta vacuna. Usted no paga si el proveedor que se la aplica acepta la **asignación**.

Servicios de Administración del Cuidado

Medicare cubre servicios específicos de enfermedades para ayudarle a controlar una afección crónica y compleja que lo pone en riesgo de hospitalización, deterioro físico o cognitivo o muerte. Si tiene una afección crónica de alto riesgo que espera que dure al menos de 3 meses (como cáncer y no recibe tratamiento por ninguna otra afección compleja), Medicare puede pagar la ayuda de un proveedor de la salud para controlarla. Su proveedor creará un plan de atención específico para la enfermedad y lo controlará y ajustará continuamente, incluidos los medicamentos que toma. Se aplican el **deducible** y el **coseguro** de la Parte B.



Servicio preventivo

Examen de la próstata

Medicare cubre exámenes rectales digitales y análisis de sangre de antígeno prostático específico (PSA) una vez cada 12 meses para hombres mayores de 50 (a partir del día en que cumple 50 años). El PSA es gratis. Usted tiene que pagar el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por el examen dígito rectal y el deducible de la Parte B. Si se lo hacen en el departamento ambulatorio del hospital, le cobrarán un **copago**.

Prótesis y aparatos ortopédicos

Medicare cubre aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales (y sus repuestos); prótesis para reemplazar órganos del cuerpo o sus funciones (incluidos los suministros de ostomía, y nutrición enteral y parenteral, y ciertas prótesis de seno después de una mastectomía), ordenados por su médico o proveedor participante en Medicare.

Para que Medicare pague por ellos, usted debe usar un proveedor inscrito en Medicare. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Rehabilitación pulmonar

Medicare cubre un programa integral de rehabilitación pulmonar si tiene:

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD) moderada a grave y el médico que lo trata ordena el servicio.
- Tuvo COVID-19 confirmado o sospechado y experimentó síntomas persistentes que incluyen disfunción respiratoria durante al menos 4 semanas.

Usted paga el 20 % de la cantidad aprobada por Medicare si recibe el servicio en el consultorio de un médico. Tendrá que pagar el deducible de la Parte B y pagarle al hospital un copago por cada sesión si recibe el servicio como paciente ambulatorio del hospital.

Servicios médicos rurales

Las clínicas de salud rurales ofrecen **servicios preventivos** y de cuidado primario ambulatorios en zonas rurales y desatendidas. Por lo general, usted paga el 20% excepto por los servicios preventivos gratuitos y el deducible de la Parte B.

Nota: Puede obtener servicios de telesalud cubiertos por las Clínicas de Salud Rural hasta el 31 de diciembre de 2024. Vaya a la página 51.

Segunda opinión sobre una cirugía

Medicare cubre una segunda opinión de cirugía en ciertos casos y siempre que no sea una cirugía de emergencia. En algunos casos puede cubrir hasta una tercera opinión. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el deducible de la Parte B.



Servicio preventivo

Evaluación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual

Medicare cubre las evaluaciones para Infecciones de Transmisión Sexual (STI, en inglés) como la clamidia, gonorrea, sífilis y/o hepatitis B. Estas evaluaciones están cubiertas para las personas que están embarazadas y/o a ciertas personas de alto riesgo cuando las mismas sean ordenadas por un proveedor de cuidado primario. Medicare cubre estas evaluaciones cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.

También cubre hasta 2 sesiones individuales de 20 a 30 minutos para la modificación de la conducta para los adultos sexualmente activos a riesgo de padecer de STI. Medicare sólo pagará por estas sesiones si son brindadas por su **médico de cabecera** o profesional de la salud en el consultorio o en una clínica de atención primaria. La consejería brindada a los pacientes internados por ejemplo en un **centro de enfermería especializada**, no será cubierta como un **servicio preventivo**.

Usted no paga por los servicios si su proveedor acepta la **asignación**.

Vacunas

La Parte B cubre:

- Vacuna contra la gripe. Página 42.
- Vacuna contra la Hepatitis B. Página 43.
- Vacuna neumocócica. Página 48.
- Vacuna contra la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Página 37.

¡Importante!

La cobertura de medicamentos (Parte D) cubre todas las demás vacunas recomendadas para adultos para prevenir enfermedades (como culebrilla, tétanos, difteria, tos ferina y virus respiratorio sincitial), sin costo alguno para usted. Si la vacuna aún no está en la lista de medicamentos de su plan, puede solicitar una excepción de cobertura o recibir un reembolso. Comuníquese con su plan para obtener más detalles y hable con su médico u otro proveedor de atención médica sobre qué vacunas son adecuadas para usted. Para más información sobre las vacunas cubiertas, visite [es.Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage).

Servicios de patología del lenguaje/habla

Medicare cubre los servicios **médicamente necesarios** para recuperar y fortalecer las destrezas del habla y del lenguaje, incluidas las destrezas cognitivas y la habilidad para tragar, mejorar o mantener las capacidades actuales o disminuir lentamente cuando sean ordenados por su médico o si otro proveedor de la salud certifica que usted los necesita. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Vendajes quirúrgicos

Medicare cubre estos servicios médicamente necesarios para una herida quirúrgica o una lesión tratada con cirugía. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios del médico u otro proveedor de la salud. También pagará un **copago** fijo si recibe estos servicios como paciente ambulatorio del hospital. Usted no tiene que pagar por los insumos, pero debe pagar el **deducible** de la Parte B.

Telemedicina (Telesalud)

Medicare cubre ciertos servicios de telesalud que recibe de un médico u otro proveedor de la salud que se encuentra en otro lugar utilizando tecnología de audio y video (o en algunos casos servicios de telesalud sólo de audio), como su teléfono o una computadora. La telesalud puede brindar muchos servicios que generalmente se brindan en persona, incluidas visitas al consultorio, psicoterapia, consultas y otros servicios médicos.

¡Nuevo!

Hasta el 31 de diciembre de 2024, puede obtener servicios de telesalud en cualquier lugar de los Estados Unidos, incluido su hogar. Después de este período, debe estar en una oficina o centro médico ubicado en un área rural para la mayoría de los servicios de telesalud. Sin embargo, puede obtener ciertos servicios de telesalud de Medicare **sin** estar en un entorno de cuidado médico rural, que incluyen:

- Visitas mensuales por Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) para diálisis en el hogar.
- Servicios de diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un ictus agudo esté donde esté, incluso en una unidad móvil de ictus.
- Servicios para tratar un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente (a veces llamado “trastorno dual”) o para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de un trastorno de salud mental, incluyendo en su hogar.
- Servicios de salud conductual, incluyendo en su hogar.
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes.
- Terapia de nutrición médica.

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Para la mayoría de estos servicios, pagará la misma cantidad que pagaría si recibiera los servicios en persona.



Compare: Los **planes Medicare Advantage** y proveedores que forman parte de ciertas **Organizaciones Responsables del Cuidado de Salud (ACOs)** pueden ofrecer más beneficios de telesalud que el Medicare Original. Por ejemplo, es posible que pueda obtener algunos servicios desde su hogar, sin importar dónde viva. Si su proveedor participa en una ACO, consulte con ellos para saber qué beneficios de telesalud pueden estar disponibles. Revise las páginas 110-111.

Exámenes (no de laboratorio)

Medicare cubre los rayos-X, Imagen de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans), Electrocardiograma (EKG) y otras pruebas de diagnóstico. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Si le hacen estos exámenes como paciente ambulatorio en un hospital, usted paga el **copago** que puede ser más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare, pero no más de la cantidad del deducible de la Parte A para los servicios de internación. Revise “Pruebas de laboratorio” en la página 45 para más información.

Servicios de administración para el cuidado de transición

Medicare puede cubrir este servicio si regresa a su comunidad después de una estadía en determinadas instituciones, como un hospital o **centro de enfermería especializada**. El proveedor que administra su regreso a la comunidad trabajará con usted y su cuidador para coordinar y administrar su cuidado durante los primeros 30 días después de regresar al hogar. Tendrá que pagar el deducible y **coseguro** de la Parte B. Visite [es.Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services](https://www.Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services) para más información.

Trasplantes y medicamentos inmunosupresores

Medicare cubre los trasplantes del corazón, pulmón, riñón, páncreas, hígado e intestino en ciertas circunstancias y sólo en un centro certificado por Medicare. Los trasplantes de córnea y médula ósea sólo están cubiertos por Medicare si se cumplen ciertas condiciones.

Los medicamentos inmunosupresores están cubiertos si el trasplante fue pagado por Medicare. Usted debe tener la Parte A cuando ocurre el trasplante y la Parte B cuando recibe los medicamentos inmunosupresores (o calificar para el beneficio de medicamentos inmunosupresores que se describe a continuación). Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Tenga en cuenta que la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.

Si piensa inscribirse en un **plan Medicare Advantage** y está en lista de espera para recibir un trasplante o necesita un trasplante, hable con el plan antes de inscribirse para asegurarse de que sus médicos y el hospital estén en la red del plan. Solicite información sobre los medicamentos cubiertos y sus costos. Revise la autorización previa en las normas de cobertura del plan para sus donantes vivos.

Nota: La cirugía de trasplante puede estar cubierta como una estadía en el hospital bajo la Parte A. Revise las páginas 27-28.

Medicare paga el costo total del cuidado de su donante de riñón. Usted y su donante no pagan un **deducible**, coseguro ni ningún otro costo por la estadía en el hospital.

Beneficio de los medicamentos inmunosupresores

Si sólo tiene Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final, su cobertura de Medicare (incluida la cobertura de medicamentos inmunosupresores), termina 36 meses después de un trasplante de riñón exitoso. Medicare ofrece un beneficio que le ayuda con los costos **si no tiene otra cobertura** (como un plan de salud grupal, TRICARE o **Medicaid** que cubre medicamentos inmunosupresores). **Este beneficio sólo cubre sus medicamentos inmunosupresores y ningún otro artículo o servicio. No sustituye la cobertura de salud completa. Usted puede inscribirse para este beneficio en cualquier que termine su cobertura de la Parte A de Medicare, siempre y cuando tenga Medicare debido a ESRD al momento de su trasplante de riñón.** Para inscribirse, llame al Seguro Social al 1-877-465-0355. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0788.

Usted pagará una **prima** mensual de \$103 (o más alta según sus ingresos) y un deducible de \$240 para este beneficio en 2024. Una vez que alcance el deducible, pagará el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare**. Si tiene ingresos y recursos limitados, es posible que pueda obtener ayuda de su estado para pagar este beneficio. Consulte la página 94 o visite es.Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease para más información.

Viajes

Por lo general Medicare no cubre los servicios médicos cuando usted está de viaje fuera de los Estados Unidos (Estados Unidos incluye los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Islas Vírgenes, Guam, Islas Marianas del Norte y Samoa Americana). Hay algunas excepciones. Visite es.Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s. para más información.

Medicare puede cubrir el transporte en ambulancia si fuese **necesario por razones médicas** a un hospital extranjero solamente si lo admiten al hospital para que reciba atención médica. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el **deducible** de la Parte B.

Atención (cuidado) urgente

Medicare cubre los servicios para tratar una enfermedad repentina o una herida que no sea una emergencia médica. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el servicio del proveedor de la salud y el deducible de la Parte B. Si recibe la atención como paciente ambulatorio del hospital, le cobrarán un **copago**.

Consultas virtuales

Medicare cubre consultas virtuales (también llamados “servicios basados en tecnología de comunicación breve”) con su médico y otros proveedores, como enfermeros practicantes, especialistas en enfermería clínica o asistentes médicos. La consulta virtual usa tecnología de comunicación de audio y video bidireccional, como su teléfono o computadora. Su médico también puede hacer evaluaciones usando fotos o imágenes de video que usted envía para su revisión y ver si necesita ir al consultorio del médico.

Su médico u otro proveedor puede responderle mediante teléfono, forma virtual, mensaje de texto seguro, correo electrónico o un portal para pacientes.

Usted puede usar estos servicios si cumple con estas condiciones:

- Habló con su médico u otro proveedor para comenzar este tipo de visitas.
- La consulta virtual no puede estar relacionada con una visita médica dentro de los últimos 7 días y no debe conllevar a una visita médica dentro de las próximas 24 horas (o la cita más cercana disponible).
- Debe dar su consentimiento verbal para la consulta virtual y su consentimiento debe estar documentado en su expediente médico. Su médico puede obtener un consentimiento para un año de estos servicios.



Compare: Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B por los servicios de su médico u otro proveedor autorizado. Los planes Medicare Advantage pueden ofrecer más servicios de consultas virtuales que el Medicare Original. Consulte con su plan para averiguar qué ofrecen.



Servicio preventivo

Visita médica preventiva “Bienvenido a Medicare”

Durante los 12 primeros meses en los que tenga la Parte B, usted puede acudir a la visita médica preventiva conocida como “Bienvenido a Medicare”. Esta visita incluye una revisión de su historial médico y social relacionada con su salud, educación para mantenerse sano y consejería sobre los **servicios preventivos**, incluyendo evaluaciones, vacunas para la gripe y neumococo y **referidos** para otros cuidados si es necesario.

Cuando haga la cita, dígame que desea programar el examen “Bienvenido a Medicare”. Usted no paga por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” si su médico o proveedor de la salud acepta la **asignación**.

Si tiene una receta actual para opioides, su proveedor revisará los riesgos de un trastorno debido al consumo de opioides, evaluará la gravedad de su dolor y plan de tratamiento actual, brindará información sobre las opciones de tratamiento sin opioides y lo referirá a un especialista, de ser apropiado. Su proveedor también revisará los riesgos de un trastorno por el uso de sustancias, **como el consumo de alcohol y tabaco**, y lo referirá para tratamiento, si es necesario.

¡Importante!

Si su proveedor le hace exámenes o servicios adicionales durante la misma visita y los mismos no son considerados servicios preventivos, tendrá que pagar un **coseguro** y el deducible de la Parte B. Si Medicare no paga por los exámenes o servicios adicionales (por ejemplo, un examen físico de rutina), tendrá que pagar la cantidad total.



Servicio preventivo

Examen anual de “Bienestar”

Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede hacerse el examen anual de “Bienestar” para crear o actualizar el plan personalizado para prevenir enfermedades basándose en su estado de salud y factores de riesgo. Medicare cubre esta visita una vez cada 12 meses. **Esta visita no es un examen físico.**

Su médico o profesional de la salud le pedirá que llene un cuestionario breve conocido como “Evaluación de Riesgo para la Salud” durante la visita. Sus respuestas contribuirán a crear un plan de prevención personal para ayudarle

a mantenerse sano y aprovechar al máximo su visita. Su visita puede incluir: mediciones de rutina, consejos de salud, una revisión de su historial médico y familiar, sus recetas actuales, planificación de cuidado anticipado y más.

Su médico también le hará una evaluación para el deterioro cognitivo para buscar signos de la enfermedad de Alzheimer o demencia. Los signos de deterioro cognitivo incluyen problemas para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse, administrar las finanzas y tomar decisiones sobre su vida cotidiana. Si su proveedor cree que puede tener un deterioro cognitivo, Medicare cubre una visita separada para hacer una revisión más exhaustiva de su función cognitiva y detectar afecciones como demencia, depresión, ansiedad o delirio. Revise la página 35.

Su médico o profesional de la salud evaluará los riesgos de un trastorno por uso de sustancias y lo referirá para recibir tratamiento, si es necesario. Si usa medicamentos opioides, su proveedor revisará su plan de tratamiento para el dolor, compartirá información sobre opciones de tratamiento no opioides y lo referirá a un especialista, según corresponda.

Nota: Usted no puede hacerse el primer examen anual de “Bienestar” durante los 12 primeros meses que tenga la Parte B o que se haya hecho el examen “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, usted no tiene que haber acudido a la visita médica preventiva “Bienvenido a Medicare” antes de hacerse el examen anual de “Bienestar”.

Usted no paga por el examen anual de “Bienestar” si su médico o proveedor de la salud acepta la **asignación**.

¡Importante!

Si el médico o proveedor le hace otro examen o le brinda otro servicio durante su visita de “Bienestar” y los mismos no son considerados como servicios preventivos, tendrá que pagar un **coseguro** y el **deducible** de la Parte B. Si los exámenes o servicios adicionales no están cubiertos por Medicare (como un examen físico de rutina), tendrá que pagar la cantidad total.

Lo que NO cubren las Partes A y B

Medicare no cubre todos los servicios. Si usted necesita un servicio que la Parte A o B no cubren, tendrá que pagarlo de su bolsillo a menos que:

- Tenga otro seguro (incluyendo **Medicaid**) que cubra estos gastos.
- Tiene un **plan Medicare Advantage** o Plan de Costos de Medicare que cubre dichos servicios. Los planes Medicare Advantage y Planes de Costos de Medicare pueden cubrir algunos beneficios adicionales, como programas de visión, audición, cuidado dental y acondicionamiento físico.

Algunos de los artículos y servicios que el Medicare Original no cubre son:

- ✘ El examen de la vista para recetarle anteojos
- ✘ La cirugía estética
- ✘ Terapia de Masajes
- ✘ Los audífonos y los exámenes para colocarlos
- ✘ El cuidado a largo plazo
- ✘ Exámenes físicos de rutina
- ✘ Cuidado de guarda (también llamada medicina a la carta, medicina basada en anticipos, medicina prepagada, medicina boutique, práctica de platino, atención directa o cuidado directo)

- ✘ Artículos o servicios cubiertos que obtiene de un médico de exclusión voluntaria (página 60) u otro proveedor (excepto en el caso de una emergencia o necesidad urgente).
- ✘ La mayoría del cuidado dental: En la mayoría de los casos, Medicare Original no cubre servicios dentales como limpiezas de rutina, empastes, extracciones dentales o artículos como dentaduras postizas. Sin embargo, en algunos casos, Medicare Original puede pagar algunos servicios dentales relacionados con procedimientos médicos específicos como:
 - Una reparación o reemplazo de una válvula cardíaca
 - Un trasplante de órgano
 - Tratamientos relacionados con el cáncer

El pago del cuidado a largo plazo

Medicare y la mayoría de los seguros, entre ellos las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) no cubren este tipo de ayuda. Este tipo de cuidado (a veces llamado “servicios y patrocinio a largo plazo”) incluye la atención médica y que no es médica para las personas con una enfermedad crónica o incapacidad. Los servicios incluyen la ayuda del personal para las tareas cotidianas como vestirse, bañarse o usar el baño. También incluye comidas a domicilio, cuidado diurno para adultos y otros servicios. Usted puede ser elegible para este tipo de cuidado a través de Medicaid, o puede optar por comprar un seguro privado de cuidado a largo plazo.

El cuidado a largo plazo puede brindarse en su casa, en la comunidad, en una residencia de vida asistida o asilo de ancianos. **Es importante que empiece a planificar su cuidado a largo plazo ahora, para que en el futuro, pueda mantener su independencia y obtener los servicios que necesita en el lugar que desea.**

Recursos para el cuidado a largo plazo

Use los recursos siguientes para obtener información sobre el cuidado a largo plazo:

- Visite [longtermcare.acl.gov](https://www.longtermcare.acl.gov) para averiguar sobre la planificación del cuidado a largo plazo.
- Llame al Departamento Estatal de Seguro para obtener información sobre el seguro de cuidado a largo plazo. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su oficina de Medicaid (Oficina Estatal de Asistencia Médica) o visite es.Medicaid.gov y pregunte sobre la cobertura de cuidado a largo plazo.
- Obtenga una copia de “Una Guía para los Compradores de Seguros de Cuidado a Largo Plazo” de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros en content.naic.org/sites/default/files/publication-ltc-lp-shoppers-guide-long-term.pdf.
- Visite el Localizador Eldercare en eldercare.acl.gov o llame al 1-800-677-1116 para encontrar ayuda en su comunidad.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono de su SHIP local en las páginas 115-118.

SECCIÓN 3

Medicare Original

¿Cómo funciona el Medicare Original?

Medicare Original es una de las opciones de cobertura de Medicare. A menos que escoja un **plan Medicare Advantage** u otro **tipo de plan de salud de Medicare**, usted estará cubierto por el Medicare Original. Medicare Original incluye dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).

Por lo general, usted paga una parte de cada servicio. No hay límite para lo que pagará de su bolsillo en un año a menos que tenga otro seguro (como **Medigap**, **Medicaid**, o cobertura de empleador, retirado o sindicato) o inscribise en un plan Medicare Advantage en lugar de Medicare Original.

Medicare Original

<p>¿Puedo atenderme con cualquier médico, proveedor u hospital?</p>	<p>En la mayoría de los casos sí. Usted puede escoger cualquier médico, hospital, proveedor o clínica que participe en Medicare y que acepte nuevos pacientes con Medicare. Visite es.Medicare.gov/care-compare para encontrar y comparar proveedores, hospitales y clínicas en su área.</p>
<p>¿Cubre las recetas médicas?</p>	<p>Con unas pocas excepciones (páginas 26-27, 44, 47 y 52), la mayoría de los medicamentos no están cubiertos. Usted puede agregar esta cobertura inscribiéndose en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D). Revise las páginas 79-90.</p>
<p>¿Debo escoger un médico de cabecera?</p>	<p>No.</p>
<p>¿Necesito un referido para consultar un especialista?</p>	<p>En la mayoría de los casos, no.</p>
<p>¿Necesito una póliza suplementaria?</p>	<p>Es posible que usted ya tenga cobertura de Medicaid, seguro de jubilado o de un empleador o sindicato que pague por lo que el Medicare Original no cubre. Si no es su caso, tal vez le convenga comprar una póliza Medigap. Revise las páginas 75-78. También puede consultar con su oficina estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para ver si es elegible para Medicaid.</p>

★ **Nota:** La definición de las palabras en color **azul** se encuentra en las páginas 119-122.

¿Qué más debo saber acerca del Medicare Original?

- Usted generalmente paga una cantidad fija por sus servicios de salud (**deducible**) antes de que Medicare pague su parte. Luego, Medicare paga la parte que le corresponde y usted paga la suya (el **coseguro/copago**) por los servicios y suministros cubiertos. **No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo** a menos que tenga otro seguro (como Medigap, Medicaid o cobertura de jubilado, empleador o sindicato).
- Generalmente paga la **prima** mensual de la Parte B, que puede cambiar cada año.
- Por lo general, usted no envía sus reclamaciones a Medicare. Los proveedores tienen que presentar las reclamaciones a Medicare por los servicios y suministros que usted recibe.

¿Cuánto me corresponde pagar?

Los gastos directos de su bolsillo en el Medicare Original dependerán de:

- La mayoría de los beneficiarios tienen las Partes A y/o B.
- Si su médico o proveedor acepta la “**asignación**.” Revise la página 59.
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si recibe servicios o suministros que Medicare no cubre, en cuyo caso deberá ser usted quien pague por esos servicios a menos que tenga otro seguro.
- Si su otro seguro funciona con Medicare. Revise la página 21.
- Si tiene todos los beneficios de Medicaid o recibe ayuda estatal para pagar por los costos de Medicare a través de un Programa de Ahorros de Medicare. Revise las páginas 91–92.
- Si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare).
- Si usted y su médico u otro proveedor de la salud firman un contrato privado. Revise la página 60.

¿Cómo puedo saber cuánto paga Medicare?

Si está inscrito en el Medicare Original, recibirá por correo un “Resumen de Medicare” (MSN, en inglés) cada 3 meses, enumera los servicios facturados a Medicare. También puede inscribirse para recibir su Aviso mensualmente de forma electrónica. El MSN no es una factura. Revise su MSN para asegurarse de haber recibido todos los servicios, suministros o equipos mencionados. Si no está de acuerdo con la decisión de Medicare de no pagar (cubrir) un servicio, el MSN le informará cómo apelar. Consulte la página 99 para más información sobre cómo presentar una apelación.

Si necesita comunicar un cambio de domicilio, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778). Si recibe los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), llámelos al 1-877-772-5772 (TTY: 1-312-751-4701).

Su MSN le informará si está inscrito en el Programa para Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB, en inglés). Si está en el programa QMB, los proveedores de Medicare no pueden cobrarle por los **deducibles**, **coseguro** o **copagos** de la Parte A y/o Parte B de Medicare. En algunos casos, se le puede cobrar un pequeño copago a través de **Medicaid**, si aplica. Para más información sobre QMB y los pasos a seguir si se le factura por estos costos, consulte la página 91.

¡Importante!

Obtenga su Resumen de Medicare electrónicamente

Obtenga su “Resumen de Medicare” electrónicamente (también llamado el “eMSN”). Visite es.Medicare.gov para ingresar o crear una cuenta. Si se inscribe en el eMSN, le enviaremos un correo electrónico mensualmente informándole que su eMSN está disponible en su cuenta electrónica de Medicare. El eMSN tiene toda la información que contiene el MSN de papel. No recibirá copias impresas por correo si elige eMSN, pero puede optar por imprimirlas usted mismo en casa. A mediados de 2023, las personas inscritas en eMSN ayudaron al programa Medicare ahorrar aproximadamente \$30 millones.

Usted tiene opciones sobre cómo obtener la información de Medicare. Puede tener acceso a sus reclamaciones a través de su cuenta en es.Medicare.gov y compartir esta información con médicos, farmacias y otros mediante la aplicación del Botón Azul de su elección. Un número creciente de aplicaciones informáticas y móviles están conectadas a Medicare a través del Botón Azul 2.0. Si acepta compartir su información con una de estas aplicaciones, recibirá detalles de las reclamaciones que Medicare ha pagado. Revise la página 109 para más información.

¿Qué es la asignación?

La **asignación** significa que su médico o proveedor acepta (o debe aceptar por ley) la **cantidad aprobada por Medicare** como pago total por los servicios brindados.

Si su médico o proveedor acepta la asignación:

- Los gastos directos de su bolsillo pueden ser menores.
- Sólo le pueden cobrar el deducible y el coseguro y generalmente esperan hasta que Medicare pague su parte.
- Todos los médicos o proveedores tienen que enviar su factura directamente a Medicare y no pueden cobrarle por hacerlo.