

Su Guía sobre los Servicios Preventivos de Medicare

Este folleto oficial del gobierno
contiene información importante sobre:

- Servicios preventivos que cubre Medicare y con qué frecuencia puede recibirlos
- Sus costos—muchos de los servicios son gratuitos para usted

es.Medicare.gov



Medicare

Acerca de este folleto

Medicare Original incluye la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). En este folleto se explican los servicios preventivos que cubre Medicare Original, incluidos exámenes, evaluaciones de detección, vacunas y asesoramiento para ayudarle a mantenerse sano. Estos servicios ayudan a detectar problemas de salud a tiempo, cuando el tratamiento funciona mejor.

Hable con su médico u otro profesional sobre los servicios que son adecuados para usted y con qué frecuencia los necesita. Su profesional médico puede recomendar servicios que Medicare no cubre o sugerir un esquema diferente. Si recibe un servicio que Medicare no cubre y cree que debería cubrirlo, puede apelar esta decisión. Para presentar una apelación, siga las instrucciones de su “Resumen de Medicare” (Medicare Summary Notice, MSN). Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, visite [es.Medicare.gov/appeals](https://es.medicare.gov/appeals), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene un plan Medicare Advantage, otro plan de salud de Medicare, o tanto Medicare como Medicaid, su cobertura, costos y normas podrían ser diferentes. Consulte con su plan o con la oficina de Medicaid de su estado para obtener más detalles sobre los servicios preventivos que ofrecen. Por lo general, puede encontrar la información de contacto de su plan en su tarjeta de membresía del plan. Visite [Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip](https://www.Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip) para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado.



Sección 1:

Introducción

Medicare Original cubre muchos servicios preventivos y de detección que pueden ayudarle a mantenerse sano, detectar problemas de salud a tiempo, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades.

Lo que pagará por los servicios preventivos

Si tiene la Parte B de Medicare, no pagará nada por muchos servicios preventivos si los recibe de un médico u otro profesional calificado que acepte asignaciones. Si su médico u otro profesional acepta asignaciones:

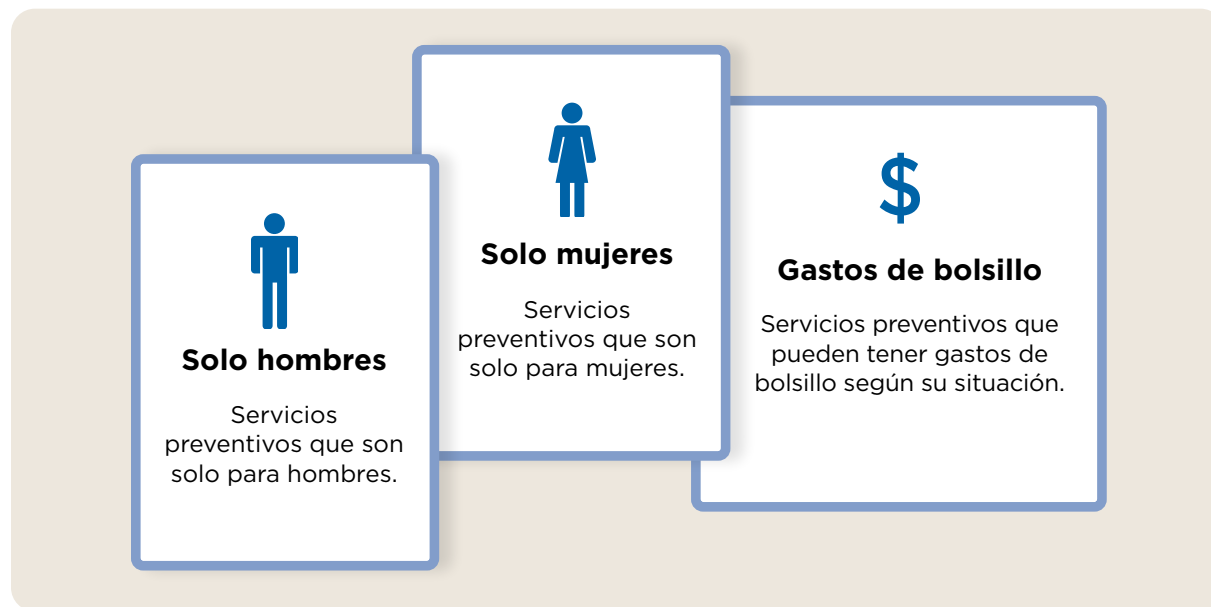
- Sus gastos de bolsillo pueden ser menores.
- Se comprometen a cobrarle solo el monto del deducible y el coseguro de Medicare y, por lo general, esperan a que Medicare pague su parte antes de pedirle a usted que pague la suya.
- Tienen que presentar su reclamación directamente a Medicare y no pueden cobrarle por presentar la reclamación.

Dependiendo del servicio, el monto que usted paga puede ser más alto si el proveedor no acepta asignaciones. Los profesionales que no aceptan asignaciones pueden cobrar un 15 % más que el monto de pago aprobado por Medicare por la mayoría de los servicios cubiertos por la Parte B. Esto se llama el “cargo límite”. El cargo límite solo se aplica a ciertos servicios.

Lo que debe saber al leer este folleto

Símbolos

Busque estos símbolos para ayudarle a encontrar la información que necesita:



Factores de riesgo

Con algunos servicios, verá una lista de factores que aumentan el riesgo de desarrollar una determinada enfermedad. Si no está seguro de si corre riesgo, hable con su médico.

Términos útiles que conviene comprender

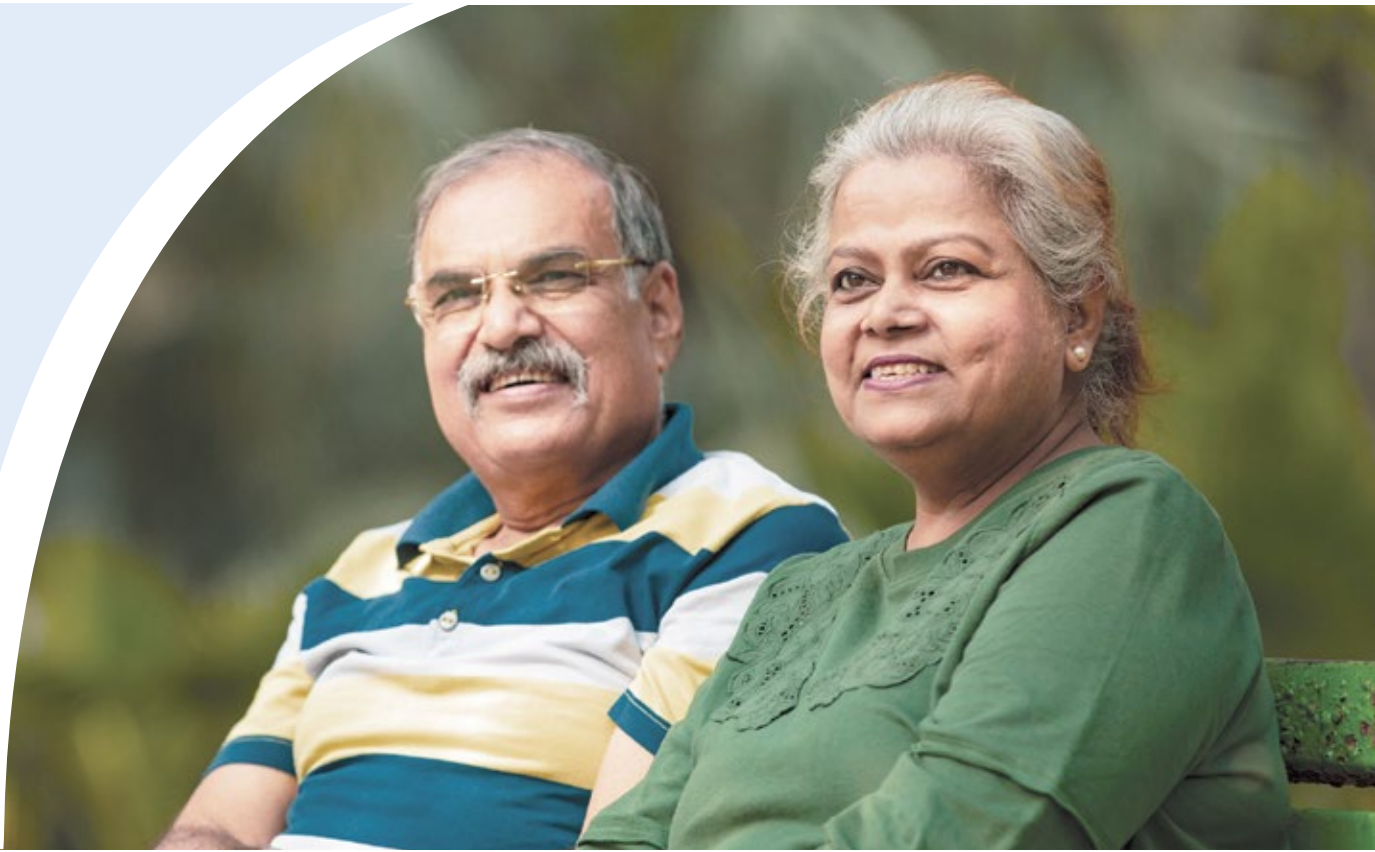
Asignación: Acuerdo por parte de su médico, otro profesional de la salud o proveedor de suministros para recibir el pago directamente de Medicare, aceptar el monto de pago que Medicare aprueba para el servicio como pago total y no facturarle más que el deducible y el coseguro de Medicare.

Coseguro: Cantidad que tal vez tenga que pagar como parte del costo de los beneficios, una vez que haya pagado el deducible correspondiente. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

Copago: Cantidad que tal vez tenga que pagar como parte del costo de los beneficios, una vez que haya pagado el deducible correspondiente. Un copago es una cantidad fija, como \$30.

Cantidad aprobada por Medicare: La cantidad de pago que Medicare Original establece para un servicio o artículo cubierto. Medicare paga su parte y usted paga la parte que le corresponde de esa cantidad.

Deducible de la Parte B: La cantidad que debe pagar por los servicios y suministros cubiertos por la Parte B antes de que Medicare comience a pagar su parte. Usted paga el deducible de la Parte B una vez al año, y el monto cambia cada año. Visite [es.Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs](https://www.medicare.gov/basics/costs/medicare-costs) para obtener el monto actual del deducible de la Parte B.



Sección 2:

Servicios Preventivos

Esta es una lista de todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare..

Evaluaciones de detección de aneurisma aórtico abdominal

¿Qué es?

Las evaluaciones de detección de aneurisma aórtico abdominal buscan aneurismas (abultamientos en los vasos sanguíneos) en la zona abdominal.

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre una ecografía de detección de aneurisma aórtico abdominal si usted está en riesgo.

¿Con qué frecuencia?

Una vez en la vida si obtiene una derivación de su médico u otro profesional.

¿Estoy en riesgo?

Se considera que está en riesgo si se cumple alguna de estas condiciones:

- Tener un antecedente familiar de aneurisma aórtico abdominal.
- Es un hombre de entre 65 y 75 años y ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida.

Evaluaciones y asesoramiento sobre el uso indebido de alcohol

¿Qué es?

Las evaluaciones de detección de uso indebido de alcohol incluyen preguntas sobre su consumo de alcohol. Su médico de cabecera u otro profesional de la salud revisa sus respuestas para detectar uso indebido de alcohol y trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre una evaluación de detección de uso indebido de alcohol para adultos que consumen alcohol, pero que no cumplen las condiciones médicas de dependencia del alcohol.

¿Con qué frecuencia?

Una vez al año. Si su proveedor determina que usted está haciendo uso indebido del alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial cada año (si usted está en condiciones de comprender y alerta durante el asesoramiento). Debe recibir el asesoramiento en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico).

Medición de masa ósea

¿Qué es?

Una medición de la masa ósea puede ayudar a determinar si corre el riesgo de sufrir fracturas óseas. Sus resultados le ayudarán a usted y a su médico u otro profesional de la salud a elegir la mejor manera de mantener sus huesos fuertes.

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre las mediciones de masa ósea si cumple una o más de estas condiciones:

- Usted es una mujer cuyo profesional médico determina que tiene deficiencia de estrógeno y riesgo de osteoporosis, según su historial médico y otros hallazgos.
- Sus radiografías muestran posible osteoporosis, osteopenia o fracturas vertebrales.
- Está tomando prednisona o medicamentos de tipo esteroide, o planea comenzar este tratamiento.
- Le han diagnosticado hiperparatiroidismo primario.
- Se le está monitoreando para determinar si su terapia farmacológica para la osteoporosis está funcionando.

¿Con qué frecuencia?

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

Terapia conductual cardiovascular

¿Qué es?

La terapia conductual cardiovascular ayuda a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular (afecciones que afectan el corazón y los vasos sanguíneos). Durante la terapia, su médico de cabecera u otro profesional de atención primaria puede hablar sobre el uso de aspirina, controlar su presión arterial y darle consejos sobre la dieta y el ejercicio.

¿Tengo cobertura?

Si tiene la Parte B, puede recibir una consulta de terapia conductual cardiovascular con su médico de cabecera en un entorno de atención primaria (como su consultorio).

¿Con qué frecuencia?

Una vez al año.

¿Estoy en riesgo?

Su riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar si:

- Tiene presión arterial alta, niveles de colesterol no saludables o diabetes.
- Consume tabaco y/o bebe alcohol.
- No hace suficiente actividad física.
- Sigue una dieta poco saludable o tiene sobrepeso.
- Tiene antecedentes familiares de enfermedad cardíaca.
- Tiene antecedentes de preeclampsia (un aumento repentino de la presión arterial y demasiada proteína en la orina durante el embarazo).
- Tiene 55 años o más si es mujer, o 45 años o más si es hombre.

Evaluaciones de detección de enfermedades cardiovasculares**¿Qué es?**

Las evaluaciones de detección de enfermedades cardiovasculares buscan problemas en el corazón y los vasos sanguíneos para ayudar a determinar si usted corre riesgo de padecer una enfermedad cardíaca.

¿Tengo cobertura?

Si tiene la Parte B, puede obtener evaluaciones de detección que incluyen análisis de sangre para determinar los niveles de colesterol, lípidos y triglicéridos.

¿Con qué frecuencia?

Una vez cada 5 años.

¿Estoy en riesgo?

Los niveles altos de colesterol pueden aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular. Vaya a “Terapia conductual cardiovascular” arriba para consultar una lista de factores de riesgo.

**Evaluaciones de detección de cáncer cervical y vaginal****¿Qué es?**

Exámenes para detectar cáncer en el cuello uterino y la vagina.

¿Tengo cobertura?

Si usted es mujer, la Parte B cubre las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos. Como parte del examen pélvico, Medicare también cubre un examen clínico de mama para detectar cáncer de mama.

¿Con qué frecuencia?

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

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

¿Estoy en riesgo?

El riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta si:

- Tiene antecedentes de enfermedad de transmisión sexual (incluida la infección por VIH).
- Comenzó a tener relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Ha tenido 5 o más parejas sexuales.
- No se ha realizado una prueba de Papanicolaou en los últimos 7 años.
- Solo ha tenido 1 o 2 pruebas de Papanicolaou normales en los últimos 7 años.
- Su madre tomó DES (dietilestilbestrol), un medicamento hormonal, durante el embarazo.

\$ Exámenes de cáncer de cuello uterino y vagina

¿Qué es?

Las evaluaciones de detección del cáncer colorrectal ayudan a encontrar pólipos precancerosos (crecimientos en el colon) o a detectar el cáncer a tiempo, cuando el tratamiento funciona mejor.

¿Tengo cobertura?

Si tiene 45 años o más, Medicare cubre la mayoría de las evaluaciones de detección del cáncer colorrectal, incluidas las colonoscopias de detección, pruebas de biomarcadores en sangre, colonografías por tomografía computarizada (TC), pruebas de sangre oculta en heces, sigmoidoscopias flexibles y pruebas de ADN fecal multiobjetivo.

No hay requisito mínimo de edad para hacerse una colonoscopia de detección cubierta por Medicare.

¿Con qué frecuencia?

- **Evaluaciones de detección de biomarcadores en sangre para el cáncer colorrectal y pruebas de ADN fecal multiobjetivo:** cada 3 años si cumple todas estas condiciones:
 - Tiene entre 45 y 85 años.
 - No presenta síntomas de enfermedad colorrectal (incluidos, entre otros, dolor gastrointestinal inferior, sangre en las heces, análisis positivo de sangre oculta en heces con el método de guayacol o prueba inmunoquímica fecal).
- Tiene un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal, lo que significa que:

- No tiene antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal ni enfermedad inflamatoria intestinal (incluida la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa).
- No tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal ni de pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar ni cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis.
- Colonoscopia de detección: cada 120 meses (o cada 24 meses si tiene alto riesgo), o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa. Si obtiene un resultado positivo después de someterse a una evaluación de detección de cáncer colorrectal basada en heces, no invasiva y cubierta por Medicare (prueba de sangre oculta en heces o prueba de ADN fecal multiobjetivo) o una evaluación de biomarcadores en sangre, Medicare cubre una colonoscopia de seguimiento como evaluación de detección.
- Colonografía de detección por tomografía computarizada (TC): cada 60 meses (o cada 24 meses si usted tiene alto riesgo), o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia previas.
- Evaluación de detección de sangre oculta en heces: una vez cada 12 meses, si obtiene una derivación de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.
- Sigmoidoscopia flexible de detección: cada 48 meses para la mayoría de las personas. Si no tiene un alto riesgo de cáncer colorrectal, pero se ha sometido a una colonoscopia de detección, Medicare cubre esta prueba 120 meses después de la colonoscopia de detección anterior.

¿Cuáles son mis costos?

- Usted no paga nada por las evaluaciones de detección de cáncer colorrectal si su médico u otro profesional de la salud acepta asignaciones.
- Si su proveedor encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, usted paga el 15 % del monto aprobado por Medicare por los servicios de su proveedor. En un entorno ambulatorio hospitalario o en un centro quirúrgico ambulatorio, también paga al centro un coseguro del 15 %. No se aplica el deducible de la Parte B.

¿Estoy en riesgo?

El riesgo de cáncer colorrectal aumenta con la edad. Es importante seguir realizándose evaluaciones de detección, incluso si ya se los hizo antes de tener Medicare. El riesgo de cáncer colorrectal aumenta si:

- Usted ha tenido cáncer colorrectal antes.
- Tiene antecedentes de pólipos.
- Tiene un familiar cercano que tuvo pólipos colorrectales o cáncer colorrectal.
- Tiene enfermedad inflamatoria intestinal (como colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn).

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

¿Qué es?

Asesoramiento para ayudarle a identificar los factores desencadenantes (como el estrés o ciertos hábitos), desarrollar estrategias de afrontamiento y romper con las rutinas relacionadas con la adicción al tabaco.

¿Tengo cobertura?

Si consume tabaco, la Parte B cubre asesoramiento para ayudarle a dejar de fumar o de consumir tabaco.

¿Con qué frecuencia?

Hasta 8 sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses.

Pregunte a su profesional médico por los programas cubiertos por Medicare para ayudarle a dejar de fumar o consumir tabaco, o visite espanol.smokefree.gov para obtener más información sobre cómo dejar de usar tabaco.

Vacuna contra COVID-19

¿Qué es?

Las vacunas contra la COVID-19 ayudan a reducir las probabilidades de enfermarse de COVID-19 al trabajar con las defensas naturales del organismo para desarrollar inmunidad (protección) de forma segura contra el virus.

¿Tengo cobertura?

Si tiene la Parte B, puede recibir vacunas contra COVID-19 aprobadas y autorizadas por la FDA.

\$ Evaluaciones de depresión

¿Qué es?

Las evaluaciones de detección de depresión incluyen preguntas sobre su estado de ánimo y cómo afecta su vida diaria. Su médico de cabecera u otro profesional revisa sus respuestas para determinar si usted tiene depresión.

Si usted o alguien que conoce está pasando por un momento difícil o se encuentra en una situación de crisis, **llame o envíe un mensaje de texto al 988**, la línea de ayuda gratuita y confidencial para casos de suicidio y crisis. Puede llamar y hablar con un consejero especializado en situaciones de crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede comunicarse con un consejero a través del chat en línea en 988lifeline.org/es. **Llame al 911 si se encuentra en una situación de emergencia médica inmediata.**

¿Tengo cobertura?

Si tiene la Parte B, puede hacerse evaluaciones de detección de depresión.

¿Con qué frecuencia?

Una evaluación de detección de depresión cada año. Debe hacerse la prueba en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico) donde pueda recibir tratamiento de seguimiento y/o derivaciones a un profesional de salud mental.

¿Cuáles son mis costos?

No paga nada por una evaluación de detección de depresión. Si necesita tratamiento de seguimiento o acudir a un profesional de salud mental, es posible que tenga que cubrir un copago o coseguro.

Evaluaciones de detección de diabetes**¿Qué es?**

Las evaluaciones de detección de diabetes son análisis de sangre que verifican si usted tiene diabetes o está en riesgo de padecerla. Estos exámenes pueden consistir en pruebas de glucosa en ayunas o sin ayunas, pruebas de A1C u otras pruebas de glucosa aprobadas por Medicare.

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre las evaluaciones de detección de diabetes si su médico u otro profesional determina que usted corre riesgo de desarrollar diabetes.

¿Con qué frecuencia?

Si reúne los requisitos para hacerse evaluaciones de detección de diabetes, puede hacerse hasta 2 al año (dentro de los 12 meses posteriores a su evaluación de detección más reciente).

¿Estoy en riesgo?

Se le considera en riesgo si tiene presión arterial alta, antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos, obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en la sangre. También puede estar en riesgo si 2 o más de estas 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 haber dado a luz a un bebé que pesó más de 9 libras.

\$ Capacitación para el control de la diabetes por cuenta propia

¿Qué es?

La capacitación para el autocontrol de la diabetes enseña habilidades para controlar la diabetes. El programa puede incluir recomendaciones para comer sanamente y mantenerse activo, controlar la glucosa en sangre (azúcar en la sangre), tomar medicamentos recetados y reducir los riesgos.

¿Tengo cobertura?

Si le han diagnosticado diabetes y tiene una orden de su médico u otro profesional, la Parte B cubre la capacitación ambulatoria en el autocontrol de la diabetes para ayudarlo a controlar su enfermedad. Algunas personas también pueden ser elegibles para recibir servicios de terapia nutricional médica. Vaya a “Servicios de terapia de nutrición médica” en la página 15. Visite adces.org/program-finder para encontrar programas certificados de capacitación en autocontrol de la diabetes cerca de usted.

¿Con qué frecuencia?

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

¿Cuáles son mis costos?

Después de cubrir el deducible de la Parte B, usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare.

Vacuna contra la gripe

¿Qué es?

Las vacunas contra la gripe pueden evitar que usted se enferme por los virus de la influenza estacional (gripe) durante el otoño y el invierno.

¿Tengo cobertura?

Si tiene la Parte B, puede recibir la vacuna contra la gripe estacional.

¿Con qué frecuencia?

Normalmente una vacuna en cada temporada de gripe.

\$ Evaluaciones de detección de glaucoma

¿Qué es?

El glaucoma es una enfermedad ocular causada por presión alta en el ojo. Puede desarrollarse gradualmente sin previo aviso y, a menudo, sin síntomas. Las evaluaciones de detección de glaucoma evalúan de manera indolora la visión y la salud del nervio óptico para detectar signos de glaucoma.

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre estas evaluaciones de detección si usted tiene un alto riesgo de desarrollar glaucoma.

¿Con qué frecuencia?

Una vez cada 12 meses.

¿Cuáles son mis costos?

Después de cubrir el deducible de la Parte B, usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare. En un entorno ambulatorio hospitalario, también debe hacer un copago.

¿Estoy en riesgo?

Se le considera de alto riesgo si se 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.

Vacuna contra la hepatitis B**¿Qué es?**

Las vacunas contra la hepatitis B ayudan a proteger contra el virus de la hepatitis B (VHB).

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre las vacunas contra la hepatitis B si cumple al menos una de estas condiciones:

- Nunca ha recibido una serie completa de vacunas contra la hepatitis B.
- No conoce su historial de vacunación.
- Tiene una afección o situación de salud que lo pone en riesgo medio o alto de hepatitis B (como vivir con alguien que tiene hepatitis B).

¿Estoy en riesgo?

El riesgo de hepatitis B aumenta si una o más de estas condiciones se aplican a usted:

- Tiene hemofilia (un trastorno hemorrágico genético que impide que la sangre se coagule correctamente) y recibe factores VII o IX.
- Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ERET) (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).
- Tiene diabetes.
- Vive con alguien que tiene hepatitis B.
- Es trabajador de la salud y tiene contacto frecuente con sangre o fluidos corporales.

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

¿Qué es?

Evaluaciones de detección para saber si está infectado con el VHB.

¿Tengo cobertura?

Medicare cubre las evaluaciones de detección de infección por VHB si su médico u otro profesional las solicita, y usted cumple alguna de estas condiciones:

- Tiene un alto riesgo de infección por VHB.
- Está embarazada.

¿Con qué frecuencia?

- Una vez al año si tiene riesgo elevado continuo y no recibe la vacuna contra la hepatitis B.
- Si está embarazada, en los siguientes momentos, incluso si anteriormente recibió la vacuna contra la hepatitis B o tuvo resultados negativos de detección de VHB:
 - Primera visita prenatal
 - Momento del parto si tiene factores de riesgo nuevos o persistentes

¿Estoy en riesgo?

El riesgo de VHB aumenta si:

- Nació en un país o región donde las infecciones por VHB son más comunes.
- Nació en EE. UU., no lo vacunaron en la infancia y sus padres nacieron en regiones donde las infecciones por VHB son más comunes.
- Tiene VIH.
- Es un hombre que tiene relaciones sexuales con hombres.
- Consume drogas inyectables ilegales.
- Tiene contacto en el hogar o parejas sexuales con infección por VHB.

Evaluaciones de detección de infección por el virus de la hepatitis C

¿Qué es?

- Evaluaciones de detección para saber si está infectado con el virus de la hepatitis C.

¿Tengo cobertura?

Medicare cubre una evaluación de detección de hepatitis C si su médico de cabecera u otro profesional la solicita, y usted cumple al menos una de estas condiciones:

- Tiene un alto riesgo porque:
 - Consume o ha consumido drogas inyectables ilegales.
 - Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992.
- Nació entre 1945 y 1965.

¿Con qué frecuencia?

- Una vez al año, si tiene riesgo elevado porque ha seguido consumiendo drogas inyectables ilegales desde su anterior evaluación de detección negativa de hepatitis C.
- Una vez en su vida, si tiene alto riesgo porque:
 - Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992.
 - Consumió drogas inyectables ilegales en el pasado.
- Una vez en la vida, si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo.

Evaluaciones de detección de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana)**¿Qué es?**

Evaluaciones de detección para saber si se ha infectado con el VIH.

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre las evaluaciones de detección del VIH si usted cumple alguna de estas condiciones:

- Tiene entre 15 y 65 años.
- Tiene menos de 15 años o más de 65 años y tiene un mayor riesgo de contraer el VIH.

¿Con qué frecuencia?

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

¿Estoy en riesgo?

El riesgo de contraer VIH puede aumentar si:

- Consume o ha consumido drogas inyectables ilegales.
- Intercambia sexo por dinero o drogas, o tiene parejas sexuales que lo hacen.
- Tiene parejas sexuales pasadas o actuales que están infectadas por el VIH, son bisexuales o consumen drogas inyectables ilegales.
- Tiene otra enfermedad de transmisión sexual.
- Tiene antecedentes de transfusiones de sangre entre 1978 y 1985.
- Tiene nuevas parejas sexuales.

Evaluaciones de detección de cáncer de pulmón

¿Qué es?

Evaluaciones de detección que buscan signos tempranos de cáncer de pulmón.

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre las evaluaciones de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (también conocidas como “tomografías computarizadas”) si cumple todas estas condiciones:

- Tiene entre 50 y 77 años.
- No tiene signos ni síntomas de cáncer de pulmón (es asintomático).
- Tiene antecedentes de tabaquismo de al menos 20 “años-cajetilla” (un promedio de una cajetilla (20 cigarrillos) al día durante 20 años).
- Usted fuma actualmente, o dejó de fumar en los últimos 15 años.
- Recibe una orden de su médico u otro proveedor.

¿Con qué frecuencia?

- Una vez al año.

¿Estoy en riesgo?

El riesgo de cáncer de pulmón aumenta si:

- Actualmente fuma productos de tabaco o los fumó en el pasado.
- Ha estado expuesto al humo de segunda mano.
- Ha estado expuesto al radón, asbesto u otros agentes cancerígenos.
- Tiene antecedentes familiares de cáncer de pulmón.

Mamografías

¿Qué es?

Las mamografías son imágenes de rayos X de los senos que detectan el cáncer de mama. Hay diferentes tipos de mamografías. Una mamografía de referencia (por lo general, la primera mamografía) crea un registro del tejido mamario que se compara con todas las mamografías futuras. Una mamografía de detección monitoriza la salud de los senos cada año. Las mamografías de diagnóstico investigan anomalías, como síntomas o signos de cáncer de mama.

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre:

- Una mamografía de referencia si usted es una mujer de entre 35 y 39 años
- Mamografías de detección si usted es una mujer de 40 años o más
- Mamografías diagnósticas
- Su médico u otro profesional puede ordenar una ecografía mamaria después de una mamografía para revisar áreas específicas de la mama. Medicare solo cubre las ecografías mamarias médicamente necesarias cuando el profesional médico las solicita.

¿Con qué 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 médicamente necesario.

¿Cuáles son mis costos?

- **Mamografías de detección y de referencia:** No paga nada si su profesional médico acepta asignaciones.
- **Mamografías diagnósticas:** Después de cumplir con el deducible de la Parte B, usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare.

Servicios de terapia de nutrición médica

¿Qué es?

La terapia de nutrición médica utiliza la educación nutricional para controlar, tratar o prevenir enfermedades y afecciones crónicas.

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 a la diabetes
- Consultas de seguimiento para comprobar su progreso.

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre los servicios de terapia de nutrición médica si usted tiene diabetes o enfermedad renal, o si ha recibido un trasplante de riñón en los últimos 36 meses. Un médico debe derivarlo a los servicios y usted debe recibirlos de un dietista registrado o profesional de nutrición que cumpla ciertos requisitos. Si recibe diálisis en un centro de diálisis, Medicare también cubre la terapia de nutrición médica como parte de su atención general de diálisis.

Si tiene diabetes, también puede reunir los requisitos para recibir capacitación en el autocontrol de la diabetes, que ofrece servicios similares a los que se obtienen a través de la terapia de nutrición médica. Debe cumplir ciertos requisitos para recibir tanto los servicios de capacitación en el autocontrol de la diabetes como los de terapia de nutrición médica.

¿Con qué frecuencia?

- La cobertura inicial incluye 3 horas de servicios de terapia de nutrición médica en el primer año natural. Estas horas no se pueden transferir al siguiente año natural.
- Si su médico decide que un cambio en su estado de salud requiere un cambio en su dieta, puede darle una derivación para que reciba más horas de atención aparte de la cobertura inicial. Puede recibir hasta 2 horas de servicios de seguimiento cada año natural, después del año en que obtuvo la cobertura inicial.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare

¿Qué es?

El Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare es un programa de cambio de hábitos de salud para ayudarle a prevenir la diabetes tipo 2. En este programa obtendrá:

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

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre este programa si usted corre el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y cumple todos estos requisitos:

- Dentro de los 12 meses previos a la primera sesión de core (la zona central del cuerpo), usted tiene un resultado de hemoglobina A1c entre 5.7 % y 6.4 %, glucosa plasmática en ayunas entre 110-125 mg/dl, o glucosa plasmática de 2 horas entre 140-199 mg/dL (prueba oral de tolerancia a la glucosa).
- Su índice de masa corporal (IMC) es de 25 o más (IMC de 23 o más si es asiático).
- Nunca le han diagnosticado diabetes tipo 1 o tipo 2 ni enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).

Hasta el 31 de diciembre de 2029, puede participar en persona o virtualmente mediante aprendizaje a distancia (asiste a sesiones en vivo en línea), o una combinación de ambos. También puede participar en línea en cualquier momento (sesiones que no son en vivo). Puede obtener estos servicios de un proveedor aprobado del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare. Estos proveedores pueden ser profesionales médicos tradicionales u organizaciones como centros comunitarios u organizaciones religiosas.

Visite es.Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program para encontrar un programa cerca de usted o en línea.

¿Con qué frecuencia?

No hay límite en la cantidad de veces que puede participar. El programa comienza con 16 sesiones semanales de core ofrecidas en un entorno grupal durante un período de seis meses. Una vez que complete las sesiones de core, recibirá 6 sesiones de seguimiento mensuales para ayudarle a mantener hábitos saludables.

Terapia conductual para la obesidad

¿Qué es?

La terapia conductual para la obesidad es un tipo de tratamiento para bajar de peso. Incluye una evaluación inicial del índice de masa corporal (IMC) y sesiones de terapia conductual que incluyen una evaluación dietética y asesoramiento para ayudarle a perder peso, centrándose en la dieta y el ejercicio.

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre evaluaciones de detección de obesidad y asesoramiento conductual si:

- Tiene un IMC de 30 o más.
- Recibe asesoramiento de su médico de cabecera u otro profesional de atención primaria en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico), donde pueden coordinar su plan personalizado con el resto de la atención.

Debe cumplir ciertos requisitos de pérdida de peso para que Medicare continúe cubriendo este asesoramiento.

Vacuna contra el neumococo

¿Qué es?

Las vacunas neumocócicas ayudan a proteger contra diferentes cepas de la bacteria que causa la neumonía. Hable con su médico u otro profesional para decidir qué vacunas son adecuadas para usted.

¿Tengo cobertura?

Si tiene la Parte B, puede recibir vacunas contra el neumococo.

Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH

¿Qué es?

PrEP utiliza medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de contraer el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre los medicamentos orales o inyectables de PrEP aprobados por la FDA y los servicios relacionados si usted no tiene el VIH, pero su médico u otro profesional determina que tiene mayor riesgo de contraer el VIH.

¿Con qué frecuencia?

Si cumple los requisitos, puede obtener:

- Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen la evaluación del riesgo de contraer el VIH, la reducción del riesgo de contraer el VIH y la adherencia al tratamiento) cada 12 meses.
- Hasta 8 evaluaciones de detección del VIH cada 12 meses.
- Una evaluación única de detección del virus de la hepatitis B (VHB) (es posible que pueda hacerse más pruebas si tiene un riesgo elevado de contraer el VHB o si está embarazada).

¿Cuáles son mis costos?

Si obtiene medicamentos de PrEP en una farmacia inscrita en la Parte B, no pagará nada de su bolsillo por sus medicamentos. Pida a su proveedor que incluya un código de diagnóstico en su receta para ayudar a la farmacia. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, no pagará nada de su bolsillo por los medicamentos de PrEP en cualquier farmacia de la red de su plan. Póngase en contacto con su plan para obtener información más específica sobre los costos.

Si su proveedor acepta asignaciones, tampoco pagará nada de su bolsillo por los medicamentos inyectables de PrEP, las evaluaciones de detección de VIH y VHB, y las sesiones de asesoramiento.

Nota: Comuníquese con su farmacia para asegurarse de que puedan facturar a la Parte B de Medicare. Si no lo hace, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de PrEP. La mayoría de las farmacias (incluidas las cadenas nacionales) pueden facturar a la Parte B, pero algunas farmacias más pequeñas no. Si su farmacia habitual no puede facturar a la Parte B, podemos ayudarle a encontrar una farmacia donde pueda obtener su PrEP. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**Evaluaciones de detección de cáncer de próstata****¿Qué es?**

Las evaluaciones de detección del cáncer de próstata sirven para detectar la presencia de cáncer en la próstata, una glándula del sistema reproductivo masculino. Su médico u otro profesional puede detectar cáncer de próstata analizando la cantidad de antígeno prostático específico (PSA) en la sangre. Su médico también puede detectar cáncer de próstata durante un examen rectal digital.

¿Tengo cobertura?

La Parte B cubre los exámenes rectales digitales y los análisis de sangre de PSA para hombres mayores de 50 años (a partir del día después que cumplan 50 años).

¿Con qué frecuencia?

- **Examen rectal digital:** Una vez cada 12 meses.
- **Análisis de sangre de PSA:** Una vez cada 12 meses.

¿Cuáles son mis costos?

- **Exámenes rectales digitales:** Después de cubrir el deducible de la Parte B, usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare para el examen rectal digital y los servicios de su médico relacionados con el examen. En un entorno ambulatorio hospitalario, también debe hacer un copago separado por la visita al hospital.
- **Análisis de sangre de PSA:** No paga nada por un análisis anual de PSA en sangre. Si le hace la prueba un profesional que no acepta asignaciones, es posible que usted tenga que pagar una tarifa adicional por los servicios del proveedor, pero no por la prueba en sí.

¿Estoy en riesgo?

Hable con su proveedor para averiguar si corre riesgo de cáncer de próstata.

Evaluaciones de detección y asesoramiento para infecciones de transmisión sexual (ITS)

¿Qué es?

Pruebas médicas confidenciales y conversaciones con un médico u otro profesional para detectar, prevenir y tratar infecciones que se transmiten por contacto sexual.

La Parte B cubre evaluaciones de detección de ITS para clamidia, gonorrea, sífilis y/o hepatitis B. Medicare también cubre sesiones de asesoramiento conductual para reducir el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual.

¿Tengo cobertura?

Medicare cubre las evaluaciones de detección de ITS si está embarazada o tiene un mayor riesgo de contraer una ITS. Medicare también cubre sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad si usted es un adulto sexualmente activo con riesgo elevado de contraer estas infecciones. Su médico de cabecera u otro profesional debe solicitar la evaluación de detección o derivarlo a asesoramiento conductual.

¿Con qué frecuencia?

- **Evaluaciones de detección de ITS:** Una vez cada 12 meses, o en ciertos momentos durante el embarazo.
- **Asesoramiento conductual:** Hasta 2 sesiones al año. Cada sesión puede durar 20-30 minutos. Debe recibir las sesiones de asesoramiento con un profesional en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico). Medicare no cubre el asesoramiento como servicio preventivo en un entorno de hospitalización (como un centro de enfermería especializada).

Vacunas (o inyecciones)

¿Qué es?

Las vacunas actúan en conjunto con las defensas naturales del organismo para desarrollar de manera segura inmunidad (protección) contra los gérmenes dañinos (como los virus y las bacterias). Por lo general, recibe las vacunas como una inyección en el brazo administrada por un médico u otro profesional.

La Parte B de Medicare cubre vacunas preventivas contra:

- COVID-19: Vaya a la página 8.
- Gripe: Vaya a la página 10.
- Hepatitis B: Vaya a la página 11.
- Enfermedad neumocócica: Vaya a la página 17.

La Parte B también cubre algunas vacunas no preventivas (como la del tétanos) cuando se relacionan directamente con el tratamiento de una lesión o enfermedad.

La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre todas las vacunas para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) que no están cubiertas por la Parte B, incluidas las vacunas para:

- Virus respiratorio sincitial (VRS)
- Herpes zóster
- Tdap
- Viajes (como la fiebre amarilla y el chikunguña), el sarampión y más

Su plan de la Parte D no le cobrará el copago ni aplicará ningún deducible por las vacunas que ACIP recomienda. Comuníquese con su plan de la Parte D para obtener más detalles y hable con su médico sobre las vacunas que son adecuadas para usted.

¿Tengo cobertura?

Si tiene la Parte B, puede recibir las vacunas contra la COVID-19, la gripe, la hepatitis B y el neumococo.

\$ Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”

¿Qué es?

La consulta “Bienvenido a Medicare” es un examen preventivo único para revisar su historial médico, ponerse al día con las evaluaciones de detección y vacunas importantes, y hablar con su médico u otro profesional sobre formas de mantenerse sano. **La consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” no es un examen físico integral.**

¿Tengo cobertura?

Sí. Todas las personas con Medicare pueden recibir una consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.

¿Con qué frecuencia?

Puede obtener esta consulta preventiva única durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare.

¿Qué sucede durante la consulta?

Durante la consulta, su profesional médico hará lo siguiente:

- Revisar su historial médico y social relacionado con su salud.
- Brindarle información sobre servicios preventivos, incluidas ciertas evaluaciones de detección o vacunas (como la vacuna contra la gripe, la vacuna antineumocócica y otras vacunas recomendadas).
- Calcular su índice de masa corporal (IMC).
- Le hará una prueba de visión sencilla.
- Revisa su posible riesgo de depresión.
- Se ofrece a hablar con usted sobre la redacción de directivas anticipadas. Las directivas anticipadas son documentos legales que registran sus deseos relativos a tratamiento médico futuro, en caso de que alguna vez usted no pueda tomar decisiones sobre su atención.
- Revisa sus posibles factores de riesgo de trastorno por consumo de sustancias (como el consumo de alcohol y tabaco) y lo deriva para tratamiento, si es necesario.
- Le dará un plan por escrito (como una lista de verificación) que le indicará qué evaluaciones de detección, vacunas y otros servicios preventivos necesita.
- Le proporcionará derivaciones para otros cuidados según sea necesario.
- Si tiene una receta actual para opioides, su médico también:
- Revisará sus posibles factores de riesgo de trastorno por consumo de opioides.
- Evaluará su nivel de dolor y el plan de tratamiento actual.
- Le brindará información sobre opciones de tratamiento con medicamentos que no son opioides.
- Lo derivará con un especialista, si corresponde.

¿Qué debo llevar a la consulta?

Cuando vaya a la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”, lleve:

- Su historial médico, incluidos los registros de vacunación (si va a ver a un nuevo profesional). Llame a su proveedor anterior para obtener copias de su historial médico.
- Sus antecedentes médicos familiares. Intente informarse todo lo posible sobre los antecedentes médicos de su familia antes de la cita. Cualquier información que pueda darle a su médico ayudará a determinar si usted corre riesgo de ciertas enfermedades.
- Una lista de medicamentos con receta y de venta libre que toma actualmente, con qué frecuencia los toma y por qué.

¿Cuáles son mis costos?

- No paga nada si su profesional médico acepta asignaciones. No se aplica el deducible de la Parte B. Sin embargo, es posible que tenga que pagar coseguro, y el deducible de la Parte B puede aplicar si el profesional médico realiza pruebas o servicios adicionales durante la consulta 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 tenga que pagar el monto total.

\$ Visita anual de “Bienestar”

¿Qué es?

La consulta anual de “Bienestar” es una revisión para elaborar o actualizar un plan personalizado que ayude a prevenir enfermedades y discapacidades en función de su estado de salud y factores de riesgo actuales. **La consulta anual de “Bienestar” es una consulta basada en una conversación con su médico u otro profesional para crear un plan de prevención. No es un examen físico de rutina.** Si tiene inquietudes específicas sobre su salud, debe programar una cita aparte para hablar de ellas, de modo que su consulta de “Bienestar” se mantenga centrada en la prevención.

Su médico le pedirá que conteste un cuestionario llamado “Evaluación de Riesgos para la Salud”, como parte de esta consulta. Responder a las preguntas puede ayudarle a usted y a su médico a elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado que le ayude a mantenerse sano y aprovechar al máximo su visita.

¿Tengo cobertura?

Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una consulta anual de “Bienestar”.

¿Qué sucede durante la consulta?

Durante esta consulta, su profesional médico hará lo siguiente:

- Revisar su historial médico y familiar.
- Revisar sus recetas actuales.
- Tomar mediciones de rutina (como estatura, peso y presión arterial).
- Realizar una evaluación cognitiva para buscar signos de demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer.
- Darle consejos de salud.
- Evaluar sus factores de riesgo de trastorno por consumo de sustancias y derivarlo a tratamiento, si es necesario.
- Le dará un plan por escrito (como una lista de verificación) que le indicará qué evaluaciones de detección, vacunas y otros servicios preventivos necesita.
- Se ofrece a hablar con usted sobre la redacción de directivas anticipadas. Las directivas anticipadas son documentos legales que registran sus deseos relativos a tratamiento médico futuro, en caso de que alguna vez usted no pueda tomar decisiones sobre su atención.
- Le ofrecerá una “evaluación de riesgos de actividad física y nutrición” opcional que ayudará a su médico a comprender sus hábitos de actividad física y nutrición y su impacto en su salud.

¿Con qué frecuencia?

Una vez cada 12 meses. Su primera consulta anual de “Bienestar” no puede tener lugar dentro de los 12 meses siguientes a la fecha en que recibió por primera vez la Parte B o su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario haber tenido una consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” para calificar para una consulta anual de “Bienestar”.

¿Cuáles son mis costos?

No paga nada si su profesional médico acepta asignaciones. No se aplica el deducible de la Parte B. Sin embargo, es posible que tenga que pagar coseguro, y el deducible de la Parte B puede aplicar si el profesional médico realiza pruebas o servicios adicionales durante la consulta 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 tenga que pagar el monto total.

Para obtener más información sobre los servicios preventivos de Medicare

Visite es.Medicare.gov/coverage/preventive-screening-services o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

También puede iniciar sesión en (o crear) su cuenta segura de Medicare en es.Medicare.gov para obtener una lista de los servicios preventivos que cubre Medicare Original. También puede usar su cuenta para: revisar sus reclamaciones de Medicare, imprimir una copia de su tarjeta oficial de Medicare, pagar sus primas de Medicare si recibe una factura de Medicare, y más.

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. Enviar una carta a:

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Oficinas de Audiencias y Consultas (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

ATTN: Personal de Recursos de Accesibilidad al Cliente (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, 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. (TTY: 1-800-537-7697).

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

Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
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?

Esta publicación está disponible en inglés. Para obtener una copia gratuita, visite [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).



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** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) para la información más actualizada.

“Su Guía para los Servicios Preventivos de Medicare” no es un documento legal. Las pautas legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

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