

2024

Sus beneficios de Medicare

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

es.Medicare.gov



Medicare

Acerca de este folleto

Este folleto describe muchos, aunque no la totalidad, de los artículos y servicios de cuidado de la salud cubiertos por la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) de Medicare Original. Contiene información acerca de cómo y cuándo puede obtener esos beneficios y cuánto pagará.

Si tiene preguntas acerca de un examen, artículo o servicio que no se enumera en este folleto, visite [es.Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Este folleto describe principalmente la cobertura en virtud de Medicare Original. Si tiene un plan Medicare Advantage, otro plan de salud de Medicare o tanto Medicare como Medicaid:

- Es posible que pueda obtener otros servicios y suministros no cubiertos por Medicare Original.
- Es posible que sus costos sean diferentes.
- Las reglas de cobertura (como la frecuencia con que puede obtener un artículo o servicio) podrían ser diferentes

Para obtener más información, comuníquese con su plan o con la agencia de Medicaid de su estado.





Sección 1:

Entendiendo Medicare Parte A y Parte B

¿Qué son las partes de Medicare Original?

La Parte A (seguro hospitalario) ayuda a cubrir:

- Atención hospitalaria para pacientes internados
- Atención en centros de enfermería especializada
- Cuidados paliativos
- Cuidado de la salud en el hogar

La Parte B (seguro médico) ayuda a cubrir:

- Servicios de médicos y otros proveedores de atención médica
- Atención para pacientes ambulatorios
- Cuidado de la salud en el hogar
- Equipos médicos duraderos (como sillas de ruedas, andadores, camas de hospital y otros equipos)
- Muchos servicios preventivos (como exámenes de detección de problemas, inyecciones o vacunas y visitas anuales de “Bienestar”)

¿Cuál es el deducible de la Parte A?

En 2024, pagará un deducible de \$1,632 por cada período de beneficio de atención hospitalaria para pacientes internados (definido en la página 4). El deducible de la Parte A cubre su parte de los costos de los primeros 60 días de atención de hospitalización para pacientes internados cubiertos por Medicare en un período de beneficio. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener al año. Esto significa que es posible que pague el deducible de la Parte A más de una vez al año.

¿Cuál es el deducible de la Parte B?

Para el año 2024, usted paga un deducible anual de \$240 por los servicios y suministros cubiertos por la Parte B antes de que Medicare comience a pagar su parte, dependiendo del servicio o suministro.

¿Qué es la asignación y por qué es importante?

La asignación es un convenio de su médico, proveedor o vendedor para recibir el pago directamente de Medicare, aceptar recibir la cantidad de pago aprobado por Medicare por los servicios cubiertos y no facturarle a usted nada más que el deducible y coseguro de Medicare.

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

¿Qué sucede si mi médico recomienda un servicio con más frecuencia que lo cubierto por Medicare?

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

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

Tiene derecho a apelar. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, visite [es.Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal](https://www.medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal).

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

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



Servicios preventivos

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

Términos útiles que debe comprender mientras lee este folleto:

Período de beneficios:

La forma en que la Parte A mide el uso que usted hace de los servicios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente internado en un hospital o un SNF. El período de beneficios termina después que se retira del hospital o el SNF y no ha recibido ninguna atención hospitalaria adicional como paciente internado (o cuidado especializado en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de la Parte A por internación para cada período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

Coseguro:

Cantidad que es posible que deba pagar como su parte del costo de los beneficios después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro generalmente es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Copago:

Cantidad que es posible que deba pagar como su parte del costo de los beneficios después de haber pagado cualquier deducible. Un copago habitualmente es una cantidad fija, como \$30.

Deducible:

Cantidad que debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos antes de que Medicare Original, su plan Medicare Advantage, su plan Medicare de medicamentos recetados u otro seguro comience a pagar.

Plan Medicare Advantage (Parte C):

Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare. Los planes Medicare Advantage proporcionan todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B, con algunas exclusiones, como ciertos aspectos de los ensayos clínicos que están cubiertos por Medicare Original, incluso aunque usted todavía esté en el plan. Los planes Medicare Advantage incluyen:

- Organizaciones de Mantenimiento de la Salud
- Organizaciones de Proveedores Preferentes
- Planes de Pago por Servicio
- Planes de Necesidades Especiales
- Planes de Cuentas de Ahorro de Medicare

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage:

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

Plan de medicamentos de Medicare (Parte D):

Cobertura separada de medicamentos recetados de planes privados aprobados por Medicare.

Cantidad aprobada por Medicare:

La cantidad de pago que Medicare Original establece por un servicio o artículo cubierto. Cuando su proveedor acepta la asignación, Medicare paga su parte de esa cantidad y usted paga la suya.



Sección 2:

Artículos y servicios



Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal

La Parte B cubre una ecografía para detectar aneurisma aórtico abdominal si usted está en riesgo. Se considera que está en riesgo si tiene antecedentes familiares de aneurismas aórticos abdominales, o si es hombre de 65- a 75 años y ha fumado 100 cigarrillos o más en su vida.

Con qué frecuencia

Una vez en la vida.

Costos

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

Lo que debe saber

Debe obtener una referido de su proveedor de cuidado de la salud.

Más información

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

Acupuntura

La acupuntura es una técnica en que los proveedores estimulan puntos específicos del cuerpo, generalmente mediante la inserción de agujas finas a través de la piel. Medicare cubre hasta 12 tratamientos de acupuntura durante 90 días por dolor lumbar crónico.

Medicare cubre 8 sesiones adicionales si muestra mejoría. Si no muestra mejoría, Medicare no cubrirá tratamientos adicionales y usted pagará el 100% de los costos si los sigue recibiendo. Puede recibir un máximo de 20 tratamientos de acupuntura en un período de 12 meses.

No todos los proveedores pueden dar acupuntura y Medicare no puede pagar directamente a los acupunturistas licenciados por sus servicios. Medicare tampoco cubre la acupuntura (incluida la punción seca) para ninguna condición que no sea lumbalgia crónica.

Costos

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

Lo que debe saber

Lumbalgia crónica:

- Dura 12 semanas o más
- No tiene una causa conocida (por ejemplo, no está relacionada con un cáncer que se ha extendido o con una enfermedad inflamatoria o infecciosa)
- No está asociada con la cirugía o el embarazo

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

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

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/acupuncture.

Planificación anticipada de cuidados

La Parte B cubre la planificación anticipada voluntaria de los cuidados como parte de su visita anual preventiva de “Bienestar”. Vaya a “Consultas preventivas” en las páginas 90-92 para ver más información. Medicare también podría cubrir este servicio como parte de su tratamiento médico.

La planificación anticipada de cuidados implica analizar y prepararse para los cuidados que podría recibir en el futuro si necesita ayuda para tomar decisiones para usted. Como parte de la planificación anticipada de los cuidados, puede optar por completar un documento de instrucciones anticipadas. Se trata de un importante documento legal que recoge sus deseos sobre el tratamiento médico en el futuro, en caso de que no pueda tomar decisiones sobre su atención.

Las instrucciones anticipadas incluyen 2 partes:

1. Su **poder para cuidados de la salud** (a veces llamado “poder legal duradero”) nombra a alguien de su confianza para que tome decisiones sobre su salud si usted no puede hacerlo.
2. Su **testamento en vida** describe qué tratamientos desea si su vida está en riesgo; eso incluye diálisis, respiradores, resucitación y alimentación por sonda. También indica si desea que sus órganos o tejidos se donen después de su muerte.

Puede hablar sobre instrucciones anticipadas con un abogado o su proveedor de cuidado de la salud, que puede ayudarle a completar los formularios. Puede actualizar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.

Costos

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

Lo que debe saber

Piense detenidamente quién quiere que hable en su nombre y qué instrucciones quiere dar. Tiene derecho a llevar a cabo sus planes como usted elija sin discriminación por su edad o incapacidad. Para obtener ayuda con las instrucciones anticipadas, visite el Localizador Eldercare en eldercare.acl.gov. También puede comunicarse con el departamento de salud de su estado.

Más información

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



Exámenes de detección y orientación para el consumo indebido de alcohol

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

Frecuencia

Medicare cubre un examen de detección de consumo indebido de alcohol una vez al año. Si su médico de cabecera u otro proveedor médico determina que usted consume alcohol de manera indebida, puede obtener también hasta 4 sesiones breves presenciales de orientación por año (si está competente y alerta durante la orientación).

Costos

No paga nada si su proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.

Lo que debe saber

Debe recibir la orientación en un ambiente de atención primaria (como un consultorio médico).

Más información

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

Servicios de ambulancia

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

- Hospital
- Hospital de acceso crítico
- Hospital de emergencias rural
- Centro de enfermería especializado

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

En algunos casos, Medicare puede pagar transporte en ambulancia limitado, médicamente necesario y que no sea de emergencia si usted tiene una orden escrita de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud que indique que el transporte es médicamente necesario. Por ejemplo, una persona con una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) puede necesitar transporte en ambulancia médicamente necesario hacia y desde un centro para ESRD.

Costos

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

Lo que debe saber

- Si el uso de otro transporte podría poner en peligro su salud, Medicare solamente cubrirá servicios de ambulancia hasta la institución médica apropiada más cercana que pueda brindarle la atención que usted necesita.
- La compañía de ambulancias debe proporcionarle un “Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario (ABN)” cuando apliquen estas dos condiciones:
 - Usted recibe servicios de ambulancia en una situación que no es de emergencia.
 - La compañía de ambulancias cree que es posible que Medicare no pague por sus servicios de ambulancia específico.

Más información

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

Centros de cirugía ambulatoria

Los centros de cirugía ambulatoria son instituciones para pacientes ambulatorios que realizan procedimientos quirúrgicos. En la mayoría de los casos, los pacientes de los centros de cirugía ambulatoria reciben el alta en 24 horas. La Parte B cubre los costos del centro relacionadas con los procedimientos quirúrgicos aprobados que usted recibe en estos centros.

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare tanto al centro quirúrgico ambulatorio como a los médicos que lo traten. No paga nada por determinados servicios preventivos (como una colonoscopia de detección de problemas) si el médico u otro proveedor médico acepta la asignación. Sin embargo, es posible que tenga que pagar otros costos asociados con los servicios preventivos. Por ejemplo, si su médico le extirpa un pólipo durante una colonoscopia de detección de problemas, es posible que tenga que pagar el 15% de la cantidad aprobada por Medicare. También paga todos los honorarios de los centros quirúrgicos ambulatorios por los procedimientos no cubiertos.

Más información

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

Anestesia

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

Costos

- Una vez que haya alcanzado el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de anestesia que reciba de un médico o de un enfermero anestesista registrado certificado. El servicio de anestesia debe estar asociado con el servicio médico o quirúrgico subyacente y es posible que tenga que pagar un copago adicional a la institución.
- Para ver información sobre los costos de la Parte A para pacientes internados en un hospital, vaya a “Atención de pacientes internados en un hospital” en las páginas 56–57

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/anesthesia.

Ojos y extremidades artificiales

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

Costos

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

Más información

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

Cirugía bariátrica

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

Costos

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

Más información

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



Enemas de bario (examen de detección)

Los enemas de bario son exámenes radiológicos que pueden detectar cambios o anomalías en el intestino grueso (colon). La Parte B cubre estos exámenes para ayudar a encontrar crecimientos precancerosos o detectar el cáncer de colon en una fase temprana, cuando el tratamiento es más efectivo.

Frecuencia

Medicare cubre las enemas de bario como exámenes de detección una vez cada 48 meses si tiene 45 años o más cuando su médico u otro proveedor de cuidado de la salud las utiliza en lugar de una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de control. Si tiene un riesgo alto de cáncer colorrectal y tiene 45 años o más, Medicare cubre esta prueba una vez cada 24 meses.

Costos

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

Más información

- Vaya a “Exámenes de detección de cáncer colorrectal” en la página 23.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/barium-enemas](https://www.medicare.gov/coverage/barium-enemas).

Servicios de integración de la salud conductual

Si tiene una condición de salud conductual (como depresión, ansiedad u otra condición de salud mental), es posible que Medicare le pague a su médico u otro proveedor de cuidado de la salud para ayudar a manejar su atención por esa condición. Algunos proveedores de atención médica pueden ofrecer servicios de administración de cuidados mediante el Modelo de Atención Psiquiátrica Colaborativa.

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

- Planificación de cuidados por enfermedad de salud conductual
- Evaluación permanente de su condición
- Apoyo con medicamentos
- Orientación
- Otros tratamientos recomendados por su proveedor

Su proveedor médico le pedirá que firme un acuerdo para que usted reciba este conjunto de servicios mensualmente.

Costos

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

Más información

- Vaya a “Cuidado de la salud mental” en las páginas 68–73.
- Vaya a “Servicios de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias” en la página 73.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/behavioral-health-integration-services.

Sangre

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

Costos

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

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/blood.

Procesamiento y manipulación de sangre

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

Costos

Después de llegar al deducible de la Parte A, no hay ningún copago por la sangre que recibe como paciente internado. Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga un copago por los servicios de procesamiento y manipulación de la sangre por cada unidad de sangre que reciba como paciente ambulatorio en un hospital.

Más información

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



Pruebas de detección de biomarcadores sanguíneos para cáncer colorrectal

Los exámenes de biomarcadores sanguíneos pueden detectar temprano el cáncer colorrectal, cuando el tratamiento es más efectivo. Medicare cubre un examen de detección de biomarcadores sanguíneos si usted cumple todas estas condiciones:

- Tiene entre 45 y 85 años.
- No presenta síntomas de enfermedad colorrectal (incluidos, entre otros, dolor gastrointestinal bajo, sangre en las heces o una prueba de sangre oculta en heces con guayacol positiva o una prueba inmunoquímica fecal positiva).
- Tiene un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal, es decir:
 - No tiene antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal (incluida enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).
 - No tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal no poliposo hereditario.

Frecuencia

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

Costos

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

Más información

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



Densitometría ósea

Esta prueba puede ayudar a determinar si corre riesgo de fracturas óseas. La Parte B cubre esta prueba si usted cumple una o más de estas condiciones:

- Es una mujer cuyo médico o proveedor de cuidado de la salud calificado determina que tiene deficiencia de estrógeno y tiene riesgo de osteoporosis basado en sus antecedentes médicos y otros datos.
- Sus radiografías muestran posible osteoporosis, osteopenia o fracturas vertebrales.
- Está tomando prednisona o medicamentos de tipo esteroide o tiene previsto iniciar ese tratamiento.
- Le han diagnosticado con hiperparatiroidismo primario.
- Le están controlando para determinar si su terapia con medicamentos para la osteoporosis funciona.

Frecuencia

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

Costos

No paga nada por esta prueba si su proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.

Más información

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

Aparatos ortopédicos (brazos, piernas, espalda y cuello)

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

Costos

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

Más información

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

Exámenes de detección de cáncer de mama

Vaya a “Mamografías” en las páginas 65–66.

Prótesis de seno

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

Costos

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

Más información

- Vaya a “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 56–57. Vaya a “Atención hospitalaria como paciente ambulatorio” en la página 81.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/breast-prostheses.

Bastones

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

Más información

- Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39-40.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/canes.

Programas de rehabilitación cardíaca

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

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

La Parte B cubre programas de rehabilitación cardíaca regulares e intensivos. Medicare cubre estos servicios en un consultorio médico o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios (incluido un hospital de acceso crítico).

Costos

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

Más información

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



Terapia conductual cardiovascular

La terapia conductual cardiovascular ayuda a disminuir su riesgo de enfermedades cardiovasculares. La Parte B cubre una visita de terapia conductual cardiovascular con su médico de cabecera u otro profesional de atención primaria en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico). Durante la terapia, el profesional de atención primaria puede analizar el uso de aspirina, controlar su presión arterial y proporcionarle consejos sobre dieta y ejercicio.

Frecuencia

Una vez cada año.

Costos

No paga nada si su profesional de atención primaria acepta la asignación.

Más información

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



Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares

La Parte B cubre los exámenes que ayudan a detectar enfermedades cardiovasculares. Esos exámenes incluyen análisis de sangre para medir los niveles de colesterol, lípidos y triglicéridos, que ayudan a detectar condiciones que pueden dar lugar a un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

Frecuencia

Una vez cada 5 años.

Costos

No paga nada por estas pruebas si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Más información

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

Servicios de capacitación para cuidadores

La capacitación para cuidadores le enseña al cuidador de un paciente las habilidades necesarias para ayudar a un paciente a cumplir con su plan de tratamiento. Durante la capacitación, el cuidador aprenderá lo siguiente:

- A suministrar medicamentos
- A ayudar con las tareas diarias
- A mover al paciente de manera segura
- A comunicarse de manera efectiva con el paciente
- A comprender mejor las condiciones médicas del paciente
- A brindar apoyo emocional
- A proporcionar cuidados personalizados

La Parte B cubre servicios de capacitación para cuidadores para los cuidadores involucrados en el tratamiento de pacientes con Medicare si se cumplen estas dos condiciones:

- La capacitación se centra en ayudar al paciente a cumplir los objetivos de salud y tratamiento que establezca con su médico u otro proveedor de cuidados de la salud.
- El paciente necesita la ayuda de un cuidador para que su tratamiento sea satisfactorio.

Costo

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

Lo que debe saber

- Si el proveedor de cuidados de la salud del paciente determina que la capacitación del cuidador es apropiada para el plan de tratamiento del paciente, el cuidador puede obtener sesiones de capacitación individuales o grupales del proveedor sin la presencia del paciente.
- Los cuidadores del paciente pueden recibir la capacitación de proveedores de Medicare, como:
 - Médicos
 - Enfermeros profesionales
 - Enfermeros clínicos especializados
 - Enfermeros parteros certificados
 - Asistentes médicos
 - Psicólogos clínicos
 - Terapeutas (como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y patólogos del habla y el lenguaje)

Más información

- Vaya a “Servicios de administración de cuidados crónicos” en la página 20.
- Vaya a “Servicios de evaluación cognitiva y planes de cuidados” en las páginas 21-22.
- Vaya a “Servicios, equipos y suministros de terapia de infusión a domicilio” en las páginas 52-53.
- Vaya a “Cuidados paliativos” en las páginas 53-54.
- Vaya a “Servicios de manejo de cuidados de transición” en la página 108.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/caregiver-training-services.

Cirugía de cataratas

La cirugía de cataratas extirpa una lente natural nublada del ojo y, en la mayoría de los casos, la reemplaza con una lente artificial transparente. Medicare puede cubrir una cirugía de cataratas que implante lentes intraoculares convencionales, según dónde viva usted.

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

Costos

- Si le hacen una cirugía de cataratas cubierta en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare tanto a la institución como al médico que realice la cirugía. Se aplica el deducible de la Parte B.
- Si le hacen una cirugía de cataratas cubierta en un consultorio médico, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare tanto por la lente intraocular como por la cirugía para implantarla. Se aplica el deducible de la Parte B.

Lo que debe saber

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

Más información

Visite es.Medicare.gov/cataract-surgery.



Exámenes de detección de cáncer cervical y vaginal

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

Frecuencia

Medicare cubre estos exámenes de detección una vez cada 24 meses en la mayoría de los casos. Si tiene riesgo elevado de cáncer cervical o vaginal, o si está en edad fértil y tuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses, Medicare cubre estos exámenes de detección una vez cada 12 meses.

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

Costos

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

- La prueba de laboratorio de Papanicolaou
- La prueba de laboratorio para detectar VPH con la prueba de Papanicolaou
- La recolección de la muestra para la prueba de Papanicolaou
- Exámenes pélvicos y de senos

Más información

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

Quimioterapia

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

Costos

- Si recibe la quimioterapia cubierta por la Parte B en un entorno hospitalario ambulatorio, paga un copago. Si recibe la quimioterapia en el consultorio de un médico o en una clínica independiente, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de haber llegado al deducible de la Parte B.
- Para ver información sobre los costos de la Parte A para pacientes internados en un hospital, vaya a “Atención de pacientes internados en un hospital” en las páginas 56–57.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/chemotherapy.

Servicios de riñón para niños

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

Más información

- Diálisis: Vaya a “Diálisis (niños)” en la página 36.
- Trasplantes de riñón: Vaya a “Trasplantes de riñón (niños)” en las páginas 61–62.
- Visite es.Medicare.gov/basics/children-and-end-stage-renal-disease.

Servicios quiroprácticos

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

Costos

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

Lo que debe saber

Medicare no cubre otros servicios o pruebas que ordene un quiropráctico, como radiografías, masajes terapéuticos y acupuntura (a menos que la acupuntura sea para el tratamiento de una lumbalgia crónica).

Más información

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

Servicios de administración de cuidados crónicos

Si tiene 2 o más condiciones crónicas graves (como artritis o diabetes) que prevé que duren al menos un año, Medicare puede pagar la ayuda de un profesional de cuidado de la salud para que se ocupe de sus cuidados por esas condiciones.

Costos

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

Lo que debe saber

- La administración de cuidados crónicos incluye un plan de atención integral que enumera sus problemas y objetivos de salud, otros proveedores, medicamentos, servicios comunitarios que tiene y necesita y otra información sobre su salud. También explica los cuidados que necesita y cómo los coordinarán sus proveedores. Su proveedor médico le pedirá que firme un acuerdo para que usted reciba este paquete de servicios mensualmente.
- Si acepta recibir estos servicios, su proveedor preparará el plan de cuidado para usted o su cuidador, ayudará con la administración de medicamentos, proporcionará acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana para necesidades de atención urgente, le brindará apoyo cuando se traslade de un entorno de atención de la salud a otro, revisará sus medicamentos y cómo los toma y le ayudará con otras necesidades de atención crónicas.
- Para empezar, pregunte a sus proveedores de cuidado de la salud si ofrecen servicios de administración de cuidados crónicos.

Más información

- Vaya a “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 16-17.
- Vaya a “Servicios principales de asesoramiento para enfermedades” en la página 93.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/chronic-care-management-services.

Servicios de control y tratamiento del dolor crónico

La Parte B 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 cuidados.

Costos

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

Más información

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

Pruebas clínicas de laboratorio

La Parte B cubre pruebas clínicas de laboratorio de diagnóstico médicamente necesarias cuando un médico afiliado u otro proveedor médico afiliado a Medicare las solicita. Esas pruebas incluyen determinadas pruebas sanguíneas, análisis de orina, pruebas en muestras de tejidos y algunos exámenes de detección de condiciones.

Costos

Habitualmente no paga nada por las pruebas clínicas de laboratorio de diagnóstico aprobadas por Medicare.

Más información

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

Estudios de investigación clínica

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

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

Costos

Es posible que pueda pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, según el tratamiento que reciba. Puede aplicar el deducible de la Parte B.

Más información

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

Servicios de evaluación cognitiva y planes de cuidados

La Parte B cubre una visita con un médico o un proveedor de cuidado de la salud para revisar por completo su función cognitiva, establecer o confirmar un diagnóstico como demencia o enfermedad de Alzheimer y elaborar un plan de cuidados. Su proveedor de cuidado de la salud también podría hacerle una evaluación cognitiva para detectar signos de demencia cuando usted acuda para otras visitas, incluida su visita anual preventiva de “Bienestar”. Vaya a “Consultas preventivas” en las páginas 90–92 para ver más información.

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

Costos

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

Lo que debe saber

Puede venir acompañado (por ejemplo, de su cónyuge, un amigo o un cuidador) para que le ayuden a escuchar la información y responder preguntas. Durante una evaluación cognitiva, su proveedor de cuidado de la salud puede:

- Hacer un examen, hablar con usted sobre sus antecedentes médicos y revisar sus medicamentos.
- Identificar sus apoyos sociales, incluido el cuidado que puede proporcionar su cuidador habitual.
- Elaborar un plan de cuidados para ayudarle a abordar y controlar sus síntomas.
- Ayudarle a elaborar o actualizar su plan de cuidados por adelantado.
- Referirlo a un especialista, si es necesario.
- Ayudarle a entender mejor los recursos de la comunidad, como servicios de rehabilitación, programas de salud diurnos para adultos y grupos de apoyo.

Más información

- Vaya a “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 16-17.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/cognitive-assessment-care-plan-services.



Colonoscopías (exámenes de detección)

Medicare cubre las colonoscopías de detección de problemas.

Frecuencia

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

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

Costos

- Si su proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación, usted no paga nada por las pruebas de detección de problemas.
- Si su proveedor de cuidado de la salud encuentra y le extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia, usted paga el 15% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su proveedor. En un entorno hospitalario ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio, también paga al centro una cantidad de coseguro del 15%. No se aplica el deducible de la Parte B.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/colonoscopies.



Exámenes de detección de cáncer colorrectal

Los exámenes para detectar cáncer colorrectal ayudan a encontrar crecimientos precancerosos o cáncer en etapa temprana, cuando el tratamiento es más efectivo. La Parte B cubre uno o más de los siguientes exámenes de detección:

- Enemas de bario (exámenes de detección): Vaya a la página 11.
- Exámenes de detección de biomarcadores sanguíneos para cáncer colorrectal: Vaya a la página 13.
- Colonoscopías (exámenes de detección): Vaya a las páginas 22–23.
- Pruebas de detección de sangre oculta en heces (exámenes de detección): Vaya a la página 44.
- Exámenes de detección de sigmoidoscopia flexible: Vaya a la página 45.
- Pruebas de ADN de heces multiobjetivo: Vaya a la página 74.

Sillas con inodoro

La Parte B cubre sillas con inodoro como equipo médico duradero (DME, en inglés) si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud lo indica para que lo use en su hogar, si usted está confinado a su dormitorio.

Más información

- Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39–40.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/commode-chairs.

Servicios comunitarios de integración de la salud

Si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud le hace una evaluación de determinantes sociales de riesgos para la salud, es posible que encuentre que hay factores sociales (como el acceso limitado a los alimentos o su ambiente de vida) que están impactando su salud o el acceso a cuidados. En esos casos, la Parte B cubre servicios comunitarios de integración de la salud para abordar sus necesidades y ayudar a su proveedor de cuidado de la salud a diagnosticar o tratar sus condiciones médicas. Algunos servicios comunitarios de integración de la salud incluyen:

- Una evaluación para entender mejor su historia de vida
- Coordinación de cuidados
- Educación para la salud
- Capacitación del paciente en defensa propia
- Asesoramiento sobre el sistema de salud
- Apoyo social y emocional

Debe hacer una visita inicial al consultorio de su proveedor (separada de su visita anual de “Bienestar”) antes de poder comenzar a recibir servicios comunitarios de integración de la salud. Después de su visita inicial, puede recibir estos servicios mensualmente. Su proveedor o su personal puede proporcionarle los servicios comunitarios de integración de la salud o referirlo a otro personal capacitado (incluso trabajadores de la salud de la comunidad) para los servicios.

Costos

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

Más información

- Vaya a “Evaluación de determinantes sociales de riesgos para la salud” en las páginas 102-103.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/community-health-integration-services.

Servicios de cuidado por iguala

El servicio de cuidado por iguala es cuando un médico o grupo de médicos cobra una cuota de afiliación antes de atenderle o aceptarle en su consultorio.

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

Costos

Paga el 100% de la cuota de membresía de los servicios de cuidado por iguala.

Más información

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

Lentes de contactos

Vaya a “Anteojos y lentes de contacto” en la página 43.

Monitores continuos de glucosa

Si tiene diabetes, Medicare puede cubrir un monitor continuo de glucosa si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud se lo indica y usted cumple al menos una de las siguientes condiciones:

- Recibe insulina.
- Tiene antecedentes de niveles bajos de azúcar (hipoglucemia) en la sangre.

Antes que su proveedor de cuidado de la salud le indique un monitor continuo de glucosa, debe reunirse con usted para evaluar su condición y decidir si usted reúne los requisitos para tener uno.

Más información

- Vaya a “Servicios para diabetes” y “Suministros para diabetes” en las páginas 33–34.
- Vaya a “Insulina” en las páginas 58–59.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/therapeutic-continuous-glucose-monitors](https://www.medicare.gov/coverage/therapeutic-continuous-glucose-monitors).

Máquinas de movimiento pasivo continuo (CPM, en inglés)

Si usted cumple ciertas condiciones, la Parte B cubre máquinas CPM para las rodillas como equipo médico duradero (DME, en inglés) que son recetadas por su médico u otro proveedor de cuidado de la salud para uso en el hogar. Por ejemplo, si se ha sometido a una operación de reemplazo de rodilla, Medicare cubre los dispositivos CPM durante un máximo de 21 días para utilizarlos en su hogar.

Más información

- Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39–40.
- Visite [es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers).
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/continuous-passive-motion-cpm-machines](https://www.medicare.gov/coverage/continuous-passive-motion-cpm-machines).

Aparatos, accesorios y terapia de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP, en inglés)

La terapia CPAP es un tratamiento a domicilio para las personas con apnea del sueño. Medicare puede cubrir una prueba de 3 meses de terapia CPAP (incluidos los dispositivos y accesorios) si le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño. Después del período de prueba, es posible que Medicare siga cubriendo la terapia, los dispositivos y los accesorios CPAP si usted se reúne en persona con su médico u otro proveedor de cuidado de la salud y éste documenta en su historia clínica que usted cumple ciertas condiciones y que la terapia le está ayudando.

Costos

Paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el alquiler de la máquina y la compra de los suministros relacionados (como máscaras y tubos).

Lo que debe saber

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

Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/continuous-positive-airway-pressure-devices](https://www.medicare.gov/coverage/continuous-positive-airway-pressure-devices).

Cirugía cosmética

Medicare no suele cubrir la cirugía cosmética a menos que la necesite por una lesión accidental o para mejorar la función de una parte del cuerpo malformada. Medicare cubre la reconstrucción de seno si se le practicó una mastectomía debido a un cáncer de seno. Vea “Prótesis de seno” en la página 14.

Costos

Paga el 100% de los servicios que no están cubiertos, incluida la mayoría de las cirugías cosméticas.

Lo que debe saber

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

- **Blefaroplastia:** cirugía de los párpados para eliminar el tejido “caído”, graso o sobrante.
- **Inyecciones de toxina botulínica:** inyecciones que se usan para tratar trastornos musculares, como espasmos y tics.
- **Paniculectomía:** cirugía para eliminar el exceso de piel y tejido de la parte inferior del abdomen.
- **Rinoplastia (o “cirugía de nariz”):** cirugía para cambiar la forma de la nariz.
- **Ablación de venas:** cirugía para cerrar venas.

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

Más información

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



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

La Parte B cubre orientación para ayudar a dejar de fumar o de usar tabaco.

Frecuencia

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

Costos

Si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación, no paga nada por las sesiones de orientación.

Más información

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

Pruebas de anticuerpos de COVID-19

La Parte B cubre las pruebas de anticuerpos de COVID-19 autorizadas por la FDA. Esas pruebas ayudan a ver si ha desarrollado una respuesta inmunitaria y quizá no esté en riesgo inmediato de reinfección por COVID-19.

Costos

No paga nada por estas pruebas de anticuerpos de COVID-19 cuando su médico u otro proveedor de cuidado de la salud inscrito en Medicare las indica y usted las obtiene en un laboratorio (incluso en una farmacia, clínica o consultorio médico) o en un hospital.

Más información

- Otros servicios para COVID-19: vaya a “Pruebas de laboratorio para diagnosticar COVID-19” a continuación, “Productos y tratamientos con anticuerpos monoclonales contra COVID-19” en la página siguiente y “Vacunas contra COVID-19” en las páginas 28-29.
- Visite es.Medicare.gov/medicare-coronavirus.
- Para más información sobre COVID-19, visite CDC.gov/coronavirus.

Pruebas de laboratorio para diagnosticar COVID-19

La Parte B cubre pruebas de laboratorio para diagnosticar COVID-19 autorizadas por la FDA que verifican si usted tiene COVID-19.

Costos

No paga nada por estas pruebas de diagnóstico cuando su médico u otro proveedor de cuidado de la salud inscrito en Medicare las indica y usted las obtiene en un laboratorio (incluso en una farmacia, clínica o consultorio médico) o en un hospital **que acepte Medicare**.

Más información

- Otros servicios para COVID-19: vaya a “Pruebas de anticuerpos de COVID-19” en párrafos anteriores, “Productos y tratamientos con anticuerpos monoclonales contra COVID-19” en la página siguiente y “Vacunas contra COVID-19” en las páginas 28-29.
- Visite es.Medicare.gov/medicare-coronavirus.
- Para más información sobre COVID-19, visite CDC.gov/coronavirus.

Productos y tratamientos con anticuerpos monoclonales contra COVID-19

La Parte B cubre productos y tratamientos con anticuerpos monoclonales contra COVID-19 autorizados o aprobados por la FDA si tiene síntomas de COVID-19. Esos productos y tratamientos pueden ayudarle a combatir la enfermedad y mantenerle fuera del hospital, si tiene resultados positivos para COVID-19 en la prueba y tiene síntomas de leves a moderados.

Costos

No paga nada por estos tratamientos cuando los recibe de un proveedor de Medicare. Usted debe cumplir ciertas condiciones para calificar.

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

Más información

- Otros servicios para COVID-19: vaya a “Pruebas de anticuerpos de COVID-19” en la página 27, “Pruebas de laboratorio para diagnosticar COVID-19” en la página 27 y “Vacunas contra COVID-19” a continuación.
- Visite es.Medicare.gov/medicare-coronavirus.
- Para más información sobre COVID-19, visite CDC.gov/coronavirus.



Vacunas contra COVID-19

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

Costos

No paga nada por las vacunas contra COVID-19 si su médico u otro proveedor médico acepta la asignación.

Lo que debe saber

- Lleve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare cuando se vacune para que su proveedor de cuidado de la salud pueda facturarle a Medicare.
- Si está en un plan Medicare Advantage, debe utilizar la tarjeta de su plan para recibir los servicios cubiertos por Medicare. Como otros servicios cubiertos, es posible que su plan exija que reciba la vacuna de un proveedor dentro de la red. No paga nada si recibe la vacuna de un proveedor dentro de la red.

Más información

- Otros servicios para COVID-19: vaya a “Pruebas de anticuerpos de COVID-19” en la página 27, “Pruebas de laboratorio para diagnosticar COVID-19” en la página 27 y “Productos y tratamientos con anticuerpos monoclonales contra COVID-19” en la página anterior.
- Visite es.Medicare.gov/medicare-coronavirus.
- Para más información sobre COVID-19, visite CDC.gov/coronavirus.

Muletas

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

Más información

- Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39–40.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/crutches.

Tomografías computadas

- Vaya a “Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio” en la página 35.

Desfibriladores

Medicare puede cubrir un desfibrilador automático implantable si se le ha diagnosticado insuficiencia cardíaca. La Parte A cubre las cirugías para implantar desfibriladores en el entorno hospitalario como paciente internado. La Parte B cubre la cirugía si se realiza en un entorno hospitalario como paciente ambulatorio.

Costos

- Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de su médico. El deducible de la Parte B también se aplica a la cirugía, si se realiza en un entorno hospitalario como paciente ambulatorio.
- En un entorno hospitalario de paciente ambulatorio, también le paga el copago al hospital. En la mayoría de los casos, el copago del hospital no puede ser superior al deducible por estadía hospitalaria de la Parte A.
- Para ver información sobre los costos de la Parte A para pacientes internados en un hospital, vaya a “Atención de pacientes internados en un hospital” en las páginas 56–57.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/defibrillators.

Servicios dentales

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

Medicare puede cubrir:

- Algunos servicios dentales que recibe cuando es admitido en un hospital como paciente internado para su procedimiento dental, ya sea por una condición médica subyacente o por la severidad del procedimiento.
- Servicios dentales específicos para pacientes internados o ambulatorios relacionados directamente con ciertos tratamientos médicos cubiertos. En estos casos, debe recibir el servicio dental porque está vinculado al éxito del tratamiento médico que necesita, como:
 - Un examen bucal y tratamiento dental antes de recibir un reemplazo de válvula cardíaca o un trasplante de médula ósea, órgano o riñón.
 - Un procedimiento (como la extracción de una pieza dental) para tratar una infección en la boca antes de recibir servicios de tratamiento para el cáncer, como quimioterapia.
 - Tratamiento por una complicación que tenga mientras recibe servicios de tratamiento para cáncer de cabeza y cuello..

Costos

- Paga el 100% de los servicios que no están cubiertos, incluida la mayoría de los cuidados dentales.
- Por servicios dentales cubiertos por la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de haber alcanzado el deducible de la Parte B. Si recibe el servicio cubierto en un entorno hospitalario o de otra institución de paciente ambulatorio, también le paga un copago a la institución.
- Para ver información sobre los costos de la Parte A para pacientes internados en un hospital, vaya a “Atención de pacientes internados en un hospital” en las páginas 56–57.

Más información

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



Exámenes de detección de depresión

La Parte B cubre los exámenes de detección de depresión para saber si tiene síntomas de depresión.

Frecuencia

Una vez cada año.

Costos

Si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación, usted no paga nada por los exámenes de detección de depresión.

Lo que debe saber

Los exámenes deben ser realizados en un entorno de atención primaria (como un consultorio médico) que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o referidos.

Más información

- Vaya a “Servicios integrales de salud conductual” en las páginas 11-12.
- Vaya a “Cuidado de la salud mental” en las páginas 68-73.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/depression-screening.

Si usted o alguien que usted conoce está en problemas o en una crisis, llame o envíe un mensaje de texto al 988, la línea de prevención del suicidio y crisis Lifeline. Puede llamar y hablar con un orientador para crisis capacitado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede comunicarse con un orientador a través del chat en línea en 988lifeline.org. Llame al 911 si tiene una crisis médica inmediata.



Exámenes de detección de diabetes

La Parte B cubre exámenes de detección con pruebas de laboratorio de la glucosa sanguínea (azúcar en sangre) (incluida la prueba de hemoglobina A1C y otras pruebas con o sin provocación de hidratos de carbono) si su médico determina que tiene riesgo de desarrollar diabetes. La Parte B cubre estos exámenes de detección si presenta alguno de estos factores de riesgo:

- Presión arterial alta
- Antecedentes de niveles anormales de colesterol o triglicéridos
- Obesidad
- Antecedente de niveles elevados de azúcar en sangre

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

- Tiene 65 años o más.
- Tiene sobrepeso.
- Tiene antecedentes familiares de diabetes (padres o hermanos).
- Tiene antecedentes de diabetes gestacional (diabetes durante el embarazo) o de dar a luz a un bebé que pesara más de 9 libras.

Frecuencia

Si reúne los requisitos para hacerse exámenes de detección de diabetes, se puede hacer hasta 2 cada año (en 12 meses de los exámenes más recientes).

Costos

No paga nada por estos exámenes si su proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.

Más información

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



Capacitación para el autocontrol de la diabetes

Si le han diagnosticado diabetes, la Parte B cubre la capacitación para el autocontrol de la diabetes para pacientes ambulatorios a fin de ayudarle a afrontar y controlar su enfermedad. El programa puede incluir consejos para comer sano y mantenerse activo, controlar la glucosa sanguínea (azúcar en sangre), tomar medicamentos recetados y reducir los riesgos. Algunos pacientes también pueden ser elegibles para servicios de terapia nutricional médica. Vaya a “Servicios de terapia médica nutricional” en la página 66.

Medicare puede cubrir hasta 10 horas de capacitación inicial: 1 hora de capacitación individual y 9 horas de capacitación en grupo. También puede calificar para un máximo de 2 horas de capacitación de seguimiento en cada año calendario posterior al año en que recibió la capacitación inicial.

Costos

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

Lo que debe saber

- Para recibir esta capacitación, debe tener una orden escrita de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud.
- Aplican algunas excepciones si no hay sesiones en grupo disponibles en su área, o si su médico o proveedor de cuidado de la salud dice que usted se beneficiaría más si tiene sesiones de capacitación individuales.
- **Si se encuentra en un área rural**, es posible que pueda recibir servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes de un proveedor (como un dietista registrado) de forma virtual a través de telesalud. Vaya a “Telesalud” en la página 106.

Más información

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

Servicios para diabetes

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

- Capacitación para autocontrol de la diabetes: Vaya a las páginas 32–33.
- Exámenes oculares (para diabéticos): Vaya a la página 42.
- Cuidado de los pies (para diabéticos): Vaya a la página 46.
- Exámenes de detección de glaucoma: Vaya a la página 47.
- Servicios de terapia médica nutricional: Vaya a la página 66.

Más información

- Vaya a “Suministros para diabetes” para ver los suministros cubiertos.
- Visite es.Medicare.gov/coverage.

Suministros para diabetes

La Parte B cubre algunos suministros para diabéticos, incluidos:

- Medidores de glucosa sanguínea (azúcar en la sangre)
- Tiras reactivas para medir el azúcar en la sangre
- Soluciones para controlar el azúcar en sangre (para verificar la exactitud de las tiras reactivas y el monitor)
- Monitores continuos de glucosa y suministros asociados, como sensores
- Lancetas y portalancetas
- Insulina y suministros relacionados, como tubos, juegos de inserción y bombas
- Zapato o plantillas terapéuticos

Frecuencia

Puede haber límites sobre la cantidad o la frecuencia con que obtiene estos suministros. Para más información, vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39-40.

Costos

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

Lo que debe saber

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

Más información

- Servicios cubiertos: Vaya a “Servicios para diabetes” en la página 33.
- Insulina: Vaya a las páginas 58-59.
- Zapato o plantillas terapéuticos: Vaya a la página 107.
- Monitores de azúcar en la sangre: Visite es.Medicare.gov/coverage/blood-sugar-monitors.
- Tiras reactivas para azúcar en la sangre: Visite es.Medicare.gov/coverage/blood-sugar-test-strips.
- Soluciones de control del azúcar en sangre: Visite es.Medicare.gov/coverage/glucose-control-solutions.
- Ciertos monitores continuos de glucosa y los suministros correspondientes: Visite es.Medicare.gov/coverage/therapeutic-continuous-glucose-monitors.
- Lancetas y portalancetas: Visite es.Medicare.gov/coverage/lancet-devices-lancets.

Pruebas diagnósticas de laboratorio

Las pruebas diagnósticas de laboratorio buscan cambios en su salud y ayudan a su médico u otro proveedor de cuidado de la salud a diagnosticar o descartar una posible enfermedad o condición. La Parte B cubre las pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico médicamente necesarias cuando su proveedor de cuidado de la salud inscrito en Medicare las ordene. Estas pruebas pueden incluir ciertos análisis de sangre, análisis de orina, ciertas pruebas en muestras de tejido y algunos exámenes de detección.

Costos

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

Lo que debe saber

Medicare también cubre algunas pruebas preventivas y exámenes de detección para ayudar a prevenir o encontrar un problema médico. Vaya a “Servicios preventivos y exámenes de detección” en las páginas 89–90.

Más información

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

Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio

Las pruebas diagnósticas que no son de laboratorio ayudan a su médico u otro proveedor de cuidado de la salud a diagnosticar o descartar una enfermedad o condición que se sospecha. La Parte B cubre estas pruebas (como tomografías computadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas, radiografías y tomografías por emisión de positrones) cuando su médico u otro proveedor inscrito en Medicare las solicita para tratar un problema médico.

Costos

- Una vez que alcance el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare de las pruebas diagnósticas no de laboratorio cubiertas que le hagan en el consultorio de su médico o en un centro independiente de pruebas diagnósticas.
- Si le hacen la prueba en un hospital como paciente ambulatorio, también le pagará al hospital un copago que puede ser superior al 20% de la cantidad aprobada por Medicare. En la mayoría de los casos, esa cantidad no puede ser superior al deducible por estadía hospitalaria de la Parte A.

Más información

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

Diálisis (para niños)

Si su hijo califica para Medicare debido a una insuficiencia renal permanente, la Parte A y la Parte B cubren distintos artículos y servicios relacionados con la diálisis para niños (pediátrica).

Si su hijo/a se encuentra en un hospital:

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

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

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

Costos

- Servicios hospitalarios para pacientes internados: La Parte A paga estos servicios después de que usted alcance el deducible por paciente internado en un hospital.
- Servicios de médicos: Una vez que haya alcanzado el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.
- Servicios de diálisis: La cantidad que pague puede variar según la edad de su hijo y el tipo de diálisis que necesite.
- Servicios de transporte: En la mayoría de los casos, Medicare no paga el transporte a centros de diálisis.

Si su hijo tiene otro seguro, sus costos pueden ser diferentes.

Más información

- Vaya a “Trasplantes de riñón (niños)” en las páginas 61–62.
- Vaya a “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 56–57.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/dialysis-children](https://www.es.Medicare.gov/coverage/dialysis-children).

Servicios y suministros de diálisis

Las personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) padecen una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón. La diálisis es un tratamiento que limpia la sangre cuando los riñones no funcionan. Elimina los residuos perjudiciales, el exceso de sal y los líquidos que se acumulan en el cuerpo. También ayuda a controlar la presión arterial y ayuda al organismo a mantener la cantidad adecuada de líquidos.

Los tratamientos de diálisis pueden ayudar a sentirse mejor y vivir más tiempo, pero no son una cura para la insuficiencia renal permanente. En general, Medicare cubre 3 tratamientos de hemodiálisis (o diálisis peritoneal equivalente) por semana si usted tiene ESRD.

Si tiene Medicare Original, necesita la Parte A, la Parte B y posiblemente cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) para obtener los beneficios completos disponibles a través de Medicare para personas con ESRD. La Parte A cubre tratamientos de diálisis para pacientes internados cuando esté en un hospital. Vaya a “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 56–57. La Parte B de ayuda a cubrir:

- Tratamientos de diálisis y servicios de médicos para pacientes ambulatorios (como pruebas de laboratorio relacionadas con ESRD) que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare o en su hogar.
- Capacitación para diálisis en el hogar, si es candidato para diálisis en el hogar. La Parte B cubre capacitación para usted y para la persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. La formación debe impartirla un centro de formación en diálisis domiciliaria certificado por Medicare. Sólo los centros de diálisis certificados por Medicare pueden facturarle a Medicare (directamente o por convenio) por suministrar capacitación para diálisis en el hogar.
- Equipos y suministros para diálisis en el hogar (como la máquina de diálisis, el sistema de tratamiento de agua, un sillón reclinable básico, alcohol, toallitas, paños estériles, guantes de caucho y tijera).
- Ciertos servicios de apoyo en el hogar que recibe de su centro de diálisis. Esto puede incluir:
 - Visitas de trabajadores capacitados del hospital o del centro de diálisis para supervisar su diálisis en el hogar, ayudar en casos de emergencia (cuando sea necesario) y revisar su equipo y suministro de agua.
 - Una visita cara a cara entre usted y su médico (o determinados proveedores no médicos, como asistentes médicos y enfermeros profesionales) una vez al mes.
- La mayoría de los medicamentos para diálisis de paciente ambulatorio y en el hogar, incluso heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea medicamento necesario), anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como epoetina alfa o darbepoetina alfa) para tratar la anemia relacionada con la ESRD. La Parte B no cubre quelantes del fosfato (medicamentos relacionados con la ESRD que se toman por boca y que sólo vienen en forma de cápsulas, tabletas o líquido). Sólo la Parte D cubre quelantes del fosfato. Hable con su médico o su equipo de cuidado de la salud sobre el uso de cualquier medicamento, incluso productos de venta libre.
- Otros servicios y suministros de diálisis (como pruebas de laboratorio).

Nota: La Parte B sólo cubre servicios de ambulancia de ida y vuelta del hogar al centro de diálisis más cercano si otras formas de transporte podrían poner en peligro su salud.

Costos

Visite es.Medicare.gov/coverage/dialysis-services-supplies para la información de los costos.

Lo que debe saber

Medicare **no** cubre:

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

Más información

- Vaya a “Diálisis (niños)” en la página 36.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/dialysis-services-supplies.

Servicios de médicos y otros proveedores de atención médica

La Parte B cubre los servicios médicos necesarios por razones médicas (incluidos los servicios para pacientes ambulatorios y algunos servicios de médicos que recibe cuando está internado en un hospital) y la mayoría de los servicios preventivos.

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

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la mayoría de los servicios. No paga nada por determinados servicios preventivos si su proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación. Vaya a “Servicios preventivos y exámenes de detección” en las páginas 89-90.

Lo que debe saber

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

Medicare también cubre los servicios que reciba de otros proveedores de cuidado de la salud, como:

- Especialistas en enfermería clínica
- Psicólogos clínicos
- Trabajadores sociales clínicos
- Terapeutas de parejas y familias
- Orientadores de salud mental

- Enfermeros profesionales
- Terapeutas ocupacionales
- Asistentes médicos
- Fisioterapeutas
- Patólogos del habla y el lenguaje

Más información

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

Medicamentos

Vaya a “Medicamentos recetados (para pacientes ambulatorios)” en las páginas 86–88.

Equipos médicos duraderos (DME)

Los DME se definen como equipos que cumplen estos criterios:

- Duraderos (pueden resistir el uso reiterado)
- Se usan por un motivo médico
- Normalmente sólo son útiles para alguien que está enfermo o lesionado
- Se usan en el hogar
- Se espera que duren al menos 3 años

La Parte B cubre los DME necesarios por razones médicas si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud inscrito en Medicare se lo receta para el uso en el hogar. Usted debe alquilar la mayoría de los artículos, pero también puede comprarlos. Algunos artículos se convierten en su propiedad después de que ha hecho cierto número de pagos de alquiler.

Los DME cubiertos por Medicare incluyen, entre otros:

- Medidores de azúcar en sangre y tiras reactivas
- Bastones
- Sillas con inodoro
- Máquinas, dispositivos y accesorios de movimiento continuo
- Máquinas de presión positiva continua en las vías respiratorias
- Muletas
- Camas de hospital
- Bombas de infusión y suministros
- Nebulizadores y medicamentos para nebulizador
- Equipos de oxígeno y accesorios

- Elevadores para pacientes
- Superficies de apoyo que reducen la presión
- Bombas de succión
- Equipos de tracción
- Caminadoras
- Sillas de ruedas y escúteres

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para DME (si su proveedor acepta la asignación). Visite [es.Medicare.gov/coverage/durable-medical-equipment-dme-coverage](https://www.medicare.gov/coverage/durable-medical-equipment-dme-coverage) para más información de los costos.

Lo que debe saber

Asegúrese de que sus médicos, otros proveedores de cuidado de la salud y los proveedores de DME estén inscritos en Medicare. Es importante preguntar a un proveedor si participa en Medicare antes de obtener su DME. Si los proveedores participan en Medicare, deben aceptar la asignación. Eso significa que sólo pueden cobrarle el coseguro y el deducible de la Parte B por la cantidad aprobada por Medicare. Si los proveedores de DME no participan y no aceptan la asignación, no hay límite en la cantidad que pueden cobrarle.

Más información

- Visite [es.Medicare.gov/durable-medical-equipment-dme-coverage](https://www.medicare.gov/durable-medical-equipment-dme-coverage).
- Visite [es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers).

Exámenes de detección con electrocardiogramas (ECG)

La Parte B cubre un examen de detección con electrocardiograma o ECG de rutina si tiene una referido de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud durante la visita preventiva por única vez de “Bienvenida a Medicare”. La Parte B también cubre los ECG como pruebas diagnósticas.

Frecuencia

Una vez que tenga una referido como parte de su visita de “Bienvenida a Medicare” y con mayor frecuencia como prueba diagnóstica si es médicamente necesario.

Costos

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

Más información

- Vaya a “Visitas preventivas” en las páginas 90–93.
- Vaya a “Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio” en la página 35.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/electrocardiogram-ekg-or-ecg-screenings.

Servicios del departamento de emergencias

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

Costos

- Paga un copago por cada visita al departamento de emergencias y un copago por cada servicio hospitalario que reciba.
- Después de llegar al deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de su médico.
- Si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud lo ingresa en el mismo hospital por una condición relacionada dentro de los 3 días siguientes a su visita al departamento de emergencias, no paga copagos porque Medicare considera que su visita forma parte de su estadía como paciente internado.

Lo que debe saber

Medicare sólo cubre servicios de emergencia en el extranjero en raras circunstancias. Para ver más información, consulte “Viajes fuera de EE. UU. en las páginas 108–109.

Más información

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

Suministros y equipos de nutrición enteral

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

Costos

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

Más información

- Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39-40.
- Visite [es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers).
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/enteral-nutrition-supplies-equipment](https://www.medicare.gov/coverage/enteral-nutrition-supplies-equipment).

Exámenes oculares

Medicare cubre exámenes oculares en ciertas situaciones, como:

- Si tiene diabetes: Vaya a “Exámenes oculares (por diabetes)” a continuación.
- Exámenes de detección de glaucoma: Vaya a la página 47.
- Pruebas y tratamiento para la degeneración macular: Vaya a la página 65.

Exámenes oculares (por diabetes)

Part B covers eye exams for diabetic retinopathy if you have diabetes. You must get the exam from an eye doctor who’s legally allowed to do the test in your state.

Frecuencia

Una vez cada año.

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del médico. En un entorno hospitalario como paciente ambulatorio, también pagará un copago.

Más información

- Vaya a “Servicios para diabetes” y “Suministros para diabetes” en las páginas 33-34.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/eye-exams-for-diabetes](https://www.medicare.gov/coverage/eye-exams-for-diabetes).

Exámenes oculares (de rutina)

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

Costos

Paga el 100% por exámenes oculares para anteojos o lentes de contacto..

Más información

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

Anteojos o lentes de contacto

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

Costos

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

Más información

- Vaya a “Cirugía de cataratas” en las páginas 17-18.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/eyeglasses-contact-lenses.

Ojos

Vaya a “Ojos y miembros artificiales” en la página 10.



Pruebas de detección de sangre oculta en heces (examen de detección)

Los exámenes con prueba de detección de sangre oculta en heces pueden detectar temprano el cáncer colorrectal, cuando el tratamiento es más efectivo. Medicare cubre esas pruebas de detección si tiene una referido de su médico, un asistente médico, un enfermero profesional o un enfermero clínico especializado.

Frecuencia

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

Costos

No paga nada por esta prueba de detección si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.

Más información

- Vaya a “Exámenes de detección de cáncer colorrectal” en la página 23.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/fecal-occult-blood-tests](https://www.medicare.gov/coverage/fecal-occult-blood-tests).

Servicios de Centro de Salud Calificado Federalmente

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

Costos

Habitualmente, paga el 20% del costo de cualquier servicio que reciba en un Centro de Salud Calificado Federalmente. No paga nada por la mayoría de los servicios preventivos. No se aplica el deducible de la Parte B. Los Centros de Salud Calificados Federalmente ofrecen tarifas más bajas si sus ingresos son limitados.

Más información

- Para encontrar un Centro de Salud Calificado Federalmente cercano, visite findahealthcenter.hrsa.gov.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/federally-qualified-health-center-services](https://www.medicare.gov/coverage/federally-qualified-health-center-services).

Bombas de alimentación

Vaya a “Suministros y equipos de nutrición enteral” en la página 42.



Exámenes de detección de sigmoidoscopia flexible

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

Frecuencia

Medicare cubre esta prueba una vez cada 48 meses para la mayoría de las personas que tienen 45 años o más. Si no tiene riesgo elevado de desarrollar cáncer colorrectal, Medicare cubre esta prueba 120 meses después de una colonoscopia previa de control.

Costos

- No paga nada si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.
- Si su proveedor de cuidado de la salud detecta y extirpa una lesión o un crecimiento durante la sigmoidoscopia flexible, pagará el 15% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico. En un entorno hospitalario ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio, también le paga al centro una cantidad de coseguro del 15%. En estos casos, no aplica el deducible de la Parte B.

Más información

- Vaya a “Exámenes de detección de cáncer colorrectal” en la página 23.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/flexible-sigmoidoscopies.



Vacunas contra la gripe

La Parte B cubre la vacuna contra la gripe estacional.

Frecuencia

Generalmente, una vacuna por temporada de gripe.

Costos

No paga nada por una vacuna contra la gripe si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.

Más información

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

Cuidado de los pies

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

Por lo general, Medicare no cubre cuidados rutinarios de los pies, como corte o extirpación de callos y callosidades, corte de las uñas u otros mantenimientos higiénicos o preventivos, como limpieza y remojo de los pies.

Costos

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

Más información

- Si tiene diabetes, vaya a “Zapato o plantillas terapéuticos” en la página 107 y “Cuidados de los pies (para diabetes)” a continuación.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/foot-care.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/foot-care-routine.

Cuidado de los pies (para diabetes)

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

Frecuencia

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

Costos

- Una vez que alcance el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el tratamiento médicamente necesario de los pies que reciba de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud.
- En un entorno hospitalario como paciente ambulatorio, también pagará un copago.

Más información

- Vaya a “Zapatos o plantillas terapéuticos” en la página 107.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/foot-care-for-diabetes.



Exámenes de detección de glaucoma

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

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

Frecuencia

Una vez cada 12 meses.

Costos

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

Lo que debe saber

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

Más información

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

Gimnasios y programas de mantenimiento físico

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

Costos

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

Más información

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

Programas de educación de la salud y bienestar

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

- Exámenes de detección y orientación para el consumo indebido de alcohol: Vaya a la página 8.
- Orientación para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco: Vaya a la página 26.
- Exámenes de detección de depresión: Vaya a la página 31.
- Capacitación para autocontrol de la diabetes: Vaya a las páginas 32-33.
- Educación sobre la enfermedad renal: Vaya a la página 59.
- Terapia médica nutricional, si tiene diabetes o enfermedad renal: Vaya a la página 66.
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare: Vaya a las páginas 67-68.
- Terapia conductual para la obesidad: Vaya a la página 75.
- Una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”: Vaya a las páginas 90-91.
- Visitas anuales de “Bienestar”: Vaya a las páginas 91-92.

Exámenes de audición y equilibrio

La Parte B cubre los exámenes de diagnóstico auditivo y del equilibrio si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud inscrito en Medicare los ordena para averiguar si necesita tratamiento médico.

También puede visitar al audiólogo una vez cada 12 meses sin una orden de su proveedor de cuidado de la salud, pero sólo para:

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

Costos

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

Más información

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

Audífonos

Medicare no cubre audífonos ni exámenes para ajustar audífonos.

Costos

Paga el 100% por los audífonos y los exámenes.

Más información

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



Vacunas contra hepatitis B

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

- Tiene hemofilia y recibe factores VIII o IX.
- Tiene Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).
- Tiene diabetes.
- Vive con alguien que tiene hepatitis B.
- Es trabajador de cuidados de la salud y tiene contacto frecuente con sangre o fluidos corporales.

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

Costos

No paga nada por las vacunas contra la hepatitis B si su proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.

Más información

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



Exámenes de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV, en inglés)

Medicare cubre un examen de detección de HBV si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud inscrito en Medicare la solicita y usted cumple una de estas condiciones:

- Tiene alto riesgo de infección por HBV.
- Está embarazada.

Frecuencia

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

Costos

No paga nada por estos exámenes si su proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.

Más información

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



Exámenes de detección de hepatitis C

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

- Está en alto riesgo porque consume o ha consumido drogas ilícitas inyectables.
- Tuvo una transfusión de sangre antes de 1992.
- Nació entre 1945 y 1965.

Frecuencia

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

Costos

No paga nada por estos exámenes si su proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/hepatitis-c-screenings.



Exámenes de detección de VIH (virus de inmunodeficiencia humana)

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

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

Frecuencia

Una vez al año, si cumple una de las condiciones anteriores. Si está embarazada, podrá hacerse los exámenes hasta 3 veces durante el embarazo.

Costos

No paga nada por los exámenes si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.

Más información

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

Servicios de salud en el hogar

La Parte A y/o la Parte B cubren servicios de salud en el hogar elegibles siempre que necesite servicios especializados de medio tiempo o de forma intermitente y siempre que esté “confinado en el hogar”, es decir:

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

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

- Atención de enfermería especializada médicamente necesaria de medio tiempo o intermitente
- Cuidados de un auxiliar de salud en el hogar de medio tiempo o intermitente (sólo si también recibe atención de enfermería especializada al mismo tiempo)
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Servicios de patología del habla y el lenguaje
- Servicios médicos sociales
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis para mujeres
- Equipos médicos duraderos
- Suministros médicos para usar en el hogar

Medicare **no** paga por lo siguiente:

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

Frecuencia

En la mayoría de los casos, “de medio tiempo o intermitente” significa que puede recibir cuidados de enfermería especializada y servicios de auxiliar de salud en el hogar hasta 8 horas al día, durante un máximo de 28 horas semanales. Es posible que pueda recibir cuidados más frecuentes durante un tiempo breve si su proveedor de cuidado de la salud determina que es necesario.

Costos

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

Lo que debe saber

Un proveedor de cuidado de la salud (como un enfermero profesional) debe tener una visita cara a cara con usted antes de certificar que usted necesita servicios de salud en el hogar. Un proveedor de cuidado de la salud debe ordenar sus cuidados y una agencia de salud a domicilio certificada por Medicare debe proporcionárselos.

Más información

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

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

La Parte B cubre los equipos y suministros para infusión en el hogar como equipos médicos duraderos (DME, en inglés) cuando se utilizan en su domicilio.

Medicare también cubre servicios de terapia de infusión en el hogar necesarios para administrar de manera segura ciertos medicamentos intravenosos o subcutáneos en su hogar, como visitas de enfermería, capacitación de cuidadores y supervisión de pacientes.

Costos

En la mayoría de los casos, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de terapia de infusión en el hogar y por los equipos y suministros que utilice en su domicilio. Para los equipos y suministros se aplica el deducible de la Parte B.

Lo que debe saber

Los equipos y suministros para infusión en el hogar incluyen bombas, soporte para suero, tubos y catéteres para terapia de infusión para administrar ciertos medicamentos de infusión (como inmunoglobulina Intravenosa) en el hogar.

Más información

- Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39–40.
- Vaya a “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 16–17.
- Visite [es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers).
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/home-infusion-therapy-services-supplies](https://www.medicare.gov/coverage/home-infusion-therapy-services-supplies).

Cuidados paliativos

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

- Su médico de cuidados paliativos y su médico regular (si lo tiene) certifican que usted tiene una enfermedad terminal (con expectativa de vida de 6 meses o menos).
- Usted acepta cuidados para comodidad (cuidados paliativos) en lugar de cuidados para curar su enfermedad.
- Usted firma una declaración en la que elige cuidados paliativos en lugar de otros tratamientos cubiertos por Medicare para su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas.

Costos

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

Lo que debe saber

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

- Servicios de médicos.
- Cuidados de enfermería y servicios médicos.
- Equipos médicos duraderos para alivio del dolor y control de los síntomas.
- Suministros médicos, como vendas o catéteres.
- Medicamentos para control del dolor y los síntomas.
- Servicios de auxiliares y de tareas domésticas.
- Servicios de fisioterapia.
- Servicios de terapia ocupacional.
- Servicios de patología del habla y el lenguaje.
- Servicios sociales.
- Orientación sobre la dieta.
- Orientación espiritual y sobre duelo para usted y su familia.
- Atención como paciente internado a corto plazo para el control del dolor y los síntomas.
- Cuidado de relevo para pacientes internados, que es la atención que recibe en un centro aprobado por Medicare (como un centro para pacientes internados, un hospital o una residencia de ancianos), para que su cuidador habitual (como un familiar o un amigo) pueda descansar. Su proveedor de cuidados paliativos puede organizar esto para usted. Usted se puede quedar hasta 5 días cada vez que recibe cuidado de relevo. Puede obtener cuidado de relevo más de una vez, pero sólo ocasionalmente.
- Todo otro servicio cubierto por Medicare para controlar su dolor y otros síntomas relacionados con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, según las recomendaciones de su equipo de cuidados paliativos.

Más información

- Vaya a “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 16–17.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/hospice-care](https://www.medicare.gov/coverage/hospice-care).

Camas de hospital

La Parte B cubre camas de hospital como equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud receta para uso en el hogar.

Más información

- Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39-40.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/hospital-beds.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.

Pruebas del virus del papiloma humano (VPH)

Vaya a “Exámenes de detección de cáncer cervical y vaginal” en la página 18.

Humidificadores

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

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

Costos

Paga el 100% por la mayoría de los humidificadores y otros artículos similares. Si es médicamente necesario, no tendrá que pagar una cantidad separado por un humidificador de oxígeno. La tarifa mensual de su equipo de oxígeno incluirá el costo de un humidificador de oxígeno.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/humidifiers.

Terapia con oxígeno hiperbárico

La terapia con oxígeno hiperbárico expone todo el cuerpo a oxígeno a una presión atmosférica elevada. Medicare cubre esta terapia si usted cumple determinadas condiciones y recibe la terapia en una cámara (incluida una unidad unipersonal).

Costos

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

Más información

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

Atención hospitalaria como paciente internado

La Parte A cubre la atención hospitalaria como paciente internado si usted cumple estas dos condiciones:

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

Los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos por Medicare incluyen:

- Habitaciones semiprivadas
- Comidas
- Enfermería general
- Medicamentos (incluso metadona para tratar un trastorno por consumo de opiáceos)
- Otros servicios y suministros hospitalarios que podría recibir como parte de su tratamiento como paciente internado

Medicare **no** cubre:

- Servicio privado de enfermería
- Televisión o teléfono en su habitación (si esos servicios se cobran aparte)
- Artículos de cuidado personal (como dentífrico, afeitadoras o calcetines antideslizantes)
- Una habitación privada, a menos que sea médicamente necesaria

Costos

Paga esto por cada período de beneficios (en 2024):

- Días 1 a 60: deducible de \$1,632.
- Días 61 a 90: \$408 por día.
- Días 91 y posteriores: \$816 por día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.
- Cada día mientras usa todos sus días de reserva de por vida: Todos los costos.

La Parte A sólo paga hasta 190 días de atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente durante toda su vida. El límite de 190 días no se aplica a la atención que reciba en una unidad psiquiátrica independiente dentro de un hospital de atención de agudos o de acceso crítico certificado por Medicare.

Lo que debe saber

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

- Hospitales de cuidado críticos
- Hospitales de acceso crítico
- Centros de rehabilitación para pacientes internados
- Hospitales de cuidado a largo plazo
- Centros psiquiátricos para pacientes internados

También incluye la atención de paciente internado que reciba como parte de un estudio de investigación clínica que cumpla los requisitos.

Nota: Los hospitales ahora deben incluir los cargos estándar por todos sus artículos y servicios (incluidos los cargos estándar que negocian los planes Medicare Advantage) en un sitio web público para ayudarle a tomar decisiones más informadas sobre sus cuidados.

Más información

- Cuidados de salud mental: Vaya a las páginas 68–73.
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: Vaya a la página 81.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/inpatient-hospital-care.

Cuidado de rehabilitación como paciente internado

La Parte A cubre los cuidados médicamente necesarios que reciba en un centro o unidad de rehabilitación para pacientes internados (a veces denominado en inglés centro de “rehab” para pacientes internados, IRF, centro de rehabilitación de atención de agudos u hospital de rehabilitación). Su médico u otro proveedor de cuidado de la salud debe certificar que usted tiene una condición médica que requiere rehabilitación intensiva, supervisión médica continua y cuidados coordinados de sus médicos, otros proveedores de cuidado de la salud y terapeutas.

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

Costos

Paga lo siguiente por cada período de beneficios en 2024:

- Días 1 a 60: deducible de \$1,632.
- Días 61 a 90: \$408 por día.
- Días 91 y posteriores: \$816 por día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.
- Cada día mientras usa todos sus días de reserva de por vida: Todos los costos.

Nota: No tiene que pagar un deducible por los cuidados de rehabilitación para paciente internado si Medicare ya le cobró un deducible por los cuidados que recibió en una hospitalización anterior dentro del mismo período de beneficio. Eso se debe a que su período de beneficios comienza el primer día de su estadía en el hospital anterior, y esa estadía cuenta para su deducible. Por ejemplo, no tendrá que pagar un deducible por los cuidados de rehabilitación como paciente internado si:

- Lo trasladan a un centro de rehabilitación para pacientes internados directamente desde un hospital de atención de agudos.
- Ingresa en un centro de rehabilitación para pacientes internados dentro de los 60 días siguientes a haber sido dado de alta de un hospital.

Lo que debe saber

La rehabilitación de pacientes internados puede ayudarle si se está recuperando de una intervención quirúrgica, enfermedad o lesión seria y necesita un programa intensivo de terapia de rehabilitación, supervisión médica y atención coordinada de sus médicos, otros proveedores de cuidado de la salud y terapeutas

La rehabilitación de pacientes internados cubierta por Medicare incluye:

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

Medicare **no** cubre:

- Servicio privado de enfermería
- Televisión o teléfono en su habitación (si esos servicios se cobran aparte)
- Artículos de cuidado personal (como dentífrico, afeitadoras o calcetines antideslizantes)
- Una habitación privada, a menos que sea médicamente necesaria

Más información

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

Insulina

La Parte B cubre la insulina si usted usa una bomba de insulina cubierta de acuerdo con el beneficio de equipos médicos duraderos de la Parte B. La Parte B no cubre lápices de insulina ni suministros relacionados con la insulina, como jeringas, agujas, hisopos con alcohol o gasa.

Si tiene un plan con la Parte D, es posible que cubra:

- Insulina inyectable que no se utiliza con una bomba de insulina tradicional.
- Insulina utilizada con una bomba de insulina desechable.

- Ciertos suministros médicos utilizados para inyectar insulina, como jeringas, gasa e hisopos con alcohol.
- Insulina inhalable.

Costos

- El costo del suministro para un mes de cada insulina cubierta por la Parte D y la Parte B tiene un límite de \$35 y no tiene que pagar un deducible por la insulina. Si recibe un suministro de insulina para 3 meses, sus costos no pueden superar \$35 por cada mes de suministro de cada insulina cubierta. Esto significa que en general pagará no más de \$105 por un suministro de 3 meses de insulina cubierta.
- Bajo la Parte D, el límite de \$35 se aplica a todos que reciben insulina, incluso si reciben Ayuda Adicional.
- Si tiene la Parte B y un seguro suplementario de Medicare (Medigap) que paga su coseguro de la Parte B, su plan debe cubrir el costo de \$35 (o menos) por la insulina.

Lo que debe saber

Si utiliza una bomba de insulina que no es desechable, la Parte B puede cubrir la insulina utilizada con la bomba y la propia bomba como equipo médico duradero. Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39-40.

Más información

- Vaya a “Servicios para diabetes” y “Suministros para diabetes” en las páginas 33-34.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/insulin](https://www.medicare.gov/coverage/insulin).
- Visite [es.Medicare.gov/about-us/prescription-drug-law](https://www.medicare.gov/about-us/prescription-drug-law).

Educación sobre la enfermedad renal

La educación sobre la enfermedad renal le enseña a cuidar sus riñones de la mejor manera posible y le brinda información que necesita para tomar decisiones informadas sobre sus cuidados. Medicare cubre hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal si tiene una enfermedad renal crónica en etapa IV que suele requerir diálisis o un trasplante de riñón. Medicare cubre esto si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud lo deriva para este servicio y usted lo recibe de un médico, determinado proveedor calificado no médico o determinado proveedor rural

Costos

Una vez que llegue al deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por cada sesión si recibe el servicio de un proveedor de cuidado de la salud.

Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/kidney-disease-education](https://www.medicare.gov/coverage/kidney-disease-education).

Servicios y suministros para los riñones

Vaya a “Servicios y suministros de diálisis” en las páginas 36–38.

Trasplantes de riñón

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

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

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

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

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

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

Si Medicare pagó por el trasplante, la Parte B también cubre medicamentos inmunosupresores (medicamentos para el trasplante) en ciertas circunstancias.

Costos

Por el trasplante y los servicios relacionados paga:

- El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de la Parte B después de que alcance el deducible.
- Nada por los servicios proporcionados al donante en caso de un trasplante de riñón.
- Nada por las pruebas de laboratorio aprobadas por Medicare.

Para ver información sobre los costos de la Parte A para pacientes internados en un hospital, vaya a “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 56-57.

Lo que debe saber

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

Más información

- Vaya a “Trasplante de órganos” en las páginas 77-78.
- Vaya “Trasplantes de riñón (niños)” a continuación.
- Para ver más información sobre medicamentos para trasplantes/ inmunosupresores, vaya a “Medicamentos recetados (para pacientes ambulatorios)” en las páginas 86-88.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/kidney-transplants](https://www.medicare.gov/coverage/kidney-transplants).

Trasplantes de riñón (niños)

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

La Parte A generalmente cubre estos servicios de trasplante:

- Servicios como paciente internado en un hospital aprobado
- Tarifa de registro de riñón
- Pruebas de laboratorio y otras pruebas para evaluar el estado de salud de su hijo y el de los posibles donantes de riñón
- El costo de encontrar el riñón indicado para la cirugía de trasplante de su hijo
- El costo completo de los cuidados del donante de riñón de su hijo
- Sangre (si necesita una transfusión)

La Parte B cubre estos servicios de trasplante

- Servicios de los médicos para la cirugía de trasplante de riñón
- Servicios de los médicos para el donante de riñón durante su estadía en el hospital
- Sangre (si necesita una transfusión)

Si Medicare pagó por el trasplante, la Parte B también cubre medicamentos inmunosupresores (medicamentos para el trasplante) en ciertas circunstancias.

Costos

- Una vez que pague el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de la Parte B.
- Si su hijo tiene otro seguro, sus costos pueden ser diferentes.
- Para ver información sobre los costos de la Parte A para pacientes internados en un hospital, vaya a “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 56-57.

Más información

- Vaya a “Diálisis (niños)” en la página 36.
- Para ver más información sobre medicamentos para trasplantes/ inmunosupresores, vaya a “Medicamentos recetados (para pacientes ambulatorios)” en las páginas 86-88.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/kidney-transplants-children](https://www.medicare.gov/coverage/kidney-transplants-children).

Pruebas de laboratorio

- Pruebas clínicas de laboratorio: Vaya a la página 21.
- Pruebas diagnósticas de laboratorio: Vaya a la página 35.
- Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio: Vaya a la página 35.

Cuidados a largo plazo

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

Costos

Paga el 100% por los servicios que no están cubiertos, incluida la mayoría de los cuidados a largo plazo.

Lo que debe saber

- La mayoría de los cuidados a largo plazo no son atención médica. En cambio, la mayoría de los cuidados a largo plazo ayuda con las tareas personales básicas de la vida cotidiana, a veces llamadas “actividades de la vida diaria”. Esto incluye cosas como vestirse, bañarse y usar el baño. Los cuidados a largo plazo también pueden incluir comidas enviadas a domicilio, cuidado diurno para adultos y otros servicios.
- Puede optar por cuidados a largo plazo a través de Medicaid o comprar un seguro privado de cuidados a largo plazo.
- Puede recibir cuidados a largo plazo en el hogar, la comunidad, un centro de vida asistida o una residencia de ancianos. Es importante que empiece ahora a planificar los cuidados a largo plazo para poder mantener su independencia y asegurarse de recibir los cuidados que pueda necesitar, en el entorno que desee, ahora y en el futuro.

Más información

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

Servicios hospitalarios de cuidados a largo plazo

Los hospitales de cuidados a largo plazo suelen atender a pacientes con más de una condición seria. Los pacientes pueden mejorar con el tiempo y los cuidados, y finalmente volver a su hogar. Esos hospitales suelen ofrecer servicios como terapia respiratoria, tratamiento de traumatismos craneal y control del dolor. La Parte A cubre los cuidados en hospitales de cuidados a largo plazo.

Costos

Paga lo siguiente por cada período de beneficios en 2024:

- Días 1 a 60: deducible de \$1,632.
- Días 61 a 90: \$408 por día.
- Días 91 y posteriores: \$816 por día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.
- Cada día mientras usa todos sus días de reserva de por vida: Todos los costos.

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

- Lo trasladan a un hospital de cuidados a largo plazo directamente desde un hospital de atención de agudos.
- Lo admiten en un hospital de cuidados a largo plazo dentro de los 60 días siguientes a haber sido dado de alta de un hospital.

Más información

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



Exámenes de detección de cáncer de pulmón

La Parte B cubre los exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (conocida como “exploración con TAC”) si cumple **todas** estas condiciones:

- Tiene entre 50 y 77 años.
- No presenta signos o síntomas del cáncer de pulmón (está asintomático).
- Es fumador actual o dejó de fumar en los últimos 15 años.
- Tiene un historial de tabaquismo de al menos 20 “años paquete” (una media de un paquete [20 cigarrillos] al día durante 20 años).
- Recibe una orden de su proveedor de cuidado de la salud.

Frecuencia

Una vez cada año.

Costos

No paga nada por estos exámenes si su proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.

Lo que debe saber

Antes de su primer examen de detección de cáncer de pulmón, deberá programar una cita con su proveedor de cuidado de la salud analizar los riesgos y beneficios y decidir si un examen es adecuado para usted.

Más información

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

Artículos para el tratamiento de compresión de linfedemas

Los artículos para el tratamiento de compresión de linfedemas ayudan a controlar y reducir la hinchazón causada por linfedema (una condición crónica que causa hinchazón en los tejidos del cuerpo). A partir del 1 de enero de 2024, Medicare cubre prendas de compresión gradiente (estándar y personalizadas) si le han diagnosticado linfedema y su médico u otro proveedor de cuidado de la salud se las receta.

Costos

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

Más información

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

Pruebas y tratamientos para la degeneración macular

La Parte B puede cubrir ciertas pruebas diagnósticas y tratamientos (incluido el tratamiento con determinados medicamentos inyectables) si tiene degeneración macular relacionada con la edad (AMD, en inglés).

Costos

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

Más información

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



Mamografías

Las mamografías son para detectar la presencia de cáncer de mama. La Parte B cubre:

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

Frecuencia

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

Costos

- Mamografías de detección y de referencia: No paga nada por la prueba si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.
- Mamografías diagnósticas: Una vez que alcance el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Lo que debe saber

Medicare sólo cubre ecografías de mama médicamente necesarias cuando un proveedor de cuidado de la salud afiliado a Medicare las solicita.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/mammograms.



Servicios de terapia médica nutricional

La Parte B cubre los servicios de terapia médica nutricional si tiene diabetes o una enfermedad renal, o si ha recibido un trasplante de riñón en los últimos 36 meses. Un médico debe referirlo a estos servicios.

Los servicios que reciba pueden incluir:

- Una evaluación inicial de nutrición y estilo de vida
- Servicios individuales y/o grupales de terapia nutricional
- Ayuda para controlar factores del estilo de vida que afectan su diabetes
- Visitas de seguimiento para verificar su progreso

Costos

No paga nada por estos servicios si reúne los requisitos para recibirlos.

Lo que debe saber

- Sólo un dietista o un profesional de nutrición registrado que cumpla ciertos requisitos puede proporcionar servicios de terapia médica nutricional.
- Si recibe diálisis en un centro de diálisis, Medicare cubre la terapia médica nutricional como parte de sus cuidados generales de la diálisis.
- Si se encuentra en un área rural, es posible que un dietista u otro profesional de la nutrición registrado de otra localidad pueda proporcionarle la terapia médica nutricional a través de telesalud. Vaya a “Telesalud” en la página 106.
- Si tiene diabetes, también puede calificar para capacitación para el autocontrol de la diabetes. Vaya a “Capacitación para el autocontrol de la diabetes” en las páginas 32-33.

Más información

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



Programa Medicare de prevención de la diabetes

El Programa Medicare de prevención de la diabetes es un programa para cambiar conductas de salud para ayudarle a prevenir la diabetes de tipo 2. El programa comienza con sesiones semanales básicas ofrecidas en grupo durante un período de 6 meses. En estas sesiones, recibirá:

- Capacitación para hacer cambios realistas y duraderos en sus conductas con enfoque en la dieta y el ejercicio
- Sugerencias para hacer más ejercicio
- Estrategias para controlar el peso
- Un entrenador con capacitación especial para ayudarlo a mantenerse motivado
- Apoyo de personas con objetivos y dificultades similares

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

La Parte B cubre el Programa de prevención de la diabetes de Medicare si se cumplen **todas** estas condiciones en su caso:

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

Frecuencia

Una vez en la vida.

Costos

No paga nada por este programa si es elegible.

Lo que debe saber

- Puede obtener estos servicios de manera virtual (hasta el 31 de diciembre de 2027) o en persona de un proveedor aprobado del Programa de prevención de la diabetes de Medicare. Estos proveedores pueden ser proveedores de cuidado de la salud tradicionales u organizaciones como centros comunitarios u organizaciones religiosas.
- Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, es posible que tenga que recurrir a un proveedor dentro de la red para obtener estos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.

Más información

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

Cuidados de salud mental (como paciente internado)

Los servicios de cuidado médico mental incluyen diagnóstico y tratamiento a personas con trastornos mentales, como depresión y ansiedad. La Parte A cubre los servicios de cuidado médico mental que recibe cuando ingresa como paciente hospitalizado. La Parte B cubre los servicios que recibe de un médico u otro proveedor de cuidado de la salud mientras está hospitalizado.

Costos

Paga lo siguiente por cada período de beneficios en 2024:

- Días 1 a 60: deducible de \$1,632.
- Días 61 a 90: \$408 por día.
- Días 91 y posteriores: \$816 por día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.
- Cada día mientras usa todos sus días de reserva de por vida: Todos los costos.
- 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de salud mental que recibe de médicos y otros proveedores de cuidado de la salud mientras esté internado en el hospital.

Lo que debe saber

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

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

Medicare **no** cubre lo siguiente:

- Servicio privado de enfermería
- Televisión o teléfono en su habitación (si esos servicios se cobran aparte)
- Artículos de cuidado personal (como dentífrico, afeitadoras o calcetines antideslizantes)
- Una habitación privada, a menos que sea médicamente necesaria

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-inpatient.

Cuidados de salud mental (servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios)

Los programas intensivos para pacientes ambulatorios ofrecen un nivel de cuidados para condiciones de salud mental (incluso trastornos de consumo de sustancias) entre una terapia u orientación tradicional una vez a la semana y la atención psiquiátrica para pacientes internados o con hospitalización parcial. Los servicios son más rigurosos que los cuidados que recibiría en el consultorio de un médico o terapeuta y pueden incluir sesiones de terapia grupales e individuales. La Parte B cubre servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios que usted reciba en un hospital, un centro de salud mental comunitario, un Centro de Salud Calificado Federalmente o una Clínica de Salud Rural. La Parte B también cubre estos servicios en Programas de Tratamiento para Opiáceos si usted está recibiendo tratamiento por Trastorno de Consumo de Opiáceos (OUD, en inglés).

Costos

- Paga un porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare para cada servicio que recibe si su médico u otro profesional de salud mental calificado determinado acepta la asignación.
- Una vez que alcance el deducible de la Parte B, también paga un coseguro por cada día de servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario.

Lo que debe saber

- No es necesario que califique para un tratamiento de paciente internado para recibir servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios.
- Puede beneficiarse con servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios si su plan de salud establece que requiere al menos 9 horas de servicios terapéuticos por semana.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-intensive-outpatient-program-services.

Cuidados de salud mental (como paciente ambulatorio)

Los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios incluyen diagnosticar y tratar a personas con condiciones de salud mental, como depresión y ansiedad. Esas visitas suelen denominarse orientación o psicoterapia y se pueden realizar individualmente, en entornos de psicoterapia grupal o familiar y en situaciones de crisis. La Parte B cubre estos servicios de salud mental para pacientes ambulatorios:

- Un examen de detección de depresión cada año. El examen debe ser realizado en un consultorio médico o una clínica de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y referidos. Vaya a “Exámenes de detección de depresión” en la página 31.
- Psicoterapia individual y de grupo con médicos (o con otros profesionales con licencia inscritos en Medicare, según lo permita el estado donde reciba los servicios).
- Orientación familiar, si el propósito principal es ayudar con su tratamiento.
- Pruebas para determinar si está recibiendo los servicios que necesita y si su tratamiento actual le está ayudando.
- Evaluación psiquiátrica.
- Administración de medicamentos.
- Ciertos medicamentos recetados que generalmente no son de “autoadministración” (medicamentos que normalmente tomaría por su cuenta), como algunas inyecciones.
- Pruebas diagnósticas.
- Hospitalización parcial. Vaya a “Cuidados de salud mental (hospitalización parcial)” en la página 72.
- Servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios. Vaya a “Cuidados de salud mental (servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios)” en la página 69.
- Servicios de salud mental que reciba como parte del tratamiento de trastornos por consumo de sustancias. Vaya a “Servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias” en la página 73.
- Una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” por única vez. Esta visita incluye una revisión de sus posibles factores de riesgo para la depresión. Vaya a “Visitas preventivas” en las páginas 90-92.
- Una visita de “Bienestar” anual. Hable con su médico u otro proveedor de cuidado de la salud sobre los cambios en su salud mental desde la última visita. Vaya a “Visitas preventivas” en las páginas 90-92.

Costos

- No paga nada por el examen anual de detección de depresión si su proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.
- Después de que alcance el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las visitas a su proveedor de cuidado de la salud para diagnosticar o tratar su condición.
- Si recibe servicios en una clínica o departamento de hospital para pacientes ambulatorios, es posible que tenga que pagarle una cantidad de copago o coseguro al hospital.

Lo que debe saber

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

- Psiquiatras u otros médicos
- Psicólogos clínicos
- Trabajadores sociales clínicos
- Enfermeros clínicos especializados
- Enfermeros profesionales
- Asistentes médicos
- Terapeutas de parejas y familias
- Orientadores de salud mental

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

- Consultorio de un médico u otro proveedor de cuidado de la salud
- Un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital
- Un centro comunitario de salud mental

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-outpatient.

Cuidados de salud mental (hospitalización parcial)

La hospitalización parcial proporciona un programa estructurado de servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios como una alternativa a los cuidados psiquiátricos como paciente internado. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de un médico o terapeuta y su plan de salud debe establecer que requiere al menos 20 horas de servicios terapéuticos por semana. Recibe este tratamiento durante el día y no tiene que permanecer durante la noche.

La Parte B puede cubrir los servicios de hospitalización parcial cuando sean proporcionados a través de un departamento de hospital para pacientes ambulatorios o centro de salud mental comunitario, si cumple con ciertos requisitos y su médico u otro profesional de salud mental calificado certifica que, de otra manera, necesitaría tratamiento como paciente internado.

Costos

- Paga un porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare por cada servicio que recibe de un profesional de salud mental calificado, si ese profesional acepta la asignación.
- Una vez que alcance el deducible de la Parte B, también paga un coseguro por cada día de servicios de hospitalización parcial que reciba en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental.

Lo que debe saber

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

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

Medicare **no** cubre:

- Comidas
- Transporte hacia o desde los servicios de cuidados de la salud mental
- Grupos de apoyo que reúnen a las personas para conversar y socializar (esto es diferente de la psicoterapia de grupo, que está cubierta)
- Evaluación o capacitación para habilidades laborales que no forma parte del tratamiento de salud mental

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization.

Servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias

Medicare cubre ciertos exámenes de detección, servicios y programas que ayudan al tratamiento y la recuperación de salud mental, salud conductual y trastornos por consumo de sustancias, entre los que se incluyen:

- Exámenes de detección de consumo indebido de alcohol: Vaya a la página 8.
- Servicios integrales de salud conductual: Vaya a las páginas 11-12.
- Orientación para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco: Vaya a la página 26.
- Exámenes de detección de depresión: Vaya a la página 31.
- Cuidados de salud mental: Vaya a las páginas 68-73.
- Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de opiáceos: Vaya a las páginas 76-77.
- Telesalud: Vaya a la página 106.

Anticuerpos monoclonales para el tratamiento de enfermedad de Alzheimer temprana

La Parte B puede cubrir anticuerpos monoclonales aprobados por la FDA dirigidos a placas beta amiloides para el tratamiento de enfermedad de Alzheimer si usted cumple determinados criterios. Su médico u otro proveedor de cuidado de la salud debe confirmar que usted tiene placas beta amiloides coherentes con enfermedad de Alzheimer y debe diagnosticarle uno de los siguientes:

- Deterioro cognitivo leve debido a enfermedad de Alzheimer
- Demencia leve debida a enfermedad de Alzheimer

La cobertura de Medicare de esos anticuerpos monoclonales también requiere que su proveedor de cuidado de la salud recopile pruebas de lo bien que actúan esos medicamentos para un estudio o registro que califique. La información que su proveedor recopile ayudará a contestar preguntas sobre el tratamiento y a describir cómo bien la medicación funciona para usted. Hable con su proveedor para averiguar si los anticuerpos monoclonales para el tratamiento de enfermedad de Alzheimer temprana son adecuados para usted.

Costos

- Por anticuerpos monoclonales cubiertos por la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de haber alcanzado el deducible de la Parte B.
- Es posible que necesite exploraciones y pruebas antes o durante el tratamiento que podrían sumarse a sus costos. Hable con su proveedor para obtener más información.

Lo que debe saber

Si la Parte B no cubre los anticuerpos monoclonales para el tratamiento de enfermedad de Alzheimer temprana, un plan de medicamentos de Medicare podría hacerlo. Comuníquese con su plan para obtener más información.

Más información

- Vaya a “Servicios de evaluación cognitiva y planes de cuidados” en las páginas 21–22.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/monoclonal-antibodies-for-the-treatment-of-early-alzheimers-disease.



Pruebas de ADN de heces multiobjetivo

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

- Tiene entre 45 y 85 años.
- No presenta ningún síntoma de enfermedad colorrectal, incluidos, entre otros, dolor gastrointestinal bajo, sangre en las heces o una prueba de sangre oculta en heces con guayacol positiva o una prueba inmunoquímica fecal positiva.
- Tiene un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal, es decir:
 - No tiene antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal (incluyendo enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).
 - No tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal no poliposo hereditario.

Frecuencia

Una vez cada 3 años.

Costos

No paga nada por este examen de detección si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.

Más información

- Vaya a “Exámenes de detección de cáncer colorrectal” en la página 23.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/multi-target-stool-dna-tests.

Resonancias magnéticas

Vaya a “Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio” en la página 35.

Nebulizadores y medicamentos para nebulizadores

La Parte B cubre nebulizadores (y algunos medicamentos que se usan en los nebulizadores, si se consideran razonables y necesarios). La Parte B los cubre como equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud receta para uso en el hogar.

Más información

- Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39–40.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/nebulizers-nebulizer-medications.

Atención en asilo de ancianos

La mayor parte de los cuidados en asilos de ancianos son cuidados de custodia, que ayudan con las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse, ir al baño y comer) o necesidades personales que podrían realizarse de forma segura y razonable sin habilidades profesionales o capacitación. **Medicare no cubre el cuidado de custodia si es el único tipo de cuidado que usted necesita.**

La Parte A puede cubrir cuidados de enfermería especializada en una residencia de ancianos. Debe ser médicamente necesario que usted reciba atención de enfermería especializada (como si necesita ayuda para el cambio de vendas estériles).

Más información

- Vaya a “Servicios de cuidado de la salud en el hogar” en las páginas 51–53.
- Vaya a “Cuidados en un centro de enfermería especializada (SNF)” en las páginas 100–102.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/nursing-home-care.



Terapia conductual para la obesidad

La terapia conductual para la obesidad incluye un examen inicial del índice de masa corporal (IMC) y sesiones de terapia conductual que incluyen una evaluación de la dieta y orientación para ayudar a perder peso centrándose en la dieta y el ejercicio. Medicare cubre exámenes de detección de obesidad y orientación conductual si tiene un IMC de 30 o más. Medicare cubre esta orientación si su médico de cabecera u otro profesional de atención primaria proporciona la orientación en un entorno de atención primaria (como un consultorio médico) donde pueda coordinar su plan personalizado con sus otros cuidados.

Costos

No paga nada por este servicio si el profesional de atención primaria acepta la asignación.

Más información

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

Servicios de observación

Vaya a “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en la página 81.

Terapia ocupacional

La terapia ocupacional le ayuda a realizar actividades de la vida diaria (como vestirse o bañarse). Puede recibir esta terapia para ayudar a mejorar o mantener sus capacidades actuales, o a hacer que declinen más lentamente. La Parte B cubre terapia ocupacional necesaria por razones médicas para pacientes ambulatorios si el médico u otro proveedor de cuidado de la salud (incluido un enfermero profesional, un enfermero clínico especializado o un auxiliar médico) certifica que la necesita.

Costos

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

Lo que debe saber

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

Más información

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

Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de opiáceos

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

Esos servicios incluyen:

- Medicamentos (como metadona, buprenorfina, naltrexona y naloxona)
- Orientación para consumo de sustancias
- Pruebas de detección de drogas
- Terapia individual y grupal
- Actividades de reducción del consumo
- Evaluaciones periódicas
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios

Costos

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

Lo que debe saber

- Hable con su médico u otro proveedor de cuidado de la salud para determinar si puede usar estos servicios.
- Medicare cubre orientación, terapia y las evaluaciones periódicas tanto en persona como, en determinadas circunstancias, por consulta virtual (utilizando tecnología de comunicación de audio y vídeo, como por teléfono o con una computadora). Medicare también cubre los servicios prestados a través de las unidades móviles de los programas de tratamiento de opiáceos.
- Los planes Medicare Advantage también deben cubrir los servicios de programas de tratamiento de opiáceos, pero es posible que requieran que ingrese a un programa de tratamiento de opiáceos dentro de la red. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage y ya está recibiendo tratamiento, su programa de tratamiento de opiáceos debe participar con su plan y estar inscrito en Medicare para asegurar que su tratamiento esté cubierto y no se interrumpa. Si no es así, es posible que tenga que cambiar a un programa de tratamiento de opiáceos afiliado a Medicare que participe con su plan. Dado que los planes Medicare Advantage pueden aplicar copagos a los servicios de los programas de tratamiento de opiáceos, debe consultar con su plan para saber si tiene que pagar un copago.

Más información

- Vaya a “Servicios de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias” en la página 73.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services.

Trasplantes de órganos

La Parte A cubre:

- Pruebas, análisis y exámenes necesarios.

Generalmente, la Parte A también cubre:

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

La Parte B cubre:

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

Costos

Por el trasplante y los servicios relacionados, paga:

- El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de la Parte B después de que alcance el deducible de la Parte B.
- Nada por los servicios proporcionados al donante en caso de un trasplante de riñón.
- Nada por las pruebas de un laboratorio certificado por Medicare.

Para ver información sobre los costos de la Parte A para pacientes internados en un hospital, vaya a “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 56-57.

Lo que debe saber

- Debe recibir un trasplante de órganos en un centro aprobado por Medicare.
- Si está pensando en inscribirse en un plan Medicare Advantage y está en lista de espera para un trasplante o cree que necesita un trasplante, consulte con el plan antes de inscribirse para asegurarse de que sus médicos, otros proveedores de cuidado de la salud y los hospitales pertenezcan a la red del plan. Además, compruebe las reglas del plan en cuanto a autorización previa.
- Medicare no paga el transporte a centros de trasplante.

Más información

- Trasplantes de riñón para adultos: Vaya a “Trasplantes de riñón” en las páginas 60-61.
- Trasplantes de riñón para niños: Vaya a “Trasplantes de riñón (niños)” en las páginas 61-62.
- Otros trasplantes: Vaya a “Otros trasplantes” en la página 80.
- Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Vaya a “Medicamentos recetados (para pacientes ambulatorios)” en las páginas 86-88.
- Trasplantes de páncreas: Vaya a “Otros trasplantes” en la página 84.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/organ-transplants.

Zapato ortopédico

Medicare cubre zapato ortopédico si son una parte necesaria del aparato ortopédico de una pierna.

Costos

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

Lo que debe saber

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

Más información

- Vaya a “zapato o plantillas terapéuticos” en la página 107.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/orthopedic-shoes.

Medicamentos para la osteoporosis

La Parte A y la Parte B ayudan a pagar medicamentos inyectables para la osteoporosis y visitas de una enfermera de atención médica a domicilio para aplicar las inyecciones si cumple todas estas condiciones:

Es una mujer con osteoporosis que:

- Cumple los criterios para servicios de cuidado de la salud en el hogar de Medicare. Vaya a “Servicios de cuidado de la salud en el hogar” en las páginas 51–52.
- Tiene una fractura ósea que un médico u otro proveedor de cuidado de la salud certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica.
- Tiene un proveedor de cuidado de la salud que certifica que no puede aplicarse sola la inyección o aprender a aplicársela y sus familiares o cuidadores no pueden ni desean aplicársela.

Costos

- En la mayoría de los casos, una vez que alcance el deducible de la Parte B, paga hasta el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por medicamentos recetados de la Parte B. Su cantidad de coseguro puede cambiar en función del precio de los medicamentos. Podría tener que pagar una cantidad de coseguro inferior por ciertos medicamentos y productos biológicos cubiertos de la Parte B que reciba en un consultorio médico, una farmacia o un entorno para pacientes ambulatorios, si los precios han subido más rápido que el índice de inflación. Los medicamentos específicos y los ahorros potenciales cambian cada trimestre.
- Usted no paga nada por la visita del enfermero de cuidado de la salud en el hogar para inyectar el medicamento.

Más información

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

Suministros de ostomía

La Parte B cubre los suministros de ostomía que son necesarios por razones médicas si le han practicado una colostomía, ileostomía u ostomía urinaria. Medicare cubre la cantidad de los suministros que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud dice que usted necesita, de acuerdo con su condición.

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios y suministros de su médico.

Lo que debe saber

Medicare cubre estos suministros como aparatos protésicos.

Más información

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

Otros trasplantes

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

En ciertas condiciones, la Parte A cubre:

- Trasplantes de células madre
- Pruebas, análisis y exámenes necesarios asociados con el trasplante

En ciertas condiciones, la Parte B cubre:

- Trasplantes de médula ósea
- Trasplantes de córnea

Costos

Por el trasplante y los servicios relacionados, paga:

- El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de la Parte B después de que alcance el deducible de la Parte B.
- Nada por las pruebas de un laboratorio certificado por Medicare.

Para ver la información sobre los costos de la Parte A para pacientes internados en un hospital, vaya a “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 56–57.

Lo que debe saber

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

Más información

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

Servicios de hospital para pacientes ambulatorios

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

Los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos pueden incluir:

- Servicios de emergencia u observación, que pueden incluir la estadía en el hospital durante una noche o servicios en una clínica para pacientes ambulatorios (incluida la cirugía en el mismo día).
- Pruebas de laboratorio facturadas por el hospital.
- Cuidados de salud mental en un programa de hospitalización parcial si un médico u otro profesional de salud mental calificado certifica que de no recibirlo, necesitaría tratamiento como paciente internado. Vaya a “Cuidados de salud mental (hospitalización parcial)” en la página 72.
- Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital.
- Suministros médicos, como tablillas y yesos.
- Servicios preventivos y exámenes de detección de problemas. Vaya a las páginas 89–90.
- Determinados medicamentos y productos biológicos que generalmente no se administraría usted mismo y que recibe como parte de su servicio o procedimiento (como determinados medicamentos inyectables).

Costos

- Generalmente paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del médico o de otros proveedores de cuidado de la salud. Es posible que pague más por los servicios que reciba en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios que lo que pagaría por los mismos cuidados en el consultorio de un médico. Sin embargo, el copago del hospital en calidad de paciente ambulatorio por el servicio no puede ser mayor que la cantidad del deducible para pacientes internados.
- Además de la cantidad que le paga al proveedor de cuidado de la salud, generalmente también le pagará un copago al hospital por cada servicio que reciba en el entorno de paciente ambulatorio del hospital, salvo por determinados servicios preventivos que no tienen copago. En la mayoría de los casos, el copago de cada servicio no puede exceder del deducible para estancias hospitalarias de la Parte A. Si usted recibe servicios hospitalarios en calidad de paciente ambulatorio en un hospital de acceso crítico, el copago podría ser más y podría exceder el deducible para hospitalizaciones de la Parte A.
- Se aplica el deducible de la Parte B, excepto para ciertos servicios preventivos.

Más información

- Visite [es.Medicare.gov/coverage/outpatient-hospital-services](https://www.medicare.gov/coverage/outpatient-hospital-services).
- Para obtener estimados de costos para procedimientos quirúrgicos ambulatorios en ciertos entornos, visite [es.Medicare.gov/procedure-price-lookup](https://www.medicare.gov/procedure-price-lookup).

Servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes ambulatorios

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

Costos

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

Más información

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

Equipos y accesorios de oxígeno

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

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

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

Si usted cumple las condiciones anteriores, Medicare ayuda a pagar:

- Los sistemas que proveen oxígeno
- Contenedores para almacenar oxígeno
- Tubos y suministros relacionados para la administración de oxígeno y el contenido de oxígeno

Costos

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

Más información

- Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39–40.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/oxygen-equipment-accessories.

Control del dolor

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

- Acupuntura para la lumbalgia crónica. Vaya a la página 6.
- Exámenes de detección y orientación para el consumo indebido de alcohol: Vaya a la página 8.
- Servicios integrales de salud conductual: Vaya a las páginas 11-12.
- Servicios quiroprácticos. Vaya a la página 19.
- Servicios de control y tratamiento del dolor crónico. Vaya a la página 20.
- Exámenes de detección de depresión. Vaya a la página 31.
- Servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias. Vaya a la página 73.
- Terapia ocupacional. Vaya a la página 76.
- Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de opiáceos. Vaya a las páginas 76-77.
- Fisioterapia. Vaya a la página 85.

Si tiene un plan de medicamentos de Medicare (Parte D), es posible que el plan también tenga programas vigentes (como los programas de manejo de terapias farmacológicas o los programas de administración de medicamentos) para ayudarle a utilizar los analgésicos opiáceos recetados de forma más segura. Visite [es.Medicare.gov/drug-coverage-part-d/what-drug-plans-cover/medication-therapy-management-programs-for-complex-health-needs](https://www.Medicare.gov/drug-coverage-part-d/what-drug-plans-cover/medication-therapy-management-programs-for-complex-health-needs).

Costos

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

Lo que debe saber

Puede haber otras formas de controlar el dolor. Su proveedor de cuidado de la salud puede recomendarle opciones de tratamiento que Medicare no cubre, como masoterapia. Si esto sucede, o si su proveedor de cuidado de la salud le recomienda que reciba los servicios con más frecuencia de lo que Medicare cubre, es posible que tenga que pagar parte o la totalidad de los costos. Haga preguntas para entender por qué su proveedor de cuidado de la salud le recomienda determinados servicios y si Medicare los pagará.

Más información

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

Trasplantes de páncreas

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

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

Costos

Usted paga:

- El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de la Parte B después de que alcance el deducible de la Parte B.
- Nada por las pruebas de laboratorio aprobadas por Medicare.

Para ver información sobre los costos de la Parte A para pacientes internados en un hospital, vaya a “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 56–57.

Lo que debe saber

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

Más información

- Otros tipos de trasplantes cubiertos por Medicare: Vaya a “Trasplantes de riñón” en las páginas 60–61, “Trasplantes de riñón (niños)” en las páginas 61–62, “Trasplantes de órganos” en las páginas 77–78 y “Otros trasplantes” en la página 80.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/pancreas-transplants.

Pruebas de Papanicolaou

Vaya a “Exámenes de detección de cáncer cervical y vaginal” en la página 18.

Elevadores para pacientes

La Parte B los cubre como equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud receta para uso en el hogar.

Más información

- Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39–40.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/patient-lifts.

Diálisis pediátrica

Vaya a “Diálisis (niños)” en la página 36.

Tomografías computadas por emisión de positrones (PET, en inglés)

Vaya a “Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio” en la página 35

Servicios de fisioterapia

La fisioterapia ayuda a restablecer o mejorar el movimiento físico en el cuerpo después de una lesión, enfermedad o cirugía. También puede recibir esta terapia para ayudar a mejorar o mantener sus funciones actuales, o a hacer que declinen más lentamente. La Parte B cubre servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios si el médico u otro proveedor de cuidado de la salud (incluido un enfermero profesional, un enfermero clínico especializado o un auxiliar médico) certifica que la necesita.

Costos

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

Lo que debe saber

No hay límite en la cantidad que Medicare paga por servicios de fisioterapia ambulatoria médicamente necesarios en un año calendario.

Más información

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

Vacunas antineumocócicas

La Parte B cubre las vacunas antineumocócicas para ayudar a protegerse contra distintas cepas de las bacterias que causan neumonía. Hable con su médico u otro proveedor de cuidado de la salud para decidir qué vacunas son adecuadas para usted.

Costos

No paga nada por las vacunas antineumocócicas si su proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.

Más información

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

Sillas de rueda eléctricas

Vaya a “Sillas de rueda y escúteres” en la página 111.

Medicamentos recetados (para pacientes ambulatorios)

La Parte B cubre un número limitado de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en determinadas condiciones. Generalmente, la Parte B cubre medicamentos que usted no se administraría a sí mismo, como los que recibe en el consultorio del médico o en un entorno hospitalario ambulatorio.

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

- **Medicamentos utilizados con algunos tipos de equipos médicos duraderos (DME, en inglés):** Medicare cubre medicamentos de infusión a través de DME (como una bomba de infusión o un nebulizador), si son razonables y necesarios.
- **Algunos antígenos:** Medicare cubre antígenos si los prepara un médico u otro proveedor de cuidado de la salud y los administra una persona debidamente capacitada (que puede ser usted, el paciente) bajo una supervisión adecuada.
- **Medicamentos inyectables para la osteoporosis:** Vaya a “Medicamentos para la osteoporosis” en la página 79.
- **Agentes estimulantes de eritrocitopoyesis:** Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades.
- **Factores de coagulación de la sangre:** Si tiene hemofilia, Medicare cubre factores de coagulación inyectables para que se los autoadministre.
- **Medicamentos inyectables e infundidos:** Cuando un proveedor médico con licencia los suministra, Medicare cubre la mayoría de los medicamentos inyectables e infundidos.
- **Medicamentos orales para Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés):** Medicare cubre algunos medicamentos orales para la ESRD si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B para la ESRD lo cubre.

Nota: La Parte B cubre medicamentos calciomiméticos (incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar). Su centro para la ESRD es responsable de suministrarle esos medicamentos en el centro o a través de una farmacia con la que trabaje. Tendrá que hablar con el personal de su centro para la ESRD y su proveedor de cuidado de la salud para averiguar dónde recibirá esos medicamentos y cuánto pagará.

- **Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda):** Medicare cubre determinados nutrientes si no puede absorberlos a través del tracto intestinal o tomar alimentos por vía oral.
- **Inmunoglobulina intravenosa (IVIG):** Medicare cubre IVIG que reciba en el hogar si le han diagnosticado enfermedad de inmunodeficiencia primaria y su proveedor de cuidado de la salud decide que es médicamente apropiada para usted. A partir del 1 de enero de 2024, la Parte B también paga por otros artículos y servicios relacionados con la administración de IVIG en el hogar.
- **Vacunas:** Medicare cubre las vacunas contra la gripe, el neumococo y COVID-19. Medicare también cubre las vacunas contra la hepatitis B para determinadas personas y algunas otras vacunas cuando están directamente relacionadas con el tratamiento de una lesión o enfermedad.
- **Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores:** Medicare cubre terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare ayudó a pagar el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores.

Si sólo tiene Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por su sigla en inglés), su cobertura de Medicare (incluida la cobertura de medicamentos inmunosupresores) finaliza 36 meses después de un trasplante de riñón satisfactorio. Medicare ofrece un beneficio que le ayuda a pagar medicamentos inmunosupresores después de 36 meses si no tiene ciertos tipos de otra cobertura médica (como un plan de salud grupal, TRICARE o Medicaid que cubra los medicamentos inmunosupresores). **Este beneficio sólo cubre sus medicamentos inmunosupresores y ningún otro artículo o servicio. No sustituye a la cobertura médica completa.** Si reúne los requisitos, puede solicitar este beneficio en cualquier momento después de que finalice su cobertura de la Parte A. Para hacerlo, llame al Seguro Social al 1-877-465-0355. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0788.

- **Medicamentos orales para el cáncer:** Medicare cubre algunos medicamentos para el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o es un profármaco del medicamento inyectable. Un profármaco es una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone para convertirse en el mismo ingrediente activo que se halla en el medicamento inyectable.
- **Medicamentos orales para las náuseas:** Medicare cubre medicamentos orales para las náuseas que se usan como parte de un régimen de quimioterapia para el cáncer si se toman antes, durante o dentro de las 48 de la quimioterapia, o si se usan como un reemplazo terapéutico completo para un medicamento intravenoso para las náuseas.

- **Medicamentos autoadministrados en entornos hospitalarios para pacientes ambulatorios:** En circunstancias muy limitadas, Medicare paga por estos medicamentos si usted los necesita para los servicios hospitalarios que recibe como paciente ambulatorio.
- **Anticuerpos monoclonales para el tratamiento de enfermedad de Alzheimer temprana:** Vaya a “Anticuerpos monoclonales para el tratamiento de enfermedad de Alzheimer temprana” en la página 73.

Costos

- Los médicos, otros proveedores de cuidado de la salud y las farmacias deben aceptar la asignación para medicamentos cubiertos por la Parte B, por lo que nunca le deben pedir que pague más que el coseguro o el copago del medicamento de la Parte B en sí.
- En la mayoría de los casos, una vez que alcance el deducible de la Parte B, paga hasta el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por medicamentos recetados de la Parte B.
 - La cantidad de coseguro puede cambiar de acuerdo al precio de sus medicamentos recetados.
 - Podría tener que pagar un coseguro inferior por ciertos medicamentos y productos biológicos cubiertos de la Parte B que reciba en un consultorio médico, una farmacia o un entorno para pacientes ambulatorios, si los precios han subido más rápido que el índice de inflación. Los medicamentos específicos y los ahorros potenciales cambian cada trimestre.
- Si recibe medicamentos recetados no cubiertos en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios, paga el 100% de la cantidad de los medicamentos, a menos que tenga otra cobertura de medicamentos. Si tiene otra cobertura (como la Parte D), lo que usted pague dependerá de si su plan cubre el medicamento y de si la farmacia del hospital pertenece a la red de su plan. Póngase en contacto con su plan para averiguar qué pagará.
- No paga nada (y no se aplica el deducible de la Parte B) por vacunas contra COVID-19, gripe, neumococo y hepatitis B (para personas en riesgo alto o intermedio).
- Por los medicamentos inmunosupresores, pagará una prima mensual de \$103 (o mayor, según sus ingresos) y un deducible de \$240 en 2024. Una vez que haya llegado al deducible, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para sus medicamentos inmunosupresores.

Lo que debe saber

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

Más información

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

Superficies de apoyo que reducen la presión

Las superficies de apoyo reductoras de la presión incluyen determinadas camas (como las camas neumáticas), colchones y sobrecolchones que previenen o tratan las úlceras por presión. La Parte B las cubre como equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud receta para uso en el hogar. Tendrá que obtener aprobación previa para ciertos tipos de superficies de apoyo reductoras de presión (como camas neumáticas eléctricas).

Costos

Para ver más información, vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39–40.

Más información

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



Servicios preventivos y exámenes de detección de problemas

La Parte B cubre muchos servicios preventivos y exámenes de detección de problemas que pueden ayudarle a mantenerse sano, a detectar temprano problemas de salud, a determinar los tratamientos más efectivos y a prevenir determinadas enfermedades. Cada servicio preventivo cubierto en este folleto se indica con el dibujo de una manzana junto a él. Hable con su médico u otro proveedor de cuidado de la salud qué servicios preventivos son adecuados para usted.

Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, pruebas de laboratorio y exámenes de detección de problemas. También incluyen programas de monitoreo de la salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

La siguiente es una lista de los servicios preventivos y exámenes de detección de problemas que cubre la Parte B:

- Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal: Vaya a las páginas 5–6.
- Exámenes de detección y orientación para el consumo indebido de alcohol: Vaya a la página 8.
- Densitometrías: Vaya a las páginas 13–14.
- Terapia conductual cardiovascular: Vaya a la página 16.
- Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares: Vaya a la página 16
- Exámenes de detección de cáncer cervical y vaginal: Vaya a la página 18.
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal: Vaya a la página 23.
- Orientación para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco: Vaya a la página 26.
- Exámenes de detección de depresión: Vaya a la página 31.
- Exámenes de detección de diabetes: Vaya a las páginas 31–32.
- Capacitación para autocontrol de la diabetes: Vaya a las páginas 32–33.
- Exámenes de detección de glaucoma: Vaya a la página 47.

- Vacunas contra la hepatitis B: Vaya a la página 49.
- Exámenes de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV, en inglés): Vaya a las páginas 49–50.
- Exámenes de detección de hepatitis C: Vaya a la página 50.
- Exámenes de detección de VIH: Vaya a la página 51.
- Exámenes de detección de cáncer de pulmón: Vaya a la página 64.
- Mamografías: Vaya a las páginas 65–66.
- Servicios de terapia médica nutricional: Vaya a la página 66.
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare: Vaya a las páginas 67–68.
- Terapia conductual para la obesidad: Vaya a la página 75.
- Visitas preventivas: Vaya a las páginas 90–92.
- Exámenes de detección de cáncer de próstata: Vaya a la página 94.
- Exámenes de detección y orientación para infecciones de transmisión sexual: Vaya a la página 99.
- Vacunas (o inmunizaciones): Vaya a la página 100.

Más información

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



Visitas preventivas

Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”

La Parte B cubre una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” en los primeros 12 meses que usted tenga la Parte B. **Esa visita de “Bienvenida a Medicare” no es un examen físico.** Durante esta visita, su médico u otro proveedor del cuidado de la salud hará lo siguiente:

- Revisar sus antecedentes médicos y sociales relacionados con su salud.
- Darle información sobre servicios preventivos, incluidos ciertos exámenes de detección de problemas, vacunas (como inmunizaciones contra la gripe, el neumococo y otras recomendadas).
- Revisar sus posibles factores de riesgo de trastorno por consumo de sustancias (como alcohol y tabaco) y lo referirá para tratamiento, si es necesario.
- Hacerle referidos para otros cuidados según sea necesario.
- Calcular su índice de masa corporal (IMC).
- Hacerle una prueba de visión simple.
- Revisar los posibles riesgos de depresión.
- Ofrecer conversar con usted sobre crear instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas son documentos legales que registran sus deseos sobre tratamiento médico en el futuro, en caso de que usted alguna vez no pueda tomar decisiones sobre sus cuidados.
- Darle un plan escrito (como una lista de verificación) que le indicará qué exámenes de detección de problemas, vacunas y otros servicios preventivos necesita.

Si tiene receta vigente para opiáceos, su proveedor también:

- Revisará sus posibles factores de riesgo para trastorno por consumo de opiáceos.
- Evaluará su nivel de dolor y su plan de tratamiento actual.
- Le dará información sobre opciones de tratamiento sin opiáceos.
- Lo referirá a un especialista, si corresponde.

Costos

No paga nada por esta visita si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación. No se aplica el deducible de la Parte B. Sin embargo, es posible que tenga que pagar un coseguro y puede aplicar el deducible de la Parte B si su proveedor de cuidado de la salud le realiza pruebas o servicios adicionales durante la visita que Medicare no cubra dentro de esta visita preventiva. Si Medicare no cubre las pruebas o servicios adicionales (como un examen físico de rutina), es posible que tenga que pagar la cantidad completo.

Lo que debe saber

Cuando programa la cita, avise al consultorio del médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.

Más información

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

Visitas anuales de “Bienestar”

Si ha estado afiliado a la Parte B durante más de 12 meses, puede acudir a una visita anual de “Bienestar” para elaborar o actualizar su plan personalizado a fin de ayudar a prevenir enfermedades e incapacidades, basado en su estado de salud y sus factores de riesgo actuales. Durante la visita, su médico u otro proveedor del cuidado de la salud también le realizará una evaluación de deterioro cognitivo. **Esta visita anual de “Bienestar” no es un examen físico.**

Frecuencia

Una vez cada 12 meses. Su primera visita anual de “Bienestar” no puede tener lugar dentro de los 12 meses siguientes a su inscripción en la Parte B o a su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya realizado una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” para tener derecho a una visita anual de “ Bienestar”.

Costos

No paga nada por esta visita si su proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación. No se aplica el deducible de la Parte B. Sin embargo, es posible que tenga que pagar un coseguro y puede aplicar el deducible de la Parte B si su proveedor de cuidado de la salud le realiza pruebas o servicios adicionales durante la visita que Medicare no cubra dentro de esta visita preventiva. **Si Medicare no cubre las pruebas o servicios adicionales (como un examen físico de rutina), es posible que tenga que pagar la cantidad completa.**

Lo que debe saber

Su proveedor de cuidado de la salud le pedirá que complete un cuestionario titulado “Evaluación de riesgos de salud” como parte de esta visita. Las respuestas a las preguntas pueden ser de ayuda para usted y su médico para desarrollar un plan de prevención personalizado que le ayude a mantenerse saludable y para aprovechar al máximo la visita.

Su visita puede incluir:

- Mediciones de rutina (como estatura, peso y presión arterial)
- Consejos de salud
- Revisión de sus antecedentes médicos y familiares
- Revisión de sus medicamentos recetados actuales
- Planificación anticipada de cuidados
- Un programa de exámenes de detección de problemas (como una lista de verificación) para los servicios preventivos apropiados
- Una “Evaluación de determinantes sociales de riesgos para la salud” opcional para ayudar a su proveedor a entender sus necesidades sociales y su impacto en su tratamiento

Su proveedor de cuidado de la salud también le hará una evaluación cognitiva para detectar signos de demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer. Los signos de deterioro cognitivo incluyen problemas para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse, manejar las finanzas y tomar decisiones sobre su vida cotidiana. Si su proveedor cree que puede tener deterioro cognitivo, Medicare cubre una visita separada para hacer una revisión más exhaustiva de su función cognitiva y detectar la presencia de condiciones como demencia, depresión, ansiedad o delirio. Vaya a “Servicios de evaluación cognitiva y planes de cuidados” en las páginas 21-22. Su proveedor puede solicitar otras pruebas, si es necesario, en función de su estado general de salud y sus antecedentes médicos.

Su proveedor también evaluará sus posibles factores de riesgo de trastornos por consumo de sustancias y lo referirá para tratamiento, si es necesario. Si toma medicamentos opiáceos, su proveedor revisará su plan de tratamiento del dolor, compartirá información sobre opciones de tratamiento sin opiáceos y lo referirá a un especialista, según sea adecuado.

Más información

- Vaya a “Evaluación de determinantes sociales de riesgos para la salud” en la página 103.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/yearly-wellness-visits.

Servicios principales de administración de cuidados

Medicare cubre los servicios específicos para una enfermedad con el fin de ayudarle a administrar su cuidado de una sola condición crónica compleja que lo ponga en riesgo de una hospitalización, deterioro físico o cognitivo o muerte. Si tiene una condición crónica de alto riesgo que se prevé que dure al menos 3 meses (como cáncer) y no está recibiendo tratamiento para ninguna otra condición compleja, Medicare puede pagar la ayuda de un proveedor de cuidado de la salud para administrar sus cuidados.

Costos

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

Lo que debe saber

Su proveedor creará un plan de cuidados específico para su enfermedad y lo controlará y ajustará continuamente, incluido cualquier cambio en los medicamentos que tome.

Más información

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

Servicios principales de asesoramiento para enfermedades

El asesoramiento principal para enfermedades es un tipo de administración de cuidados que ayuda a los pacientes a entender su condición o diagnóstico médico y los orienta a través del sistema de cuidado de la salud. La Parte B cubre servicios principales de asesoramiento para enfermedades si usted tiene una condición seria que se prevé que durará al menos 3 meses (como cáncer, VIH, o trastorno por consumo de sustancias) y lo pone en alto riesgo de una o más de las siguientes situaciones:

- Hospitalización
- Atención en un hogar para ancianos
- Empeoramiento súbito de síntomas preexistentes
- Deterioro físico o mental
- Muerte

Frecuencia

Debe hacer una visita inicial a su doctor u otro proveedor de cuidado de la salud antes de poder comenzar a recibir servicios de principales de asesoramiento para enfermedades. Después de su visita inicial, puede obtener esos servicios mensualmente mientras los necesite durante el resto del año. Después de un año, necesitará otra visita inicial si sigue necesitando estos servicios.

Costos

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

Lo que debe saber

- Su proveedor o su personal puede proporcionarle los servicios de asesoramiento o referirlo a otro personal capacitado (incluso asesores de pacientes o especialistas en apoyo de pares) para los servicios.
- Si tiene más de una condición seria, puede recibir servicios principales de asesoramiento para enfermedades para cada condición. Por ejemplo, si está recibiendo servicios de asesoramiento por trastorno por consumo de sustancias y, después, le diagnostican cáncer, puede recibir servicios de asesoramiento para ambas condiciones.

Más información

- Vaya a “Servicios principales de administración de cuidados” en párrafos anteriores.
- Vaya a “Servicios de administración de cuidados crónicos” en la página 20.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/principal-illness-navigation-services.



Exámenes de detección de cáncer de próstata

La Parte B cubre exámenes digitales rectales y pruebas de sangre del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) para hombres mayores de 50 años (a partir del día en que cumple los 50 años).

Frecuencia

Una vez cada 12 meses.

Costos

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

Más información

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

Dispositivos protésicos

La Parte B cubre los dispositivos protésicos necesarios para sustituir una parte o función del cuerpo cuando un médico u otro proveedor de cuidado de la salud afiliado a Medicare los indica. Los dispositivos protésicos incluyen:

- Prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico). Vaya a “Prótesis de seno” en la página 14.
- Un par de anteojos convencionales o lentes de contacto que se proporcionan después de una operación de cataratas cubierta. Vaya a “Cirugía de cataratas” en las páginas 17-18.
- Bolsas de ostomía y determinados suministros relacionados. Vaya a “Suministros de ostomía” en la página 80.
- Algunos dispositivos protésicos implantados quirúrgicamente, incluidos implantes cocleares.
- Suministros urológicos.

Costos

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

Lo que debe saber

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

Más información

- Vaya a “Cuidados de hospital para pacientes internados” en las páginas 56–57 para ver las cirugías cubiertas por la Parte A para implantar dispositivos protésicos en un entorno de paciente internado en un hospital.
- Vaya a “Servicios de hospital pacientes ambulatorios” en las páginas 81 para ver las cirugías cubiertas por la Parte B para implantar prótesis en un entorno hospitalario ambulatorio.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/prosthetic-devices](https://www.medicare.gov/coverage/prosthetic-devices).

Programas de rehabilitación pulmonar

Los programas de rehabilitación pulmonar le ayudan a respirar mejor, a fortalecerse y a vivir más independiente. La Parte B cubre un programa completo de rehabilitación pulmonar si:

- Tiene enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy severa y tiene una referido del médico que lo trata.
- Ha tenido COVID-19 confirmado o sospechado y tiene síntomas persistentes que incluyen disfunción respiratoria durante al menos 4 semanas.

Costos

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

Lo que debe saber

Puede recibir estos servicios en el consultorio de un médico o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios que ofrezca programas de rehabilitación pulmonar.

Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/pulmonary-rehabilitation-programs](https://www.medicare.gov/coverage/pulmonary-rehabilitation-programs).

Radioterapia

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

Costos

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

Más información

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

Exámenes rectales

Vaya a “Exámenes de detección de cáncer de próstata” en la página 94.

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

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

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

- Recibe los cuidados de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud certificada por Medicare.
- El Comité de Revisión de Utilización de la institución religiosa no médica de cuidado de la salud acepta que usted necesitaría cuidados hospitalarios o de SNF si no estuviera en la institución.

- Ha presentado una elección escrita a Medicare donde expresa:
 - Que califica para ese tipo de cuidado basado tanto en sus necesidades médicas como en sus creencias religiosas.
 - Que su elección se cancelará si decide aceptar atención médica estándar. Después de cancelar una elección, es posible que tenga que esperar de 1 a 5 años (según cuántas veces pueda haber cancelado su elección previamente) antes de calificar para recibir nuevamente servicios de cuidado de la salud religiosos no médicos. Siempre será elegible para recibir servicios médicamente necesarios de la Parte A.

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

Costos

Paga lo siguiente por cada período de beneficios en 2024:

- Días 1 a 60: deducible de \$1,632.
- Días 61 a 90: \$408 por día.
- Días 91 y posteriores: \$816 por día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.
- Cada día mientras usa todos sus días de reserva de por vida: Todos los costos.

Más información

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

Vacuna contra el virus sincitial respiratorio (RSV, en inglés)

El RSV es un virus respiratorio que causa síntomas similares a la gripe. Las personas de 65 y más tienen alto riesgo de presentar complicaciones de salud serias por el RSV. Recibir la vacuna contra el RSV puede protegerlo de contraer la enfermedad.

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

Costos

- Las personas con la Parte D generalmente no pagan nada de bolsillo por la mayoría de las vacunas, incluida la del RSV.
- La Parte D cubre todas las vacunas que recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP), incluso las vacunas contra RSV, herpes zóster, tos ferina y otras. Su plan de la Parte D no le cobrará un copago o un deducible por las vacunas que recomienda el ACIP.

Nota: Si la vacuna contra RSV todavía no está en la lista de medicamentos (formulario) de su plan, puede pedirle al plan una excepción de cobertura. También puede pagar la vacuna de su bolsillo y, después, hacer el seguimiento con su plan para obtener el reembolso. Si paga la vacuna por adelantado, su plan debe reembolsarle.

Lo que debe saber

- La vacuna contra RSV puede ser beneficiosa para los adultos de 60 años y más con trastornos hematológicos como anemia falciforme.
- Puede recibir la vacuna contra RSV en muchos lugares, incluso el consultorio de su doctor y su farmacia local. Si tiene un plan Medicare Advantage, póngase en contacto con su plan para averiguar dónde puede recibir la vacuna contra RSV. Sólo los planes Medicare Advantage que incluyen cobertura de medicamentos (Parte D) cubrirán beneficios de la Parte D como la vacuna contra RSV.
- Recibir la vacuna contra RSV con otras vacunas, como una vacuna contra el COVID-19 o contra la gripe es seguro.

Más información

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

Cuidado de relevo

Vaya a “Cuidados paliativos” en las páginas 53–54.

Servicios de clínicas de salud rurales

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

Costos

Una vez que llegue al deducible de la Parte B, paga el 20% de los gastos. No paga nada por la mayoría de los servicios preventivos.

Lo que debe saber

Las clínicas de salud rurales están en áreas no urbanas. Brindan servicios ambulatorios de atención primaria y preventiva a personas que viven en zonas con escasez o carencia de servicios médicos.

Más información

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

Escúteres

Vaya a “Sillas de rueda y escúteres” en la página 111.

Segundas opiniones quirúrgicas

Una segunda opinión es cuando otro médico o proveedor de cuidado de la salud ofrece su perspectiva sobre sus problemas de salud y cómo se deberían tratar. En algunos casos, la Parte B cubre una segunda opinión quirúrgica para una cirugía médicamente necesaria que no sea de emergencia. Medicare también cubre una tercera opinión quirúrgica si la primera y la segunda opinión son diferentes.

Costos

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

Más información

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



Exámenes de detección y orientación para infecciones de transmisión sexual

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

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

Frecuencia

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

Costos

No paga nada por estos servicios si su médico de cabecera u otro proveedor de cuidado de la salud acepta la asignación.

Lo que debe saber

Su proveedor de cuidado de la salud debe ordenar el examen de detección o referirlo para que reciba orientación conductual. Medicare sólo cubre las sesiones de orientación con un proveedor de cuidado de la salud en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico). Medicare no cubrirá la orientación como servicio preventivo en un entorno de paciente internado (como un centro de enfermería especializada).

Más información

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

Vacunas contra la culebrilla (herpes zóster)

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

Costos

- Las personas con la Parte D generalmente no pagan nada de bolsillo por la mayoría de las vacunas, incluida la del herpes zóster.
- La Parte D cubre todas las vacunas que recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP), incluso las vacunas contra RSV, herpes zóster, tos ferina y otras. Su plan de la Parte D no le cobrará un copago ni aplicará un deducible por las vacunas que recomienda el ACIP.

Más información

- Comuníquese con su plan de medicamentos de Medicare.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/shingles-shots](https://www.medicare.gov/coverage/shingles-shots).



Vacunas (o inmunizaciones)

La Parte B cubre:

- Vacunas contra COVID-19 Vaya a las páginas 28–29.
- Vacunas contra la gripe: Vaya a la página 45.
- Vacunas contra la hepatitis B: Vaya a la página 49.
- Vacunas antineumocócicas: Vaya a la página 86.
- Algunas otras vacunas (como contra el tétano) cuando se relacionan directamente con el tratamiento de lesiones o enfermedades. Esas vacunas no se consideran servicios preventivos.

La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre todas las vacunas que recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP), incluso las vacunas contra el virus sincitial respiratorio (RSV), herpes zóster, tos ferina y otras. Su plan de la Parte D no le cobrará un copago ni aplicará un deducible por las vacunas que recomienda el ACIP. Comuníquese con su plan de medicamentos de Medicare para obtener más detalles y hable con su proveedor sobre cuáles son adecuadas para usted.

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

La atención especializada comprende enfermería y terapia que sólo pueden ser realizadas o supervisadas de manera segura y efectiva por profesionales o personal técnico. Es atención médica que se brinda cuando se necesita enfermería o terapia especializada para tratar, controlar y observar su condición y evaluar su atención.

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

- Usted tiene la Parte A y le quedan días del período de beneficios para usar.
- Tiene una estadía como paciente internado que califica. Eso significa una estadía previa médicamente necesaria en un hospital de 3 días consecutivos o más, a partir del día en que el hospital lo admite como paciente internado, pero sin incluir el día en que se va del hospital. El tiempo que pasa en el hospital bajo observación o en la sala de emergencia antes de que ser admitido no cuenta para los 3 días de estadía hospitalaria como paciente internado que califica, incluso aunque se haya quedado toda la noche. Debe ingresar al SNF dentro de un plazo breve (generalmente 30 días) después de salir del hospital.
- Su médico u otro proveedor de cuidado de la salud ha decidido que usted necesita cuidados especializados diarios (como líquidos/medicamentos intravenosos o fisioterapia). Debe recibir los cuidados de personal especializado de enfermería o terapia, o bajo su supervisión.
- Usted recibe estos servicios especializados en un SNF certificado por Medicare.
- Necesita servicios especializados por uno de los siguientes:
 - Una condición en curso que también se trató durante la estadía en el hospital calificada (incluso aunque no haya sido la razón por la que fue admitido en el hospital).
 - Una nueva condición que comenzó mientras estaba recibiendo atención de SNF para la condición en curso.

Los servicios cubiertos por Medicare en un centro de enfermería especializada incluyen:

- Habitación semiprivada (una habitación que comparte con otros pacientes).
- Comidas.
- Atención de enfermería especializada.
- Fisioterapia y terapia ocupacional, si son necesarias para alcanzar su objetivo de salud. Vaya a “Terapia ocupacional” en la página 76 y a “Servicios de fisioterapia” en la página 85.
- Servicios de patología del habla y el lenguaje, si son necesarios para alcanzar su objetivo de salud. Vaya a la páginas 103-104.
- Servicios sociales médicos.
- Medicamentos.
- Suministros y equipos médicos utilizados en el centro.
- Transporte en ambulancia (cuando otro tipo de transporte pondría su salud en peligro) hasta el proveedor más cercano de los servicios necesarios que no estén disponibles en el SNF.
- Orientación sobre la dieta.

Frecuencia

Medicare cubre determinados servicios diarios de centros de enfermería especializada a corto plazo.

Costos

En 2024, paga las siguientes cantidades por cada período de beneficios:

- Días 1 a 20: \$0. (**Nota:** Si está en un plan Medicare Advantage, es posible que le cobren copagos durante los primeros 20 días. Consulte con su plan para obtener más información.)
- Días 21 a 100: \$204 cada día.
- Después del día 100: Usted paga todos costos.

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

Lo que debe saber

- Puede recibir terapia o atención de enfermería especializada si es necesaria para mejorar o mantener su condición actual, o para prevenir o retrasar su empeoramiento.
- Si no está de acuerdo con su alta por cualquier motivo, puede apelar.
- Es posible que no necesite una estadía en hospital mínima de 3 días como paciente internado si su médico participa en una Organización Responsable de la Salud (ACO, en inglés), u otro tipo de iniciativa de Medicare aprobada para una eximición de la Regla de 3 días para Centros de Enfermería Especializada. Si su proveedor participa en una ACO, consúltelo qué beneficios puede tener disponibles. Los planes Medicare Advantage también pueden eximir el mínimo de 3 días. Comuníquese con su plan para obtener más información.

Más información

- Visite es.Medicare.gov/coverage/skilled-nursing-facility-snf-care.
- Visite es.Medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations.

Estudios del sueño

La Parte B cubre los estudios del sueño del Tipo I, II, III y IV y los dispositivos correspondientes si usted tiene signos y síntomas clínicos de apnea del sueño.

Costos

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

Lo que debe saber

Medicare solamente cubre las pruebas del Tipo I si se realizan en una instalación de laboratorio del sueño. Su médico u otro proveedor de cuidado de la salud debe indicar la prueba del sueño.

Más información

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

Evaluación de determinantes sociales de riesgos para la salud

Los determinantes sociales de la salud son factores no médicos que pueden impactar su salud y calidad de vida, como:

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

Una evaluación de los determinantes sociales de riesgos para la salud ayuda a su proveedor a comprender sus necesidades sociales para brindarle un mejor tratamiento y referirlo a servicios o apoyos apropiados. La Parte B cubre esta evaluación de riesgos cuando su médico u otro proveedor de cuidado de la salud se la hace durante su visita anual de “Bienestar” o como parte de otra visita al consultorio o de salud conductual.

Frecuencia

Puede recibir esta evaluación de riesgos de su proveedor una vez cada 6 meses (o con mayor frecuencia si consulta a más de un proveedor).

Costos

- No paga nada por esta evaluación de riesgos si forma parte de su visita anual de “Bienestar”.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare si recibe la evaluación de riesgos como parte de otra visita al consultorio o de salud conductual.

Lo que debe saber

Si su proveedor detecta que tiene determinantes sociales de necesidades de salud, es posible que pueda recibir servicios de integración de la salud comunitarios cubiertos por Medicare y/o servicios principales de asesoramiento para enfermedades para atenderlos.

Más información

- Vaya a “Servicios de integración de la salud comunitarios” en las páginas 23–24.
- Vaya a “Visitas anuales de Bienestar” en las páginas 91–92.
- Vaya a “Servicios principales de asesoramiento para enfermedades” en la página 93.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/social-determinants-of-health-risk-assessment.

Servicios de patología del habla y el lenguaje

Estos servicios proveen evaluación y tratamiento para recuperar y fortalecer las habilidades de habla y lenguaje. Incluyendo habilidades cognitivas y de deglución, o terapia para mejorar o mantener la función actual o evitar el deterioro. La Parte B cubre los servicios de patología del habla y el lenguaje ambulatorios médicamente necesarios si su médico u otro proveedor de cuidado (incluido enfermero profesional, enfermero clínico especializado o auxiliar médico) certifica que los necesita.

Costos

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

Lo que debe saber

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

Más información

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

Suministros

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

Costos

Paga el 100% por la mayoría de los suministros médicos comunes que se usan en el hogar.

Más información

Visite es.Medicare.gov/coverage/supplies.

Cirugía

Medicare cubre muchos procedimientos quirúrgicos médicamente necesarios para pacientes internados y ambulatorios.

Costos

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

Más información

- Vaya a “Atención hospitalaria como paciente internado” en las páginas 56–57.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/surgery.

Servicios de vendas quirúrgicas

La Parte B cubre los tratamientos médicamente necesarios de heridas quirúrgicas o que hayan sido tratadas con cirugía.

Costos

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

Más información

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

Servicios de cama giratoria

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

Costos

Cuando las camas giratoria proporcionan cuidados de nivel de SNF, se aplican las mismas normas de cobertura y costos compartidos que si los servicios se prestaran en un SNF.

Más información

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

Vacunas Tdap

Tdap es la vacuna de refuerzo que protege contra tétano, difteria y tos ferina (también conocida como tos convulsiva). La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre la vacuna Tdap (no la Parte A ni la Parte B).

Costos

Las personas con la Parte D generalmente no pagan nada de bolsillo por la mayoría de las vacunas, incluida la Tdap.

La Parte D cubre todas las vacunas que recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP), incluso las vacunas Tdap, contra virus sincitial respiratorio (RSV), herpes zóster y otras. Su plan de la Parte D no le cobrará un copago ni aplicará un deducible por las vacunas que recomienda el ACIP.

Más información

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

Telesalud

La Parte B cubre determinados servicios de Telesalud. La telesalud incluye servicios médicos o de salud que recibe de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud (incluso, hasta el 31 de diciembre de 2024, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, patólogos del habla y el lenguaje y audiólogos) que se encuentre en otro lugar (dentro de EE. UU.) utilizando tecnología de comunicaciones de audio y vídeo (o servicios de telesalud sólo con audio en algunos casos), como su teléfono o una computadora. Puede obtener muchos de los mismos servicios que generalmente se prestan en persona como servicios de telesalud, como psicoterapia y visitas al consultorio.

Hasta el 31 de diciembre de 2024, puede recibir servicios de telesalud en cualquier lugar de EE. UU., incluido su hogar. Después de ese periodo, deberá estar en un consultorio o un centro médico situado en una zona rural (en EE. UU.) para la mayoría de los servicios de telesalud.

Después del 31 de diciembre de 2024, igual podrá recibir ciertos servicios de telesalud de Medicare **sin** estar en un entorno de cuidado de la salud rural, incluso:

- Visitas mensuales por Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) para diálisis domiciliaria
- Servicios para diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular agudo dondequiera que se encuentre, incluso en una unidad móvil para accidentes cardiovasculares
- Servicios para tratar un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente (a veces denominado “trastorno doble”), o para diagnóstico, evaluación o tratamiento de un trastorno de salud mental, incluso en su domicilio
- Servicios de salud conductual, incluso en su domicilio
- Capacitación para autocontrol de la diabetes
- Tratamiento médico nutricional

Costos

Una vez que alcance el deducible de la Parte B, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del médico. Para muchos de los servicios de telesalud, paga el mismo cantidad que si los recibiera en persona.

Lo que debe saber

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

Más información

- Visite es.Medicare.gov/coverage/telehealth.
- Visite es.Medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations.

Zapatos o plantillas terapéuticos

La Parte B cubre la provisión y el ajuste de zapatos o plantillas personalizados, o un par de zapatos de profundidad adicional, si tiene diabetes y enfermedad severa del pie relacionada con la diabetes.

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

Frecuencia

Cada año calendario, puede obtener un par de zapatos o plantillas a medida, o un par de zapatos de profundidad extra. También puede obtener 2 o 3 pares adicionales de plantillas cada año calendario, según su tipo de zapato.

Costos

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

Lo que debe saber

El médico u otro proveedor de cuidado de la salud que trata su diabetes debe certificar que necesita zapato o plantillas terapéuticos. Un podiatra (médico de los pies) u otro médico debe recetarlos y usted debe obtenerlos de un podiatra, ortopeda, protésico, pedortista u otra persona calificada.

Más información

- Vaya a “Servicios para diabetes” y “Suministros para diabetes” en las páginas 33-34.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/therapeutic-shoes-inserts](https://www.medicare.gov/coverage/therapeutic-shoes-inserts).

Equipos de tracción

La Parte B los cubre como equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud receta para uso en el hogar.

Más información

- Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39-40.
- Visite [es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers).
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/traction-equipment](https://www.medicare.gov/coverage/traction-equipment).

Servicios de manejo de cuidados de transición

Medicare cubre estos servicios si usted regresa a la comunidad después de una hospitalización en determinados centros, como un hospital o un centro de enfermería especializada. También podrá obtener una visita presencial en el consultorio dentro de las 2 semanas de su regreso al hogar.

Costos

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

Lo que debe saber

El proveedor de cuidado de la salud que maneja su transición de regreso a la comunidad trabajará con usted, su familia, cuidadores y otros proveedores para coordinar y gestionar su atención durante los primeros 30 días después de su regreso al hogar.

El proveedor de cuidado de la salud también puede:

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

Más información

- Vaya a “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 16–17.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services.

Viajes fuera de los Estados Unidos

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

Es posible que Medicare pague servicios hospitalarios como paciente internado, de médicos o de ambulancia que usted reciba en un país del extranjero en los siguientes casos poco frecuentes:

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

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

Costos

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

Lo que debe saber

Los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE. UU., Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana se consideran parte de los EE. UU. Cualquier otro lugar se considera fuera de EE. UU.

Más información

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

Cuidados de urgencia

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

Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud. En un entorno de hospital como paciente ambulatorio, también paga un copago.

Más información

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

Vacunas

Vea “Vacunas (o inmunizaciones)” en la página 100.



Exámenes de detección de cáncer vaginal

Vaya a “Exámenes de detección de cáncer cervical y vaginal” en la página 18.

Consultas virtuales

La Parte B cubre consultas virtuales (también llamadas “servicios breves basado en tecnología de la comunicación” o “visitas electrónicas”) con su médico u otros proveedores de cuidado de la salud determinados (como enfermeros profesionales, enfermeros clínicos especializados, auxiliares médicos o trabajadores sociales clínicos y psicólogos clínicos en circunstancias específicas).

Esas revisiones le permiten hablar con sus proveedores de cuidado de la salud mediante tecnologías de comunicación de audio y vídeo, como su teléfono o una computadora, sin acudir al consultorio del médico. Durante una consulta virtual, su proveedor de cuidado de la salud puede:

- Hacer evaluaciones remotas utilizando imágenes fotográficas o de vídeo que usted envíe para su revisión, con el fin de determinar si debe acudir al consultorio del médico.
- Responder por teléfono, mediante entrega virtual, mensajes de texto seguros, correo electrónico o un portal del paciente.

Los planes Medicare Advantage pueden ofrecer más servicios de consulta virtual que Medicare Original. Consulte con su plan para saber qué ofrecen.

Costos

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

Lo que debe saber

Puede realizar una consulta virtual si cumple estas condiciones:

- Ha hablado con su proveedor de cuidado de la salud sobre la posibilidad de iniciar ese tipo de servicios.
- La consulta virtual no está relacionada con una visita médica que haya hecho en los últimos 7 días, y no conduce a una visita médica en las próximas 24 horas (o a la cita más próxima disponible).
- Usted da su consentimiento verbal a la consulta virtual y su médico documenta su consentimiento en su historia clínica. Su proveedor de cuidado de la salud puede obtener un consentimiento para un año de estos servicios.

Más información

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

Andadores

La Parte B de Medicare cubre los andadores, incluidos los andadores de ruedas, como equipos médicos duraderos (DME, en inglés). El andador debe ser médicamente necesario y su médico u otro proveedor de cuidado de la salud debe recetarlos para el uso en el hogar.

Más información

- Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39–40.
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/walkers.

Sillas de ruedas y escúteres

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

Para que Medicare cubra una silla de ruedas eléctrica o un escúter, debe hacerse un examen presencial y recibir una receta de un proveedor tratante. La Parte B sólo cubre las sillas de ruedas eléctricas y los escúteres cuando son médicamente necesarios.

Más información

- Vaya a “Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)” en las páginas 39–40
- Visite es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/wheelchairs-scooters.

Radiografías

La Parte B cubre las radiografías diagnósticas médicamente necesarias cuando el médico tratante u otro proveedor de cuidado de la salud las solicita.

Costos

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

Más información

- Vaya a “Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio” en la página 35.
- Visite es.Medicare.gov/coverage/x-rays.

Comunicaciones Accesibles de CMS

Medicare brinda ayuda y servicios auxiliares gratuitos, como publicaciones, documentos y comunicaciones, en braille, letra grande, CD de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible de CMS, no estará en desventaja por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para tomar cualquier medida si hay un retraso en el cumplimiento de su pedido.

Para solicitar información sobre Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede:

1. Llamar:

Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY: 1-877-486-2048
Para el Mercado: 1-800-318-2596
TTY: 1-855-889-4325

2. Envíenos un correo electrónico: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Envíenos un fax: 1-844-530-3676

4. Enviar una carta a:

Centros de Servicio y Medicaid de Medicare
Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20
Baltimore, MD 21244-1850
ATTN: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si la conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle información adicional.

Nota: Si está inscrito en Medicare Advantage o en un plan de medicamentos de Medicare, puede comunicarse con su plan para solicitar sus documentos en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con su oficina estatal de asistencia médica de Medicaid.

Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, no niegan beneficios ni discriminan de manera alguna a ninguna persona por su raza, color, origen, incapacidad, sexo (incluyendo orientación sexual o identidad de género) o edad para la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, sean estos realizados por los CMS directamente o a través de un contratista de cualquier otra entidad con el que los CMS coordinen la realización de sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las maneras incluidas en este aviso si tiene alguna duda sobre cómo obtener información en un formato que pueda utilizar.

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

1. **En línea:**

[HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)

2. **Por teléfono:**

Llame 1-800-368-1019.

Usuarios TTY pueden llamar 1-800-537-7697.

3. **Por escrito:** Envíe información sobre su queja a:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto Oficial
Penalidad por uso privado, \$300

¿Necesita una copia de este folleto en inglés?

Para obtener una copia gratuita de esta publicación en español, visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Esta publicación está disponible en inglés. Para obtener una copia gratuita, visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.



Medicare

La información contenida en este folleto describe el programa de Medicare al momento de su impresión. Pueden surgir cambios después de la impresión. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para la información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

“Sus beneficios de Medicare” no es un documento legal. Las pautas legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.