



# Su Guía sobre los Servicios Preventivos de Medicare

CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

**Esta publicación oficial del gobierno contiene información importante sobre:**

- La prevención de las enfermedades y por qué es importante
- ¿Cuáles son los servicios preventivos que cubre Medicare y con qué frecuencia?
- ¿Quién puede obtener dichos servicios?
- Lo que usted paga – muchos de los servicios son gratuitos

## SU GUÍA SOBRE LOS SERVICIOS PREVENTIVOS DE MEDICARE



La mejor manera de mantenerse saludable es llevar un estilo de vida saludable y prevenir enfermedades haciendo ejercicio, comiendo bien, manteniendo un peso saludable y no fumando.

Medicare puede ayudar. Medicare paga muchos servicios preventivos para mantenerlo saludable. Por ejemplo, si tiene la Parte B de Medicare (seguro médico), puede obtener una visita anual de “bienestar” y muchos otros servicios preventivos cubiertos, como exámenes de detección de cáncer colorrectal y mamografías. Los servicios preventivos pueden encontrar problemas de salud temprano, cuando el tratamiento funciona mejor. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, pruebas de laboratorio y exámenes de detección. También incluyen programas de control de la salud y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

“Su Guía Sobre Los Servicios Preventivos de Medicare” no es un documento legal. Las normas oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes. La información en este folleto era correcta al momento de su impresión. Sin embargo, cambios pueden ocurrir después de la impresión. Visite [es.Medicare.gov](http://es.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de Estados Unidos.

## SECCIÓN

# Introducción

## Hable con su médico o proveedor de la salud

Hable con su médico o proveedor de la salud para averiguar los servicios preventivos adecuados para usted y con qué frecuencia los necesita. Su médico o proveedor de la salud puede hacerle exámenes o pruebas que Medicare no cubre. También pueden recomendarle que se haga ciertos exámenes con mayor o menor frecuencia de la que están cubiertos. Medicare paga por algunas pruebas de diagnóstico. Un examen de diagnóstico puede aconsejarse cuando la evaluación o el examen físico muestre alguna anormalidad. En algunos casos usted tendrá que pagar por estos servicios, o cuando una prueba o examen de detección muestre una anomalía. En algunos casos, es posible que tenga que pagar por estos servicios.

Si Medicare no cubre un servicio y cree que debería estarlo, puede apelar esta decisión. Para presentar una apelación, siga las instrucciones en su “Aviso de resumen de Medicare” (MSN). Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, visite [es.Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sus costos por servicios preventivos pueden ser diferentes si está en un plan de salud de Medicare, tiene otro seguro o consulta a médicos o proveedores que no aceptan la asignación. Comuníquese directamente con el administrador de su plan o beneficios para conocer los costos. Para obtener más información sobre los planes de salud de Medicare, visite [Medicare.gov/sign-up-change-plans/different-types-of-medicare-health-plans](https://www.Medicare.gov/sign-up-change-plans/different-types-of-medicare-health-plans).

**Recuerde—**  
Medicare cubre los servicios enumerados en este folleto si tiene la Parte B de Medicare (Seguro Médico).

## **Lo que debe saber al leer esta publicación**

### **Símbolos**

Para saber si Medicare cubre un servicio o prueba para hombres, mujeres o tanto hombres como mujeres, busque uno de estos símbolos junto a cada servicio preventivo:



### **Factores de riesgo**

También verá una lista de factores que pueden aumentar su riesgo a contraer ciertas enfermedades. Si no está seguro de ser una persona de alto riesgo, hable con su médico.

### **Deducible de la Parte B**

El deducible de la Parte B cambia cada año. Encuentre la información en [Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs](https://www.Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs).

### **Asignación**

La asignación es un acuerdo aprobado por su médico u otro proveedor que acepta recibir el pago directamente de Medicare, acepta el pago que Medicare aprueba por el servicio y acepta no cobrarle una cantidad mayor al deducible y coseguro de Medicare.

### **Cantidad aprobada por Medicare**

En Medicare Original, esta es la cantidad que se le puede pagar a un médico o proveedor que acepta la asignación. Puede ser menor que la cantidad real que cobra un médico o proveedor. Medicare paga parte de la cantidad y usted es responsable de la diferencia.

## SECCIÓN

# Servicios Preventivos

## 2

La lista alfabética en las siguientes páginas brinda información sobre los servicios preventivos de Medicare.



### Consejería para el abuso del alcohol

#### ¿Quién está cubierto?

Adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol, pero que no responden al criterio de alcoholismo.

#### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Medicare cubre una evaluación sobre el abuso del alcohol una vez al año. Si su médico de cabecera u otro proveedor determinan que usted está abusando del alcohol, pueden brindarle hasta 4 sesiones breves de consejería al año (si usted está alerta y competente durante la sesión). El proveedor debe proporcionar el asesoramiento en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico).

#### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

Usted no paga si su médico o proveedor acepta la asignación.

**Recuerde**– Medicare cubre los servicios enumerados en este folleto si tiene la Parte B de Medicare (Seguro Médico).



## Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”

Medicare cubre la visita “Bienvenido a Medicare”. La consulta es una manera buena de ponerse al día con las evaluaciones y vacunas y de hablar con su médico sobre su historial familiar y cómo mantenerse sano.

### ¿Quién está cubierto?

Todas las personas con Medicare.

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Este servicio solamente está cubierto una sola vez, y se lo debe hacer durante los 12 primeros meses de su inscripción en la Parte B.

### ¿Qué ocurre durante esta consulta?

Durante la visita su médico:

- Revisar su historial médico y social relacionado con su salud (como prescripción de opioides, el consumo de alcohol o tabaco, su dieta y nivel de actividad).
- Revisará su peso, altura y presión arterial.
- Calculará su índice de masa corporal.
- Le hará un examen de la vista simple.
- Revisará su riesgo potencial para la depresión y su nivel de seguridad.
- Le preguntará si quiere hablar sobre las instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas son un documento legal que le permite que usted ponga por escrito el tipo de cuidado y tratamiento que desea en caso de que llegado el momento, no pueda expresarlo por usted mismo.
- Revisará su riesgo potencial de trastorno por uso de sustancias y lo referirá para recibir tratamiento.
- Le dará un plan por escrito (como una lista de verificación) que le informe qué exámenes de detección, vacunas y otros servicios preventivos necesita.

## Consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare” (continuación)

### ¿Qué debo llevar a la consulta?

Cuando vaya para su consulta “Bienvenido a Medicare” lleve consigo:

- Su historial médico, incluido su informe de vacunación (si está consultando a un médico nuevo). Llame a su antiguo médico y pídale una copia de su legajo.
- Su historial médico familiar – trate de enterarse de todo lo que pueda sobre el historial médico de su familia antes de ir a su cita. Toda información que pueda darle a su médico le ayudará a determinar si usted está a riesgo de ciertas enfermedades.
- La lista de los medicamentos recetados y de venta libre que está tomando, la frecuencia con la que los toma y el motivo.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

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



### La visita anual de “Bienestar” no es un examen físico

Su proveedor le pedirá que llene un cuestionario, llamado “Evaluación de Riesgos para la Salud”, como parte de esta visita. Responder estas preguntas puede ayudarles a usted y a su proveedor a desarrollar un plan de prevención personalizado para ayudarlo a mantenerse saludable y aprovechar al máximo su visita. Su visita puede incluir:

- Una revisión de su historial médico y familiar.
- Una revisión de sus proveedores y recetas actuales.
- Mediciones de rutina (como altura, peso y presión arterial).
- Una evaluación cognitiva para buscar signos de demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer.
- Asesoramiento personalizado.

## La visita anual de “Bienestar” no es un examen físico (continuación)

- Una evaluación de sus factores de riesgo para el trastorno por uso de sustancias.
- Un calendario de exámenes (como una lista de verificación) para los servicios preventivos apropiados.
- Planificación anticipada de cuidados

### ¿Quién está cubierto?

Si ha tenido la Parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual de “bienestar” para desarrollar o actualizar su plan personalizado para ayudar a prevenir enfermedades y discapacidades, según su salud actual y sus factores de riesgo. Su proveedor también realizará un examen de deterioro cognitivo.

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Una vez cada 12 meses.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

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

No es necesario que le hayan hecho el servicio preventivo “Bienvenido a Medicare” antes de que le hagan la consulta anual de “Bienestar” si usted ya ha tenido la Parte B de Medicare por al menos 12 meses. Sin embargo, si le han hecho la consulta “Bienvenido a Medicare” durante el primer año, tendrá que esperar 12 meses antes de obtener su primer servicio preventivo anual de “Bienestar”.



## Densitometría ósea

Medicare cubre las mediciones de la densidad de los huesos para ver si usted está a riesgo de osteoporosis (puede traer como consecuencia la rotura de los huesos). La osteoporosis es una enfermedad en la que los huesos se vuelven frágiles y quebradizos. En general, cuanto más baja sea la densidad de sus huesos, mayor será el riesgo de fractura. Los resultados de la densitometría ósea pueden ayudarle a usted y a su médico a decidir cómo mantener sus huesos fuertes.

### ¿Quién está cubierto?

Beneficiarios de Medicare cuyos médicos indican que están a riesgo de padecer de osteoporosis, y tienen una de las condiciones médicas mencionadas abajo:

- Una mujer a riesgo de osteoporosis por su historial clínico u otros motivos.
- Una persona con problemas vertebrales detectados con una radiografía
- Alguien a quien lo están tratando con esteroides
- Una persona con hiperparatiroidismo
- Una persona que toma un medicamento para la osteoporosis

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Una vez cada 24 meses (o con mayor frecuencia si fuera necesario por motivos médicos).

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

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



## Evaluación de aneurisma abdominal aórtico

### ¿Quién está cubierto?

Una prueba de ultrasonido realizada una sola vez a las personas a riesgo.

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Medicare sólo paga por este examen una sola vez en su vida si su médico lo refiere.

### ¿Estoy en riesgo de tener aneurismas aórticos abdominales?

Se le considera en riesgo si alguno de estos es cierto:

- Tiene antecedentes familiares de aneurismas aórticos abdominales
- Es un hombre de 65 a 75 años y ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida.



## Evaluación cardiovascular (terapia conductual)

### ¿Quién está cubierto?

Todas las personas con Medicare.

### ¿Qué cubre?

La visita para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular incluye

- Promover los beneficios del uso de aspirina si se toma apropiadamente
- Detección para controlar la presión arterial
- Consejos sobre cómo alimentarse correctamente

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Una vez cada año.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

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



## Evaluación cardiovascular

Medicare cubre las evaluaciones cardiovasculares para controlar el nivel del colesterol y lípidos (grasa en la sangre). Los niveles altos de colesterol pueden aumentar su riesgo de ataque al corazón y de derrame cerebral. Estas evaluaciones le indicarán si su colesterol está alto.

### ¿Quién está cubierto?

Todas las personas con Medicare cuando es referido por un médico.

### ¿Qué exámenes cubre?

Los exámenes del nivel de colesterol, lípidos y triglicéridos.

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Una vez cada 5 años.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

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



## Evaluación de depresión

### ¿Quién está cubierto?

Todas las personas con Medicare. Si usted o alguien que conoce tiene dificultades o está en crisis, llame o envíe un mensaje de texto al 988, la línea gratuita y confidencial de Suicide & Crisis Lifeline. Puede llamar y hable con un consejero de crisis capacitado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede conectarse con un consejero a través de charla en línea en [988lifeline.org](http://988lifeline.org). Llame al 911 si tiene una crisis médica inmediata.

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Medicare cubre una evaluación de depresión al año. La misma debe hacerse en un entorno de cuidado primario (como el consultorio médico) que puede hacer un tratamiento o referirlo.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

Si su médico u otro proveedor de la salud calificado acepta la asignación, usted no paga nada.



## Evaluación para la detección del cáncer de mama (Mamografía)

Medicare cubre las mamografías para detectar el cáncer del seno antes de que usted o su médico puedan descubrirlo manualmente. El cáncer de mama es el tipo de cáncer más común (que no es cáncer de la piel) en las mujeres, y la segunda causa más importante de muerte entre las mujeres estadounidenses. Toda mujer está a riesgo y el mismo aumenta con la edad. El cáncer de mama por lo general se trata exitosamente cuando se detecta a tiempo.

### ¿Quién está cubierto?

Mujeres de 40 años o mayores a quienes se les hace una mamografía anual. Medicare también cubre una mamografía de base para las mujeres de 35–39 años.

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Una vez cada 12 meses.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

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



## Evaluación para la detección del cáncer del cuello uterino y vagina

Medicare paga por el examen Papanicolaou y el examen pélvico para detectar el cáncer del cuello del útero y de la vagina. Como parte del examen pélvico, Medicare también cubre un examen clínico de los senos para la detección del cáncer de mama.

### ¿Quién está cubierto?

Todas las mujeres que tengan Medicare.

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Una vez cada 24 meses, o una vez cada 12 meses si es una mujer de alto riesgo o una mujer en edad de concebir y se le hizo un examen que dio muestras de cáncer u otra anomalía en los 3 últimos años.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

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

- La prueba de Papanicolaou de laboratorio
- El VPH de laboratorio con la prueba de Papanicolaou
- La colección de muestras de la prueba de Papanicolaou
- El examen pélvico y de senos

### ¿Es usted una mujer de alto riesgo a contraer cáncer del cuello uterino?

Su riesgo aumenta si es verdadero cualquiera de los enunciados siguientes:

- El resultado del examen Papanicolaou no fue normal.
- Ha tenido cáncer del cuello de útero o de la vagina anteriormente.
- Tiene un historial de enfermedades sexuales (incluido el VIH).
- Comenzó a tener relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Ha tenido relaciones sexuales con distintas personas.
- Su madre tomó el medicamento DES (Dietilstibestrol), una hormona sintética mientras la estaba gestando a usted (durante el embarazo).



## Evaluación para la detección del cáncer colorrectal

Medicare cubre el examen para detectar pólipos pre-cancerígenos (crecimientos en el colon) para que se los puedan quitar antes de que se vuelvan cancerosos y además para hacer una detección temprana del cáncer colorrectal.

### ¿Quién está cubierto?

Todas las personas con Medicare de 45 años o mayores, aunque no hay una edad mínima para hacerse una colonoscopia.

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

- **Prueba de sangre oculta en la materia fecal**—Una vez cada 12 meses, si obtiene un referido por escrito de su médico, asistente médico, proveedor o enfermero clínico.
- **Sigmoidoscopia flexible**—Por lo general, una vez cada 48 meses después de su última sigmoidoscopia flexible o de un enema de bario; 120 meses después de la colonoscopia anterior.
- **Colonoscopia**—Una vez cada 120 meses (si es una persona de alto riesgo, una vez cada 24 meses), o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa.
- **Enema de Bario**—Una vez cada 48 meses (si es una persona de alto riesgo, una vez cada 24 meses) cuando se haga en lugar de una sigmoidoscopia o de una colonoscopia.
- **Prueba de ADN de heces**—Medicare cubre esta prueba una vez cada 3 años si cumple con todas las siguientes condiciones:
  - Tener entre 45 y 85 años.
  - No tener signos ni síntomas de enfermedades colorrectales como, entre otros, dolor gastrointestinal inferior, sangre en las heces, resultado positivo en la prueba guaiac de sangre oculta en las heces o en la prueba inmunoquímica fecal.
  - No tener antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal, enfermedad intestinal inflamatoria, incluida la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.
  - No tener antecedentes familiares de cáncer colorrectal, pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.



## Evaluación para la detección del cáncer colorrectal (continuación)

- **Prueba de biomarcadores en sangre**—Una vez cada 3 años si cumple con todas estas condiciones:
  - Tienes entre 45 y 85 años.
  - No muestra signos o síntomas de enfermedad colorrectal, incluidos, pero no limitado a, dolor gastrointestinal inferior, sangre en las heces, guayaco positivo en heces prueba de sangre oculta o prueba inmunoquímica fecal.
  - Usted tiene un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal, lo que significa que no tiene antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal o inflamatorio enfermedad intestinal, incluida la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
  - No tiene antecedentes familiares de cánceres colorrectales o pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

Usted no paga por la prueba de sangre oculta en heces, prueba de biomarcadores basados en sangre y prueba ADN de heces, si su médico o proveedor acepta la asignación.

**Nota:** Si se encuentra un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia, es posible que tenga que pagar el 15% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del médico y un copago como paciente ambulatorio del hospital.

Por el enema de bario, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare correspondiente al servicio del médico. Si se la realiza como paciente ambulatorio en el hospital se le cobrará un copago. El deducible de la Parte B no le aplica.

### ¿Es usted una persona de alto riesgo a contraer un cáncer colorrectal?

El riesgo aumenta con la edad. Es importante que siga haciéndose las evaluaciones, aun si se la hicieron antes de que tenga Medicare. Su riesgo aumenta si es verdadero cualquiera de los enunciados siguientes:

- Usted ha padecido de cáncer colorrectal anteriormente.
- Tiene un historial clínico de pólipos y padece de una enfermedad inflamatoria intestinal (como una colitis ulcerosa o de la enfermedad de Crohn).
- Tiene un historial de pólipos.
- Tiene un familiar directo a quien le encontraron pólipos o le detectaron cáncer colorrectal.



## Evaluación para la detección del cáncer pulmonar

### ¿Quién está cubierto?

Medicare cubre los exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja si cumple con todas estas condiciones:

- Tiene entre 55 y 77 años.
- No tiene signos o síntomas de cáncer de pulmón (asintomático).
- Es fumador actual o ha dejado de fumar en los últimos 15 años.
- Tiene antecedentes de tabaquismo de al menos 30 “paquetes/año” (un promedio de un paquete (20 cigarrillos) por día durante 30 años).
- Recibe una orden por escrito de su médico.

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Una vez cada 12 meses.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

Usted no paga por este servicio si el médico de cabecera u otro profesional de la salud calificado cumple con los estándares apropiados y acepta la asignación.



## Evaluación para la detección del cáncer de la próstata

Su médico puede diagnosticar el cáncer de la próstata analizando la cantidad del PSA (Antígeno Prostático Específico) en la sangre. Otra manera de detectarlo es a través de examen dígito rectal realizado por su médico. Medicare cubre ambos exámenes para que el cáncer de la próstata sea detectado y tratado.

### ¿Quién está cubierto?

Hombres con Medicare de 50 años o mayores (la cobertura se inicia al día siguiente que usted cumpla 50 años).

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

- Examen dígito rectal—Una vez cada 12 meses.
- Prueba de PSA—Una vez cada 12 meses.



## Evaluación para la detección del cáncer de la próstata (continuación)

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

Por lo general, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el examen dígito rectal, después de haber pagado el deducible de la Parte B. Para la prueba de PSA no se cobra coseguro ni se aplica el deducible de la Parte B.

### ¿Es usted un hombre de alto riesgo a padecer de cáncer de la próstata?

Hable con su médico de cabecera sobre su riesgo a padecer de cáncer de la próstata.

## Evaluación para la detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB)

### ¿Quién está cubierto?

Medicare cubre las pruebas de detección de infección por VHB si cumple una de estas condiciones:

- Está en alto riesgo de infección por VHB.
- Está embarazada.

Medicare sólo cubrirá las pruebas de detección de infección por VHB si las solicita un proveedor de cuidado primario.

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

- Anualmente para aquellos con alto riesgo continuo que no se vacunan contra la hepatitis B.
- Para mujeres embarazadas:
  - En la primera visita prenatal por cada embarazo.
  - En el momento de la entrega para aquellos con factores de riesgo nuevos o continuos.
  - En la primera visita prenatal para embarazos futuros, incluso si usted recibió anteriormente la vacuna contra la hepatitis B o si tuvo resultados negativos de detección del VHB.



## Evaluación para la detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) (continuación)

### ¿Está en riesgo?

Su riesgo de VHB aumenta si:

- Nació en países y regiones con una alta prevalencia de infección por VHB.
- Usted nació en los EE. UU. y no fue vacunado cuando era un bebé y sus padres nacieron en regiones con una prevalencia muy alta de infección por VHB.
- Es seropositivo.
- Es un hombre que tiene sexo con hombres.
- Es un usuario de drogas inyectables.
- Tiene contactos en el hogar o parejas sexuales con infección por VHB.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

Usted no paga nada si el médico acepta la asignación.

## Evaluación para la detección de hepatitis C

### ¿Quién está cubierto?

Personas con Medicare que cumplan al menos **una** de estas condiciones:

- Está en alto riesgo porque tiene un historial actual o anterior de inyección ilícita con el consumo de drogas.
- Está en alto riesgo porque recibió una transfusión de sangre antes de 1992.
- Nació entre 1945 y 1965.

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Medicare cubre una prueba de detección de hepatitis C una sola vez. Medicare cubre la evaluación anual para personas en alto riesgo.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

Usted no paga por la prueba si el médico de cabecera la ordena y acepta la asignación.

## **Evaluación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual**

Medicare cubre las evaluaciones para Infecciones de Transmisión Sexual como la clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B.

### **¿Quién está cubierto?**

Personas con Medicare que están embarazadas y ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Su médico u otro proveedor de la salud debe solicitar la evaluación o referirlo a asesoramiento conductual.

### **¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?**

Medicare cubre estas evaluaciones cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo. Medicare también cubre hasta 2 sesiones de asesoramiento conductual cada año. Medicare solo pagará por estas sesiones si son brindadas por su médico de cabecera en el consultorio o en una clínica de atención primaria. La consejería brindada a los pacientes internados por ejemplo en un centro de enfermería especializada, no será cubierta como un servicio preventivo.

### **¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?**

Usted no paga si su médico de cabecera u otro proveedor de la salud calificado acepta la asignación.

## **Evaluación y consejería sobre la obesidad**

Medicare cubre las sesiones de terapia conductual para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento puede estar cubierto si lo recibe en un entorno de cuidado primario (como el consultorio de un médico), donde se puede coordinar con su otro cuidado y un plan de prevención personalizado.

### **¿Quién está cubierto?**

Todas las personas con Medicare pueden ser examinados para la obesidad. El servicio cubre a las personas con un índice de masa corporal de 30 o más.

### **¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?**

Usted no paga si su médico de cabecera o proveedor acepta la asignación.



## Examen de diabetes y entrenamiento para el auto-control de la diabetes

La diabetes es un problema médico en el que el cuerpo ya no produce suficiente insulina, o responde poco a la insulina. La diabetes ocasiona un aumento del azúcar en la sangre porque se necesita la insulina para usar el azúcar apropiadamente. Un nivel alto del azúcar en la sangre es perjudicial para la salud. Medicare cubre un examen de sangre para la detección de la diabetes de las personas de alto riesgo. Para las personas que padecen de diabetes, Medicare cubre el entrenamiento para que puedan controlar su diabetes.

### Examen de diabetes (examen en ayunas para el control de la glucosa en la sangre)

#### ¿Quién está cubierto?

Personas que están en riesgo de desarrollar diabetes y reciben un referido de un médico.

#### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Según los resultados del examen, Medicare podría cubrir hasta dos exámenes por año.

#### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

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

#### ¿Es usted una persona con alto riesgo a padecer de diabetes?

Se lo considera como una persona de alto riesgo si padece de hipertensión arterial, dislipidemia (niveles anormales de colesterol o triglicéridos), obesidad, o un historial clínico de nivel alto de azúcar en la sangre (glucosa). Medicare también cubre estos exámenes si usted responde “sí” a dos o más de las preguntas siguientes:

- ¿Tiene usted 65 años o más?
- ¿Está excedido/a de peso?

### ¿Es usted una persona con alto riesgo a padecer de diabetes?

- ¿Es algún miembro de su familia diabético (padres, hermanos/as)?
- ¿Ha tenido usted diabetes gestacional (diabetes durante el embarazo), o un bebé que al nacer pesó más de 9 libras?

### Entrenamiento para el auto-control de la diabetes

#### ¿Quién está cubierto?

Beneficiarios que tengan una orden del médico o proveedor de la salud calificado para que los entrenen en el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

#### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, después de haber pagado el deducible anual de la Parte B.



### Examen de glaucoma

El glaucoma es una enfermedad del ojo en la que aumenta la presión intraocular. Puede desarrollarse gradualmente y sin aviso y a menudo sin síntomas. La mejor protección para las personas de alto riesgo es hacerse exámenes de la vista periódicos.

#### ¿Quién está cubierto?

Beneficiarios de Medicare cuyos médicos indican que tienen un alto riesgo de padecer de glaucoma.

#### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Cada 12 meses.

#### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, después de haber pagado el deducible anual de la Parte B. En un entorno ambulatorio del hospital, también paga un copago.

### ¿Es usted una persona de alto riesgo a padecer de glaucoma?

Su riesgo aumenta si alguno de los enunciados siguientes es cierto:

- Tiene diabetes.
- Tiene un historial familiar de glaucoma.
- Es afroamericano y tiene 50 años o más.
- Es hispano y tiene 65 años o más.

## Exámenes de VIH

### ¿Quién está cubierto?

Medicare cubre las pruebas de detección del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) si cumple con estas condiciones:

- Tiene entre 15 y 65 años y solicita la evaluación.
- Tiene menos de 15 años o más de 65 años, tiene un mayor riesgo de contraer el virus y solicita la prueba de detección si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Una vez cada 12 meses, o hasta 3 veces durante el embarazo.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

Usted no paga nada.



## Programa de prevención de diabetes de Medicare

Medicare cubre un programa de cambio de comportamiento de salud comprobado una vez por vida para ayudarlo a prevenir la diabetes tipo 2.

### ¿Quién está cubierto?

Debe:

- Tener un resultado de la prueba de hemoglobina A1c entre 5.7 y 6.4%, una glucosa en plasma en ayunas de 110-125mg / dL, o una glucosa en plasma de 2 horas de 140-199 mg / dL (prueba de tolerancia a la glucosa oral) dentro de los 12 meses de asistir a la primera sesión.
- Tener un índice de masa corporal (IMC) de 25 o más (IMC de 23 o más si es asiático).
- Nunca haber sido diagnosticado diabetes tipo 1 o tipo 2 o enfermedad renal en etapa final (ESRD, en inglés).
- Nunca haber participado en el programa de prevención de diabetes de Medicare.

## Programa de prevención de diabetes de Medicare (continuación)

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

El programa comienza con sesiones básicas semanales ofrecidas en un entorno grupal durante un período de 6 meses. Una vez que complete las sesiones principales, obtendrá 6 meses más de sesiones de seguimiento mensuales menos intensivas para ayudarlo a mantener hábitos saludables. También obtendrá 12 meses adicionales de sesiones de mantenimiento continuo si cumple con ciertos objetivos de pérdida de peso y asistencia.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

Usted no paga por este programa si es elegible.



## Servicios para dejar de fumar (dejar de consumir tabaco)

El Cirujano General de los Estados Unidos (U.S. Surgeon General) ha indicado que dejar de fumar y de consumir tabaco disminuye significativamente el riesgo a padecer de ciertas enfermedades, y trae otros beneficios para la salud aun para las personas de edad avanzada que han fumado por años. Medicare cubre el asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco para las personas que consumen tabaco.

### ¿Quién está cubierto?

Personas con Medicare que consumen tabaco.

### ¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?

Medicare cubrirá hasta 8 visitas en persona en un período de 12 meses.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

No paga nada por las sesiones si su médico u otro proveedor de la salud calificado acepta la asignación.

Pregúntele a su médico si hay algún programa de Medicare para dejar de fumar cerca de usted, o visite [nih.gov](http://nih.gov) para más información sobre el consumo de tabaco.



## Terapia de nutrición

Medicare puede cubrir los servicios de terapia de nutrición y ciertos servicios relacionados. Un médico debe referirlo para los servicios. Sólo un dietista registrado (u otro profesional de la nutrición que cumpla con ciertos requisitos) puede brindar terapia de nutrición médica. Los servicios pueden incluir:

- Una evaluación inicial de nutrición y estilo de vida
- Servicios de terapia nutricional individual y/o grupal
- Ayuda para controlar los factores del estilo de vida que afectan su diabetes y visitas de seguimiento para verificar su progreso en el control de su dieta

### ¿Quién está cubierto?

Si recibe diálisis en un centro de diálisis, Medicare cubre la terapia de nutrición como parte de su cuidado de diálisis general. Medicare cubre los servicios de terapia de nutrición médica si tiene diabetes o enfermedad renal, o si ha tenido un trasplante de riñón en los últimos 36 meses.

### ¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?

Usted no paga por los servicios de terapia nutricional si califica para recibirlos.



## Vacunas

Medicare cubre:

- COVID-19
- Vacunas contra la gripe
- Vacunas contra la hepatitis B
- Vacunas antineumocócicas
- Algunas otras vacunas cuando están directamente relacionadas con el tratamiento de una lesión o enfermedad.

Estos no se consideran servicios preventivos. La Parte D (cobertura de medicamentos de Medicare) generalmente cubre todas las demás vacunas recomendadas para adultos (como las vacunas contra la culebrilla, el tétanos, la difteria y la tos ferina) para prevenir enfermedades. Hable con su médico o proveedor sobre cuáles son las adecuadas para usted.

## Vacunas (continuación)

### **Vacuna contra la gripe**

#### **¿Quién está cubierto?**

Todas las personas con Medicare.

#### **¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?**

Una vez en cada temporada de gripe.

#### **¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?**

Si su médico o proveedor de la salud acepta la asignación, usted no paga nada.

### **Vacuna antineumocócica**

#### **¿Quién está cubierto?**

Todas las personas con Medicare.

#### **¿Con qué frecuencia lo cubre Medicare?**

Puede recibir hasta 3 dosis de la vacuna antineumocócica, dependiendo de ciertos criterios. Hable con su médico u otro proveedor de la salud acerca de esta vacuna.

#### **¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?**

Usted no paga nada.

### **Vacunas para COVID-19**

Medicare cubre la vacuna COVID-19 aprobada y autorizada por la FDA.

#### **¿Quién está cubierto?**

Todas las personas con Medicare.

#### **¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?**

No paga nada por la vacuna mientras el gobierno federal continúe comprando y distribuyendo la vacuna. No pagará un deducible ni un copago, y su proveedor no puede cobrarle una tarifa administrativa para administrarle la inyección. Cuando el gobierno federal deje de comprar y distribuir la vacuna, aún no pagará nada por la vacuna si su médico u otro proveedor de atención médica calificado acepta la asignación.

## **Vacuna contra la Hepatitis B**

### **¿Quién está cubierto?**

Ciertas personas con Medicare con riesgo mediano o alto a contraer la Hepatitis B.

### **¿Cuáles son mis costos si tengo Medicare Original?**

Si su médico o proveedor de la salud acepta la asignación, usted no paga nada.

### **¿Es usted una persona de alto riesgo a contraer la Hepatitis B?**

Los siguientes son algunos de los factores que pueden ponerlo a riesgo mediano o alto de contraer la Hepatitis B:

- Hemofilia
- Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)
- Diabetes
- Otras condiciones que pueden aumentar su riesgo de infección son por ejemplo si usted vive con alguien que padece de Hepatitis B, o si es un trabajador de la salud y está frecuentemente en contacto con sangre o fluidos corporales.

Hay otros factores que pueden aumentar su riesgo a contraer la enfermedad. Hable con su médico y pregúntele si usted tiene un riesgo mediano o alto de contraer la Hepatitis B.

## **Para más información sobre los servicios preventivos de Medicare**

Puede obtener más información sobre los servicios preventivos de Medicare visitando [es.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## Comunicaciones accesibles de CMS

Para asegurar que las personas con incapacidades tengan igualdad de oportunidades para participar en nuestros servicios, actividades, programas y otros beneficios, proporcionamos las comunicaciones en formatos accesibles. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) proporcionan ayudas y servicios auxiliares para ayudarnos a comunicarnos mejor con las personas que tienen incapacidades. Las ayudas auxiliares incluyen materiales en Braille, CD de audio/datos, 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 solicitud.

Para solicitar información de Medicare o del Mercado en un formato accesible, puede:

1. **Llamar:** Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  
TTY: 1-877-486-2048.
2. **Enviar un correo electrónico:** [altformatrequest@cms.hhs.gov](mailto:altformatrequest@cms.hhs.gov).
3. **Enviar un fax:** 1-844-530-3676
4. **Enviar una carta a:**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI)  
7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25  
Baltimore, MD 21244-1850

Atención: Personal de Recursos de Accesibilidad al Cliente

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si se conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Podríamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

**Nota:** Si está inscrito en un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos recetados de Medicare, comuníquese con su plan para solicitar su información en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con su oficina estatal o local de Medicaid.

## Aviso de no discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, niegan beneficios ni discriminan de manera alguna a ninguna persona por su raza, color, origen, incapacidad, sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género) o edad para la admisión, participación o recibimiento de servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, ya sean llevados a cabo directamente o a través de CMS, un contratista o cualquier otra entidad con la que CMS se asocie para administrar 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 recetados de Medicare, oficina de Medicaid estatal o local, o Planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del 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 al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.
3. **Por escrito:** Envíe información sobre su queja a:

Oficina de Derechos Civiles  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS  
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid**

7500 Security Boulevard  
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto Oficial  
Penalidad por uso privado: \$300

CMS Producto No. 10110-S  
Revisado: Marzo 2023

