

# Sus beneficios de Medicare

Este **folleto oficial del gobierno** contiene información importante sobre los artículos y servicios que cubre Medicare Original

[es.Medicare.gov](https://es.Medicare.gov)



Medicare

# Acerca de esta publicación

---

Medicare Original incluye la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). Este folleto describe muchos, pero no todos, los artículos y servicios de atención médica que cubre Medicare Original. Incluye información sobre cómo y cuándo puede obtener estos beneficios y cuánto pagará.

Este folleto describe principalmente la cobertura de Medicare Original. Si tiene un plan Medicare Advantage (Parte C), otro plan de salud de Medicare o Medicare y Medicaid:

- Podría obtener otros servicios y suministros que Medicare Original no cubre.
- Sus costos pueden ser diferentes.
- Es posible que tenga diferentes reglas de cobertura (como cuán frecuente puede obtener un artículo o servicio).

Para obtener más información sobre costos específicos e información sobre la cobertura, comuníquese con su plan o la oficina estatal de Medicaid. 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.



## Términos útiles para entender:

### **Asignación:**

Un acuerdo por el cual su médico, otro proveedor de atención médica o suplidor acepta recibir el pago directamente de Medicare, acepta la cantidad del pago que Medicare aprueba para el servicio como pago total y se compromete a no facturarle a usted una cantidad superior al deducible y al coseguro de Medicare. Vaya a la página 4 para más información.

### **Período de beneficios:**

La manera en que Medicare Original mide su uso de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, en inglés). El período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de cuidado de salud hospitalario (o cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) por 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza uno nuevo. Debe pagar el deducible para pacientes hospitalizados para cada período de beneficios. No existe un límite para la cantidad de períodos de beneficios. Vaya a las páginas 3-4 para más información.

### **Coseguro:**

Una cantidad que es posible que deba pagar al compartir el costo de los servicios después de pagar todos los deducibles. El coseguro generalmente es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

### **Copagos:**

Una cantidad que es posible que deba pagar al compartir el costo de los servicios después de pagar todos los deducibles. Un copago es una cantidad fija, como \$30.

### **Deducible:**

La cantidad que debe pagar por sus servicios de salud o recetas antes de que Medicare Original, su Plan Medicare Advantage, su plan de medicamentos recetados de Medicare o su otro seguro comience a pagar.

### **Necesario por razones médicas:**

Servicios o suministros de atención necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas y cumplen con estándares aceptados para la medicina.

### **Plan Medicare Advantage (Parte C):**

Un tipo de plan de salud de Medicare de una compañía privada que tiene un contrato con Medicare. Un Plan Medicare Advantage brinda todos sus beneficios de la Parte A y Parte B, con algunas exclusiones, por ejemplo, algunas pruebas clínicas están cubiertas por Medicare Original, aunque todavía esté en el plan. Los Planes Medicare Advantage incluyen:

- Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud
- Organizaciones de Proveedores Preferidos
- Planes privados de pago por servicio
- Planes para necesidades especiales
- Planes de cuentas de ahorro médico de Medicare

Si no está inscrito en un plan de Medicare Advantage:

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

### **Cobertura Medicare de medicamentos (Parte D):**

Beneficios opcionales para medicamentos recetados, disponibles para todas las personas con Medicare, por un cargo adicional. Esta cobertura la ofrecen las compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare.

### **Cantidad Aprobada por Medicare:**

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



## Sección 1:

# Entendiendo la Parte A y la Parte B de Medicare

Si tiene Medicare Original, puede obtener servicios cubiertos por Medicare de cualquier médico u hospital que acepte Medicare, en cualquier lugar de los EE. UU.

## ¿Cuáles son las partes de Medicare Original?

### La Parte A (seguro de hospital) ayuda a cubrir:



- Cuidado de salud de pacientes internados
- Atención en centros de enfermería especializada
- Cuidados en un hospicio
- Cuidado de salud en el hogar

### ¿Qué pago por los servicios cubiertos por la Parte A?

Lo que usted paga por los servicios cubiertos por la Parte A depende del lugar donde reciba la atención, de la duración de dicha atención y de si cuenta con otra cobertura (además de Medicare).

Cuando recibe atención hospitalaria para pacientes internados, su atención se mide en períodos de beneficios, los cuales están relacionados con el número de días consecutivos que recibe atención. Cada vez que comienza un nuevo período de beneficios, debe pagar el deducible de la Parte A (\$1,736 en 2026) antes de que Medicare comience a pagar.

Su período de beneficios finaliza una vez que haya permanecido fuera del hospital durante 60 días consecutivos. Si es internado nuevamente en el hospital después de esos 60 días, comenzará un nuevo período de beneficios. No existe un límite en cuanto al número de períodos de beneficios que puede tener en un año calendario (de enero a diciembre). Esto significa que podría pagar el deducible de la Parte A más de una vez al año.

### **La Parte B (seguro médico) ayuda a cubrir:**



- Servicios de médicos y otros proveedores de cuidado de salud
- Cuidado ambulatorio
- Cuidado de salud en el hogar
- Equipo médico duradero (como sillas de ruedas, andadores, camas de hospital y otros equipos)
- Muchos servicios preventivos (como pruebas de detección, vacunas o y visitas anuales de “Bienestar”)

### **¿Qué pago por los servicios cubiertos por la Parte B?**

En 2026, usted paga un deducible anual de \$283 por los servicios y suministros cubiertos por la Parte B. Una vez que haya cubierto el deducible de la Parte B, Medicare pagará su parte y usted, por lo general, pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare (si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación).

### **¿Qué es la asignación y por qué es importante?**

La mayoría de los médicos, proveedores y suplidores aceptan la asignación; sin embargo, verifique siempre para asegurarse de que los suyos también lo hagan. Si su médico, proveedor o suplidor acepta la asignación:

- Sus gastos de bolsillo podrían ser menores.
- Aceptan cobrarle únicamente el monto del deducible y del coseguro de Medicare (si corresponde) y, por lo general, esperan a que Medicare pague su parte antes de solicitarle que usted pague la suya.
- Deben presentar su reclamación directamente ante Medicare y no pueden cobrarle presentar reclamación.

Dependiendo del servicio o suministro, la cantidad que pague puede ser mayor si el médico, proveedor u otro proveedor no acepta la asignación. Los médicos y otros proveedores de atención médica que no aceptan la asignación pueden cobrarle un 15% sobre la cantidad de pago aprobado por Medicare para la mayoría de los servicios cubiertos por la Parte B. A esto se le llama el “cargo límite”. El cargo límite solo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a algunos suministros y equipos médicos duraderos (DME). Al obtener ciertos suministros y DME, Medicare solo los pagará si los obtiene de proveedores que están inscritos en Medicare y aceptan la asignación, sin importar quién presente la reclamación (usted o su proveedor).

## ¿Qué pasa si mi médico recomienda un servicio con más frecuencia de la que cubre Medicare?

Su médico u otro proveedor de atención médica puede recomendarle recibir servicios con mayor frecuencia de la que cubre Medicare. O bien, puede recomendar servicios que Medicare no cubre. Si esto sucede, es posible que tenga que pagar algunos o todos los costos de su bolsillo. Es importante hacer preguntas para que entienda por qué su proveedor de atención médica le recomienda ciertos servicios y si Medicare los pagará.

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

Usted tiene derecho a apelar la cobertura de Medicare o las decisiones de pago. Visite [es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals](https://www.es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals) para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

## ¿Cómo puedo protegerme contra el fraude de Medicare y el robo de identidad médica?

No comparta su número de Medicare ni otra información personal con nadie, excepto con sus médicos, las aseguradoras que actúan en su nombre o personas de confianza en la comunidad que trabajan con Medicare (como su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, o SHIP). Proteja su tarjeta de Medicare y revise sus Avisos de Resumen de Medicare (MSN) con regularidad.

Si encuentra un error en su MSN o si un proveedor le cobra por un servicio que no recibió, llame al 1-800-MEDICARE o visite [oig.hhs.gov/fraud/report-fraud](https://www.oig.hhs.gov/fraud/report-fraud). También puede visitar [es.Medicare.gov/basics/reporting-medicare-fraud-and-abuse](https://www.es.Medicare.gov/basics/reporting-medicare-fraud-and-abuse) para obtener más información sobre cómo denunciar el fraude de Medicare.



## Sección 2:

# Artículos y servicios

Esta sección enumera muchos de los artículos y servicios de atención médica que cubre Medicare Original. Las referencias a “médicos”, “otros proveedores de atención médica” y “suplidores» se refieren, por lo general, a aquellos proveedores que participan en Medicare y aceptan la asignación. Si su médico, proveedor o suplidor no acepta la asignación, es posible que deba pagar más por los artículos y servicios que reciba.

**Busque estos símbolos para ayudarle a encontrar la información que pueda necesitar:**



### Servicios preventivos

Un icono de una manzana aparece junto a los servicios preventivos que Medicare cubre. Los servicios preventivos son servicios de atención médica que le ayudan a prevenir o detectar problemas de salud en una etapa temprana, y a mantenerse saludable. Hable con su médico sobre qué servicios preventivos son adecuados para usted



### Equipo médico duradero (DME)

Un icono de una silla de ruedas aparece junto a los artículos de DME que cubre la Parte B. El DME es equipo médico que es:

- Duradero (puede soportar el uso repetido)
- Utilizado por una razón médica (típicamente solo es útil si usted está enfermo o lesionado)
- Utilizado en su hogar
- Se espera que dure al menos 3 años



## Exámenes de aneurisma aórtico abdominal

Las pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal detectan aneurismas (protuberancias en los vasos sanguíneos) en el área abdominal. La Parte B cubre una ecografía de detección de aneurisma aórtico abdominal si está en riesgo. Se considera que está en riesgo si tiene antecedentes familiares de aneurismas de la aorta abdominal, o si es un hombre de entre 65 y 75 años y ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida.

### Con qué frecuencia

Una vez su vida.

### Costos

Usted no paga nada si el médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

### Lo que debe saber

Debe obtener un referido de su proveedor de atención médica.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/abdominal-aortic-aneurysm-screenings](https://es.Medicare.gov/coverage/abdominal-aortic-aneurysm-screenings).

## Acupuntura

La acupuntura es una técnica en la que los proveedores estimulan puntos específicos del cuerpo, la mayoría de las veces mediante la inserción de agujas finas a través de la piel. Medicare solo cubre la acupuntura (incluida la punción seca) para el dolor lumbar crónico definido como:

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

### Con qué frecuencia

Medicare cubre hasta 12 tratamientos de acupuntura en 90 días para el dolor lumbar crónico.

Si muestra mejoría, Medicare cubre 8 sesiones adicionales (para un máximo de 20 tratamientos de acupuntura en un período de 12 meses). Si no muestra mejoría, Medicare no cubrirá sus tratamientos adicionales y usted pagará todos los costos si continúa recibiendo los.

### Costos

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

## Lo que debe saber

No todos los proveedores pueden administrar acupuntura, y Medicare no puede pagar directamente a los acupunturistas autorizados por sus servicios. Debe obtener acupuntura de un médico u otro proveedor de atención médica (como un enfermero practicante o un asistente médico) que tenga **ambos**:

- Una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Herbolaria (antes conocida como la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental).
- Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en el estado donde usted recibe la atención.

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/acupuncture](https://es.Medicare.gov/coverage/acupuncture).

## Planificación de los cuidados

La planificación anticipada de la atención implica analizar y prepararse para la atención que recibiría en el futuro si necesita ayuda para tomar decisiones por sí mismo. La Parte B cubre la planificación anticipada voluntaria de la atención como parte de su visita de “Bienvenida a Medicare” y la visita preventiva anual de “Bienestar”. Vaya a “Visitas preventivas” para más información. Medicare también puede cubrir este servicio como parte de su tratamiento médico.

Como parte de la planificación anticipada de la atención, puede elegir dar instrucciones anticipadas. Este es un documento legal importante que registra sus deseos sobre el tratamiento médico en el futuro en caso de que no pueda tomar decisiones sobre su cuidado.

Las instrucciones anticipadas incluyen 2 partes:

1. Su **poder para cuidados de salud** (a veces llamado “poder legal duradero”) nombra a alguien en quien confía para que tome decisiones sobre su salud si usted no puede.
2. Su **testamento en vida** describe qué tratamiento(s) desea si su vida está amenazada, incluyendo diálisis, respiradores, reanimación y alimentación por sonda. También indica si desea que sus órganos o tejidos sean donados después de su muerte.

Puede hablar sobre instrucciones anticipadas con un abogado o su proveedor de atención médica, y ellos pueden ayudarlo a preparar sus documentos. Puede actualizar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.

## Costos

Usted no paga nada si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación y esta planificación es parte de su visita de “Bienvenida a Medicare” y su visita anual de “Bienestar”. Si se proporciona como parte de otro tratamiento médico, se aplican el deducible y el coseguro de la Parte B.

## Lo que debe saber

Considere cuidadosamente a quién quiere que hable por usted y qué dirección quiere dar. Usted tiene el derecho de llevar a cabo sus planes como usted elija sin discriminación. Para obtener ayuda con las instrucciones anticipadas, visite el Localizador de Eldercare en [eldercare.acl.gov](http://eldercare.acl.gov). También puede comunicarse con el departamento de salud de su estado.

## Más información

- Vaya a “Visitas preventivas” en las páginas 100–101 para obtener más información sobre la visita de “Bienvenida a Medicare” y las visitas anuales de “Bienestar”.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/advance-care-planning](http://es.Medicare.gov/coverage/advance-care-planning).
- Para obtener ayuda con la planificación anticipada, visite el localizador Eldercare en [eldercare.acl.gov](http://eldercare.acl.gov) o comuníquese con el departamento de salud de su estado en [usa.gov/state-health](http://usa.gov/state-health).

## Servicios de Gestión Avanzada del Cuidado Primario

La Gestión Avanzada del Cuidado Primario es un enfoque de atención centrado en el paciente. La Parte B cubre los servicios de Gestión Avanzada de Cuidado Primario para ayudar a su médico y a otros proveedores de atención médica a coordinar y adaptar la atención a sus necesidades cada mes.

Los médicos u otros proveedores de atención médica que ofrecen servicios de administración avanzada de atención primaria toman medidas adicionales para administrar activamente todas sus necesidades de cuidado médico. Cuando recibe estos servicios, usted y su proveedor de atención primaria (o equipo de cuidado) acuerdan que serán su punto principal de atención continua. Hablarán con usted sobre su plan de atención y coordinarán todas sus necesidades de atención médica, incluida la atención que reciba de otros médicos, hospitales y proveedores.

Los proveedores que ofrecen estos servicios deben proporcionarle:

- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a su equipo de atención o proveedor a través del teléfono, un portal en línea, correo electrónico y registros virtuales
- Gestión del cuidado crónico
- Un plan de cuidado personalizado que enumera sus condiciones y tratamientos actuales
- Coordinación integral de atención para conectarlo rápidamente con médicos especialistas y otros proveedores
- Atención transitoria entre entornos de atención médica (como atención de seguimiento después de que le den el alta de un hospital)
- Administración de medicamentos

## Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Muchas personas que tienen tanto Medicare como Medicaid no pagan nada por estos servicios.

## Lo que debe saber

- Consulte con su proveedor de atención primaria para asegurarse de que ofrece estos servicios. Luego, dé **su consentimiento verbal o escrito** a su proveedor para que sea su principal punto de atención para todas sus necesidades de salud. Ellos documentarán su consentimiento en su historial médico. También tiene que tener una visita inicial con su proveedor a menos que:
  - Haya acudido al proveedor o a otro proveedor en el mismo consultorio en los últimos 3 años.
  - Obtuvo otro tipo de gestión de cuidados (como la gestión del cuidado crónico) del proveedor o de otro proveedor de la misma práctica en el último año.
- Puede dejar de recibir estos servicios en cualquier momento. Hable con su proveedor para dejar de participar.

## Más información

- Vaya a Servicios de integración de salud conductual en la página 14.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/advanced-primary-care-management-services](https://es.Medicare.gov/coverage/advanced-primary-care-management-services).



## Controles y asesoramiento por consumo indebido de alcohol

Las pruebas de detección de abuso de alcohol incluyen preguntas sobre su consumo de alcohol. Su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica revisa sus respuestas para detectar el abuso de alcohol y los trastornos por consumo de alcohol. La Parte B cubre una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que consumen alcohol, pero que no cumplen con las condiciones médicas para la dependencia del alcohol.

## Con qué frecuencia

Medicare cubre un examen médico por abuso de alcohol al año. Si su proveedor de atención médica determina que está abusando del alcohol, también puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento en persona cada año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento).

## Costos

No paga nada si su proveedor acepta la asignación.

## Lo que debe saber

Debe recibir asesoramiento en un entorno de cuidado primario (como el consultorio de un médico).

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/alcohol-misuse-screenings-counseling](https://es.Medicare.gov/coverage/alcohol-misuse-screenings-counseling).

## Servicios de ambulancias

Los servicios de ambulancia lo transportan a un centro médico (como un hospital) para recibir atención. La Parte B cubre el transporte terrestre en ambulancia cuando viajar en cualquier otro vehículo podría poner en peligro su salud y necesita servicios médicamente necesarios de uno de los siguientes:

- Un hospital
- Un hospital de acceso crítico
- Un hospital rural de urgencias
- Un centro de enfermería especializada

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

En algunos casos, Medicare puede pagar el transporte en ambulancia médicamente necesario que no sea de emergencia si tiene una orden escrita de su médico u otro proveedor de atención médica que diga que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Por ejemplo, una persona con enfermedad renal en etapa final (ESRD, en inglés) puede necesitar un transporte en ambulancia médicamente necesario desde su casa hasta un centro de ESRD.

### Costos

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

### Lo que debe saber

- Medicare solo cubrirá los servicios de ambulancia al centro médico apropiado más cercano que pueda brindarle la atención que necesita.
- La compañía de ambulancias debe entregarle un “Aviso Anticipado de No Cobertura para el Beneficiario (ABN en inglés) cuando se cumplan las dos condiciones:
  - Adquirió servicios de ambulancia en una situación que no era una emergencia.
  - La empresa de ambulancias cree que Medicare podría no pagar por su servicio de ambulancia específico.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/ambulance-services](https://es.Medicare.gov/coverage/ambulance-services).

## Centros quirúrgicos ambulatorios

Los centros quirúrgicos ambulatorios son instalaciones ambulatorias que realizan procedimientos quirúrgicos. En la mayoría de los casos, los centros quirúrgicos ambulatorios dan de alta a los pacientes dentro de las 24 horas. La Parte B cubre las tarifas por servicio de los centros para los procedimientos quirúrgicos aprobados que se realizan en estos centros.

### Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare tanto al centro quirúrgico ambulatorio como al médico o médicos que lo atienden.
- Usted no paga nada por ciertos servicios preventivos (como una colonoscopia de detección) si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación. Sin embargo, es posible que tenga que pagar otros costos asociados con los servicios preventivos. Por ejemplo, si su proveedor de atención médica extirpa un pólipo durante una colonoscopia de detección, es posible que tenga que pagar el 15% de la cantidad aprobada por Medicare.
- También paga todas las tarifas de las instalaciones por los procedimientos no cubiertos que se realizan en los centros quirúrgicos ambulatorios.

### Más información

- Visite [es.Medicare.gov/coverage/ambulatory-surgical-centers](https://es.Medicare.gov/coverage/ambulatory-surgical-centers).
- Para obtener los costos promedio de una cirugía en un centro quirúrgico ambulatorio, visite [es.Medicare.gov/procedure-price-lookup](https://es.Medicare.gov/procedure-price-lookup).

## Anestesia

La anestesia es un tipo de medicamento que le impide sentir dolor durante una cirugía u otros procedimientos médicos. La Parte A cubre los servicios de anestesia que recibe como paciente hospitalizado. La Parte B cubre los servicios de anestesia que recibe como paciente ambulatorio en un hospital o como paciente en un centro quirúrgico ambulatorio independiente.

### Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de anestesia que reciba de un médico o una enfermera anestesista registrada certificada. El servicio de anestesia debe estar asociado con el servicio médico o quirúrgico subyacente, y es posible que deba pagar un copago adicional al centro.
- Para obtener información sobre los costos de hospital de la Parte A, vaya a “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en las páginas 61–66.

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/anesthesia](https://es.Medicare.gov/coverage/anesthesia).

## Extremidades y ojos artificiales

Los ojos y extremidades artificiales (también llamados “prótesis”) son dispositivos que reemplazan una parte del cuerpo faltante. La Parte B cubre los ojos, piernas y brazos artificiales médicamente necesarios cuando un médico u otro proveedor de atención médica los ordena.

### Costos

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

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/artificial-eyes-limbs](https://es.Medicare.gov/coverage/artificial-eyes-limbs).

## Cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica puede ayudar a las personas con obesidad extrema a perder peso. Medicare cubre algunos procedimientos quirúrgicos bariátricos (como la cirugía de bypass gástrico y la cirugía laparoscópica con bandas) cuando cumple con ciertas condiciones relacionadas con la obesidad mórbida.

### Costos

- Es difícil predecir los costos de las cirugías o procedimientos con anticipación porque no sabrá qué servicios necesita hasta que se reúna con su proveedor. Para comparar los costos promedio de esta cirugía tanto en un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital como en un centro quirúrgico ambulatorio, visite [es.Medicare.gov/procedure-price-lookup](https://es.Medicare.gov/procedure-price-lookup).
- Medicare no cubre sus costos de transporte para llegar a un centro de cirugía bariátrica.

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery](https://es.Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery).

## Servicios de integración de salud conductual

Si tiene una condición de salud conductual (como depresión, ansiedad u otra condición de salud mental), Medicare puede pagarle a su proveedor de atención médica para que le ayude a coordinar su atención para esa condición. Algunos proveedores de atención médica pueden ofrecer servicios de atención integrada, como el Modelo de Atención Colaborativa Psiquiátrica (un conjunto de servicios integrados de salud conductual que pueden incluir la planificación de la atención, evaluaciones continuas, apoyo farmacológico y asesoramiento).

### Costos

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

### Lo que debe saber

Su proveedor le pedirá que firme un acuerdo para recibir servicios de integración de salud conductual de forma mensual.

### Más información

- Vaya a “Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias” en la página 74 para informarse sobre otros servicios cubiertos por Medicare que tratan la salud mental, la salud conductual y los trastornos por uso de sustancias.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/behavioral-health-integration-services](https://www.medicare.gov/coverage/behavioral-health-integration-services).

## Sangre

Si pierde sangre debido a una condición, una lesión o un procedimiento quirúrgico, es posible que necesite una transfusión de sangre (un procedimiento que administra sangre en sus venas a través de una vía intravenosa [IV]). La Parte A cubre la sangre que recibe mientras está internado en un hospital. La Parte B cubre la sangre que recibe como paciente ambulatorio del hospital.

Los hospitales siguen ciertos procedimientos para asegurar que la sangre sea segura para las transfusiones. Estos procedimientos se conocen como procesamiento y manipulación de la sangre. Por lo general, los hospitales cobran por el procesamiento y la manipulación de la sangre por cada unidad de sangre que usted recibe como parte de una transfusión, independientemente de si la sangre ha sido donada o comprada. La Parte A cubre estos servicios si usted es un paciente internado. La Parte B cubre estos servicios si usted es un paciente ambulatorio.

### Costos

- **Para la sangre:** Si su proveedor de atención médica obtiene sangre de un banco de sangre sin costo alguno, usted no tendrá que pagarla ni reponerla. Si su proveedor tiene que comprar sangre para usted, deberá pagar al proveedor los costos de las primeras 3 unidades de sangre que reciba en un año calendario, o bien usted—o alguna otra persona—podrá donar la sangre.

- **Para el procesamiento y manejo de la sangre:** Una vez que haya cubierto el deducible de la Parte A, no habrá copago por la sangre que reciba mientras esté hospitalizado (como paciente interno). Una vez que haya cubierto el deducible de la Parte B, pagará un copago por los servicios de procesamiento y manejo de la sangre por cada unidad de sangre que reciba como paciente ambulatorio del hospital. El copago de la Parte B varía según los servicios que reciba, pero no excederá el monto del deducible para pacientes internos (\$1,736 en 2026).

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/blood](https://es.Medicare.gov/coverage/blood).



## Pruebas de biomarcadores sanguíneos para el cáncer colorrectal

Las pruebas de detección con biomarcadores sanguíneos pueden ayudar a detectar el cáncer colorrectal en forma temprana, cuando el tratamiento es más eficaz. La Parte B cubre una prueba de detección de biomarcadores en sangre si cumple con todas estas condiciones:

- Tiene entre 45 y 85 años.
- No presenta signos ni síntomas de enfermedades colorrectales (incluyendo, dolor gastrointestinal inferior, sangre en las heces, resultado positivo en la prueba de guayacol de sangre oculta en las heces o en la prueba inmunoquímica fecal).
- Tiene un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal, lo que significa que:
  - No tiene antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal (incluida la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa).
  - No tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal, pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.

### Con qué frecuencia

Una vez cada 3 años (si está disponible).

### Costos

- Usted no paga nada por esta prueba si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.
- Si obtiene un resultado positivo después de una prueba de detección de biomarcadores en sangre, Medicare también cubre una colonoscopia de seguimiento como prueba de detección.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/blood-based-biomarker-tests](https://es.Medicare.gov/coverage/blood-based-biomarker-tests).



## **Mediciones de masa ósea**

Una medición de la masa ósea puede ayudar a averiguar si corre el riesgo de sufrir fracturas. La Parte B cubre esta prueba si usted cumple con una o más de estas condiciones:

- Es una mujer cuyo médico u otro proveedor de atención médica 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.
- Toma prednisona o medicamentos esteroides o planea comenzar un tratamiento de esta naturaleza.
- Se le diagnosticó hiperparatiroidismo primario.
- Está siendo monitoreada para saber si el tratamiento de la osteoporosis con medicamentos funciona.

### **Con qué frecuencia**

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

### **Costos**

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

### **Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/bone-mass-measurements](https://es.Medicare.gov/coverage/bone-mass-measurements).

## **Soportes (brazos, piernas, espalda y cuello)**

Los aparatos ortopédicos son dispositivos rígidos y semirrígidos que ayudan a sostener partes del cuerpo débiles o deformadas, o a inmovilizar una parte del cuerpo lesionada. La Parte B cubre los aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello cuando sean médicamente necesarios y cuando los recete un médico u otro proveedor de atención médica.

### **Costos**

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

### **Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/braces-arm-leg-back-neck](https://es.Medicare.gov/coverage/braces-arm-leg-back-neck).

## **Exámenes de detección de cáncer de mama**

Vaya a:

- “Detección de cáncer cervical y vaginal” en la página 22.
- “Mamografías” en la página 71.

## Prótesis mamarias

Las prótesis mamarias reemplazan la forma y el aspecto natural del seno tras una mastectomía (extirpación quirúrgica del seno) u otra cirugía mamaria. La Parte A cubre las prótesis mamarias implantadas quirúrgicamente después de una mastectomía si la cirugía se realiza en un entorno de internación. La Parte B cubre la cirugía si se realiza en un entorno de atención ambulatoria. La Parte B también cubre algunas prótesis mamarias externas (incluido el sujetador posquirúrgico) después de una mastectomía.

### Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico y las prótesis mamarias externas.

### Más información

Vaya a:

- “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en las páginas 61-66.
- “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en las páginas 76-77.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/breast-prostheses](https://www.medicare.gov/coverage/breast-prostheses).



Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43-44.

## Programas de rehabilitación cardíaca

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

- Un infarto de miocardio en los últimos 12 meses
- Cirugía de bypass en arterias coronarias
- Angina de pecho estable (dolor en el pecho)
- Reparación o sustitución de una válvula cardíaca
- Angioplastia coronaria (procedimiento médico para abrir un bloqueo arterial) o la colocación de una endoprótesis vascular (stent) (procedimiento para mantener una arteria abierta)
- Un trasplante de corazón o de corazón y pulmón
- Insuficiencia cardíaca crónica estable

La Parte B cubre los programas regulares e intensivos de rehabilitación cardíaca. Medicare cubre estos servicios en el consultorio de un médico o en el entorno ambulatorio de un hospital (incluido un hospital de acceso crítico).

### Costos

- **Para los servicios que recibe en el consultorio de un médico:** Después de cumplir con el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobado por Medicare.
- **Para los servicios que recibe en un entorno hospitalario ambulatorio:** Después de cumplir con el deducible de la Parte B, usted también paga un copago al hospital.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/cardiac-rehabilitation](https://es.Medicare.gov/coverage/cardiac-rehabilitation).



## Terapia del comportamiento cardiovascular

La terapia cardiovascular-conductual ayuda a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (condiciones que afectan el corazón y los vasos sanguíneos). La Parte B cubre una visita de terapia cardiovascular-conductual con su médico de atención primaria u otro profesional de atención primaria en un entorno de atención primaria (como su consultorio). Durante esta visita, su médico de atención primaria puede hablarle sobre el uso de aspirina, controlar su presión arterial y darle consejos sobre dieta y ejercicio.

### Con qué frecuencia

Una vez al año.

### Costos

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

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/cardiovascular-behavioral-therapy](https://es.Medicare.gov/coverage/cardiovascular-behavioral-therapy).



## Controles de enfermedades cardiovasculares

Las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares detectan problemas con el corazón y los vasos sanguíneos, y averiguan si corres el riesgo de padecer una enfermedad cardíaca. La Parte B cubre las pruebas de detección que incluyen análisis de sangre para los niveles de colesterol, lípidos y triglicéridos que ayudan a detectar condiciones que pueden provocar un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

### Con qué frecuencia

Una vez cada 5 años.

### Costos

Usted no paga nada si el médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

### Más información

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

## Servicios de evaluación y gestión del riesgo cardiovascular

Si no le han diagnosticado una enfermedad cardiovascular, la Parte B puede cubrir una evaluación de riesgo cardiovascular si su médico u otro proveedor de atención médica determina que corres el riesgo de desarrollar la enfermedad. La evaluación calcula su nivel de riesgo mediante:

- Datos demográficos (como edad y sexo)
- Mediciones de rutina (como la presión arterial y el peso)
- Antecedentes de tabaquismo y consumo de alcohol
- Niveles de actividad física
- Datos de laboratorio (como paneles de lípidos para controlar los niveles de colesterol)

Como parte de su evaluación de riesgos, obtendrá una estimación de 10 años de su riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Para las personas con riesgo intermedio, medio o alto, la Parte B también puede cubrir los servicios de gestión de riesgos. Estos servicios pueden ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular y pueden incluir:

- Control de la presión arterial
- Control del colesterol
- Ayuda para dejar de fumar

### Costos

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

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/cardiovascular-risk-assessment-management-services](https://es.Medicare.gov/coverage/cardiovascular-risk-assessment-management-services).

## **Servicios de capacitación para cuidadores**

Si usted es cuidador, esta capacitación le enseña habilidades para ayudar a cuidar a una persona con Medicare, incluyendo cómo:

- Administrar medicamentos y ayudar con las tareas diarias
- Mover al paciente de forma segura.
- Comunicarse de manera efectiva con el paciente.
- Comprender y manejar mejor la(s) condición(es) médica(s) del paciente
- Brindar atención personalizada y apoyo emocional
- Prevenir las úlceras de decúbito y las infecciones, y cuidar las heridas

La Parte B cubre los servicios de capacitación para cuidadores si se cumplen las dos condiciones siguientes:

- La capacitación se enfoca en ayudar al paciente a alcanzar las metas de salud y tratamiento que estableció con el médico u otro proveedor de atención médica.
- El paciente necesita la ayuda de un cuidador para que su tratamiento tenga éxito.

### **Costos**

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

### **Lo que debe saber**

- Si el proveedor de atención médica del paciente determina que la capacitación del cuidador es apropiada para el plan de tratamiento del paciente, el cuidador puede recibir sesiones de capacitación individuales o grupales del proveedor sin que el paciente esté presente.
- Los cuidadores pueden recibir esta capacitación de los proveedores de Medicare, que incluye:
  - Médicos
  - Profesionales de enfermería
  - Especialistas en enfermería clínica
  - Enfermeras parteras certificadas
  - Asistentes médicos
  - Psicólogos clínicos
  - Terapeutas (incluidos fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y patólogos).

## Más información

Vaya a:

- “Servicios de administración de cuidados crónicos” en la página 23.
- “Evaluación cognitiva y servicios del plan de atención” en las páginas 25-26.
- “Servicios, equipos y suministros de terapia de infusión en el hogar” en la página 57.
- “Cuidados paliativos” en las páginas 57-59.
- “Telesalud” en las páginas 116-117.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/caregiver-training-services](https://es.Medicare.gov/coverage/caregiver-training-services).

## Cirugía de cataratas

La cirugía de cataratas extrae un lente natural opaco del ojo y, en la mayoría de los casos, lo reemplaza con un lente artificial transparente. Medicare podría cubrir la cirugía de cataratas que implanta cristalinos intraoculares convencionales, dependiendo de dónde viva.

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

### Costos

- **Una cirugía de cataratas cubierta que obtiene en un hospital ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio:** Después de pagar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare tanto al centro como al médico que realiza su cirugía.
- **Una cirugía de cataratas cubierta que se realiza en el consultorio de un médico:** Después de pagar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare tanto por el lente intraocular como por la cirugía para implantarlo.

### Lo que debe saber

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

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/cataract-surgery](https://es.Medicare.gov/coverage/cataract-surgery).



## Examen médico de cáncer vaginal y de cuello uterino

Los exámenes de detección de cáncer cervical y vaginal buscan cáncer en el cuello uterino y la vagina. La Parte B cubre las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos. Como parte de la exploración pélvica, Medicare también cubre el examen clínico de mamas a modo de control del cáncer de mama.

### Con qué frecuencia

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

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

### Costos

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

- Prueba de Papanicolaou de laboratorio
- Prueba de laboratorio del VPH con la prueba de Papanicolaou
- Recolección de muestras de la prueba de Papanicolaou
- Exámenes pélvicos y de mama

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/cervical-vaginal-cancer-screenings](https://es.Medicare.gov/coverage/cervical-vaginal-cancer-screenings).

## Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento farmacológico que destruye las células de crecimiento rápido (incluidas las células cancerosas) de su organismo. Si usted tiene cáncer, la Parte B cubre la quimioterapia si recibe atención como paciente ambulatorio en un hospital, o si recibe los servicios en el consultorio de un médico o en una clínica independiente. La Parte A la cubre si usted se encuentra internado en un hospital.

### Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, por lo general paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la quimioterapia que recibe en el consultorio de un médico, clínica independiente o entorno ambulatorio hospitalario. Si recibe quimioterapia en un hospital ambulatorio, su copago no será mayor que la cantidad del deducible para pacientes hospitalizados (\$1,736 en 2026).
- Para los costos hospitalarios de la Parte A, vaya a las páginas 61–62.

### Más información

- Visite [es.Medicare.gov/coverage/chemotherapy](https://es.Medicare.gov/coverage/chemotherapy).

## Servicios renales para niños

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

### Más información

- Vaya a:
  - Diálisis: Vaya a “Diálisis (niños)” en las páginas 39–40.
  - Trasplantes de riñón: Vaya a “Trasplantes de riñón (niños)” en la página 66.
- Visite [es.Medicare.gov/basics/children-and-end-stage-renal-disease](https://es.Medicare.gov/basics/children-and-end-stage-renal-disease).

## Servicios quiroprácticos

Los servicios quiroprácticos incluyen técnicas (tales como ajustes en la columna vertebral u otras partes del cuerpo) para aliviar el dolor corporal. La Parte B cubre la manipulación manual de la columna vertebral realizada por un quiropráctico para corregir una subluxación vertebral (cuando las articulaciones de la columna no se mueven adecuadamente, pero el contacto entre las articulaciones permanece intacto).

Medicare no cubre otros servicios o pruebas que ordene un quiropráctico, incluyendo radiografías, masoterapia y acupuntura.

### Costos

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

### Más información

- Vaya a “Acupuntura” en la página 7.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/chiropractic-services](https://es.Medicare.gov/coverage/chiropractic-services).

## Servicios de administración del cuidado de la salud para pacientes con condiciones crónicas

Si tiene 2 o más condiciones crónicas graves (como artritis o diabetes) que espera que duren al menos un año, la Parte B puede pagar la ayuda de un doctor u otro proveedor de atención médica para administrar su atención para esas condiciones.

### Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el coseguro por estos servicios.

### **Lo que debe saber**

- El tratamiento de la atención crónica incluye:
  - Un plan de cuidado integral que incluye sus problemas de salud y sus objetivos, otros proveedores de salud, medicamentos, servicios comunitarios que tiene y necesita, y otra información sobre su salud.
  - Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana para cuidado de urgencia.
  - Apoyo cuando pasa de un entorno de atención médica a otro.
  - Revisión de sus medicamentos y cómo tomarlos.
  - Ayuda con otras necesidades de atención crónica.
- Su proveedor de cuidado de salud le pedirá que firme un acuerdo para acceder a este conjunto de servicios mensualmente. Si acepta recibir estos servicios, su proveedor preparará un plan de atención para usted o su cuidador que explica la atención que necesita y cómo la coordinarán sus proveedores.
- Para comenzar, pregunte a sus proveedores si ofrecen servicios de administración de atención crónica.

### **Más información**

- Vaya a:
  - “Servicios avanzados de gestión de la atención primaria” en las páginas 9-10.
  - “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 20-21.
  - “Servicios de navegación para la enfermedad principal” en la página 104.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/chronic-care-management-services](https://es.Medicare.gov/coverage/chronic-care-management-services).

## **Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico**

Si usted padece dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses), los servicios de manejo y tratamiento pueden ayudarle a reducir el dolor. La Parte B cubre servicios mensuales para las personas que viven con dolor crónico. Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, la administración de medicamentos y la coordinación y planificación de la atención.

### **Costos**

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

### **Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/chronic-pain-management-treatment-services](https://es.Medicare.gov/coverage/chronic-pain-management-treatment-services).

## Estudios de investigación clínica

Los estudios de investigación clínica ponen a prueba diferentes tipos de atención médica, incluidos los nuevos tratamientos, para averiguar cuán bien funcionan y si son seguros. Por ejemplo, un estudio de investigación clínica podría probar cuán bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer.

Para ciertos estudios de investigación clínica, la Parte A y/o la Parte B cubren algunos costos, como las visitas al consultorio y las pruebas.

### Costos

Usted puede pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, dependiendo del tratamiento que reciba. Es posible que se aplique el deducible de la Parte B.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies](https://es.Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies).

## Evaluación cognitiva y servicios del plan de cuidado

Las evaluaciones cognitivas detectan problemas en las capacidades mentales de una persona, incluyendo aspectos como la memoria y la toma de decisiones. La Parte B cubre una visita por separado con un médico o proveedor de atención médica para revisar completamente su función cognitiva, establecer o confirmar un diagnóstico como demencia o enfermedad de Alzheimer y desarrollar un plan de atención. El proveedor de atención médica también puede hacerle una evaluación cognitiva para buscar signos de demencia cuando vaya a otras consultas, incluida la visita preventiva anual de “Bienestar”.

Las señales del daño cognitivo podrían incluir problemas para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse o manejar las finanzas. Las condiciones como la depresión, la ansiedad y el delirio también pueden causar confusión, por lo que es importante entender por qué puede tener síntomas.

### Costos

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

### Lo que debe saber

Puede traer a alguien con usted (como un cónyuge, amigo o cuidador) para escuchar la información y responder preguntas. Durante una evaluación cognitiva, el proveedor de atención médica puede hacer lo siguiente:

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

Algunas personas que viven con demencia y sus familiares y cuidadores no remunerados pueden obtener apoyo adicional a través del programa piloto Guía para una mejor experiencia con la demencia (GUIDE, en inglés). Hable con su proveedor sobre este programa para obtener más información y saber si participa.

### Más información

- Vaya a:
  - “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 20-21.
  - “Visitas preventivas” en las páginas 100-101 para obtener más información sobre la visita preventiva anual de “Bienestar”.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/cognitive-assessment-care-plan-services](https://www.es.Medicare.gov/coverage/cognitive-assessment-care-plan-services).



### Colonoscopias (exámenes de detección)

Las pruebas de detección de colonoscopia detectan pólipos precancerosos (crecimientos en el colon), cáncer y otras enfermedades dentro del recto y el colon. La Parte B cubre las colonoscopias de detección. No hay edad mínima requerida para obtener una prueba.

### Con qué frecuencia

La Parte B cubre esta prueba de detección una vez cada 24 meses si tiene un alto riesgo de cáncer colorrectal. Si no tiene un riesgo alto, La Parte B cubre la prueba una vez cada 120 meses, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior.

Si inicialmente se somete a una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare (prueba de sangre oculta en heces o prueba de ADN en heces multiobjetivo) o una prueba de detección de biomarcadores en sangre y obtiene un resultado positivo, la Parte B cubrirá una colonoscopia de seguimiento como prueba de detección.

## Costos

- Si su médico o proveedor de atención médica acepta la asignación, usted no paga nada por las pruebas de detección, incluidas las colonoscopias de seguimiento que obtiene después de un resultado positivo de una prueba de biomarcadores en sangre cubierta por Medicare o una prueba no invasiva en heces.
- Si su proveedor de atención médica encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia, usted paga el 15% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su proveedor. En un hospital ambulatorio o un centro quirúrgico ambulatorio, también paga al centro un coseguro del 15%. El deducible de la Parte B no se aplica.

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/colonoscopies](https://es.Medicare.gov/coverage/colonoscopies).



## Controles del cáncer colorrectal

Las pruebas de detección del cáncer colorrectal ayudan a encontrar pólipos precancerosos (crecimientos en el colon) o a detectar el cáncer temprano, cuando el tratamiento es más eficaz. Medicare puede cubrir una o más de estas pruebas:

- Colonoscopias (detección): Vaya a las páginas 26–27.
- Pruebas de biomarcadores sanguíneos (detección): Vaya a la página 15.
- Colonografía por tomografía computarizada (TC) (detección): Vaya a la página 28.
- Pruebas de sangre oculta en heces (detección): Vaya a la página 48.
- Sigmoidoscopia flexible (detección): Vaya a la página 49.
- Pruebas de ADN en heces multiobjetivo (detección): Vaya a la página 81.



## Sillas inodoro

- Vaya a:
  - “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43–44.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/commode-chair](https://es.Medicare.gov/coverage/commode-chair).

## Servicios comunitarios de integración de salud

Su médico u otro proveedor de atención médica, puede detectar qué factores sociales (como el acceso limitado a la comida o su entorno) afectan su salud o acceso a la atención. En estos casos, la Parte B cubre los servicios de integración de salud comunitaria para abordar sus necesidades y ayudar a su proveedor de atención médica a diagnosticar o tratar sus condiciones médicas. Algunos servicios comunitarios de integración de salud incluyen:

- Una evaluación para comprender mejor su historia de vida.
- Coordinación de cuidados.
- Educación de salud.

- Capacitación sobre autodefensa del paciente.
- Información para navegar el sistema de salud.
- Apoyo social y emocional.

Debe tener una consulta inicial con el proveedor (aparte de su consulta anual de “Bienestar”) antes de comenzar a recibir servicios comunitarios de integración de salud. Luego puede recibir estos servicios cada mes. Su proveedor o el personal puede brindarle los servicios comunitarios de integración de salud o referirlo a otro personal capacitado (incluido personal de salud comunitaria) para que reciba los servicios.

### **Costos**

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

### **Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/community-health-integration-servicios](https://es.Medicare.gov/coverage/community-health-integration-servicios).



## **Tomografía computarizada (TC) colonografía (exámenes de detección)**

Una colonografía por tomografía computarizada (también conocida como colonoscopia virtual) es una prueba que utiliza rayos X y computadoras para ayudar a encontrar pólipos (crecimientos en el colon), úlceras (llagas) y cáncer en el colon y el recto. La Parte B cubre la prueba si su médico, asistente médico, enfermero o especialista en enfermería clínica lo solicita.

### **Con qué frecuencia**

Si tiene 45 años o más y tiene un alto riesgo de cáncer colorrectal, la Parte B cubre esta prueba de detección una vez cada 24 meses. Si no tiene un riesgo alto, la Parte B cubre la prueba una vez cada 60 meses, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia anterior. Si es menor de 45 años, la Parte B no cubre la prueba.

### **Costos**

Usted no paga nada si el médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

### **Más información**

- Vaya a:
  - “Colonoscopias (detección)” en la página 26.
  - “Sigmoidoscopia flexible (detección)” en la página 28.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/computed-tomography-ct-colonography](https://es.Medicare.gov/coverage/computed-tomography-ct-colonography).

## **Atención médica por iguala**

La atención médica por iguala es cuando un médico o grupo de médicos le cobra una cuota de membresía antes de atenderlo o aceptarlo en su consultorio.

Medicare no cubre las cuotas de afiliación para la atención médica por iguala (también llamada medicina por iguala, medicina basada en anticipos, medicina boutique, práctica de platino o atención directa).

## Costos

Usted paga todos los costos de los servicios, incluyendo de la cuota de membresía para la atención médica por iguala.

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/concierge-care](https://es.Medicare.gov/coverage/concierge-care).

## Lentes de contacto

Vaya a “Anteojos y lentes de contacto” en la página 47.



## Monitores continuos de glucosa

Los monitores continuos de glucosa realizan un seguimiento de los niveles de glucosa (azúcar en la sangre) a través de un dispositivo que se conecta al cuerpo. Si tiene diabetes, Medicare puede cubrir un monitor continuo de glucosa y suministros relacionados (como sensores). Antes de que su médico u otro proveedor de atención médica le ordene un monitor continuo de glucosa, deben evaluarlo y asegurarse de que usted cumple con las siguientes condiciones:

- Usted toma insulina o tiene antecedentes de problemas con niveles bajos de azúcar en la sangre (hipoglucemia).
- Usted o su cuidador han recibido suficiente capacitación para usar un monitor continuo de glucosa según indicado.

Antes de que su proveedor de atención médica le recete un monitor continuo de glucosa, debe reunirse con usted para evaluar su estado y decidir si cumple con los requisitos para obtenerlo.

## Más información

- Vaya a:
  - “Servicios para la diabetes” y “Suministros para la diabetes” en la página 37.
  - “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43-44.
  - “Insulina” en las páginas 64-66.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/continuous-glucose-monitors](https://es.Medicare.gov/coverage/continuous-glucose-monitors).



## Terapia de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP)

La terapia CPAP es un tratamiento en el hogar para personas con apnea del sueño. Medicare puede cubrir una prueba de 12 semanas de la terapia CPAP (incluidos dispositivos y accesorios) si le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño. Después del período de prueba, Medicare puede cubrir la terapia CPAP si usted se reúne con su médico u otro proveedor en persona, y documentan en su expediente médico que usted cumple con ciertas condiciones y que la terapia lo está ayudando.

## Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el alquiler de la máquina y los suministros relacionados (como mascarillas y tubos).

## Lo que debe saber

- Si tenía una máquina de CPAP antes de obtener Medicare y cumple con ciertos requisitos, Medicare podría cubrir el alquiler o sustitución de la máquina o los accesorios de CPAP.
- Medicare le paga al proveedor el alquiler de una máquina CPAP durante 13 meses, siempre y cuando la use continuamente. Después de que Medicare realice los pagos de alquiler durante 13 meses continuos, usted será dueño de la misma.

## Más información

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

## Cirugía estética

La cirugía estética suele centrarse en modificar la apariencia física de una persona, en lugar de tratar una afección médica. Por lo general, Medicare no cubre la cirugía estética a menos que la necesite debido a una lesión accidental o para mejorar la función de una parte del cuerpo malformada. Medicare cubre la reconstrucción mamaria si se sometió a una mastectomía debido a un cáncer de mama.

## Costos

Usted paga todos servicios no cubiertos, incluida la mayoría de las cirugías estéticas.

## Lo que debe saber

Medicare usualmente requiere autorización previa antes de brindarle estos servicios ambulatorios hospitalarios ambulatorios siguientes que a menudo (pero no siempre) se consideran cosméticos:

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

Medicare podría requerir una autorización previa para estos servicios, independientemente de si los recibe en un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. Si su procedimiento requiere de una autorización previa antes de que Medicare lo pague, no necesita hacer nada. Su médico u otro proveedor de atención médica enviará una solicitud de autorización previa y documentación a Medicare para su aprobación antes del procedimiento. Si Medicare autoriza su solicitud de autorización previa, solo debe pagar su deducible y coseguro.

**Más información**

- Vaya a “Prótesis mamarias” en la página 17.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/cosmetic-surgery](https://www.medicare.gov/coverage/cosmetic-surgery).



## Consejería para prevenir el consumo de tabaco y enfermedades causadas por el tabaco

La Parte B cubre el asesoramiento para ayudarle a dejar de fumar o consumir tabaco.

**Con qué frecuencia**

Medicare cubre hasta 8 sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses.

**Costos**

Usted no paga nada si el médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

**Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/counseling-to-prevent-tobacco-use-tobacco-caused-disease](https://www.medicare.gov/coverage/counseling-to-prevent-tobacco-use-tobacco-caused-disease).

## Pruebas de anticuerpos contra la COVID-19

Las pruebas de anticuerpos contra el COVID-19 evalúan si ha desarrollado inmunidad (protección) contra el COVID-19 y si es posible que no corra un riesgo inmediato de reinfección. La Parte B cubre las pruebas de anticuerpos contra el COVID-19 autorizadas por la FDA.

**Costos**

Por lo general, usted no paga nada cuando su médico u otro proveedor de atención médica ordena estas pruebas, y las obtiene de un laboratorio (incluso en una farmacia, clínica o consultorio médico) u hospital que acepte Medicare.

**Más información**

- Vaya a:
  - “Pruebas de laboratorio para el diagnóstico de COVID-19” a continuación.
  - “Tratamientos y productos de anticuerpos monoclonales para COVID-19”, en la página 32.
  - “Vacunas contra COVID-19”, en la página 33.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/coronavirus-disease-2019-covid-19-antibody-test](https://www.medicare.gov/coverage/coronavirus-disease-2019-covid-19-antibody-test).
- Para obtener más información sobre el COVID-19, visite [espanol.cdc.gov/covid/](https://www.cdc.gov/covid/).

## Pruebas de laboratorio diagnósticas de COVID-19

Las pruebas de laboratorio de diagnóstico de COVID-19 sirven para determinar si usted tiene COVID-19. La Parte B cubre las pruebas de laboratorio de diagnóstico de COVID-19 autorizadas por la FDA.

### Costos

Por lo general, usted no paga nada cuando su médico u otro proveedor de atención médica ordena esta prueba de diagnóstico y la obtiene de un laboratorio (incluso en una farmacia, clínica o consultorio médico) u hospital que acepta Medicare.

### Más información

- Vaya a:
  - “Pruebas de anticuerpos contra el COVID-19”, más arriba.
  - “Tratamientos y productos con anticuerpos monoclonales contra el COVID-19”, en la página 32.
  - “Vacunas contra el COVID-19”, en la página 33.
  - Visite [Medicare.gov/coverage/covid-19-diagnostic-laboratory-tests](https://www.Medicare.gov/coverage/covid-19-diagnostic-laboratory-tests).
- Para obtener más información sobre el COVID-19, visite [espanol.cdc.gov/covid/](https://espanol.cdc.gov/covid/).

## Tratamientos y productos de anticuerpos monoclonales contra COVID-19

Los tratamientos y productos con anticuerpos monoclonales contra la COVID-19 pueden ayudarlo a combatir los síntomas leves a moderados de la COVID-19 y mantenerlo fuera del hospital. La Parte B cubre los tratamientos y productos de anticuerpos monoclonales contra el COVID-19 autorizados o aprobados por la FDA si tiene síntomas de COVID-19.

### Costos

Usted no paga nada cuando los obtiene de un suplidor o proveedor de Medicare. Debe cumplir ciertas condiciones para calificar.

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

### Más información

- Vaya a:
  - “Pruebas de anticuerpos para COVID-19” en la página 32.
  - “Pruebas de laboratorio de diagnóstico para COVID-19” en la página 32.
  - Visite [es.Medicare.gov/coverage/covid-19-monoclonal-antibody-treatments-products](https://es.Medicare.gov/coverage/covid-19-monoclonal-antibody-treatments-products).
- Para obtener más información sobre el COVID-19, visite [espanol.cdc.gov/covid/](https://espanol.cdc.gov/covid/).



## Vacunas para COVID-19

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

### Costos

Usted no paga nada si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación de administrarle la vacuna.

### Lo que debe saber

No necesita una receta médica para recibir la vacuna en su farmacia.

### Más información

- Vaya a:
  - “Pruebas de anticuerpos para el COVID-19” en la página 31.
  - “Pruebas de laboratorio de diagnóstico para el COVID-19” en la página 32.
  - “Tratamientos y productos con anticuerpos monoclonales para el COVID-19” en la página 32.
  - Visite [es.Medicare.gov/coverage/covid-19-vaccine](https://es.Medicare.gov/coverage/covid-19-vaccine).
- Para obtener más información sobre el COVID-19, visite [espanol.cdc.gov/covid/](https://espanol.cdc.gov/covid/).



## Muletas

Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43-44.

## Tomografías computarizadas (CT scans, en inglés)

Vaya a “Pruebas diagnósticas no de laboratorio” en la página 38.

## Desfibriladores

Medicare podría cubrir un desfibrilador cardioversor implantable si tiene un diagnóstico de insuficiencia cardíaca. La Parte A cubre la cirugía para implantar un desfibrilador en un hospital. La Parte B cubre la cirugía si la recibe en un hospital.

### Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico. El deducible de la Parte B también se aplica si se realiza la cirugía en un hospital ambulatorio.
- Si se tiene una la cirugía en un entorno hospitalario ambulatorio, se aplica el deducible de la Parte B y también deberá pagar un copago al hospital. En la mayoría de los casos, el copago hospitalario no puede exceder el deducible por estancia hospitalaria de la Parte A (\$1,736 en 2026).
- Para los costos hospitalarios de la Parte A, vaya a las páginas 61-62.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/defibrillators](https://es.Medicare.gov/coverage/defibrillators).

## Servicios dentales

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

Medicare podría cubrir:

- Determinados servicios odontológicos que recibe cuando está internado en un hospital para someterse a un procedimiento odontológico, ya sea debido a su condición médica preexistente o a la gravedad del procedimiento.
- Servicios dentales específicos para pacientes hospitalizados o ambulatorios relacionados con ciertos tratamientos médicos cubiertos. Debe obtener el servicio dental porque está unido al tratamiento médico que necesita, como:
  - Un examen oral y tratamiento dental antes de obtener un reemplazo de válvula cardíaca o un trasplante de médula ósea, órgano o riñón.
  - Procedimiento (como la extracción) para tratar una infección bucal antes de recibir servicios de tratamiento contra el cáncer, como la quimioterapia.
  - Tratamiento para una complicación que experimenta mientras recibe servicios de tratamiento contra el cáncer de cabeza y cuello.
  - Exámenes dentales u orales antes o durante los servicios de diálisis cubiertos por Medicare (si tiene enfermedad renal en etapa final (ESRD)).
  - Pruebas y tratamientos médicamente necesarios para extirpar una infección oral o dental antes o durante los servicios de diálisis cubiertos por Medicare (si tiene ESRD).

### Costos

- Usted paga todos los servicios no cubiertos, incluida la mayoría de los cuidados dentales.
- En el caso de los servicios dentales cubiertos por la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de alcanzar el deducible de la Parte B. Si obtiene el servicio cubierto en un hospital para pacientes ambulatorios u otro centro, también pagará un copago al centro.
- Para los costos hospitalarios de la Parte A, vaya a las páginas 61-62.

## Más información

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



## Controles para la depresión

La Parte B cubre las pruebas de detección de la depresión. Durante la prueba de detección, su médico u otro proveedor de atención médica le hará preguntas para averiguar si tiene depresión.

### Con qué frecuencia

Una vez al año.

### Costos

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

### Lo que debe saber

Debe hacerse la prueba de detección en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico) donde pueda obtener tratamiento de seguimiento y/o referidos a un proveedor de atención de salud mental.

## Más información

- Vaya a:
  - “Servicios de integración de salud conductual” en la página 14.
  - “Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias” en la página 74.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/depression-screening](https://es.Medicare.gov/coverage/depression-screening).

**Si usted o alguien que conoce está luchando o en crisis, llame o envíe un mensaje de texto al 988, la línea gratuita y confidencial para casos de Suicidio y Crisis (Suicide & Crisis Lifeline). Puede llamar y hablar 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](https://988lifeline.org). Llame al 911 si se encuentra en una crisis médica inmediata.**



## Controles de la diabetes

Las pruebas de detección de la diabetes son análisis de sangre que verifican si usted tiene diabetes o corre el riesgo de desarrollarla. Estas pruebas pueden ser análisis de glucosa en ayunas o sin ayunas, pruebas A1C u otros análisis de glucosa aprobados por Medicare. La Parte B cubre las pruebas de detección de la diabetes si su médico u otro proveedor de atención médica determina que corres el riesgo de desarrollar diabetes. La Parte B cubre estos exámenes si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Presión arterial alta
- Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos
- Obesidad
- Antecedentes de hiperglucemia

La Parte B cubre estas pruebas de detección si 2 o más de estas condiciones le aplican:

- 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 del parto de un bebé que pesó más de 9 libras.

### **Con qué frecuencia**

Si califica para hacerse exámenes de detección de diabetes, puede hacerse hasta 2 cada año (dentro de los 12 meses posteriores a su examen de detección más reciente).

### **Costos**

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

### **Más información**

- Vaya a:
  - “Servicios para la diabetes” en la página 37.
  - “Programa de prevención de la diabetes de Medicare” en la página 73.

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



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

Si tiene diabetes, la Parte B cubre la capacitación para el autocontrol de la diabetes para pacientes ambulatorios para ayudarlo a controlarla. El programa puede incluir consejos para comer sano y mantenerse activo, controlar la glucosa en la sangre (azúcar en la sangre), tomar medicamentos recetados y reducir los riesgos. Algunos pacientes también pueden ser elegibles para recibir servicios de terapia nutricional médica. Vaya a “Servicios de terapia de nutrición médica” en la página 72.

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

### **Costos**

Luego del deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

### **Lo que debe saber**

- Para obtener la capacitación, debe tener una orden por escrito de su médico u otro proveedor de atención médica.
- Excepciones aplican si no hay sesiones grupales en su área, o si su proveedor de atención indica que usted se beneficiaría más de las sesiones individuales.

## Más información

- Vaya a:
  - “Servicios para la diabetes” y “Suministros para la diabetes” en la página 37.
  - “Telemedicina” en la página 116.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/diabetes-self-management-training](https://es.Medicare.gov/coverage/diabetes-self-management-training).

## Servicios para la diabetes

Medicare puede cubrir uno o más de estos artículos o servicios:

- Pruebas de detección de diabetes: Vaya a la página 35.
- Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes: Vaya a la página 36.
- Exámenes de la vista (para la diabetes): Vaya a la página 46.
- Cuidado de los pies (para la diabetes): Vaya a la página 50.
- Exámenes de detección de glaucoma: Vaya a la página 51.
- Servicios de terapia de nutrición médica: Vaya a la página 72.
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Vaya a la página 73.

## Suministros para la diabetes

La Parte B cubre algunos suministros de diabetes, que incluyen:

- Medidores de glucosa en sangre de uso doméstico y suministros relacionados, tales como tiras reactivas, lancetas y porta-lancetas, y soluciones de control.
- Monitores continuos de glucosa y suministros relacionados, como sensores
- Insulina y suministros relacionados, como tubos, equipos de inserción y bombas
- Calzado o plantillas terapéuticos

## Lo que debe saber

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

## Más información

- Vaya a:
  - “Monitores continuos de glucosa” en la página 29.
  - “Servicios para la diabetes” más arriba.
  - “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43–44.
  - “Insulina” en la página 64.
  - “Calzado terapéutico o plantillas” en la página 117.
- Monitores de azúcar en la sangre: Visite [es.Medicare.gov/coverage/blood-sugar-monitors](https://es.Medicare.gov/coverage/blood-sugar-monitors).

- Tiras reactivas de azúcar en la sangre: Visite [es.Medicare.gov/coverage/blood-sugar-test-strips](https://es.Medicare.gov/coverage/blood-sugar-test-strips).
- Soluciones para el control del azúcar en la sangre: Visite [es.Medicare.gov/coverage/glucose-control-solutions](https://es.Medicare.gov/coverage/glucose-control-solutions).
- Lancetas y soportes de lancetas: Visite [es.Medicare.gov/coverage/lancet-devices-lancets](https://es.Medicare.gov/coverage/lancet-devices-lancets).

## Pruebas de laboratorio de diagnóstico

Las pruebas diagnósticas de laboratorio buscan cambios en su salud y ayudan a su médico u otro proveedor de atención médica a diagnosticar o descartar una enfermedad o condición sospechosa. La Parte B cubre las pruebas de laboratorio de diagnóstico médicamente necesarias cuando su proveedor de atención médica las ordena. Estas pruebas pueden incluir ciertos análisis de sangre, análisis de orina y ciertas pruebas en muestras de tejido.

### Costos

En general, las pruebas de laboratorio de diagnóstico cubiertas por Medicare no tienen ningún costo para usted.

### Lo que debe saber

Medicare también cubre algunas pruebas preventivas y exámenes de detección para ayudar a prevenir o detectar un problema médico. Vaya a “Servicios preventivos y de detección” en la página 99.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/diagnostic-laboratory-tests](https://es.Medicare.gov/coverage/diagnostic-laboratory-tests).

## Pruebas diagnóstico que no son de laboratorio

Las pruebas diagnósticas no de laboratorio ayudan a su médico u otro proveedor de atención médica a encontrar o descartar una enfermedad o condición. La Parte B cubre estas pruebas (como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas o electrocardiogramas, radiografías y tomografías por emisión de positrones) cuando su proveedor de atención médica les ordena encontrar o tratar un problema médico.

### Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las pruebas diagnósticas no de laboratorio cubiertas que se realicen en el consultorio de su médico o en un centro de pruebas diagnósticas independiente.
- Si se hace la prueba en un hospital como paciente ambulatorio, también le paga al hospital un copago que puede ser más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare. En la mayoría de los casos, esta cantidad no puede ser mayor que el deducible de la estadía hospitalaria de la Parte A (\$1,736 en 2026).

- Si usted recibe ciertas pruebas diagnósticas que no son de laboratorio (servicios avanzados de diagnóstico por imágenes, incluidos TC, RM, medicina nuclear o tomografías por emisión de positrones) fuera de un hospital, incluidos los de un proveedor, consultorio médico, clínica o centro de radiología independiente, consulte con el proveedor antes de hacerse la prueba para asegurarse que están acreditados. Medicare solo pagará su prueba si la obtiene de un proveedor acreditado. Si Medicare no paga su prueba porque el proveedor no está acreditado, el proveedor no puede facturarle por la prueba.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/diagnostic-non-laboratory-tests](https://es.Medicare.gov/coverage/diagnostic-non-laboratory-tests).

## Diálisis (niños)

La diálisis es un tratamiento que limpia la sangre cuando los riñones no funcionan. Si su hijo califica para Medicare debido a una insuficiencia renal permanente, la Parte A y la Parte B cubren diferentes artículos y servicios para la diálisis infantil (pediátrica).

### Si su hijo se encuentra en un hospital:

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

### Si su niño no está internado, la Parte B cubre estos servicios de diálisis:

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

### Costos

- **Servicios de hospital para pacientes hospitalizados:** la Parte A paga estos servicios después de que usted paga el deducible para pacientes hospitalizados.
- **Servicios médicos:** Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.
- **Servicios de diálisis:** La cantidad que usted paga varía en función de la edad de su hijo y del tipo de diálisis que necesita.
- **Servicios de transporte:** En la mayoría de los casos, Medicare no paga el transporte a los centros de diálisis.

Si su hijo tiene otro seguro, es posible que sus costos sean diferentes.

## Más información

- Vaya a:
  - “Atención hospitalaria para pacientes internados” en las páginas 61–62.
  - “Trasplantes de riñón (niños)” en las páginas 67–68.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/dialysis-children](https://www.es.Medicare.gov/coverage/dialysis-children).

## Servicios y suministros para diálisis

Las personas con enfermedad renal en etapa final (ESRD, en inglés) tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón. La diálisis es un tratamiento que limpia la sangre cuando los riñones no funcionan. Por lo general, Medicare cubre 3 tratamientos de hemodiálisis (o diálisis peritoneal equivalente) cada semana si tiene ESRD.

Si tiene Medicare Original, necesita tanto la Parte A como la Parte B para obtener todos los beneficios disponibles bajo Medicare para las personas con ESRD. La Parte A cubre los tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados cuando está en un hospital. Vaya a “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en las páginas 61-62.

La Parte B ayuda a cubrir:

- Los tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios y los servicios médicos que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare o en su hogar. Esto incluye tratamientos de diálisis para la lesión renal aguda.
- Capacitación de diálisis en el hogar, si es candidato para diálisis en el hogar. La Parte B cubre la capacitación para usted y la persona que le ayuda con sus tratamientos de diálisis en el hogar. Un centro de capacitación de diálisis en el hogar certificado por Medicare debe brindar la capacitación. Solo los centros de diálisis certificados por Medicare pueden facturar a Medicare por proporcionar capacitaciones de diálisis en el hogar.
- Equipo y suministros para diálisis domiciliaria (como la máquina de diálisis, sistema de tratamiento de agua, sillón reclinable básico, alcohol, toallitas, cortinas estériles, guantes de goma y tijeras).
- Ciertos servicios de apoyo en el hogar que recibe de su centro de diálisis. Esto puede incluir:
  - Visitas de empleados capacitados de un hospital o de un centro de diálisis para supervisar su tratamiento de diálisis domiciliaria, ayudarlo en casos de emergencia (cuando sea necesario) y para verificar su equipo de diálisis y suministrar agua.
  - Una visita en persona entre usted y su médico (o determinados proveedores no médicos como asistentes de médicos y profesionales de enfermería) una vez al mes.

- Medicamentos para la diálisis ambulatoria y en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es necesaria por razones médicas), los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como la epoetina alfa o la darbepoetina alfa) para tratar la anemia relacionada con la ESRD. La Parte B también cubre los quelantes de fosfato y otros tratamientos para reducir el fosfato si se usan para controlar los niveles de fósforo en personas que tienen ESRD. Hable con su médico o equipo de cuidado de salud sobre el uso de cualquier medicamento, incluidos los productos de venta libre.
- Otros servicios y suministros de diálisis (como pruebas de laboratorio que son servicios de diálisis renal).

**Nota:** La Parte B solo cubre los servicios de ambulancia desde su casa hasta el centro de diálisis más cercano cuando viajar en cualquier otro vehículo podría poner en peligro su salud.

### Costos

- **Servicios de diálisis en un centro de diálisis:** Luego que haya cubierto el deducible de la Parte B, usted pagará el 20% del monto aprobado por Medicare.
- **Servicios de diálisis en un hospital:** La Parte A cubre estos servicios luego que usted haya pagado el deducible de hospitalización.
- **Servicios médicos ambulatorios:** Luego que haya cubierto el deducible de la Parte B, usted pagará el 20% del monto aprobado por Medicare.
- **Servicios de capacitación para diálisis en el hogar:** Luego que haya cubierto el deducible de la Parte B, usted pagará el 20% del monto aprobado por Medicare.

Si usted cuenta con otro seguro, sus costos podrían ser diferentes. Consulte los materiales de su plan o comuníquese con su administrador de beneficios para obtener información sobre sus costos.

### Lo que debe saber

Medicare **no** cubre:

- Auxiliares de diálisis pagos para ayudarlo con la diálisis en el hogar
- Cualquier pago perdido, tanto a usted como a la persona que pudiera ayudarlo durante la capacitación de diálisis domiciliaria
- Un lugar de estadía durante su tratamiento
- Sangre o concentrado de glóbulos rojos para diálisis domiciliaria, a menos que sea parte de los servicios de un médico

### Más información

- Vaya a:
  - “Servicios de ambulancia” en la página 11.
  - “Diálisis (niños)” en las páginas 39-40.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/dialysis-services-supplies](https://es.Medicare.gov/coverage/dialysis-services-supplies).

## Servicios de médicos y de otros proveedores de salud

La Parte B cubre servicios de médico necesarios por razones médicas (incluyendo servicios ambulatorios y algunos servicios médicos que reciba como paciente hospitalizado) y los servicios preventivos cubiertos.

Si no ha recibido servicios de su médico o consultorio grupal en los últimos 3 años, es posible que lo consideren un paciente nuevo. Consulte con el médico o el consultorio grupal para averiguar si están aceptando nuevos pacientes.

### Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de los servicios. Usted no paga nada por ciertos servicios preventivos si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

### Lo que debe saber

Un médico puede ser un Doctor en Medicina (MD), un Doctor en Medicina Osteopática (DO) y, en algunos casos, un dentista, un podólogo (médico de los pies), un optometrista (médico de los ojos) o un quiropráctico.

Medicare también cubre servicios que recibe de otros proveedores de atención médica, como:

- Especialistas en enfermería clínica
- Psicólogos clínicos
- Trabajadores sociales clínicos
- Terapeutas matrimoniales y familiares
- Asesores de salud mental
- Profesionales de enfermería
- Terapeutas ocupacionales
- Asistentes médicos
- Fisioterapeutas
- Patólogos especialistas en lenguaje

### Más información

- Vaya a “Servicios preventivos y de detección” en la página 99.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/doctor-other-health-care-provider-services](https://www.es.Medicare.gov/coverage/doctor-other-health-care-provider-services).

## Medicamentos

Vaya a:

- “Quimioterapia” en la página 22.
- “Insulina” en las páginas 64–65.
- “Anticuerpos monoclonales para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en etapa temprana” en la página 80.

- “Servicios de tratamiento para el trastorno por uso de opioides” en las páginas 84–85.
- “Medicamentos para la osteoporosis” en la página 86–87.
- “Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH” en la página 96.
- “Medicamentos recetados (ambulatorios)” en la página 97.
- “Vacunas” en la página 120.



## Equipo médico duradero (DME, en inglés)

La Parte B cubre el DME médicamente necesario si su médico u otro proveedor de atención médica lo receta para su uso en su hogar. Debe alquilar la mayoría de los artículos, pero también puede comprarlos. Algunos artículos pasan a ser de su propiedad después de haber realizado una cierta cantidad de pagos de alquiler. El equipo más costoso, como las sillas de ruedas y las camas de hospital, pasa a ser suyo después de 13 meses de pagos de alquiler.

El equipo médico duradero cubierto por Medicare incluye, entre otros, lo siguiente:

- Bastones
- Sillas inodoro
- Terapia de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP)
- Muletas
- Monitores de glucosa y suministros relacionados
- Dispositivos de oscilación torácica de alta frecuencia
- Camas hospitalarias
- Bombas de infusión y suministros
- Dispositivos de compresión eléctrica para linfedema
- Equipos y accesorios de oxígeno (incluidos humidificadores de oxígeno)
- Dispositivos de asistencia respiratoria
- Andadores
- Sillas de ruedas y scooters

### Costos

Después de cumplir con el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para DME (si su proveedor acepta la asignación).

### Lo que debe saber

Es importante preguntar a un proveedor si participa en Medicare o si aceptará la asignación de sus reclamaciones antes de adquirir Equipo Médico Duradero (DME). Si un proveedor participa en Medicare, está obligado a aceptar la asignación (lo que significa que solo puede cobrarle el deducible de la Parte B y el coseguro sobre la cantidad aprobada por Medicare).

Un proveedor que no participa no tiene la obligación de aceptar la asignación, aunque podría optar por hacerlo en su caso particular. Si un proveedor de DME no participa en Medicare o no acepta la asignación, es posible que se le cobre una cantidad mayor. En el caso del alquiler de DME, asegúrese de que el proveedor esté dispuesto a aceptar la asignación para todos los meses de alquiler; de lo contrario, tendrá que pagar el costo total del DME por adelantado. Si esto sucede, Medicare le reembolsará posteriormente la parte del costo que cubre, una vez que sus reclamaciones hayan sido enviadas y procesadas por Medicare.

### **Más información**

- Visite [es.Medicare.gov/coverage/durable-medical-equipment-dme-coverage](https://www.medicare.gov/coverage/durable-medical-equipment-dme-coverage).
- Para encontrar equipos médicos y proveedores de DME cerca de usted, visite [es.Medicare.gov/medicalequipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medicalequipment-suppliers).

## **Controles de electrocardiogramas (EKG o ECG, en inglés)**

Los electrocardiogramas ayudan a detectar problemas cardíacos. La Parte B cubre un EKG o ECG de rutina si su médico u otro proveedor de atención médica le da un referido durante su visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare”. La Parte B también cubre los EKG o ECG como pruebas diagnósticas.

### **Con qué frecuencia**

Una vez cuando recibe un referido como parte de su visita de “Bienvenido a Medicare” y, más a menudo, como prueba de diagnóstico si es médicamente necesario.

### **Costos**

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Si se somete a la prueba en un hospital o en una clínica que sea propiedad de un hospital, también deberá pagar un copago al hospital.

### **Más información**

- Vaya a:
  - “Pruebas diagnósticas no de laboratorio” en la página 38.
  - “Visitas preventivas” en las páginas 100–101.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/electrocardiogram-ekg-or-ecg-screenings](https://www.medicare.gov/coverage/electrocardiogram-ekg-or-ecg-screenings).

## **Servicios de departamentos de emergencias**

La Parte B suele cubrir los servicios que obtiene en el departamento de emergencias cuando sufre una lesión, una enfermedad repentina o una enfermedad que empeora mucho rápidamente.

### **Costos**

- Usted abona un copago por cada vez que acude a una sala de emergencias y un copago por cada servicio de hospital.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, también paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico.

- Si su médico u otro proveedor de atención médica lo admite en el mismo hospital por una condición relacionada dentro de los 3 días posteriores a su visita a la sala de emergencias, usted no paga los copagos porque Medicare considera que su visita es parte de su estadía como paciente hospitalizado.

### **Lo que debe saber**

Medicare solo cubre los servicios de emergencia fuera de EE.UU. en situaciones excepcionales.

### **Más información**

Vaya a “Viajar fuera de EE.UU.” en las páginas 119-120.

Visite [es.Medicare.gov/coverage/emergency-department-services](https://es.Medicare.gov/coverage/emergency-department-services).

## **Nutrición enteral y parenteral (nutrientes, suministros y equipos)**

La Parte B cubre la nutrición enteral y parenteral, los nutrientes, los suministros y el equipo (bombas de alimentación) bajo el beneficio del dispositivo protésico.

### **Costos**

- Luego del deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para nutrición enteral y parenteral, nutrientes, suministros y equipos.
- Medicare cubrirá su bomba de infusión enteral de un médico, otro proveedor de atención médica o suplidor que acepte la asignación. Si un proveedor no acepta la no hay límite en la cantidad que pueden cobrarle, y es posible que tenga que pagar la factura completa (tanto su parte como la parte de Medicare) cuando reciba la bomba.

### **Más información**

Para encontrar equipos médicos y proveedores cerca de usted, visite [es.Medicare.gov/medicalequipment-suppliers](https://es.Medicare.gov/medicalequipment-suppliers).

## **Visitas virtuales (E-visits en inglés)**

Las visitas virtuales son comunicaciones no presenciales que usted mantiene con su médico u otro proveedor de atención médica mediante un portal de pacientes en línea (en lugar de acudir a su consultorio). Medicare cubre las visitas virtuales. Para realizar una visita virtuales, debe solicitársela a su proveedor de atención médica. Los proveedores que pueden ofrecer estos servicios incluyen:

- Médicos
- Enfermeros de práctica avanzada (Nurse practitioners)
- Enfermeros especialistas clínicos
- Asistentes médicos
- Fisioterapeutas

- Terapeutas ocupacionales
- Patólogos del habla y el lenguaje

Medicare también cubre las visitas virtuales con los siguientes proveedores si usted está recibiendo servicios de salud mental:

- Trabajadores sociales clínicos con licencia
- Psicólogos clínicos
- Terapeutas matrimoniales y familiares
- Consejeros de salud mental

### **Costos**

Una vez que haya cubierto el deducible de la Parte B, usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de su proveedor.

### **Lo que debe saber**

Las visitas virtuales —un tipo de telesalud— son diferentes de las consultas virtuales breves (\*virtual check-ins\*) (comunicaciones breves en tiempo real que, por lo general, duran 10 minutos o menos).

### **Más información**

- Vaya a:
  - “Telesalud” en las páginas 116-117.
  - “Consultas virtuales breves” en la página 121.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/e-visit](https://www.medicare.gov/coverage/e-visit)

## **Exámenes de la vista**

Medicare cubre ciertos exámenes de la vista, que incluyen:

- Exámenes de la vista si tiene diabetes: Vea a continuación.
- Exámenes de detección de glaucoma: Vaya a la página 51.
- Pruebas y tratamiento de la degeneración macular: Vaya a la página 71.

### **Examen de la vista (para diabetes)**

Parte B cubre exámenes de la vista para la retinopatía diabética. Debe hacerse el examen con un oftalmólogo legalmente autorizado para realizar la prueba en su estado.

### **Con qué frecuencia**

Una vez al año.

**Costos**

Luego del deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por servicios médicos. Como paciente ambulatorio, también paga el copago.

**Más información**

- Vaya a “Servicios para la diabetes” y “Suministros para la diabetes” en las página 37.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/eye-exams-for-diabetes](https://es.Medicare.gov/coverage/eye-exams-for-diabetes).

**Exámenes de la vista (rutinario)**

Los exámenes de la vista evalúan la salud ocular general y buscan signos de problemas de visión o enfermedades. Medicare no cubre exámenes oftalmológicos (a veces denominados “refracciones”) para gafas o lentes de contactos.

**Costos**

Usted paga todos los costos de los servicios no cubiertos, incluidos los exámenes oculares de rutina para anteojos o lentes de contacto.

**Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/eye-exams-routine](https://es.Medicare.gov/coverage/eye-exams-routine).

**Anteojos y lentes de contacto**

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

**Costos**

- Usted paga todos los costos de los servicios no cubiertos, incluidos la mayoría de los anteojos o lentes de contacto.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para lentes correctivos después de cada cirugía de cataratas cubierta que incluya una lente intraocular.
- Usted paga cualquier costo adicional por monturas de categoría superior. Medicare solo pagará por lentes de contacto o anteojos adquiridos a un proveedor que participe en Medicare, independientemente de si la reclamación la presenta usted o su proveedor.

**Más información**

- Vaya a “Cirugía de cataratas” en la página 21.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/eyeglasses-contact-lenses](https://es.Medicare.gov/coverage/eyeglasses-contact-lenses).

**Ojos**

Vaya a “Ojos y extremidades artificiales” en la página 13.



## Exámenes de sangre oculta en materia fecal (examen médico)

Las pruebas de sangre oculta en heces pueden ayudar a detectar el cáncer de colon o de recto en una etapa temprana, cuando el tratamiento es más eficaz. Parte B. Medicare cubre estas pruebas de detección si obtiene una referencia por escrito de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.

### Con qué frecuencia

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

### Costos

- Usted no paga nada por esta prueba si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.
- Si obtiene un resultado positivo después de una prueba de detección de sangre oculta en heces, Medicare también cubre una colonoscopia de seguimiento como prueba de detección.

### Más información

- Vaya a “Exámenes de detección de cáncer colorrectal” en la página 26.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/fecal-occult-blood-tests](https://es.Medicare.gov/coverage/fecal-occult-blood-tests).

## Servicios en centros de salud federalmente calificados

Los Centros de Salud Calificados Federalmente son centros de salud pública que ofrecen servicios de atención médica a personas y otros que no tienen acceso adecuado a la atención médica. La Parte B cubre una amplia gama de servicios ambulatorios, de atención primaria y preventivos que puede obtener en los Centros de Salud Federalmente Calificados.

### Costos

Por lo general, usted paga el 20% del costo de cualquier servicio que reciba en un Centro de Salud Federalmente Calificado. Usted no paga nada por la mayoría de los servicios preventivos. El deducible de la Parte B no se aplica. Los Centros de Salud Federalmente Calificados ofrecen tarifas más bajas si usted tiene ingresos limitados.

### Más información

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

## Bombas de alimentación

Vaya a “Nutrición enteral y parenteral (nutrientes, suministros y equipos)” en la página 45.



## Exámenes de sigmoidoscopia flexible

Una sigmoidoscopia flexible es un procedimiento endoscópico que ayuda a detectar el cáncer en el colon o el recto en una etapa temprana, cuando el tratamiento es más eficaz. La Parte B cubre las pruebas de detección mediante sigmoidoscopia flexible.

### Con qué frecuencia

Para la mayoría de las personas de 45 años o más: 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible o una colonografía por tomografía computarizada (TC) previa. Si usted no presenta un alto riesgo de cáncer colorrectal, pero se ha realizado una colonoscopia de detección, 120 meses después de la colonoscopia de detección anterior.

### Costos

- Usted no paga nada por esta prueba si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.
- Si el proveedor de atención médica encuentra y extirpa una lesión o un tumor durante la sigmoidoscopia flexible, pagará el 15% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico. En un hospital ambulatorio o un centro quirúrgico ambulatorio, también paga al centro un coseguro del 15%. En estos casos, no se aplica el deducible de la Parte B.

### Más información

- Vaya a “Exámenes de detección de cáncer colorrectal” [en la página 27](#).
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/flexible-sigmoidoscopies](https://es.Medicare.gov/coverage/flexible-sigmoidoscopies).



## Vacunas contra la gripe

Las vacunas contra la gripe pueden evitar que se enferme con los virus de la influenza estacional (gripe) durante el otoño y el invierno. La Parte B cubre la vacuna contra la gripe.

### Con qué frecuencia

Por lo general, una vacuna por temporada de gripe.

### Costos

Usted no paga nada si el médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación por administrar la vacuna.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/flu-shots](https://es.Medicare.gov/coverage/flu-shots).

## Cuidados de pies

El cuidado de los pies puede ayudar a prevenir o tratar afecciones del pie y del tobillo. La Parte B cubre los exámenes o tratamientos podológicos (realizados por un especialista en pies) si es un tratamiento médicamente necesario para lesiones o enfermedades de los pies (tales como dedos en martillo, deformidades por juanetes y espolones calcáneos).

Por lo general, Medicare no cubre el cuidado **rutinario** de los pies, como cortar o quitar callos y callosidades, recortar, cortar o cortar uñas, o el mantenimiento higiénico u otro mantenimiento preventivo, como limpiar y remojar los pies.

### Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por cualquier tratamiento de los pies necesario por razones médicas que reciba de su médico u otro proveedor de atención médica.
- En un entorno hospitalario ambulatorio, también paga un copago por **tratamientos médicos necesarios**.
- En la mayoría de los casos, usted paga por todos los servicios no cubiertos, incluyendo **el cuidado rutinario** de los pies. Si (en circunstancias muy limitadas) Medicare cubre el cuidado de rutina de sus pies, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de alcanzar el deducible de la Parte B.

### Más información

- Si tiene diabetes, vaya a “Zapatos terapéuticos o plantillas” en la página 117 y “Cuidado de los pies (para la diabetes)” a continuación.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/foot-care-other](https://www.medicare.gov/coverage/foot-care-other).

## Cuidado de los pies (para diabetes)

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

### Con qué frecuencia

Cada 6 meses si tiene neuropatía periférica diabética y pérdida de la sensibilidad protectora, siempre y cuando no haya visto a un profesional del cuidado de los pies por otro motivo entre visitas.

### Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por cualquier tratamiento de pie médicamente necesario que reciba de su médico u otro proveedor de atención médica.
- En entornos de cuidado de salud en hospitales para pacientes ambulatorios, también debe abonar un copago por tratamientos necesarios por razones médicas.

### Más información

- Vaya a “Zapatos terapéuticos o plantillas” en la página 117.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/foot-care-for-diabetes](https://www.medicare.gov/coverage/foot-care-for-diabetes).



## Exámenes médicos de glaucoma

Las pruebas de detección de glaucoma revisan sin dolor la visión y la salud del nervio óptico para buscar signos de la enfermedad ocular glaucoma. La Parte B cubre esta prueba de detección si tiene un alto riesgo de desarrollar glaucoma.

Usted tiene un alto riesgo si presenta una o más de estas condiciones:

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

### Con qué frecuencia

Una vez cada 12 meses.

### Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.
- En un entorno de cuidado de salud ambulatorio, usted también paga un copago.

### Lo que debe saber

Un oftalmólogo con autorización legal para realizar la prueba de glaucoma en su estado debe realizar o supervisar su examen.

### Más información

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

## Membresías de gimnasio y programas de estado físico

Medicare Original no cubre membresías de gimnasios ni programas de acondicionamiento físico.

### Costos

Usted paga todos los costos por servicios no cubiertos, incluidas membresías de gimnasios y programas de acondicionamiento físico.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/gym-memberships-fitness-programs](https://es.Medicare.gov/coverage/gym-memberships-fitness-programs).

## Programas de educación sobre la salud y el bienestar

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

- Exámenes de detección y consejería sobre el abuso del alcohol: Vaya a la página 10.
- Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco: Vaya a la página 31.
- Exámenes de detección de depresión: Vaya a la página 35.
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Vaya a la página 35.
- Educación sobre la enfermedad renal: Vaya a las páginas 65-66.
- Servicios de terapia de nutrición médica, si cumple con ciertas condiciones: Pasa a la página 68.
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Vaya a la página 73.
- Terapia conductual para la obesidad: Vaya a la página 82.
- Una visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”: Vaya a las páginas 100-101.
- Visitas anuales de “Bienestar”: Vaya a las páginas 101-102.

## Exámenes de audición y equilibrio

Estos exámenes evalúan su audición y equilibrio para diagnosticar o tratar diversas afecciones. La Parte B cubre exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio (riesgo de caídas) si su médico u otro proveedor de atención los solicita para determinar si usted necesita tratamiento médico.

También puede visitar a un audiólogo una vez cada 12 meses sin una orden de su proveedor de atención médica, pero solo para:

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

### Costos

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.
- En un ámbito de cuidado de salud ambulatorio, también abona un copago al hospital.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/hearing-balance-exams](https://es.Medicare.gov/coverage/hearing-balance-exams).

## Audífonos

Los audífonos son dispositivos electrónicos que ayudan a las personas con pérdida auditiva a oír mejor. Medicare no cubre audífonos ni exámenes para colocar audífonos.

**Costos**

Usted paga todos los costos por servicios no cubiertos, incluyendo los audífonos y los exámenes.

**Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/hearing-aids](https://es.Medicare.gov/coverage/hearing-aids).

**Vacunas contra la hepatitis B**

Las vacunas contra la hepatitis B (vacunas) ayudan a proteger contra el virus de la hepatitis B. La Parte B cubre estas vacunas preventivas si cumple con 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 cualquier otra condición o situación médica que lo ponga en riesgo medio o alto de contraer hepatitis B (como diabetes, Enfermedad Renal en Etapa Final (ESDR) o vivir con alguien que tiene hepatitis B).

**Costos**

Usted no paga nada médica acepta la asignación.

**Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/hepatitis-b-shots](https://es.Medicare.gov/coverage/hepatitis-b-shots).

**Exámenes de detección el virus de la hepatitis B (VHB)**

Estas pruebas de detección ayudan a averiguar si usted está infectado con el VHB. Medicare cubre una prueba de detección del VHB si su médico u otro proveedor de atención médica ordena una y usted cumple con una de estas condiciones:

- Presenta alto riesgo de infección por el virus de la hepatitis B.
- Está embarazada.

**Con qué frecuencia**

- Anualmente si tiene alto riesgo continuo y no recibe una vacuna contra la hepatitis B.
- Si está embarazada, en los siguientes momentos, incluso si recibió previamente la vacuna contra la hepatitis B o tuvo resultados negativos en las pruebas de detección del VHB:
  - Primera visita prenatal
  - Durante el parto si tiene factores de riesgo nuevos o continuos

**Costos**

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

**Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/hepatitis-b-virus-hbv-infection-screenings](https://es.Medicare.gov/coverage/hepatitis-b-virus-hbv-infection-screenings).



## **Pruebas de detección del virus de la hepatitis C**

Estas pruebas de detección ayudan a averiguar si estás infectado con el virus de la hepatitis C. Medicare cubre una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica ordena una, y usted cumple con al menos una de estas condiciones:

- Usted corre un alto riesgo porque:
  - Consume o ha consumido drogas ilícitas inyectables.
  - Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.
- Nació entre 1945 y 1965.

### **Con qué frecuencia**

- Una vez al año, si tiene un alto riesgo porque ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de hepatitis C negativa.
- Una vez en su vida si tiene un alto riesgo porque:
  - Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.
  - Usted usó drogas ilícitas inyectables en el pasado.
- Una vez, en su vida si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo.

### **Costos**

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

### **Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/hepatitis-c-virus-infection-screenings](https://es.Medicare.gov/coverage/hepatitis-c-virus-infection-screenings).

## **Dispositivos de oscilación torácica de alta frecuencia**

Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43-44.

## **Servicios de cuidado de salud en el hogar**

El cuidado de salud en el hogar abarca una amplia gama de servicios de salud que usted puede recibir en su hogar a causa de una enfermedad o lesión, con el fin de ayudarle a recuperarse, mantener su estado actual o nivel de funcionalidad, o ralentizar su deterioro. Por lo general, el cuidado de salud en el hogar resulta menos costoso y más conveniente que la atención que se recibe en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Dependiendo de sus necesidades, también puede ser igual de eficaz.

La Parte A y/o la Parte B cubren los servicios de atención médica en el hogar elegibles siempre y cuando necesites servicios especializados a tiempo parcial o intermitentes y esté “confinado en casa”, lo que significa que usted debe cumplir ambas de estas condiciones:

- Salir de su casa no es recomendable por su condición o usted tiene problemas para salir de su casa sin ayuda (como usar un bastón, una silla de ruedas, un andador o muletas, transporte especial o la ayuda de otra persona) debido a una enfermedad o lesión.
- Normalmente no puede salir de su casa porque conlleva un esfuerzo importante.

Los servicios de cuidado de salud en el hogar cubiertos incluyen lo siguiente:

- Cuidado de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente necesario por razones médicas, como:
  - Cuidado de heridas para úlceras por presión o heridas quirúrgicas
  - Educación para pacientes y cuidadores
  - Terapia intravenosa o nutricional
  - Inyecciones
  - Control de enfermedades graves y estados de salud inestables
- Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje (si cumple con ciertas condiciones)
- Servicios médicos y sociales
- Atención de asistente de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitente (solo si también recibe atención de enfermería especializada, fisioterapia, servicios de patología del habla y el lenguaje o terapia ocupacional al mismo tiempo), como:
  - Ayuda para caminar
  - Baños y aseo personal
  - Cambio de la ropa de cama
  - Alimentación
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis para mujeres que cumplen con ciertos criterios
- Equipo médico duradero.
- Suministros médicos para usar en el hogar

Medicare **no** paga por:

- Cuidado las 24 horas del día en su hogar
- Entrega de comidas a domicilio
- Servicios domésticos (como compras y limpieza) que no estén relacionados con su plan de cuidado
- Cuidado personal o de compañía que lo ayuda con actividades cotidianas (como bañarse, vestirse o ir al baño) cuando este sea el único cuidado que necesite

No calificará para el beneficio de salud en el hogar si necesita atención especializada que no sea a tiempo parcial o intermitente. Puede salir de casa para recibir tratamiento médico o ausentarse brevemente y poco frecuente por razones no médicas, como asistir a servicios religiosos. También puede recibir cuidado de salud en el hogar si asiste a cuidado para adultos.

### **Con qué frecuencia**

- Si cumple con los requisitos, puede recibir un número ilimitado de visitas de cuidado de salud en el hogar.
- En la mayoría de los casos, “a tiempo parcial o intermitente” significa que podría recibir servicios de enfermería especializada y de asistentes de salud a domicilio por hasta 8 horas al día (combinadas), con un máximo de 28 horas a la semana.
- Podría recibir atención con mayor frecuencia durante un periodo breve (menos de 8 horas al día y hasta 35 horas a la semana) si su médico u otro proveedor de atención médica determina que es necesario.

### **Costos**

- No paga nada por los servicios de cuidado de salud en el hogar cubiertos.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico cubierto por Medicare.

Antes de comenzar a recibir cuidado de salud en el hogar, la agencia de cuidado de salud en el hogar debe decirle cuánto pagará Medicare. También debe informarle (verbalmente y por escrito) si Medicare no pagará los artículos o servicios que le brinden, y cuánto tendrá que pagar. La agencia de cuidado de salud en el hogar tiene que entregarle un aviso, llamado “Aviso anticipado al beneficiario de cuidado de salud en el hogar” (ABN) antes de darle servicios y suministros que Medicare no cubre.

### **Lo que debe saber**

- Un proveedor de atención médica (como una enfermera practicante) debe evaluarlo cara a cara antes de certificar que necesita servicios de atención médica en el hogar. Un proveedor de atención médica debe ordenar su atención, y una agencia de atención médica en el hogar certificada por Medicare debe proporcionarla.
- Si su proveedor decide que necesita atención médica en el hogar, debe darle una lista de las agencias que atienden su área. Usted no paga nada por los servicios de salud en el hogar cubiertos. También puede visitar [es.Medicare.gov/care-compare](https://www.es.Medicare.gov/care-compare) para obtener una lista de agencias de cuidado de salud en el hogar cerca de usted.
- Una vez que su médico u otro proveedor haga el referido para sus servicios de Cuidado de salud en el hogar, la agencia especializada programará una cita para hablar sobre sus necesidades y su salud.

### **Más información**

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

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

La terapia de infusión administra medicamentos u otros tratamientos por vía intravenosa (por venas) o subcutánea (debajo de la piel). La terapia de infusión a domicilio le permite recibir estos servicios en su hogar, en lugar de en un hospital o clínica. La Parte B cubre el equipo y los suministros para la infusión a domicilio como equipo médico duradero (DME). También cubre servicios de terapia de infusión en el hogar necesarios para administrar de forma segura ciertos medicamentos intravenosos o subcutáneos en el hogar, como visitas de enfermería, capacitación del cuidador y monitorear al paciente.

### Costos

En la mayoría de los casos, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de terapia de infusión en el hogar y por el equipo y los suministros que usa en su hogar. El deducible de la Parte B se aplica al equipo y suministros.

### Lo que debe saber

El equipo y los suministros de infusión en el hogar incluyen bombas, postes intravenosos, tubos y catéteres para la terapia de infusión para administrar ciertos medicamentos de infusión en el hogar.

### Más información

- Vaya a:
- “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 20–21.
- “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43–44.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/home-infusion-therapy-services-equipment-supplies](https://www.medicare.gov/coverage/home-infusion-therapy-services-equipment-supplies).
- Para encontrar equipo médico y proveedores cerca de usted, visite [es.Medicare.gov/medicalequipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medicalequipment-suppliers).

## Cuidados paliativos/hospicio

Es la atención al final de la vida para personas con enfermedades no curables. El cuidado paliativo aprobado por Medicare generalmente se proporciona en su hogar u otro lugar, como una residencia asistida o un hogar de ancianos. Si tiene ciertos requisitos, puede recibirlos internado en un centro de cuidados paliativos. Debe tener la Parte A y cumplir con todas estas condiciones:

- Su médico de cuidado paliativos y su médico regular (si tiene) certifican que tiene una enfermedad terminal (expectativa de vida de 6 meses o menos).
- Usted acepta la atención de comodidad (cuidados paliativos) en lugar de la atención para curar su enfermedad terminal y condiciones relacionadas.
- Usted firma una declaración eligiendo cuidados paliativos y no otros tratamientos cubiertos por Medicare para su enfermedad y condiciones relacionadas.

Si reúne los requisitos, puede recibir cuidados paliativos durante dos períodos de beneficios de 90 días, seguidos de un número ilimitado de períodos de beneficios de 60 días. Puede cambiar su proveedor de hospicio una vez por período de beneficios.

## **Costos**

- No paga si recibe atención de un proveedor aprobado por Medicare.
- Usted paga un copago de hasta \$5 por cada medicamento ambulatorios recetado para el dolor y los síntomas. Si el beneficio de hospicio no cubre su medicamento, su proveedor de hospicio debe comunicarse con su plan para ver si la Parte D lo cubre. El proveedor de hospicio le informará si algún medicamento o servicio no está cubierto y por qué, además le informará si debe pagar por los servicios.
- Puede pagar el 5% de la cantidad aprobada por Medicare por el cuidado de relevo para pacientes hospitalizados (cuidado a corto plazo para ayudar a sus cuidadores a descansar). Su copago no puede exceder la cantidad del deducible para pacientes hospitalizados durante el año (\$1,736 en 2026).
- Medicare Original pagará los beneficios cubiertos por problemas de salud que no son parte del tratamiento de su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, pero usted debe pagar deducibles y coseguro necesarios. Cuando elija el cuidado de hospicio, su beneficio de hospicio normalmente cubrirá todo lo que necesita.
- Es posible que deba pagar su alojamiento y comida si vive en un centro (como un asilo de ancianos) y elige recibir cuidado de hospicio.
- Si su equipo de cuidados paliativos determina que usted necesita atención hospitalaria, deberán encargarse de organizar su estadía. Si no lo hacen, usted podría ser responsable de todos los costos de su atención hospitalaria.

## **Lo que debe saber**

Solo su médico de hospicio y su médico regular (si tiene) pueden certificar que usted sufre de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Después de 6 meses, puede continuar recibiendo cuidados paliativos siempre y cuando el director médico del hospicio o el médico del hospicio vuelva a certificar (después de una reunión en persona con el médico o el enfermero del hospicio) que usted sigue teniendo una enfermedad terminal.

Cuando decida recibir cuidados paliativos, la agencia de cuidados le solicitará leer y firmar una “Declaración de Elección de Cuidados Paliativos”. Este documento identifica a la agencia que le brindará la atención y le proporciona información importante sobre los servicios de cuidados paliativos, incluida la fecha de inicio de dichos servicios y la identidad del médico tratante que usted haya elegido. Este documento debe completarse antes de que usted reciba cualquier servicio de cuidados paliativos.

Puede solicitar un anexo a la “Declaración de Elección de Cuidados Paliativos” en el que se enumeren los artículos, servicios y medicamentos que su agencia de cuidados no cubrirá por no estar relacionados con su enfermedad terminal. Si su cobertura cambia, su proveedor de cuidados paliativos le entregará un anexo actualizado para que usted pueda tomar las decisiones de tratamiento que mejor se ajusten a sus necesidades.

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

- Servicios de médicos.
- Cuidados de enfermería y servicios médicos.
- Equipos médicos duraderos para el alivio del dolor y el tratamiento de los síntomas.
- Suministros médicos, como vendas o catéteres.
- Medicamentos para el manejo del dolor y los síntomas.
- Servicios de un asistente y servicios domésticos.
- Servicios de terapia física.
- Servicios de terapia ocupacional.
- Servicios de patología del habla y lenguaje.
- Servicios sociales.
- Asesoramiento nutricional.
- Asesoramiento espiritual y del duelo para usted y su familia.
- Atención de internación a corto plazo para el tratamiento del dolor y los síntomas.
- Cuidado de relevo para pacientes hospitalizados, es cuidado recibido en un centro aprobado por Medicare (centro para pacientes hospitalizados, un hospital o un hogar de ancianos), para que su cuidador habitual (familiar o amigo) pueda descansar. Su proveedor de cuidados paliativos se encargará. Puede quedarse hasta 5 días cada vez que reciba cuidado de relevo. Puede obtener cuidado de relevo más de una vez, pero solo de vez en cuando.
- Otro servicio que Medicare cubra para controlar su dolor y síntomas relacionados con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, recomendado por su equipo de hospicio.

### Más información

- Vaya a “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 20-21.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/hospice-care](https://es.Medicare.gov/coverage/hospice-care).

### Camas de hospital

Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43-44.

## Pruebas de detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Las pruebas de detección del VIH sirven para determinar si usted ha sido infectado con el VIH. La Parte B cubre una prueba de detección del VIH si usted cumple con una de estas condiciones:

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

### Con qué frecuencia

Una vez al año, si cumple con una de las condiciones mencionadas anteriormente. Si está embarazada, puede realizarse la prueba de detección hasta 3 veces durante su embarazo.

### Costos

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

### Más información

- Consulte “Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH” en la página 96.
- Visite [Medicare.gov/coverage/hiv-human-immunodeficiency-virus-screenings](https://www.Medicare.gov/coverage/hiv-human-immunodeficiency-virus-screenings).

## Pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH)

Vaya a “Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vagina” en la página 22.

## Terapia con oxígeno hiperbárico

La terapia con oxígeno hiperbárico es un proceso en el que todo su cuerpo es expuesto a oxígeno bajo presión atmosférica aumentada. Medicare puede cubrir esta terapia si usted tiene ciertas condiciones y la recibe en una cámara (incluida una unidad para una sola persona).

### Costos

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

### Más información

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

## Bombas de infusión y suministros

Las bombas de infusión son dispositivos médicos que ayudan a administrar medicamentos en su cuerpo de manera controlada y durante un período prolongado. Si cumple con ciertos requisitos, la Parte B cubre determinadas bombas de infusión que se llevan fuera del cuerpo (externas) y determinadas bombas de infusión que se colocan quirúrgicamente (implantables). Algunos ejemplos de bombas de infusión y suministros cubiertos por la Parte B son:

- Bomba externa para tratar la intoxicación por hierro con deferoxamina o para el manejo del dolor oncológico con morfina.
- Bomba implantable para tratar ciertos tipos de cáncer de hígado mediante quimioterapia.

### Costos

Una vez que haya cubierto el deducible de la Parte B, usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare.

### Más información

Consulte la sección “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43–44.

## Cuidado de salud de pacientes internados

La Parte A generalmente cubre la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados si cumple con las dos condiciones siguientes:

- Usted ingresa al hospital como paciente hospitalizado tras una orden oficial de un médico, que indica que usted necesita cuidado de salud como paciente hospitalizado para tratar su enfermedad o lesión.
- El hospital acepta Medicare.

Los servicios de hospital para pacientes internados cubiertos por Medicare incluyen:

- Habitaciones semiprivadas
- Comidas
- Enfermería general
- Ciertos medicamentos (incluida la metadona para tratar un trastorno por consumo de opioides)
- Otros servicios y suministros hospitalarios que podrías recibir como parte de su tratamiento como paciente hospitalizado

Medicare **no** cubre estos artículos o servicios:

- Servicios privados de enfermería
- Televisión y teléfono en la habitación (si hay cargo separado por estos artículos)
- Artículos de cuidado personal (como pasta dental, máquinas de afeitar o medias)
- Habitación privada (a menos que sea necesario por razones médicas)

## Costos

Lo que usted paga por cada período de beneficios en 2026 depende de la duración de la atención que reciba:

- **Días 1 a 60:** Después de pagar el deducible de \$1,736, usted paga \$0 por día.
- **Días 61 a 90:** Usted paga \$434 por día.
- **Días 91 a 150:** Usted paga \$868 por día mientras utiliza sus 60 días de reserva de por vida. Estos son días adicionales que Medicare cubrirá cuando usted permanezca hospitalizado por más de 90 días. Usted dispone de un total de 60 días de reserva que pueden utilizarse una sola vez en el transcurso de su vida.
- **Después del día 150:** Usted cubre la totalidad de los costos.

La Parte A solo paga hasta 190 días de atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente durante su vida. El límite de 190 días no se aplica a la atención que recibe en una unidad psiquiátrica de “parte diferenciada” certificada por Medicare (una sección físicamente separada de un hospital de cuidados agudos o de acceso crítico que brinda atención psiquiátrica de internación).

Si también tiene la Parte B, generalmente cubre el 80% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios médicos que recibe mientras está en un hospital.

## Lo que debe saber

El cuidado para pacientes hospitalizados incluye la atención que usted recibe en:

- Hospitales de cuidado crítico
- Hospitales de acceso crítico
- Centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados
- Hospitales de cuidados a largo plazo
- Centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados

También incluye la internación como parte de una investigación clínica elegible.

**Nota:** Los hospitales ahora deben compartir los cargos estándar de todos sus artículos y servicios (incluidos los cargos estándar que negocian los planes Medicare Advantage) en un sitio web público para ayudarlo a tomar decisiones más informadas sobre su atención.

## Más información

- Vaya a:
  - “Atención de rehabilitación para pacientes internados”, más abajo.
  - “Servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias”, en la página 74.
  - “Trasplantes de órganos”, en las páginas 85-86.
  - “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios”, en la página 89.
  - “¿Cuánto pago por los servicios cubiertos por la Parte A?”, en las páginas 3-4, para obtener más información sobre los períodos de beneficios.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/inpatient-hospital-care](https://es.Medicare.gov/coverage/inpatient-hospital-care).

## Cuidado de rehabilitación para pacientes hospitalizados

La rehabilitación para pacientes internados puede ser de ayuda si se está recuperando de una cirugía, enfermedad o lesión grave, y necesita un programa intensivo de terapia de rehabilitación, supervisión médica y atención coordinada por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica (incluidos los terapeutas). La Parte A cubre los cuidados necesarios por razones médicas que obtiene en un centro o unidad de rehabilitación para pacientes internados, (a veces denominado IRF, centro de rehabilitación de cuidado crítico u hospital de rehabilitación). Su médico u otro proveedor de atención médica debe certificar que usted tiene una condición médica que requiere rehabilitación intensiva, supervisión médica continua y atención coordinada.

Parte B cubre los servicios de su médico que usted recibe mientras está en un centro de rehabilitación para pacientes internados.

### Costos

Lo que usted paga por cada periodo de beneficios en 2026 depende de la duración de la atención que reciba:

- **Días 1 al 60:** Después de pagar el deducible de \$1,736, usted paga \$0 por día.
- **Días 61 al 90:** Usted paga \$434 por día.
- **Días 91 al 150:** Usted paga \$868 por día mientras utiliza sus 60 días de reserva de por vida. Estos son días adicionales que Medicare cubrirá cuando usted permanezca hospitalizado por más de 90 días. Usted dispone de un total de 60 días de reserva que pueden utilizarse una sola vez en el transcurso de su vida.
- **Después del día 150:** Usted cubre la totalidad de los costos.

**Nota:** No tiene que pagar un deducible por cuidados de rehabilitación para pacientes internados si Medicare ya le cobró un deducible por la atención que recibió en una hospitalización anterior dentro del mismo período de beneficios. Esto es porque su período de beneficios comienza el primer día de su hospitalización anterior y esa hospitalización cuenta para su deducible. Por ejemplo, usted no debe pagar un deducible por cuidados de rehabilitación en los siguientes casos:

- Usted es transferido a un centro de rehabilitación para pacientes internados directamente desde un hospital de cuidado crítico.
- Lo admiten en un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados dentro de los 60 días posteriores al alta de un hospital.

## Lo que debe saber

La atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare incluye:

- Servicios de rehabilitación, incluyendo terapia física, terapia ocupacional y patología del habla-lenguaje
- Una habitación semiprivada
- Comidas
- Servicios de enfermería
- Medicamentos recetados
- Otros servicios y suministros hospitalarios

Medicare **no** cubre estos artículos y servicios:

- Servicios privados de enfermería
- Un teléfono o televisor en su habitación (si hay un cargo por separado)
- Artículos de cuidado personal (como pasta de dientes, maquinillas de afeitar o medias)
- Habitación privada (a menos que sea necesario por razones médicas)

## Más información

- Vaya a “¿Qué pago por los servicios cubiertos por la Parte A?” en las páginas 3-4 para obtener más información sobre los periodos de beneficios.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/inpatient-rehabilitation-care](https://www.medicare.gov/coverage/inpatient-rehabilitation-care).

## Insulina

La insulina es una hormona natural que ayuda a mantener niveles saludables de azúcar en la sangre. Si utiliza una bomba de insulina cubierta bajo el beneficio de Equipos Médicos Duraderos (DME) de la Parte B, dicha Parte B cubre tanto la insulina utilizada con la bomba como la bomba misma. La Parte B no cubre la insulina que es: autoadministrada mediante plumas, bombas de insulina desechables (también conocidas como bombas de parche) o la insulina utilizada con estas, ni los suministros relacionados con la insulina (tales como jeringas, agujas, toallitas con alcohol o gasas).

Si usted cuenta con un plan de la Parte D, este podría cubrir:

- Insulina inyectable (insulina que usted se inyecta con una pluma o una aguja)
- Insulina que usted utiliza con bombas que no califican como DME, tales como:
  - Bombas que habitualmente se reemplazan después de 2 o 3 días (como las bombas de parche)
  - Bombas reutilizables que utilizan cartuchos de insulina desechables
  - Insulina inhalada
- Ciertos suministros médicos utilizados para las inyecciones de insulina, tales como jeringas, agujas, gasas y toallitas con alcohol

## Costos

- El costo de un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por la Parte D y la Parte B tiene un límite de \$35, y no tiene que pagar un deducible por la insulina. Si obtiene un suministro de insulina para tres meses, sus costos no pueden ser más de \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Esto significa que, por lo general, no pagará más de \$105 por un suministro de tres meses de insulina cubierta.
- Según la Parte D, el límite de \$35 se aplica a todas las personas que se administran insulina, incluso si reciben Ayuda Adicional (un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de la Parte D).
- Si su plan de la Parte D cubre bombas de parche de insulina desechables, la insulina para su bomba no costará más de \$35 por un suministro de un mes de insulina cubierta por la Parte D. Sin embargo, la bomba en sí podría costar más de \$35.
- Si usted tiene la Parte B y un Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) que paga su coseguro de la Parte B, su póliza de Medigap debería cubrir el costo (\$35 o menos) de la insulina.

## Más información

- Vaya a:
  - “Servicios para la diabetes” y “Suministros para la diabetes” en la página 37.
  - “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43–44.
  - Visite [es.Medicare.gov/coverage/insulin](https://es.Medicare.gov/coverage/insulin).
  - Para obtener más información sobre el programa Ayuda Adicional de Medicare, visite [es.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](https://es.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs).

## Programa de Servicios de intensivos para pacientes ambulatorios

Vaya a “Atención de salud mental (ambulatorio): Servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios)” en la página 78.

## Educación sobre enfermedades renales

La educación sobre la enfermedad renal le enseña cómo cuidar sus riñones de la mejor manera posible y lo ayuda a tomar decisiones informadas sobre su atención. Medicare cubre hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal si tiene enfermedad renal crónica en etapa 4 que generalmente requiere diálisis o un trasplante de riñón. Medicare cubre esto si su médico u otro proveedor de atención médica lo deriva para el servicio, y usted recibe el servicio de un médico, cierto proveedor calificado que no es médico o cierto proveedor rural.

## Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por cada sesión si recibe el servicio de un proveedor de atención médica.

## Más información

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

## Servicios y suministros renales

Vaya a “Servicios y suministros de diálisis” en las páginas 40–41.

## Trasplantes renales

Un trasplante de riñón es un procedimiento quirúrgico que coloca un riñón sano de un donante en una persona cuyos riñones han fallado. La Parte A y la Parte B cubren diferentes artículos y servicios relacionados con los trasplantes de riñón. Medicare cubre estos servicios si los recibe del hospital certificado por Medicare donde recibirá su trasplante o de otro hospital que participe en Medicare.

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

- Servicios de hospitalización en un hospital certificado por Medicare
- Una cuota de registro de riñón
- Exámenes de laboratorio y otros necesarios para evaluar la condición médica y las condiciones de los posibles donantes de riñón
- Búsqueda del riñón adecuado para el trasplante (si no hay donante de riñón)
- Cualquier cuidado de salud para pacientes internados para el donante en caso de que surjan problemas en la cirugía
- Sangre (unidades enteras de glóbulos rojos empacados, componentes de la sangre y el costo de procesamiento y administración de la sangre)

La Parte A también cubre el costo total de la atención a su donante de riñón (incluyendo la atención antes de la cirugía, la cirugía como tal y la atención después de la cirugía). Usted y su donante no tendrán que pagar un deducible, coseguro ni ningún otro costo por la internación del donante en el hospital.

### La Parte B cubre servicios de trasplante y paga parte de los costos de sangre y los servicios médicos para lo siguiente:

- Cirugía de trasplante de riñón (que incluye la atención antes de la cirugía, la cirugía en sí y la atención después de la cirugía)
- El donante de riñón durante su internación

Si Medicare ayudó a pagar su trasplante, la Parte B también cubre la terapia farmacológica del trasplante (incluidos los medicamentos inmunosupresores estándar y compuestos) para prevenir el rechazo del órgano.

## Costos

Por el trasplante y los servicios relacionados, usted paga lo siguiente:

- 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de la Parte B, después de alcanzar el deducible de la Parte B.
- Nada por los servicios prestados al donante para un trasplante de riñón.
- Nada por las pruebas de laboratorio aprobadas por Medicare.

Para obtener información sobre los costos de hospitalización de la Parte A, consulte las páginas 61-62.

## Lo que debe saber

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

## Más información

- Vaya a:
  - “Educación sobre la enfermedad renal” en la página 65.
  - “Trasplantes de riñón (niños)” más abajo.
  - “Trasplantes de órganos” en las páginas 85-86.
  - “Medicamentos recetados (ambulatorios)” en las páginas 97-99 para obtener más información sobre los medicamentos inmunosupresores
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/kidney-transplants](https://www.medicare.gov/coverage/kidney-transplants).

## Trasplantes de riñón (niños)

Un trasplante de riñón es un procedimiento quirúrgico que coloca un riñón sano de un donante en un niño cuyos riñones han fallado. La Parte A y la Parte B cubren diferentes artículos y servicios relacionados con los trasplantes de riñón (pediátricos) de niños

### La Parte A usualmente cubre estos servicios de trasplante:

- Servicios para el paciente internado en un hospital aprobado
- Tarifa de registro para trasplante de riñón
- Análisis y otros exámenes necesarios para evaluar la condición médica de su niño y la condición de los posibles donantes de riñón
- Los costos que implica buscar el riñón adecuado para el trasplante de su hijo
- El costo total de cuidado de salud para el donante de riñón para su hijo
- Sangre (si se necesita una transfusión)

### **La Parte B cubre estos servicios de trasplante:**

- Los servicios de los médicos para el trasplante de riñón
- Los servicios de los médicos para el donante de riñón durante su internación
- Sangre (si se necesita una transfusión)

Si Medicare ayudó a pagar el trasplante de su hijo, la Parte B también cubre la terapia farmacológica del trasplante (incluidos los medicamentos inmunosupresores estándar y los preparados magistrales) para prevenir el rechazo del órgano.

### **Costos**

- Después de pagar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de la Parte B.
- Si su hijo tiene otro seguro, es posible que sus costos sean diferentes.
- Para obtener información sobre los costos de hospitalización de la Parte A, consulte las páginas 61-62.

### **Más información**

- Vaya a:
  - “Diálisis (niños)” en la página 39.
  - “Medicamentos recetados (ambulatorios)” en las páginas 97-99 para obtener más información sobre los medicamentos inmunosupresores.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/kidney-transplants-children](https://es.Medicare.gov/coverage/kidney-transplants-children).

## **Exámenes de laboratorio**

- Pruebas diagnósticas de laboratorio: Vaya a la página 38.
- Pruebas diagnósticas no de laboratorio: Vaya a la página 38.

## **Cuidado a largo plazo**

Los cuidados a largo plazo (también denominados “cuidados de custodia” o “servicios y apoyos a largo plazo”) incluyen atención médica y no médica para personas que padecen una enfermedad crónica o una discapacidad. La mayor parte de los cuidados a largo plazo brinda asistencia con las tareas personales básicas de la vida cotidiana, a veces llamadas “actividades de la vida diaria”. Esto incluye acciones como vestirse, bañarse y usar el baño. Los cuidados a largo plazo también pueden incluir comidas a domicilio, cuidados de salud diurnos para adultos, transporte y otros servicios.

Los cuidados a largo plazo son diferentes de la atención especializada en centros de enfermería. Dado que la mayor parte de los cuidados a largo plazo es de naturaleza no médica, Medicare y la mayoría de los seguros de salud —incluido el Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)— no cubren los costos de dichos cuidados.

### **Costos**

Usted paga todos los costos por los servicios no cubiertos, incluida la mayoría de los cuidados a largo plazo.

## Lo que debe saber

- Puede calificar para esta atención a largo plazo a través de Medicaid (si cumple los requisitos de elegibilidad en su estado), o puede optar por comprar un seguro privado de atención a largo plazo.
- Puede recibir cuidado a largo plazo en el hogar, en la comunidad, en un centro de vida asistida o un hogar de ancianos. Es importante comenzar a planificar la atención a largo plazo ahora para mantener su independencia y asegurarse de obtener la atención necesaria, en el entorno deseado, ahora y en el futuro.

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/long-term-care](https://es.Medicare.gov/coverage/long-term-care).

## Servicios de cuidado a largo plazo en hospital

Los hospitales de atención a largo plazo generalmente brindan tratamiento a pacientes con más de una condición grave. El paciente podría mejorar con tiempo y atención y, finalmente, regresar a su hogar. Estos hospitales suelen ofrecer servicios como terapia respiratoria, tratamiento de traumatismos craneales y control del dolor. La Parte A cubre la atención en hospitales de atención a largo plazo.

## Costos

Lo que usted paga por cada periodo de beneficios en 2026 depende de la duración de la atención que reciba:

- **Días 1 al 60:** Después de pagar el deducible de \$1,736, usted paga \$0 por día.
- **Días 61 al 90:** Usted paga \$434 por día.
- **Días 91 al 150:** Usted paga \$868 por día mientras utiliza sus 60 días de reserva de por vida. Estos son días adicionales que Medicare cubrirá cuando usted permanezca hospitalizado por más de 90 días. Usted dispone de un total de 60 días de reserva que pueden utilizarse una sola vez en el transcurso de su vida.
- **Después del día 150:** Usted cubre la totalidad de los costos.

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

- Usted es transferido a un hospital de cuidado a largo plazo directamente desde un hospital de cuidado crítico.
- Lo admiten en un hospital de atención a largo plazo dentro de los 60 días posteriores a ser dado de alta.

### **Más información**

- Vaya a “¿Qué pago por los servicios cubiertos por la Parte A?” en las páginas 3–4 para obtener más información sobre los períodos de beneficios.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/long-term-care-hospital-services](https://es.Medicare.gov/coverage/long-term-care-hospital-services).



### **Evaluaciones para detectar cáncer pulmonar**

Estas pruebas de detección detectan signos tempranos de cáncer de pulmón en adultos que corren el riesgo de contraer la enfermedad. Medicare cubre las pruebas de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (también conocida como “exploración con TAC”) si cumple con todas estas condiciones:

- Tiene entre 50 y 77 años.
- No tiene signos o síntomas de cáncer de pulmón (asintomático).
- Es fumador actual o dejó de fumar en los últimos 15 años.
- Tiene un historial de tabaquismo de al menos 20 “paquetes-año” (un promedio de un paquete (20 cigarrillos) por día durante 20 años).
- Usted recibe una orden de su médico u otro proveedor de atención médica.

### **Con qué frecuencia**

Una vez al año.

### **Costos**

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

### **Lo que debe saber**

Antes de la primera prueba de detección del cáncer de pulmón, deberá programar una cita con el proveedor de atención médica para analizar los beneficios y los riesgos, y decidir si la prueba de detección es adecuada para usted.

### **Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/lung-cancer-screenings](https://es.Medicare.gov/coverage/lung-cancer-screenings).



### **Artículos de compresión para tratar linfedema**

Visite “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43–44.

### **Artículos de compresión para tratar linfedema**

Los artículos del tratamiento compresivo para linfedema ayudan a controlar y reducir la hinchazón causada por linfedema (una condición crónica que causa hinchazón en los tejidos del cuerpo). Medicare puede cubrir sus prendas de compresión degradada (estándar y personalizadas) y vendajes de compresión gradual con correas ajustables, así como suministros para vendajes de compresión. Su médico u otro proveedor de atención médica debe recetar estos artículos.

### **Costos**

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

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/lymphedema-compression-treatment-items](https://es.Medicare.gov/coverage/lymphedema-compression-treatment-items).

## Pruebas de degeneración macular y tratamiento

La degeneración macular es una enfermedad ocular que puede nublar o reducir la visión central. La Parte B puede cubrir ciertas pruebas diagnósticas y tratamientos (incluido el tratamiento con ciertos medicamentos inyectables) si usted tiene degeneración macular relacionada con la edad.

### Costos

- En la mayoría de los casos, después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el medicamento y los servicios de su médico.
- En un entorno de atención ambulatoria, también debe pagar un copago adicional por las instalaciones.

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/macular-degeneration-tests-treatment](https://es.Medicare.gov/coverage/macular-degeneration-tests-treatment).



## Mamografías

Las mamografías son imágenes de rayos X de la mama que se utilizan para detectar el cáncer de mama. Existen diferentes tipos de mamografías. Una mamografía de referencia (generalmente su primera mamografía) crea un registro de su tejido mamario que se compara con todas las mamografías futuras. Una mamografía de detección monitorea la salud de sus mamas cada año. Las mamografías de diagnóstico investigan anomalías, incluidos síntomas o signos de cáncer de mama. 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 de diagnóstico

### Con qué frecuencia

- **Mamografía de referencia:** Una vez en la vida.
- **Mamografías de detección:** Una vez cada 12 meses.
- **Mamografías de diagnóstico:** Con más frecuencia que una vez al año, si son médicamente necesarias.

### Costos

- **Mamografías de detección y de referencia:** Usted no paga nada si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.
- **Mamografías de diagnóstico:** Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

### **Lo que debe saber**

Su proveedor de atención médica puede solicitar una ecografía mamaria después de una mamografía para revisar áreas específicas de su mama. Medicare solo cubre las ecografías mamarias médicamente necesarias cuando su proveedor las ordena.

### **Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/mammograms](https://www.medicare.gov/coverage/mammograms).



## **Servicios de terapia médica nutricional**

Medicare cubre los servicios de terapia nutricional médica si tiene diabetes o enfermedad renal, o si ha tenido un trasplante de riñón en los últimos 36 meses. Un médico debe referirlo para los servicios.

Los servicios que recibe pueden incluir:

- Una evaluación inicial de la alimentación y del estilo de vida
- Servicios de terapia nutricional individual y/o grupal
- Ayudar a controlar los factores de estilo de vida que afectan su diabetes
- Visitas de seguimiento para verificar su progreso.

### **Con qué frecuencia**

- La cobertura inicial incluye 3 horas de servicios de terapia de nutrición médica en el primer año calendario. Estas horas no se pueden transferir al siguiente año calendario.
- Si su médico decide que un cambio en su condición médica requiere un cambio en su dieta, puede darle una referencia por más horas más allá de la cobertura inicial. Puede recibir hasta 2 horas de servicios de seguimiento cada año calendario, después del año en que obtuvo su cobertura inicial.

### **Costos**

Usted no paga nada si califica para recibir estos servicios.

### **Lo que debe saber**

- Solo un nutricionista registrado (o profesional de la nutrición que cumpla ciertos requisitos) puede brindar servicios de terapia de nutrición médica.
- Si usted obtiene diálisis en un centro de diálisis, Medicare cubre los servicios de terapia de nutrición médica como parte de su atención general de diálisis.
- Si tiene diabetes, es posible que también reúna los requisitos para recibir capacitación en el automanejo de la diabetes, la cual ofrece servicios similares a los que puede obtener a través de la terapia de nutrición médica. Debe cumplir con ciertos requisitos para recibir tanto la capacitación en el automanejo de la diabetes como los servicios de terapia de nutrición médica.

## Más información

- Vaya a:
  - “Capacitación en el automanejo de la diabetes” en las páginas 35–36.
  - “Telesalud” en las páginas 116–117.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/medical-nutrition-therapy-services](https://es.Medicare.gov/coverage/medical-nutrition-therapy-services).



## Programa de prevención de la diabetes de Medicare

El Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare es un programa de cambio de comportamiento saludable para ayudarlo a prevenir la diabetes tipo 2. El programa comienza con 16 sesiones básicas semanales ofrecidas en grupo durante un período de seis meses. En estas sesiones, obtendrás:

- Capacitación para hacer cambios de comportamiento realistas y duraderos en torno a la dieta y el ejercicio
- Consejos para hacer más ejercicio
- Estrategias para controlar su peso.
- Un entrenador especialmente capacitado para ayudarlo a mantenerse motivado
- Apoyo para personas con metas y desafíos similares

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

La Parte B cubre el Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare si **corre el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y todas** estas condiciones se aplican a usted:

- Dentro de los 12 meses antes de asistir a su primera sesión principal, tiene un resultado de la prueba de hemoglobina A1c entre 5.7% y 6.4%, una glucosa plasmática en ayunas entre 110-125 mg/dL, o una glucemia plasmática de 2 horas entre 140-199 mg/dL (prueba de tolerancia oral a la glucosa).
- Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 25 o más (IMC de 23 o más si es asiático).
- Nunca ha sido diagnosticado con diabetes tipo 1 o tipo 2 o Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)
- Nunca ha participado en el Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare.

## Con qué frecuencia

No hay límite en el número de veces que puedes participar.

## Costos

Usted no paga nada si califica para este programa.

### **Lo que debe saber**

- Hasta el 31 de diciembre de 2029, usted puede participar de forma presencial o virtual a través del aprendizaje a distancia (asistiendo a sesiones en vivo en línea), o mediante una combinación de ambas modalidades. También puede participar en línea en cualquier momento (sesiones no en vivo). Puede obtener estos servicios de un proveedor aprobado del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare. Estos proveedores pueden ser prestadores de servicios de salud tradicionales u organizaciones tales como centros comunitarios u organizaciones de base religiosa.
- Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, es posible que deba acudir a un proveedor de la red para participar en este programa. Comuníquese con su plan para obtener más información.

### **Más información**

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

## **Servicios para trastornos de salud mental y uso de sustancias**

Medicare cubre ciertos exámenes, servicios y programas que ayudan diagnosticar y tratar los trastornos de salud mental, salud conductual y uso de sustancias, que incluyen:

- Pruebas de detección de abuso de alcohol: Vaya a la página 10.
- Servicios de integración de salud conductual: Vaya a la página 14.
- Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco: Vaya a la página 31.
- Exámenes de detección de depresión: Vaya a la página 35.
- Atención de salud mental (pacientes hospitalizados): Vaya a la sección a continuación.
- Atención de salud mental (ambulatoria): Vaya a la página 76.
- Atención de salud mental (ambulatorios): Servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios: Vaya a la página 78.
- Atención de salud mental (ambulatorio): hospitalización parcial: Vaya a la página 79.
- Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de opioides: Vaya a las páginas 84–85.
- Telesalud: Vaya a la página 116–117.

## **Servicios de salud mental (pacientes internados)**

Los servicios de atención de salud mental implican diagnosticar y tratar a las personas con trastornos de salud mental, como la depresión y la ansiedad. La Parte A cubre los servicios de atención de salud mental que recibes cuando eres admitido como paciente hospitalizado. La Parte B cubre los servicios que recibe de un médico u otro proveedor de atención médica mientras está en el hospital.

## Costos

Lo que usted paga por cada período de beneficios en 2026 depende de la duración de la atención que reciba:

- **Días 1 al 60:** Después de pagar el deducible de \$1,736, usted paga \$0 por día.
- **Días 61 al 90:** Usted paga \$434 por día.
- **Días 91 al 150:** Usted paga \$868 por día mientras utiliza sus 60 días de reserva de por vida. Estos son días adicionales que Medicare cubrirá cuando usted permanezca hospitalizado por más de 90 días. Usted dispone de un total de 60 días de reserva que pueden utilizarse una sola vez en el transcurso de su vida.
- **Después del día 150:** Usted cubre la totalidad de los costos.
- También paga el 20% del monto aprobado por Medicare por los servicios de salud mental que reciba de proveedores de atención médica mientras se encuentre internado en un hospital.

## Lo que debe saber

Puede recibir estos servicios en un hospital general o en un hospital psiquiátrico (un centro que cuida exclusivamente a personas con trastornos de salud mental).

Si está en un hospital psiquiátrico (en lugar de un hospital general), la Parte A solo paga hasta 190 días de servicios de hospitalización psiquiátrica durante su vida.

Medicare **no** cubre estos artículos y servicios:

- Servicios privados de enfermería
- Un teléfono o televisor en su habitación (si hay un cargo por separado)
- Artículos de cuidado personal (como pasta de dientes, máquinas de afeitarse o medias)
- Habitación privada (a menos que sea necesario por razones médicas)

## Más información

- Vaya a:
  - “Atención hospitalaria para pacientes internados” en las páginas 61–62.
  - “Atención de salud mental (ambulatoria)” más abajo.
  - “¿Qué pago por los servicios cubiertos por la Parte A? en las páginas 3–4 para obtener más información sobre los períodos de beneficios.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-inpatient](https://es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-inpatient).

## Servicios de salud mental (pacientes ambulatorios)

Los servicios ambulatorios de salud mental consisten en diagnosticar y tratar a personas con problemas de salud mental, como depresión y ansiedad. Estas visitas a menudo se denominan asesoramiento o psicoterapia, y pueden realizarse de forma individual, en psicoterapia de grupo o en entornos familiares, así como en situaciones de crisis. Son servicios que, por lo general, se reciben fuera del hospital, en entornos tales como:

- El consultorio de su médico u otro proveedor de salud
- El departamento para pacientes ambulatorios de un hospital
- Un centro de salud mental comunitario

La Parte B cubre una amplia gama de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, que incluyen:

- Hospitalización parcial.
- Servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios.
- Una prueba de detección de depresión cada año. Debe hacerse la prueba de detección en un consultorio médico de atención primaria o en una clínica de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y referidos.
- Una visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” por única vez. Esta visita incluye una revisión de sus posibles factores de riesgo para la depresión. Vaya a “Visitas preventivas” en las páginas 101-102.
- Psicoterapia individual o grupal con médicos (o con ciertos profesionales matriculados inscritos en Medicare, según lo permita el estado donde obtiene los servicios).
- Asesoramiento familiar, si el propósito principal es ayudar con su tratamiento.
- Pruebas para averiguar si está obteniendo los servicios que necesita y si su tratamiento actual le está ayudando.
- Pruebas de diagnóstico.
- Intervenciones de planificación de seguridad si corre el riesgo de suicidio o sobredosis.
- Una llamada telefónica de seguimiento después de que le den el alta de la sala de emergencias por un servicio de salud conductual u otra crisis.
- Ciertos dispositivos digitales de tratamiento de salud mental autorizados o aprobados por la FDA (incluidos los dispositivos para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), siempre que los obtenga de su médico o de ciertos otros proveedores de salud mental cualificados y cumpla con otras condiciones.
- Evaluación psiquiátrica.
- Algunos medicamentos recetados que no suelen ser “autoadministrados” (medicamentos que normalmente tomaría por su cuenta), como algunas inyecciones.
- Administración de medicamentos.

- Medicamentos utilizados para el trastorno por uso de sustancias.
- Servicios de salud mental que recibe como parte del tratamiento para el trastorno por uso de sustancias.
- Una consulta anual de “bienestar”. Hable con su médico u otro proveedor de atención médica sobre los cambios en su salud mental desde su última visita.

### **Costos**

- Usted no paga nada por la evaluación de depresión anual si su médico o proveedor de atención médica acepta la asignación.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las visitas a su proveedor para diagnosticar o tratar su condición.
- Si recibe sus servicios en una clínica de atención ambulatoria o el departamento de atención ambulatoria de un hospital, es posible que deba pagar un copago o coseguro correspondiente al hospital.

### **Lo que debe saber**

La Parte B cubre los servicios y las consultas de salud mental con estos profesionales de la salud:

- Psiquiatras u otros médicos
- Psicólogos clínicos
- Trabajadores sociales clínicos
- Especialistas en enfermería clínica
- Profesionales de enfermería
- Asistentes médicos
- Terapeutas matrimoniales y familiares
- Asesores de salud mental

### **Más información**

- Vaya a:
  - “Pruebas de detección de la depresión” en la página 35.
  - “Atención de salud mental (ambulatoria): Servicios del programa ambulatorio intensivo” más abajo.
  - “Atención de salud mental (ambulatoria): Hospitalización parcial” en las páginas 79-80.
  - “Servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias” en la página 74.
  - “Servicios hospitalarios ambulatorios” en las páginas 88-89.
  - “Visitas preventivas” en las páginas 100-101.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-outpatient](https://www.medicare.gov/coverage/mental-health-care-outpatient).

## **Cuidado de la salud mental (servicios de programas ambulatorios intensivos)**

Los programas ambulatorios intensivos ofrecen un nivel de atención para las condiciones de salud mental (incluidos los trastornos por uso de sustancias) entre la terapia o el asesoramiento tradicional una vez a la semana y la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados o con hospitalización parcial. Los servicios son más intensivos que la atención que recibiría en el consultorio de un médico o terapeuta y pueden incluir cosas como sesiones de terapia grupal e individual, educación sobre salud mental y administración de medicamentos. Puede beneficiarse de los servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios si su plan indica que necesita al menos 9 horas de servicios terapéuticos por semana.

Puede obtener estos servicios en hospitales, centros comunitarios de salud mental, centros de salud calificados por el gobierno federal o clínicas de salud rurales. La Parte B también cubre estos servicios en los programas de tratamiento de opioides (cuando recibe tratamiento para el trastorno por consumo de opioides (OUD)).

### **Costos**

- Usted paga un porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare por cada servicio que recibe si su médico u otro profesional de la salud mental calificado acepta la asignación.
- Si está recibiendo tratamiento para el trastorno por uso de opioides, por lo general no tendrá que pagar copagos por estos servicios si los recibe de un proveedor de un Programa de Tratamiento de Opioides que participe en Medicare y cumpla con otros requisitos. Si tiene un Plan Medicare Advantage, consulte con su plan para averiguar si debe pagar un copago.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, también paga un coseguro por cada día de servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios que reciba en un hospital ambulatorio o en un centro comunitario de salud mental.

### **Lo que debe saber**

No es necesario que cumpla los requisitos del tratamiento hospitalario para recibir los servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios.

### **Más información**

- Vaya a:
  - “Atención de salud mental (pacientes hospitalizados)” en las páginas 74-75.
  - “Salud mental (ambulatoria)” en las páginas 76-77.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-intensive-outpatient-program-services](https://es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-intensive-outpatient-program-services).

## Servicios de salud mental (ambulatorio): hospitalización parcial

La hospitalización parcial es un programa estructurado que provee de servicios psiquiátricos ambulatorios como alternativa a la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados. Estos servicios son más intensivos que la atención que se recibe en el consultorio de un médico o terapeuta, y por lo general incluyen entre 4 y 8 horas de atención diaria. Usted podría beneficiarse de la hospitalización parcial si su plan de atención establece que requiere al menos 20 horas de servicios terapéuticos a la semana.

La Parte B puede cubrir los servicios de hospitalización parcial que recibe a través de un departamento ambulatorio de un hospital o un centro comunitario de salud mental si cumple con ciertos requisitos y su médico u otro profesional de la salud mental calificado certifica que, de lo contrario, necesitaría tratamiento hospitalario.

### Costos

- Usted paga un porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare por cada servicio que reciba de profesionales de salud mental calificados si aceptan una asignación.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, también paga un coseguro por cada día de servicios de hospitalización parcial que recibe en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario.

### Lo que debe saber

Como parte de su programa de hospitalización parcial, Medicare también puede cubrir:

- Terapia ocupacional que forma parte de su tratamiento de salud mental
- Entrenamiento y educación de pacientes individuales acerca de su condición
- Servicios de capacitación para cuidadores
- Servicios principales de asesoramiento para enfermedades

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

Medicare **no** cubre:

- Comidas
- Transporte de ida o vuelta del lugar donde recibe los servicios de salud mental
- Grupos de apoyo que conectan a las personas para hablar y socializar. (Esto es diferente a la psicoterapia grupal, que está cubierta).
- Pruebas o capacitación laboral que no forman parte del tratamiento de salud mental.

### **Más información**

- Vaya a:
  - “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 20–21.
  - “Atención de salud mental (hospitalización)” en las páginas 74–75.
  - “Salud mental (ambulatoria)” en las páginas 76–77.
  - “Principales servicios de orientación para personas con enfermedades graves” en las páginas 103–104.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization](https://es.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization).

## **Anticuerpos monoclonales para tratar la enfermedad de Alzheimer temprana**

La Parte B puede cubrir los anticuerpos monoclonales aprobados por la FDA (como Leqembi, nombre genérico lecanemab o Kisunla, nombre genérico donanemab)) que se dirigen a las placas de beta-amiloide para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer si cumple con ciertos criterios. Su médico u otro proveedor de atención médica debe confirmar que tiene placas de beta-amiloide consistentes con la enfermedad de Alzheimer y debe diagnosticarle uno de los siguientes:

- Insuficiencia cognitiva leve debido a la enfermedad de Alzheimer.
- Demencia leve debido a la enfermedad de Alzheimer.

La cobertura de Medicare requiere que el proveedor de atención médica recopile evidencia sobre cuán bien funcionan estos anticuerpos monoclonales para un estudio o registro calificado. La información que recopila el proveedor ayudará a responder las preguntas sobre el tratamiento y a describir cuán bien funcionan los anticuerpos monoclonales en su caso. Hable con su proveedor para averiguar si los anticuerpos monoclonales para el tratamiento de la enfermedad temprana de Alzheimer son adecuados para usted.

### **Costos**

- Luego de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los anticuerpos monoclonales cubiertos por la Parte B.
- Es posible que necesite análisis y evaluaciones antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos. Hable con su proveedor para obtener más información.

### **Lo que debe saber**

- Los anticuerpos monoclonales pueden ralentizar o retrasar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer, pero no curan ni revierten la enfermedad.
- Si no cumple con los criterios de cobertura de la Parte B para un anticuerpo monoclonal aprobado por la FDA para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer temprana, su Parte D puede cubrir. Comuníquese con su plan para obtener más información.

### Más información

- Vaya a “Evaluación cognitiva y servicios del plan de cuidado” en las páginas 25–27.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/monoclonal-antibodies-for-the-treatment-of-early-alzheimers-disease](https://es.Medicare.gov/coverage/monoclonal-antibodies-for-the-treatment-of-early-alzheimers-disease).



### Pruebas de ADN en heces multiobjetivo (detección)

Las pruebas de detección de ADN analizan una muestra de sus heces para detectar cambios genéticos y buscar signos de cáncer en el colon o el recto. Parte B. cubre estas pruebas de detección en el hogar si cumple con todas estas condiciones:

- Tiene entre 45-85 años.
- No presenta signos ni síntomas de enfermedades colorrectales (incluidos, entre otros, dolor gastrointestinal inferior, sangre en las heces, resultado positivo en la prueba de guayacol de sangre oculta en las heces o en la prueba inmunoquímica fecal).
- Tiene un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal, lo que significa que:
  - No tiene antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal (incluida la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa).
  - No tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal, pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.

### Con qué frecuencia

Una vez cada 5 años.

### Costos

- Usted no paga nada por esta prueba si su médico u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.
- Si obtiene un resultado positivo después de una prueba de detección de ADN en heces multiobjetivo, Medicare también cubre una colonoscopia de seguimiento como prueba de detección.

### Más información

- Vaya a “Exámenes de detección de cáncer colorrectal” en la página 26.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/multi-target-stool-dna-tests](https://es.Medicare.gov/coverage/multi-target-stool-dna-tests).

### Resonancias magnéticas

Vaya a “Pruebas diagnósticas no de laboratorio” en la página 38.

## Cuidados en asilos de ancianos

Los hogares de ancianos son instalaciones destinadas a personas que, por lo general, requieren atención las 24 horas. Estos hogares pueden ofrecer:

- Atención a corto plazo para personas que necesitan rehabilitación después de una cirugía (como fisioterapia tras un reemplazo de cadera o rodilla) o cuidados de enfermería especializada para recuperarse de una enfermedad (como la neumonía).
- Atención a largo plazo (también denominada “atención de custodia” o “servicios y apoyos a largo plazo”) para personas que necesitan ayuda con las actividades de la vida diaria, tales como bañarse, vestirse o comer. Por lo general, Medicare no cubre las estancias de larga duración en residencias de ancianos, a menos que usted esté recibiendo cuidados de enfermería especializada.
- La Parte A puede cubrir la atención a corto plazo en un hogar de ancianos o de rehabilitación (hasta 100 días) en un centro certificado por Medicare, después de una hospitalización. Debe ser médicamente necesario que usted reciba cuidados de enfermería especializada (por ejemplo, si necesita ayuda para cambiar apósitos estériles).
- La Parte B cubre las visitas al médico y la terapia física, del habla u ocupacional, incluso si recibe estos servicios mientras se encuentra en un hogar de ancianos.

### Más información

- Vaya a:
  - “Servicios de atención médica a domicilio” en las páginas 54–56.
  - “Cuidados a largo plazo” en las páginas 68–69.
  - “Atención en centros de enfermería especializada (SNF)” en las páginas 112–114.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/nursing-home-care](https://www.medicare.gov/coverage/nursing-home-care).



## Terapia conductual de la obesidad

La terapia conductual para la obesidad incluye una evaluación inicial del índice de masa corporal (IMC) y sesiones de terapia conductual que incluyen una evaluación dietética y asesoramiento para ayudarlo a perder peso centrándose en la dieta y el ejercicio. La Parte B cubre los exámenes de detección de obesidad y el asesoramiento conductual si:

- Usted tiene un IMC de 30 o más.
- Recibe el asesoramiento de su médico de atención primaria u otro proveedor de atención primaria en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico), donde puedan coordinar su plan personalizado con el resto de su atención médica.

Usted debe cumplir con ciertos requisitos de pérdida de peso para que Medicare continúe cubriendo este asesoramiento.

**Costos**

Usted no paga nada si su médico de atención primaria acepta la asignación.

**Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/obesity-behavioral-therapy](https://es.Medicare.gov/coverage/obesity-behavioral-therapy).

**Servicios de observación**

Vaya a “Servicios hospitalarios ambulatorios” en la páginas 88–89.

**Servicios de terapia ocupacional**

La terapia ocupacional le ayuda a realizar actividades de la vida diaria (como vestirse o bañarse). Puede recibir esta terapia para ayudar a mejorar o mantener sus capacidades actuales, o para disminuir su tasa de deterioro. La Parte B cubre la terapia ocupacional ambulatoria médicamente necesaria si su médico u otro proveedor de atención médica (incluyendo un enfermero practicante, un especialista en enfermería clínica o un asistente médico) certifica que usted lo necesita.

**Costos**

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

**Lo que debe saber**

No hay límite con respecto a la cantidad que Medicare paga por sus servicios de fisioterapia para paciente ambulatorio necesarios por razones médicas en un año calendario.

**Más información**

- Vaya a:
  - “Servicios de cuidado de salud en el hogar” en las páginas 54–56.
  - “Cuidados paliativos” en las páginas 57–59.
  - “Atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados” en las páginas 63–65.
  - “Atención de salud mental (ambulatoria): Hospitalización parcial” en las páginas 76–77.
  - “Servicios de fisioterapia” en la página 95.
  - “Atención en centros de enfermería especializada (SNF)” en las páginas 112–114.
  - “Servicios de patología del habla” en la página 114.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/occupational-therapy-services](https://es.Medicare.gov/coverage/occupational-therapy-services).

## **Servicios de tratamiento para trastornos por consumo de opioides**

Si le han diagnosticado un trastorno por uso de opioides, puede recibir servicios de tratamiento durante todo el tiempo que sean necesarios. La Parte B cubre los medicamentos para el trastorno por uso de opioides, así como los servicios de tratamiento que reciba de un médico u otro proveedor de atención médica, o a través de un Programa de Tratamiento de Opioides más integral (incluyendo las unidades móviles de los Programas de Tratamiento de Opioides).

Los servicios que reciba pueden variar según el lugar donde los obtenga. Los servicios pueden incluir:

- Medicamentos para el trastorno por uso de opioides, tales como metadona, buprenorfina y naltrexona.
- Medicamentos para revertir rápidamente los efectos de una sobredosis de opioides, tales como naloxona y nalmefeno.
- Preparación y asistencia para la toma de los medicamentos que formen parte de su proceso de recuperación.
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Pruebas de detección de drogas
- Terapia individual y grupal
- Actividades de admisión y otras evaluaciones periódicas
- Servicios ambulatorios intensivos
- Atención coordinada y/o servicios de referido
- Servicios de apoyo de recuperación entre pares

### **Costos**

- Usualmente no tendrá que pagar un copago por estos servicios si los recibe de un proveedor del programa de tratamiento de opioides que participa en Medicare y cumple con otros requisitos. El deducible de la Parte B se aplica a estos servicios, incluidos los suministros y medicamentos que pueda recibir como parte de su tratamiento. Si tiene un Plan Medicare Advantage, consulte con su plan para averiguar si debe pagar un copago.
- Si recibe servicios de un proveedor de atención médica para el trastorno por consumo de opioides, paga los copagos habituales por los servicios después de alcanzar el deducible de la Parte B.

## Lo que debe saber

- Hable con su proveedor para averiguar dónde puede obtener estos servicios.
- Medicare cubre asesoramiento, servicios de terapia y evaluaciones periódicas tanto en persona como, en ciertas circunstancias, virtualmente (utilizando comunicación de audio y video, como su teléfono o una computadora). Medicare también puede cubrir evaluaciones periódicas que utilizan comunicaciones solamente de audio.
- Pudiera comenzar el tratamiento con metadona y buprenorfina sin un examen en persona si su proveedor del Programa de Tratamiento de Opioides lo evalúa adecuadamente utilizando la tecnología de comunicación de audio y video. También es posible que pueda iniciar el tratamiento con buprenorfina utilizando únicamente comunicación de audio.
- Los planes Medicare Advantage también deben cubrir los servicios del Programa de Tratamiento de Opioides, pero pueden requerir que asista a un Programa de Tratamiento de Opioides dentro de la red. Si se inscribe un plan Medicare Advantage cuando ya está recibiendo tratamiento, su Programa de tratamiento de opioides debe participar con su plan y estar inscrito en Medicare a la vez para asegurarse de que su tratamiento esté cubierto y permanezca ininterrumpido. De lo contrario, es posible que deba cambiarse a un programa de tratamiento de opioides que participe en su plan.

## Más información

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

## Trasplantes de órganos

Un trasplante de órganos es un procedimiento quirúrgico que reemplaza un órgano dañado por uno sano proveniente de un donante. La Parte A cubre las pruebas, los laboratorios y los exámenes necesarios y, por lo general, también cubre:

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

La Parte B cubre:

- Servicios de médicos asociados con trasplantes de corazón, pulmón, riñón, páncreas, intestino e hígado
- Medicamentos inmunosupresores para prevenir el rechazo de órganos en determinadas circunstancias.

## Costos

Por su trasplante y los servicios relacionados, usted paga:

- 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de la Parte B, después de alcanzar el deducible de la Parte B
- Nada por los servicios prestados al donante vivo para un trasplante de riñón.
- Nada por las pruebas de laboratorio certificadas por Medicare.

Para los costos hospitalarios de la Parte A, vaya a las páginas 61-62.

### Lo que debe saber

- Debe realizarse un trasplante de órgano en un centro aprobado por Medicare.
- Si está pensando en inscribirse en un Plan Medicare Advantage y está en lista de espera para un trasplante o cree que necesita un trasplante, consulte con el plan antes de inscribirse para asegurarse de que sus médicos, otros proveedores de salud y los hospitales están en la red del plan. Además, revise las reglas del plan para la autorización previa.
- Medicare no paga el traslado a un centro de trasplantes.

### Más información

- Vaya a:
  - “Trasplantes de riñón” en la página 66.
  - “Trasplantes de riñón (niños)” en las páginas 67–68.
  - “Otros trasplantes” en la página 88.
  - “Medicamentos recetados (ambulatorios)” en las páginas 97–99 para los medicamentos inmunosupresores.
  - “Trasplantes de páncreas” en la página 92.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/organ-transplants](https://es.Medicare.gov/coverage/organ-transplants).

## Zapatos ortopédicos

Medicare cubre calzado ortopédico si es parte necesaria del aparato ortopédico para piernas.

### Costos

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

### Lo que debe saber

Medicare solo pagará los artículos ortopédicos de un proveedor que acepte la asignación, sin importar quién presente la reclamación (usted o su proveedor).

### Más información

- Vaya a “Zapatos terapéuticos o plantillas” en la página 117.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/orthopedic-shoes](https://es.Medicare.gov/coverage/orthopedic-shoes).

## Medicamentos de osteoporosis

Si usted padece osteoporosis, estos medicamentos pueden prevenir una mayor pérdida ósea y ayudar a fortalecer los huesos debilitados. La Parte A y la Parte B cubren ciertos medicamentos inyectables para la osteoporosis, así como las visitas de un enfermero de cuidado de salud en el hogar para administrarle las inyecciones, siempre que usted cumpla con todas las siguientes condiciones:

Es una mujer con osteoporosis que:

- Cumple con los criterios para los servicios de atención médica en el hogar de Medicare. Vaya a “Servicios de salud en el hogar” en las páginas 54–56.
- Tiene fractura ósea que un médico u otro proveedor de atención médica certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusicas.
- Tiene un proveedor de atención médica que certifica que no puede administrarse la inyección ni aprender a hacerlo, y los familiares o cuidadores no pueden o no desean administrarle la inyección.

### **Costos**

- En la mayoría de los casos, después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga hasta el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los medicamentos recetados cubiertos por la Parte B. Su cantidad del coseguro puede cambiar según el precio del medicamento. Podría pagar una cantidad de coseguro más bajo por determinados medicamentos y productos biológicos cubiertos por la Parte B que recibe en un consultorio médico, farmacia o en entorno de atención ambulatoria, si sus precios han subido más rápido que la tasa de inflación. Los medicamentos específicos y los ahorros potenciales cambian cada trimestre.
- Usted no paga nada por la visita de una enfermera de cuidado de salud en el hogar para inyectar el medicamento.

### **Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/osteoporosis-drugs](https://es.Medicare.gov/coverage/osteoporosis-drugs).

## **Suministros para ostomía**

Los suministros para ostomía ayudan a las personas a gestionar los desechos corporales después de someterse a una cirugía de ostomía. Si se ha sometido a una colostomía, ileostomía u ostomía urinaria, la Parte B cubre los suministros para ostomía médicamente necesarios bajo el beneficio de dispositivos protésicos. Medicare cubre la cantidad de suministros que su médico u otro proveedor le diga que necesita, según su condición.

### **Costos**

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios y suministros de su médico.

### **Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/ostomy-supplies](https://es.Medicare.gov/coverage/ostomy-supplies).

## Otros trasplantes

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

- Tanto la Parte A como la Parte B pueden cubrir los trasplantes de células madre (incluidos los trasplantes de médula ósea), así como las pruebas, análisis de laboratorio y exámenes necesarios asociados al trasplante.
- La Parte B también puede cubrir los trasplantes de córnea.

### Costos

Por su trasplante y los servicios relacionados, usted paga:

- 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de la Parte B, después de alcanzar el deducible de la Parte B.
- Nada por las pruebas de laboratorio certificadas por Medicare.

Para obtener información sobre los costos de hospitalización de la Parte A, consulte las páginas 61-62.

### Lo que debe saber

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

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/other-transplants](https://es.Medicare.gov/coverage/other-transplants).

## Servicios ambulatorios

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

Los servicios ambulatorios de hospital cubiertos pueden incluir los siguientes:

- Servicios de emergencia u observación, que pueden incluir pasar una noche en el hospital o servicios en una clínica para pacientes ambulatorios (incluida la cirugía el mismo día).
- Análisis de laboratorio facturados por el hospital.
- Atención de salud mental en un programa de hospitalización parcial (si un médico u otro profesional de la salud mental calificado certifica que necesitaría tratamiento hospitalario sin él).
- Programas ambulatorios intensivos para condiciones de salud mental (incluidos los trastornos por consumo de sustancias).
- Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.
- Suministros médicos, como férulas y yesos.
- Servicios preventivos y de detección.

- Ciertos medicamentos auto-administrados y componentes biológicos que recibe como parte del servicio o procedimiento (determinados medicamentos inyectables).

### Costos

- Por lo general, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico u otro proveedor de atención médica. Es posible que pague más por los servicios que recibe en un hospital ambulatorio de lo que pagaría por la misma atención en el consultorio de un médico. Sin embargo, el copago hospitalario para pacientes ambulatorios por el servicio no puede ser mayor que la cantidad del deducible para pacientes hospitalizados (\$1,736 en 2026).
- Además de la cantidad que le paga al proveedor de atención médica, por lo general le pagará al hospital un copago por cada servicio que reciba en un entorno hospitalario ambulatorio (excepto para ciertos servicios preventivos que no tienen un copago). En la mayoría de los casos, el copago no puede ser más que el deducible que paga la Parte A por estadía en hospital para cada servicio. Si recibe servicios ambulatorios en un hospital de acceso crítico, su copago podría ser mayor y superar el deducible de hospitalización de la Parte A.
- El deducible de la Parte B se aplica, a excepción de ciertos servicios preventivos.

### Más información

- Vaya a:
  - “Atención de salud mental (ambulatoria): Servicios del programa ambulatorio intensivo” en las páginas 76–80.
  - “Atención de salud mental (ambulatoria): Hospitalización parcial” en las páginas 79.
  - “Servicios y suministros médicos y quirúrgicos ambulatorios” a continuación.
  - “Servicios preventivos y de detección” en la página 99.
  - Visite [es.Medicare.gov/coverage/outpatient-hospital-services](https://es.Medicare.gov/coverage/outpatient-hospital-services).
- Para obtener estimaciones de costos para procedimientos quirúrgicos ambulatorios en ciertos entornos, visite [es.Medicare.gov/procedure-price-lookup](https://es.Medicare.gov/procedure-price-lookup).

## Servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes ambulatorios

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

### Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico u otro proveedor de atención médica. Por lo general, también pagas un copago por cada servicio que recibes en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios. En la mayoría de los casos, el copago no puede ser mayor que el deducible de la estadía hospitalaria de la Parte A por cada servicio que reciba. Usted paga todos los costos de los artículos o servicios que Medicare no cubre.

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/outpatient-medical-surgical-services-supplies](https://es.Medicare.gov/coverage/outpatient-medical-surgical-services-supplies).



## Equipos y accesorios de oxígeno

La Parte B cubre oxígeno y equipo de oxígeno para uso en su domicilio, cuando cumpla con todas estas condiciones.

- Su proveedor de atención médica dice que no está recibiendo suficiente oxígeno.
- Su salud puede mejorar con una terapia de oxígeno.
- Que el nivel de gas en sangre arterial haya disminuido a un cierto rango.

Si cumple con las condiciones anteriores, Medicare le ayudará a pagar:

- Sistemas que proveen oxígeno
- Tubos de almacenamiento de oxígeno
- Tubos y suministros relacionados para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno

## Costos

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

- Si tiene Medicare y utiliza oxígeno, alquilará el equipo de oxígeno a un proveedor durante 36 meses. Los pagos mensuales del alquiler cubren su equipo de oxígeno, todas las recargas de tanques o cilindros (si utiliza oxígeno gaseoso o líquido), así como cualquier suministro, accesorio y servicio necesario para el uso del oxígeno y del equipo, tales como:
  - Tubos o una boquilla
  - Cualquier otro suministro y accesorio necesario, incluido un catéter de oxígeno trans-traqueal (si fuera necesario)
  - Cualquier mantenimiento y servicio técnico del equipo de oxígeno que sea necesario para que este funcione correctamente siempre que se requiera
- Una vez que Medicare haya realizado los pagos del alquiler durante 36 meses, el pago por el equipo de oxígeno finalizará. Sin embargo, Medicare continuará pagando a su proveedor para que le suministre oxígeno y equipo de oxígeno durante todo el tiempo que lo necesite, hasta un máximo de 5 años después de haber comenzado a utilizar el equipo.
  - Si utiliza el oxígeno y el equipo de oxígeno durante 5 años o más, el proveedor del equipo ya no estará obligado a seguir suministrándole oxígeno y equipo de oxígeno. Si, transcurridos los 5 años, usted sigue necesitando oxígeno y equipo de oxígeno, deberá obtener un equipo nuevo; en ese caso, Medicare iniciará un nuevo periodo de pago de 36 meses por el oxígeno y el equipo de oxígeno. No existe un límite en cuanto al número de veces que puede obtener un equipo de oxígeno de reemplazo si lo necesita; no obstante, cada 5 años deberá obtener un equipo nuevo a través de un proveedor (no es obligatorio que sea el mismo proveedor que utilizó anteriormente, aunque puede serlo).

- Si utiliza un concentrador de oxígeno o un equipo para recargar tanques portátiles en su domicilio, es posible que deba pagar un coseguro cada 6 meses por el mantenimiento y el servicio técnico del equipo. Si le corresponde pagar por este servicio, comenzará a abonar el coseguro 6 meses después de que finalice el periodo de 36 meses. El proveedor no podrá cobrarle por este servicio a menos que acuda a su domicilio para inspeccionar y realizar el mantenimiento del equipo.

### Más información

- Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43–44.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/oxygen-equipment-accessories](https://www.medicare.gov/coverage/oxygen-equipment-accessories).

## Manejo del dolor

Los servicios de manejo del dolor ofrecen opciones de tratamiento que pueden ayudarle a controlar el dolor y los problemas relacionados. La Parte B cubre estos servicios de manejo del dolor:

- Acupuntura para el dolor lumbar crónico: Vaya a la página 7.
- Pruebas de detección y asesoramiento sobre el abuso del alcohol: Vaya a la página 10.
- Servicios de integración de salud conductual: Vaya a la página 14.
- Servicios quiroprácticos: Vaya a la página 23.
- Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico: Vaya a la página 23.
- Exámenes de detección de depresión: Vaya a la página 35.
- Servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias: Vaya a la página 74.
- Terapia ocupacional: Vaya a la página 83.
- Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de opioides: Vaya a las páginas 84–85.
- Terapia física: Vaya a la página 91.

La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) puede cubrir medicamentos recetados para el dolor destinados a tratar ciertos tipos de dolor a corto plazo. Si usted cuenta con la Parte D, es posible que el plan también disponga de programas (tales como los Programas de Gestión de la Terapia con Medicamentos o programas de gestión de fármacos) para ayudarle a utilizar los medicamentos opioides recetados para el dolor de manera segura.

### Costos

- Para la mayoría de los servicios de manejo del dolor, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las visitas a su médico u otro proveedor de para diagnosticar o tratar su condición. Se aplica el deducible de la Parte B.
- Si recibe sus servicios en una clínica o el departamento de atención ambulatoria de un hospital, es posible que deba pagar un copago o coseguro al hospital.
- Usted no pagará nada por una evaluación anual de depresión si su médico o proveedor de salud acepta la asignación.

### **Lo que debe saber**

Su médico puede recomendarle opciones de tratamiento que Medicare no cubre. Por ejemplo, Medicare no cubre la terapia de masajes. Si esto sucede, o si su proveedor le recomienda que reciba servicios con más frecuencia de lo que cubre Medicare, es posible que tenga que pagar algunos o todos los costos. Pida a su médico que le explique por qué le recomienda determinados servicios y le informe si Medicare los cubre.

### **Más información**

- Visite [es.Medicare.gov/coverage/pain-management](https://es.Medicare.gov/coverage/pain-management).
- Para obtener información sobre la seguridad de los medicamentos, visite [es.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/what-plans-cover/plan-rules/safety-management-programs](https://es.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/what-plans-cover/plan-rules/safety-management-programs).

## **Trasplantes de páncreas**

Un trasplante de páncreas es un procedimiento quirúrgico que coloca un páncreas sano de un donante en una persona cuyo páncreas ha fallado. Medicare cubre trasplantes de páncreas en ciertas condiciones. Si tiene enfermedad renal en etapa final (ESRD, en inglés) y necesita un trasplante de páncreas, Medicare cubre el trasplante si se realiza al mismo tiempo o después de recibir un trasplante de riñón.

En algunos casos, Medicare puede cubrir un trasplante de páncreas, incluso si no necesita un trasplante de riñón.

### **Costos**

- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de la Parte B.
- Usted no paga nada por las pruebas de laboratorio aprobadas por Medicare.

Para obtener información sobre los costos de hospitalización vaya a las páginas 61-62.

### **Lo que debe saber**

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

## Más información

- Vaya a:
  - “Trasplantes de riñón” en las páginas 66–67.
  - “Trasplantes de riñón (niños)” en las páginas 67–68.
  - “Trasplantes de órganos” en la página 85.
  - “Otros trasplantes” en la página 88.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/pancreas-trasplants](https://es.Medicare.gov/coverage/pancreas-trasplants).



## Pruebas de Papanicolau

Vaya a “Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vagina” en la página 22.

## Hospitalización parcial

Vaya a “Atención de salud mental (ambulatorio): hospitalización parcial” en la página 74.

## Diálisis pediátrica

Vaya a “Diálisis (niños)” en las páginas 39–40.

## Tomografías por emisión de positrones (PET)

Vaya a “Pruebas diagnósticas no de laboratorio” en la página 38.

## **Evaluación de riesgos de actividad física y nutrición**

Una evaluación de riesgos de actividad física y nutrición ayuda a su médico u otro proveedor de atención médica a comprender sus hábitos de actividad física y nutricionales, así como el impacto que estos tienen en su salud, con el fin de brindarle un mejor tratamiento y referirlo a los servicios o el apoyo adecuados. La Parte B cubre una evaluación de riesgos de actividad física y nutrición cuando su proveedor de atención médica se la realiza durante su visita anual de “Bienestar”, o como parte de otra visita al consultorio o de salud conductual.

### **Con qué frecuencia**

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

### **Costos**

- Usted no paga nada por esta evaluación de riesgos si la recibe como parte de su visita anual de “Bienestar”.
- Una vez que haya cubierto el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare si recibe la evaluación de riesgos como parte de otra visita al consultorio o de salud conductual.

### **Más información**

- Vaya a la sección “Visitas preventivas” en las páginas 100–101 para obtener más información sobre las visitas anuales de “Bienestar”.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/physical-activity-nutrition-risk-assessment](https://www.Medicare.gov/coverage/physical-activity-nutrition-risk-assessment).

## **Servicios de terapia física**

La fisioterapia ayuda a restaurar o mejorar el movimiento físico en su cuerpo después de una lesión, enfermedad o cirugía. También puede obtener esta terapia para ayudar a mejorar o mantener su función actual, o retrasar su deterioro. La Parte B cubre los exámenes físicos medicamente necesarios para pacientes ambulatorios cuando su médico u otro proveedor de atención médica (incluido un enfermero practicante, un especialista en enfermería clínica o un asistente médico) certifica que los necesita.

### **Costos**

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

**Lo que debe saber**

No hay límite en la cantidad que Medicare paga por sus servicios de fisioterapia para paciente ambulatorio necesarios por razones médicas en un año calendario.

**Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/physical-therapy-services](https://es.Medicare.gov/coverage/physical-therapy-services).

**Vacunas neumocócicas**

La Parte B cubre las vacunas antineumocócicas para ayudar a protegerlo contra diferentes cepas de las bacterias que causan la neumonía. Hable con su médico u otro proveedor de atención médica sobre qué vacunas son adecuadas para usted.

**Costos**

No paga nada si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

**Más información**

Visite [es.Medicare.gov/coverage/pneumococcal-shots](https://es.Medicare.gov/coverage/pneumococcal-shots).

**Silla de ruedas eléctrica**

Vaya a “Sillas de ruedas y scooters” en la página 122.

**Profilaxis antes de la exposición (PrEP) para la prevención del VIH**

La PrEP utiliza medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de contraer el VIH (virus de inmunodeficiencia humana). Si no tienes el VIH, pero su médico u otro proveedor de atención médica determina que tienes un mayor riesgo de contraer el VIH, la Parte B cubre los medicamentos de la PrEP y los servicios relacionados.

Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen:

- Medicamentos de la PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si va a recibir un medicamento inyectable, la Parte B también cubre el costo de la inyección del medicamento.
- Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses.
- Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses.

Una prueba de detección del virus de la hepatitis B (HBV) por única vez (es posible que pueda hacerse más pruebas de detección si tiene un alto riesgo de contraer HBV o si está embarazada).

## Costos

Si recibe los medicamentos de la PrEP en una farmacia inscrita en la Parte B, no tendrá que pagar nada de su bolsillo. Pídale a su proveedor de atención médica que incluya un código de diagnóstico en su receta para ayudar a la farmacia. Si está en un plan Medicare Advantage, no pagará nada de su bolsillo por la PrEP en ninguna farmacia de la red de su plan. Comuníquese con su plan para obtener información más específica sobre los costos.

Si su proveedor acepta la asignación, tampoco pagará nada de su bolsillo por los medicamentos inyectables de PrEP, las pruebas de detección del VIH y HBV, y las sesiones de asesoramiento (porque son servicios preventivos).

**Nota:** Comuníquese con su farmacia para saber pueden facturar a la Parte B de Medicare. Si no lo hace, pudiera tener que pagar el costo total de la PrEP. La mayoría de las farmacias (incluidas las cadenas nacionales) pueden facturar la Parte B, pero algunas farmacias pequeñas no. Si su farmacia regular no puede facturar la Parte B, podemos ayudarlo a encontrar una 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.

## Más información

- Vaya a “Pruebas de detección del VIH” en la página 60.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/pre-exposure-prophylaxis-prep-for-hiv-prevention](https://www.medicare.gov/coverage/pre-exposure-prophylaxis-prep-for-hiv-prevention).

## Medicamentos recetados (pacientes ambulatorios)

La Parte B cubre una cantidad limitada de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en ciertas condiciones. Generalmente, la Parte B cubre medicamentos que normalmente no se administraría usted mismo, como los que obtiene en un consultorio médico o en un entorno ambulatorio hospitalario.

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

- **Medicamentos usados con algunos tipos de equipos médicos duraderos:** Si el medicamento es médicamente necesario, Medicare cubre ciertos medicamentos de infusión a través de DME cubiertos por la Parte D (como una bomba de infusión o un nebulizador).
- **Algunas pruebas y tratamientos para la alergia a los antígenos:** Medicare cubre algunas pruebas de antígenos para detectar alergias y su tratamiento si un médico u otro proveedor las prepara, y son administradas por una persona debidamente instruida (puede ser usted, el paciente) bajo la supervisión adecuada.

- **Medicamentos inyectables para la osteoporosis:** Vaya a las páginas 86–87.
- **Agentes estimulantes de la eritropoyesis:** Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal en etapa final (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras condiciones.
- **Factores de coagulación de la sangre:** Si tiene hemofilia (un trastorno hemorrágico genético que impide la coagulación de la sangre), Medicare cubre los factores de coagulación inyectables autoadministrado o que recibe en el consultorio médico.
- **Medicamentos inyectables e infundidos:** Cuando un proveedor médico autorizado los administra, Medicare cubre la mayoría de los medicamentos inyectables o de infusión.
- **Medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa final (ESRD):** La Parte B cubre los medicamentos para la ESRD que usted toma por vía oral.

**Nota:** La Parte B cubre los medicamentos calcimiméticos medicamentos, quelantes de fosfato y otros fármacos reductores del fosfato para el tratamiento de la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). Su centro de diálisis es responsable de darle estos medicamentos, ya sea en el centro o a través de una farmacia con la que trabajan. Deberá hablar con el personal de su centro de diálisis y su proveedor de atención médica para averiguar dónde obtendrá estos medicamentos y cuánto pagará.

- **Inmunoglobulina intravenosa (IVIG, en inglés):** Medicare cubre la IVIG que recibe en casa si le han diagnosticado una enfermedad de inmunodeficiencia primaria y su proveedor de atención decide que es médicamente apropiada. La Parte B también paga otros artículos y servicios relacionados con la IVIG en casa.
- **Vacunas (inyecciones):** Medicare cubre vacunas contra la gripe, neumococo, hepatitis B y COVID-19. También cubre vacunas otras vacunas relacionadas con el tratamiento de una lesión o enfermedad. Vaya a la página 120.
- **Medicamentos inmunosupresores:** Si Medicare ayudó a pagar su trasplante de órganos, la Parte B cubre la terapia farmacológica del trasplante (incluidos los medicamentos inmunosupresores estándar y compuestos) para prevenir el rechazo del órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante, y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores.

Si solo tiene Medicare debido a una enfermedad renal en etapa final (ESRD), su cobertura de Medicare (incluida la cobertura de medicamentos inmunosupresores) finaliza 36 meses después de un trasplante de riñón exitoso. Medicare ofrece un beneficio para ayudarlo a pagar sus medicamentos inmunosupresores más allá de los 36 meses si no tiene ciertos tipos de otra cobertura de salud (como un plan de salud grupal, TRICARE o Medicaid que cubra medicamentos inmunosupresores).

**Este beneficio solo cubre sus medicamentos inmunosupresores y ningún otro artículo o servicio. No es un sustituto de la cobertura médica completa.** Si califica, puede inscribirse para este beneficio en cualquier momento después de que finalice su cobertura de la Parte A. Para inscribirse, llame al Seguro Social al 1-877-465-0355. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

- **Medicamentos orales contra el cáncer:** Medicare cubre algunos medicamentos contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si es un profármaco (oral de un medicamento que, al ser ingerido, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable).
- **Medicamentos orales para las náuseas:** Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a recibir quimioterapia o si se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento antiemético intravenoso.
- **Anticuerpos monoclonales para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer temprana:** Vaya a la página 80.

### **Costos**

- Los médicos, otros proveedores de atención médica y farmacias deben aceptar la asignación de medicamentos cubiertos por la Parte B, por lo que nunca deben pedirle que pague más que el coseguro o copago del medicamento cubierto por la Parte B.
- En la mayoría de los casos, después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga hasta el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los medicamentos cubiertos por la Parte B.
  - A veces, la cantidad del coseguro puede cambiar de acuerdo al precio del medicamento recetado.
- Podría pagar un coseguro más bajo por determinados medicamentos y productos biológicos cubiertos por la Parte B que recibe en un consultorio médico, farmacia o en un entorno de atención ambulatoria, si sus precios han subido más rápido que la tasa de inflación. Los medicamentos específicos y los ahorros potenciales cambian cada trimestre.
  - Si los medicamentos cubiertos por la Parte B que usted recibe en un entorno ambulatorio de un hospital forman parte de sus servicios ambulatorios, usted paga un copago por dichos servicios.
- Si obtiene medicamentos recetados no cubiertos en un hospital ambulatorio, usted paga el 100% del costo de los medicamentos, a menos que tenga otra cobertura de medicamentos. Si tiene otra cobertura (como la Parte D), lo que pague depende de si su plan cubre el medicamento y si la farmacia del hospital está en la red de su plan. Comuníquese con su plan para obtener información más específica sobre los costos.

- Usted no paga nada (y el deducible de la Parte B no se aplica) por las vacunas contra el COVID-19, o por las vacunas contra la gripe, neumococo y mayoría de las vacunas contra la hepatitis B si su proveedor acepta la asignación.
- En el caso de los medicamentos inmunosupresores, pagará una prima mensual de \$121.60 (o más según sus ingresos) y un deducible de \$283 en 2026. Una vez que haya alcanzado el deducible, pagará hasta el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por sus medicamentos inmunosupresores.

### Lo que debe saber

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

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/prescription-drugs-outpatient](https://es.Medicare.gov/coverage/prescription-drugs-outpatient).



## Servicios preventivos y de pruebas de detección

La Parte B cubre servicios preventivos y de detección que pueden ayudarlo a mantenerse saludable, detectar problemas de salud temprano, determinar los tratamientos más efectivos y prevenir ciertas enfermedades. Hable con su médico u otro proveedor de atención sobre qué servicios preventivos son adecuados para usted.

Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y evaluaciones. También incluyen programas de control de salud, y asesoramiento y educación para ayudarlo a cuidar su propia salud.

### Esta es una lista de los servicios preventivos y de detección que cubre la Parte B:

- Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal: Vaya a la página 7.
- Exámenes de detección y consejería sobre el abuso del alcohol: Vaya a la página 10.
- Mediciones de la masa ósea: Vaya a la página 16.
- Terapia cardiovascular conductual: Vaya a la página 18.

- Cribado de enfermedades cardiovasculares: Vaya a la página 18.
- Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vagina: Vaya a la página 22.
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal: Vaya a la página 27.
- Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco: Vaya a la página 31.
- Exámenes de detección de depresión: Vaya a la página 35.
- Exámenes de detección de diabetes: Vaya a las páginas 35–36.
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Vaya a la página 37.
- Exámenes de detección de glaucoma: Vaya a la página 51.
- Vacunas contra la hepatitis B: Vaya a la página 53.
- Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB): Vaya a la página 53.
- Pruebas de detección del virus de la hepatitis C: Vaya a la página 54.
- Pruebas de detección del VIH: Vaya a la página 60.
- Exámenes de detección de cáncer de pulmón: Vaya a la página 70.
- Mamografías: Vaya a las páginas 71–72.
- Servicios de terapia de nutrición médica: Vaya a la página 72.
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Vaya a la página 73.
- Terapia conductual para la obesidad: Vaya a la página 82.
- Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para prevenir el VIH: Vaya a la página 96.
- Visitas preventivas: Vaya a la sección a continuación.
- Exámenes de detección de cáncer de próstata: Vaya a la página 105.
- Pruebas de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual: Vaya a la página 111.
- Vacunas: Vaya a la página 120.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/preventive-screening-services](https://es.Medicare.gov/coverage/preventive-screening-services).

## Visitas preventivas

### Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”

La Parte B cubre una visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” durante los primeros 12 meses que tiene la Parte B. **Esta visita de “Bienvenido a Medicare” no es un examen físico.** Durante esta visita, el médico u otro proveedor de atención:

- Revisará su historial médico y social relacionado con su salud.
- Le dará información de servicios preventivos, incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas (como gripe, neumococo y otras vacunas recomendadas).

- Revisa sus posibles factores de riesgo para el trastorno por consumo de sustancias (consumo de alcohol y tabaco) y lo refiere para recibir tratamiento, si es necesario.
- Le dará referidos para otros cuidados según sea necesario.
- Calculará su índice de masa corporal (IMC).
- Le hará un examen de la vista simple.
- Revisará su riesgo potencial para la depresión.
- Le preguntará si quiere hablar sobre las instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas son un documento legal que le permite poner por escrito el tipo de cuidado y tratamiento futuro que desea en caso de que no pueda expresarlo por usted mismo.
- Le dará un plan por escrito (como una lista de verificación) informándole qué exámenes de detección, vacunas y otros servicios preventivos necesita

Si tiene una receta actual de opioides, su proveedor de salud también:

- Revisará sus posibles factores de riesgo de trastorno por consumo de opioides.
- Evaluará su nivel de dolor y su plan de tratamiento actual.
- Le ofrecerá información sobre opciones de tratamiento sin opioides.
- Referirá a un especialista, si es necesario.

### Costos

Si su proveedor 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 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 la cantidad total.**

### Lo que debe saber

Cuando haga su cita, informe al consultorio médico que le gustaría programar su consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/welcome-to-medicare-preventive-visit](https://es.Medicare.gov/coverage/welcome-to-medicare-preventive-visit).

### Visita anual de “Bienestar”

Si ha recibido la Parte B 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. **Esta visita anual de “Bienestar” no es un examen físico.**

### Durante esta visita, su médico u otro proveedor de atención médica:

- Tomará medidas de rutina (como estatura, peso y presión arterial).
- Le brindará consejos de salud.
- Revisará su historial médico y familiar.

- Revisará sus medicamentos recetados actuales.
- Le ofrecerá conversar sobre la creación de instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas son documentos legales que registran sus deseos con respecto a tratamientos médicos futuros, en caso de que alguna vez no pueda tomar decisiones sobre su atención.
- Le entregará un plan por escrito (como una lista de verificación) informándole qué exámenes de detección, vacunas y otros servicios preventivos necesita.
- Le ofrecerá una “Evaluación de riesgos de actividad física y nutrición” opcional para ayudar a su proveedor de atención médica a comprender sus hábitos de actividad física y nutrición, así como el impacto que estos tienen en su salud.

#### **Su proveedor también:**

- Realizará una evaluación cognitiva para buscar signos de demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer. Los signos de deterioro cognitivo incluyen dificultad para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse, administrar las finanzas y tomar decisiones sobre su vida cotidiana. Si su proveedor considera que usted podría tener deterioro cognitivo, Medicare cubre una visita por separado para realizar una revisión más exhaustiva de su función cognitiva y detectar afecciones como demencia, depresión, ansiedad o delirio. Consulte “Servicios de evaluación cognitiva y plan de atención” en las páginas 25–26.
- Solicitará otras pruebas, si es necesario, dependiendo de su estado de salud general y su historial médico.
- Evaluará sus posibles factores de riesgo de trastornos por uso de sustancias y lo remitirá a tratamiento, si fuera necesario. Si utiliza medicamentos opioides, su proveedor revisará su plan de tratamiento del dolor, compartirá información sobre opciones de tratamiento no opioides y lo remitirá a un especialista, si corresponde.

#### **Con qué frecuencia**

Una vez cada 12 meses. Su primera visita anual de “Bienestar” no puede realizarse dentro de los 12 meses después que obtiene la Parte B o su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” para calificar para una visita anual de “Bienestar”.

#### **Costos**

Usted no paga nada si su proveedor acepta la asignación. Sin embargo, es posible que deba pagar coseguro, y el deducible de la Parte B podría aplicarse si su proveedor realiza pruebas o servicios adicionales durante su visita que Medicare no cubre bajo esta visita preventiva. **Si Medicare no cubre las pruebas o servicios adicionales (como un examen físico de rutina), es posible que deba pagar la cantidad total.**

### **Lo que debe saber**

Su proveedor le pedirá completar un cuestionario de “Evaluación de riesgos de salud” como parte de la consulta. Contestar estas preguntas puede ayudar a que usted y su médico desarrollen o actualicen un plan de prevención personalizado para ayudarlo a mantenerse saludable y a aprovechar al máximo su consulta.

### **Más información**

Visite [es.medicare.gov/coverage/yearly-wellness-visits](https://es.medicare.gov/coverage/yearly-wellness-visits).

## **Principales servicios de gestión del cuidado**

La gestión de la atención principal incluye servicios específicos para enfermedades, diseñados para ayudar a su médico u otro proveedor de atención médica a gestionar su atención respecto a una única afección crónica compleja que lo pone en riesgo de hospitalización, deterioro físico o cognitivo, o fallecimiento. La Parte B cubre los servicios de gestión de la atención principal si usted padece una afección crónica de alto riesgo que se espera que dure al menos 3 meses (como el cáncer) y no está recibiendo tratamiento para ninguna otra afección compleja. Su proveedor elaborará un plan de atención específico para su enfermedad y lo supervisará y actualizará de forma continua, incluyendo cualquier cambio en los medicamentos que usted toma.

### **Costos**

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

### **Más información**

- Vaya a “Servicios principales de asesoramiento para enfermedades” a continuación.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/principal-care-management-services](https://es.Medicare.gov/coverage/principal-care-management-services).

## Servicios principales de asesoramiento para enfermedades

El asesoramiento principal para enfermedades es un tipo de administración del cuidado que lo ayuda a entender su enfermedad o diagnóstico y navegar por el sistema de salud para encontrar la atención y los proveedores que necesita. La Parte B cubre los servicios de navegación por enfermedades principales si tiene una condición grave que se espera que dure al menos 3 meses (como cáncer, VIH o trastorno por consumo de sustancias) y lo pone en alto riesgo de uno o más de los siguientes:

- Hospitalización
- Internación en asilo de ancianos.
- Un empeoramiento repentino de los síntomas preexistentes.
- Deterioro físico o mental.
- Muerte

### Con qué frecuencia

Debe tener una consulta inicial con el médico u otro proveedor de atención médica antes de comenzar a recibir servicios de navegación por enfermedad principal. Después de la consulta inicial, puede recibir servicios de navegación mensualmente mientras los necesite. Después de un año, necesitará otra consulta inicial si continúa necesitando estos servicios.

### Costos

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

### Lo que debe saber

- Su proveedor o su personal puede proporcionarle los servicios de asesoramiento o referirlo a otro personal capacitado (incluso asesores de pacientes o especialistas en apoyo de pares) para recibir los servicios.
- Si tiene más de una condición grave, puede obtener los servicios de asesoramiento por enfermedad principal para cada condición. Por ejemplo, si obtiene servicios de asesoramiento por trastorno por consumo de sustancias y luego se le diagnostica cáncer, puede obtener servicios de navegación para ambas condiciones.

### Más información

- Vaya a:
  - “Servicios de gestión de la atención crónica” en la página 23.
  - “Servicios de gestión de la atención principal” en la página anterior.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/principal-illness-navigation-services](https://es.Medicare.gov/coverage/principal-illness-navigation-services).



## Controles de cáncer de próstata

Las pruebas de detección del cáncer de próstata buscan la presencia de cáncer en la próstata, una glándula del aparato reproductor masculino. Su médico u otro profesional de la salud puede detectar el cáncer de próstata durante un tacto rectal o mediante una prueba que mide la cantidad de antígeno prostático específico (PSA) en la sangre. La Parte B cubre los exámenes rectales digitales y los análisis de sangre del antígeno prostático específico (PSA, en inglés) para hombres mayores de 50 años (a partir del día después de cumplir 50 años).

### Con qué frecuencia

Una vez cada 12 meses.

### Costos

- **Exámenes digitales del recto:** Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el examen digital del recto anual y por los servicios de su proveedor relacionados con el examen. En un ámbito para pacientes ambulatorios, también paga un copago aparte por la visita al hospital.
- **Análisis de sangre de PSA:** Usted no paga nada por un análisis de sangre de PSA anual. Si recibe la prueba de proveedor de atención médica que no acepta la asignación, es posible que tenga que pagar una tarifa adicional por los servicios de su médico, pero no por la prueba en sí.

### Más información

Visite [es.medicare.gov/coverage/prostate-cancer-screenings](https://es.medicare.gov/coverage/prostate-cancer-screenings).

## Dispositivos protéticos

La Parte B cubre las prótesis necesarias para reemplazar una parte del cuerpo o una función cuando son solicitadas por un médico u otro proveedor de cuidado de salud afiliado a Medicare. Algunos ejemplos de dispositivos protéticos cubiertos por la Parte B incluyen:

- Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico). Vaya a la página 17.
- Nutrición enteral y parenteral: Vaya a la página 45.
- Un par de anteojos convencionales o lentes de contacto proporcionados después de una cirugía de cataratas cubierta: Vaya a la página 21.
- Suministros para ostomía: Vaya a la página 87.
- Algunas prótesis implantadas quirúrgicamente, incluyendo implantes cocleares.
- Suministros urológicos.

## Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para dispositivos protésicos externos.

## Lo que debe saber

Medicare solo pagará por un dispositivo protésico de un proveedor que participe en Medicare, independientemente de si usted o su proveedor presentan la reclamación. La Parte A o la Parte B cubren prótesis implantadas quirúrgicamente dependiendo de si la cirugía se realiza en un entorno de atención ambulatoria o para pacientes internados.

## Más información

- Vaya a:
  - “Atención hospitalaria para pacientes internados” en las páginas 61-62 para obtener información sobre cirugías cubiertas por la Parte A para la implantación de prótesis en un entorno hospitalario.
  - “Servicios hospitalarios ambulatorios” en las páginas 88-89 para cirugías cubiertas por la Parte B para implantar dispositivos protésicos en un entorno ambulatorio hospitalario.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/prosthetic-devices](https://es.Medicare.gov/coverage/prosthetic-devices).

## Programas de rehabilitación pulmonar

Los programas de rehabilitación pulmonar lo ayudan a respirar mejor, estar más fuerte y mayor independencia. La Parte B cubre un programa integral de rehabilitación pulmonar si:

- Tiene enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tiene un referido del médico que la está tratando.
- Ha tenido COVID-19 confirmado o sospechado y experimenta síntomas persistentes, incluida la disfunción respiratoria, durante al menos 4 semanas.

## Costos

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

## Lo que debe saber

- Puede obtener estos servicios en el consultorio del médico o un hospital para pacientes ambulatorios que ofrezca programas de rehabilitación pulmonar.
- Hasta el 30 de septiembre de 2025, puede obtener servicios de rehabilitación pulmonar en cualquier lugar de EE. UU. por telesalud. Luego 1 de octubre de 2025, debe estar en un consultorio o centro médico ubicado en un área rural (en EE. UU.) para obtener servicios de la telesalud. Vaya a “Telesalud” en las páginas 116-117.

## Más información

- Visite [es.Medicare.gov/coverage/pulmonary-rehabilitation-programs](https://es.Medicare.gov/coverage/pulmonary-rehabilitation-programs).
- Vaya a “Telesalud” en la página 120.

## Terapia de radiación

La Parte A cubre la terapia de radiación para pacientes que están internados. La Parte B cubre esta terapia para pacientes ambulatorios o pacientes de clínicas independientes.

### Costos

- **Si es paciente internado:** usted paga el deducible y el coseguro de la Parte A (si corresponde).
- **Si es un paciente ambulatorio o está en una clínica independiente:** paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la terapia después de cumplir con el deducible de la Parte B.

### Más información

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

## Exámenes rectales

Vaya a “Exámenes de detección de cáncer de próstata” en la página 105.

## Artículos y servicios de instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de la salud

Las instituciones religiosas no médicas para el cuidado de la salud ofrecen atención y servicios para personas que no aceptan la atención médica estándar debido a sus creencias religiosas. Medicare podría cubrir los artículos y servicios recibidos de instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de salud (RNHCI) solo si califica para el cuidado hospitalario o cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF). Medicare solo cubrirá los artículos y servicios no religiosos y no médicos para pacientes hospitalizados, como alojamiento y comida, y artículos y servicios que no necesiten una orden como vendajes para heridas sin medicamentos o el uso de un andador simple.

Medicare no cubre la parte religiosa de este tipo de cuidado. La Parte A cubre la atención hospitalaria, no religiosa y no médica cuando se cumplen todas estas:

- Usted recibe atención en una institución religiosa no médica para servicios de la salud certificada por Medicare.
- El Comité de Revisión de Uso de instituciones religiosas de atención no médica está de acuerdo en que usted requeriría cuidado de salud hospitalario o de un SNF si no estuviera en la institución.
- Usted presentó una elección por escrito con Medicare que dice lo siguiente:
  - Califica para este tipo de atención según sus necesidades médicas y sus creencias religiosas.
  - Su elección será cancelada si acepta la atención médica estándar. Luego de cancelar una elección, pudiera tener que esperar de 1-5 años (dependiendo de cuántas veces cancele su elección anterior) antes de calificar para volver a recibir cuidado de la salud religiosos no médicos. Siempre es elegible para recibir los servicios de la Parte A que son médicamente necesarios.

**Nota:** Recibir la vacuna contra el COVID-19 ya no cancela automáticamente su elección de recibir cuidado de la salud religiosos no médicos. Si anteriormente se cancelaron sus elecciones porque recibió la vacuna contra el COVID-19, es elegible de inmediato para una nueva elección. Cualquier cancelación previa de la vacuna contra el COVID-19 no contará para el período de espera para sus elecciones futuras.

### Costos

Lo que usted paga por cada período de beneficios en 2026 depende de la duración de la atención que reciba:

- **Días 1 a 60:** Después de pagar el deducible de \$1,736, usted paga \$0 por día.
- **Días 61 a 90:** Usted paga \$434 por día.
- **Días 91 a 150:** Usted paga \$868 por día mientras utiliza sus 60 días de reserva de por vida. Estos son días adicionales que Medicare cubrirá cuando usted permanezca hospitalizado por más de 90 días. Usted dispone de un total de 60 días de reserva que pueden utilizarse una sola vez en el transcurso de su vida.
- **Después del día 150:** Usted cubre la totalidad de los costos.

### Más información

- Vaya a “¿Cuánto pago por los servicios cubiertos por la Parte A?” en las páginas 3 y 4 para obtener más información sobre los períodos de beneficios.
- Visite [es.medicare.gov/coverage/religious-nonmedical-health-care-institution-items-services](https://es.medicare.gov/coverage/religious-nonmedical-health-care-institution-items-services).



### Dispositivos de asistencia respiratoria

Los dispositivos de asistencia respiratoria pueden ayudarle a respirar. La Parte B cubre los dispositivos de asistencia respiratoria (como los ventiladores mecánicos domiciliarios y los dispositivos de asistencia respiratoria de nivel dual) si se le ha diagnosticado enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y ha desarrollado insuficiencia respiratoria crónica (una afección en la que presenta niveles bajos de oxígeno y/o niveles altos de dióxido de carbono en la sangre, lo que dificulta la respiración por sus propios medios). Debe cumplir con ciertas condiciones para calificar, entre ellas:

- Presentar hipercapnia (niveles altos de dióxido de carbono en la sangre) de 52 mmHg o más.
- Que su hipercapnia no sea causada principalmente por apnea del sueño (un trastorno del sueño en el que la respiración se detiene y se reanuda repetidamente).

### Costos

Una vez que haya cubierto el deducible de la Parte B, usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare.

### Con qué frecuencia

Inicialmente, Medicare cubre los dispositivos de asistencia respiratoria por un período de 6 meses. Posteriormente, Medicare podría continuar cubriendo el dispositivo si su médico u otro proveedor de atención médica certifica que usted cumple con ciertos criterios y que el dispositivo le está brindando ayuda. Usted debe reunirse con su proveedor de atención médica al menos dos veces durante el primer año en que utilice el dispositivo (una vez dentro de los primeros 6 meses y nuevamente durante los siguientes 6 meses).

### Más información

Vaya a la sección “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43–44.

## Vacuna contra el virus respiratorio sincitial (RSV)

Las vacunas contra el VSR pueden protegerle de contraer el VSR, un virus respiratorio que causa síntomas similares a los del resfriado. Los adultos de 75 años o más, así como los adultos de entre 50 y 74 años con ciertas afecciones, corren un alto riesgo de sufrir complicaciones de salud graves a causa del VSR. La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre la vacuna contra el VSR.

### Costos

- No paga nada por la vacuna contra el VSR si tiene la Parte D.
- La Parte D cubre todas las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) que no están cubiertas por la Parte B, incluidas las vacunas contra RSV, culebrilla, tos ferina, el sarampión y más. Su plan de la Parte D no le cobrará un copago o deducible por las vacunas recomendadas por el ACIP.

### Lo que debe saber

- Ciertas condiciones y factores médicos aumentan el riesgo de sufrir el VRS grave. Hable con su médico u otro proveedor de atención médica para averiguar si puede tener un mayor riesgo.
- Puede recibir la vacuna contra el RSV en muchos lugares, incluido el consultorio médico y su farmacia local. Si tiene un plan Medicare Advantage, comuníquese con el plan para averiguar dónde puede recibir la vacuna contra el RSV. Solo los planes Medicare Advantage que incluyen cobertura de medicamentos cubrirán los beneficios de medicamentos recetados como la vacuna contra el VRS.

### Más información

- Comuníquese con su plan de la Parte D.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/respiratory-syncytial-virus-rsv-shot](https://es.Medicare.gov/coverage/respiratory-syncytial-virus-rsv-shot).

## Cuidado de relevo

- Vaya a “Cuidados paliativos” en las páginas 57–58.

## Servicios de clínica de salud rural

Las Clínicas de Salud Rural se encuentran ubicadas en zonas no urbanizadas. Estas clínicas brindan atención primaria ambulatoria y servicios de salud preventiva a personas que residen en áreas rurales médicamente desatendidas o con escasez de servicios. La Parte B cubre una amplia gama de servicios ambulatorios de atención primaria y preventiva en las clínicas de salud rurales.

### Costos

Después de cumplir con el deducible de la Parte B, generalmente paga el 20% de los cargos. Usted no paga nada por la mayoría de los servicios preventivos.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/rural-health-clinic-services](https://es.Medicare.gov/coverage/rural-health-clinic-services).

## Scooters

Vaya a “Sillas de ruedas y scooters” en la página 122.

## Segundas opiniones quirúrgicas

Una segunda opinión es cuando otro médico o proveedor de atención médica da su opinión sobre su problema de salud y cómo debe tratarse. En algunos casos, la Parte B cubre una segunda opinión quirúrgica para una cirugía médicamente necesaria que no sea de emergencia. Medicare también cubre una tercera opinión si la primera y la segunda opinión no concuerdan.

### Costos

Una vez que haya cubierto el deducible de la Parte B:

- Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para una segunda opinión. El segundo proveedor de atención médica podría solicitarle que se realice pruebas adicionales como resultado de la visita. Medicare cubrirá estas pruebas, tal como cubre otros servicios que sean médicamente necesarios.
- Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para una segunda por Medicare para una tercera opinión, si la segunda opinión difiere de la primera.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/second-surgical-opinions](https://es.Medicare.gov/coverage/second-surgical-opinions).



## Evaluaciones y orientación de infecciones de transmisión sexual (STI)

La Parte B cubre las pruebas de STI para clamidia, gonorrea, sífilis y/o hepatitis B si está embarazada o tiene un mayor riesgo de contraer STI.

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

### Con qué frecuencia

- Una prueba de detección de ITS cada 12 meses, o en determinados momentos durante el embarazo.
- Hasta 2 sesiones de asesoramiento conductual al año.

### Costos

Usted no paga nada si su médico de cuidado primario u otro proveedor de atención médica acepta la asignación.

### Lo que debe saber

Su proveedor de cuidado primario debe solicitar el examen o referirlo a asesoramiento conductual. Medicare solo cubrirá las sesiones de asesoramiento con un proveedor en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico). La consejería brindada a los pacientes internados (como un centro de enfermería especializada), no será cubierta como un servicio preventivo.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/sexually-transmitted-infection-screenings-counseling](https://es.Medicare.gov/coverage/sexually-transmitted-infection-screenings-counseling).

## Vacunas contra la culebrilla

La vacuna contra la culebrilla puede protegerle contra el virus herpes zóster, que causa una erupción dolorosa y, en ocasiones, complicaciones graves, como dolor a largo plazo. La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre la vacuna contra la culebrilla.

### Costos

- Las personas con la Parte D no pagan nada de su bolsillo por la vacuna contra el herpes zóster.
- La Parte D cubre todas las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), incluidas las vacunas contra el VRS, culebrilla, tos ferina, sarampión y más. Su plan de la Parte D no le cobrará un copago o deducible por las vacunas recomendadas por el ACIP.

### Más información

- Comuníquese con su plan de la Parte D.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/shingles-shots](https://es.Medicare.gov/coverage/shingles-shots).

## **Inyecciones (o vacunas)**

Vaya a “Vacunas” en la página 120.

### **Cuidado de salud en centros de enfermería especializada (SNF)**

El cuidado especializado es cuidado de enfermería y de terapia que solo puede ser realizado de forma segura y efectiva por profesionales o personal técnico, o con la supervisión de estos. Se trata de cuidado de salud brindado cuando usted necesita enfermería especializada o terapia especializada para tratar, controlar y observar su condición, así como evaluar el cuidado que le brindan.

La Parte A cubre cuidado de SNF por tiempo limitado si cumple con todas estas condiciones:

- Tiene Medicare Parte A y le quedan días por usar en el período de beneficios.
- Tiene una internación elegible calificada. Esto significa una hospitalización previa médicamente necesaria de 3 días consecutivos o más, comenzando con el día en que lo admiten como paciente hospitalizado, pero sin incluir el día en que deja el hospital. El tiempo que pasa en el hospital bajo observación o en la sala de emergencias antes de ser admitido no cuenta para la estadía hospitalaria de tres días que califica, incluso si pasa la noche allí. Debe ingresar al SNF dentro de un corto período de tiempo (generalmente 30 días) después de salir del hospital
- Su médico u otro proveedor de atención médica ha decidido que necesita cuidado especializado a diario (como líquidos/medicamentos por vía intravenosa o fisioterapia). El cuidado debe ser proporcionado por el personal de terapia o de enfermería especializada, o bajo su supervisión.
- Usted recibe estos servicios especializados en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) certificado por Medicare.
- Necesita estos servicios especializados debido a:
  - Una condición en curso que también haya sido tratada durante la hospitalización (aunque no haya sido el motivo de su hospitalización).
  - Una nueva condición que comenzó mientras recibía atención de SNF para la condición en curso.

Los servicios cubiertos por Medicare en un SNF incluyen, entre otros:

- Habitación semiprivada (una habitación que comparte con otros pacientes).
- Comidas.
- Atención de enfermería especializada
- Terapia ocupacional y fisioterapia, si son necesarias para alcanzar su objetivo de salud. Vaya a “Servicios de terapia ocupacional” en la página 83 y a “Servicios de fisioterapia” en la página 91.

- Servicios de patología del habla y el lenguaje, si son necesarios para cumplir con su objetivo de salud. Vaya a la página 114.
- Servicios médicos y sociales.
- Medicamentos.
- Equipos y suministros médicos que se utilizan en el centro.
- Transporte en ambulancia (cuando otro transporte podría poner en peligro su salud) al proveedor más cercano de servicios necesarios que no puede obtener en el SNF.
- Asesoramiento nutricional.

### Con qué frecuencia

Medicare cubre ciertos servicios diarios de SNF a corto plazo.

### Costos

Lo que usted paga por cada período de beneficios en 2026 depende de la duración de la atención que reciba:

- **Días 1 al 20:** Usted paga \$0 por día después de pagar el deducible de \$1,736. No tiene que pagar el deducible por la atención en un centro de enfermería especializada si ya lo pagó por la atención que recibió en un hospital durante el mismo período de beneficios.

**Nota:** Si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, es posible que se le cobren copagos durante los primeros 20 días. Consulte con su plan para obtener más información.

- **Días 21 al 100:** Usted paga \$217 por día.
- **Día 101 en adelante:** Usted paga todos los costos.

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

### Lo que debe saber

- Puede recibir atención de enfermería especializada o terapia si es necesario para mejorar o mantener su estado actual, retrasar o prevenir su empeoramiento.
- Si no está de acuerdo con el alta por cualquier razón, puede presentar una apelación.
- Es posible que no necesite una hospitalización mínima de tres días si su proveedor participa en una Organización de Atención Responsable (ACO) aprobada para una Exención de la Regla de Tres Días de un Centro de Enfermería Especializada. Si su proveedor participa en una ACO, consulte con él para averiguar qué beneficios pueden estar disponibles. Los planes Medicare Advantage también pueden eximir del mínimo de tres días de estadía como paciente hospitalizado. Comuníquese con su plan para obtener más información.
- Medicare no cubre la atención a largo plazo no médica.

## Más información

- Vaya a:
  - “Servicios de ambulancia” en las páginas 10–11.
  - “Cuidados a largo plazo” en las páginas 68–69.
  - “¿Cuánto debo pagar por los servicios cubiertos por la Parte A?” en las páginas 3–4 para obtener más información sobre los períodos de beneficios.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/skilled-nursing-facility-care](https://es.Medicare.gov/coverage/skilled-nursing-facility-care).
- Visite [es.Medicare.gov/providers-services/coordinating-care](https://es.Medicare.gov/providers-services/coordinating-care).

## Estudios del sueño

Los estudios del sueño monitorean sus patrones de sueño, respiración y movimientos para determinar si usted tiene un trastorno del sueño. Medicare Parte B cubre los exámenes de sueño tipo I, II, III y IV y los aparatos si tiene síntomas y signos clínicos de la apnea de sueño.

### Costos

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

### Lo que debe saber

Medicare solo cubre las pruebas de tipo I si se realizan en un laboratorio del sueño. Su médico u otro proveedor de atención médica debe ordenar la prueba del sueño.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/sleep-studies](https://es.Medicare.gov/coverage/sleep-studies).

## Servicios de patología del habla

Los servicios de patología del habla y el lenguaje brindan evaluación y tratamiento para recuperar y fortalecer las habilidades del habla y el lenguaje. Esto incluye habilidades cognitivas y de deglución, o terapia para mantener o mejorar la función actual o disminuir su deterioro. La Parte B cubre los servicios ambulatorios de patología del habla y el lenguaje médicamente necesarios si su médico u otro proveedor de atención médica (incluido un enfermero practicante, un especialista en enfermería clínica o un asistente médico) certifica que usted lo necesita.

### Costos

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

### Lo que debe saber

No hay límite en la cantidad que Medicare paga por servicios de patología de habla para paciente ambulatorio necesarios por razones médicas en un año calendario.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/speech-language-pathology-services](https://es.Medicare.gov/coverage/speech-language-pathology-services).

## Servicios para trastornos por consumo de sustancias

Vaya a “Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias” en la página 84.

## Suministros

La Parte B no cubre suministros médicos comunes que suelen usarse en el hogar, como vendas y gasas.

### Costos

Usted paga todos los costos por los servicios no cubiertos, incluyendo los suministros médicos más comunes que usa en casa.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/supplies](https://es.Medicare.gov/coverage/supplies).

## Cirugía

Medicare cubre muchos procedimientos quirúrgicos necesarios por razones médicas para pacientes internados y ambulatorios.

### Costos

Es difícil predecir los costos de las cirugías o procedimientos con anticipación, porque no sabrá qué servicios necesita hasta que se reúna con su proveedor. Para comparar los costos promedio de cirugía tanto en un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital como en un centro quirúrgico ambulatorio, visite [es.Medicare.gov/procedure-price-lookup/](https://es.Medicare.gov/procedure-price-lookup/).

### Más información

- Vaya a “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en las páginas 68–69.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/surgery](https://es.Medicare.gov/coverage/surgery).

## Servicios de vendajes quirúrgicos

La Parte B cubre el tratamiento médicamente necesario de una cirugía o herida tratada quirúrgicamente.

### Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico u otro proveedor de atención médica. También paga un copago por separado por estos servicios cuando los recibe en un entorno hospitalario ambulatorio.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/surgical-dressing-services](https://es.Medicare.gov/coverage/surgical-dressing-services).

## Servicios de cama giratoria

Un hospital rural o de acceso crítico que cuente con un acuerdo con Medicare puede “girar o alternar” el uso de sus camas y brindar atención de nivel hospitalario agudo o de nivel de Centro de Enfermería Especializada (SNF), según sea necesario. Medicare cubre los servicios de camas alternas que usted reciba en ciertos hospitales afiliados a Medicare.

### Costos

Cuando las camas giratorias brindan atención de nivel SNF, se aplican las mismas reglas de cobertura y costos compartidos que si los servicios se brindaran en un SNF.

### Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/swing-bed-services](https://es.Medicare.gov/coverage/swing-bed-services).

## Vacunas Tdap

La vacuna Tdap es un refuerzo que protege contra el tétanos, la difteria y la tos convulsa. La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre la vacuna Tdap.

### Costos

- Usted no paga nada de su bolsillo por la vacuna Tdap, si tiene la Parte D.
- La Parte D cubre todas las vacunas para adultos que recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, en inglés) que no está cubiertas por la Parte B, incluidas las vacunas contra la Tdap, el virus respiratorio sincitial (VRS), el herpes zóster, el sarampión y más. Su plan de la Parte D no le cobrará un copago o deducible por las vacunas recomendadas por el ACIP.

### Más información

- Comuníquese con su plan de la Parte D.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/tdap-shots](https://es.Medicare.gov/coverage/tdap-shots).

## Telesalud

La telemedicina incluye los servicios médicos o de salud que recibe de un proveedor de atención médica que se encuentra en otro lugar (en EE. UU.) mediante comunicaciones de audio y video (o servicios de solo audio en algunos casos), como a través de su teléfono o una computadora. Puede comunicarse con su proveedor a través de la telesalud de diversas maneras, incluidas las visitas electrónicas (comunicaciones no presenciales que, por lo general, se realizan a través de un portal en línea para pacientes) y los controles virtuales (comunicaciones breves en tiempo real que, habitualmente, duran 10 minutos o menos).

Telesalud puede ofrecer muchos servicios que, por lo general, se prestan de forma presencial, tales como consultas en el consultorio, psicoterapia, asesoramientos y más. Hasta el 31 de diciembre de 2027, Medicare cubre los servicios de telesalud que usted puede recibir desde cualquier lugar de los Estados Unidos, incluido su propio hogar.

Entre los ejemplos de servicios de telesalud cubiertos por Medicare se incluyen:

- Planificación anticipada de la atención
- Servicios de rehabilitación cardíaca
- Servicios de capacitación para cuidadores
- Evaluaciones cognitivas
- Detección de depresión
- Capacitación en el automanejo de la diabetes
- Servicios de terapia de nutrición médica
- Psicoterapia ambulatoria
- Servicios de rehabilitación pulmonar
- Terapia del habla

Es posible que Medicare cubra más servicios de telesalud de los que se enumeran anteriormente. Consulte a su proveedor para obtener más información sobre los servicios que puede recibir a través de la telesalud.

### **Costos**

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su proveedor. Para la mayoría de los servicios de telesalud, pagará la misma cantidad que pagaría si hubiera recibido los servicios en persona.

### **Lo que debe saber**

Los planes Medicare Advantage y algunos proveedores en Medicare Original pueden ofrecer más beneficios de telesalud que la cobertura básica de Medicare Original. Si su proveedor de Medicare Original participa en una Organización Responsable de la Salud (ACO), consulte con él para averiguar qué beneficios de telesalud pueden estar disponibles.

### **Más información**

- Vaya a:
  - “Visitas virtuales” en la página 45.
  - “Consultas virtuales” en la página 121.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/telehealth](https://es.Medicare.gov/coverage/telehealth).
- Visite [es.Medicare.gov/providers-services/coordinating-care](https://es.Medicare.gov/providers-services/coordinating-care).

## **Zapatos o plantillas terapéuticos**

Los zapatos o plantillas terapéuticos son calzado hecho a medida que brinda soporte y protección a sus pies si padece ciertas afecciones médicas (como una úlcera o una deformidad en el pie). La Parte B cubre el mobiliario y el ajuste de zapatos o plantillas personalizadas, o un par de zapatos extra profundos, si tiene diabetes y enfermedad grave del pie relacionada con la diabetes.

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

### **Con qué frecuencia**

Cada año natural, usted puede recibir una de las siguientes opciones:

- Un par de zapatos de horma profunda y 3 pares de plantillas.
- Un par de zapatos hechos a medida (incluyendo las plantillas), si no puede utilizar zapatos de horma profunda debido a una deformidad en el pie, y 2 pares de plantillas adicionales.

**Nota:** En ciertos casos, Medicare también podría cubrir plantillas por separado o modificaciones en el calzado en lugar de las plantillas.

### **Costos**

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

### **Lo que debe saber**

El médico u otro proveedor de atención médica que trate su diabetes debe certificar que usted necesita zapatos o plantillas terapéuticas. Un podólogo (médico de los pies) u otro médico debe ordenarlos, y usted debe obtenerlos de un podólogo, ortopedista, protésico, pedorcista u otra persona calificada.

### **Más información**

- Vaya a “Servicios para la diabetes” y “Suministros para la diabetes” en las páginas 37-38.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/therapeutic-shoes-inserts](https://www.medicare.gov/coverage/therapeutic-shoes-inserts).

## **Servicios de administración del cuidado para pacientes en transición**

Medicare podría cubrir los servicios de administración de atención de transición si regresa a su comunidad después de una estadía como paciente internado en algunos centros, como un hospital o un centro de enfermería especializada. También podrá acceder a una visita personal en la oficina en un plazo de 2 semanas de haber regresado a su casa.

### **Costos**

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el coseguro por estos servicios.

### **Lo que debe saber**

El proveedor de atención médica que está manejando su transición de regreso a la comunidad trabajará con usted, su familia, cuidadores y otros proveedores para coordinar y administrar su atención durante los primeros 30 días después de que regrese a casa.

El proveedor de atención médica también puede ayudarle a:

- Revisar la información sobre el cuidado que usted recibió en el centro;
- Brindar información para ayudar en la transición de regreso a la comunidad;
- Obtener referencias o hacer arreglos para la atención de seguimiento o los recursos comunitarios
- Programar citas
- Administrar sus medicamentos

### Más información

- Vaya a “Servicios de capacitación para cuidadores” en las páginas 20–21.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services](https://es.Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services).

## Viajes fuera de los EE. UU.

Medicare generalmente no cubre atención médica mientras está fuera de EE. UU. Hay algunas excepciones, como algunos casos donde la Parte B puede pagar por servicios que obtiene a bordo de un barco dentro de las aguas territoriales cerca de EE. UU.

Medicare puede pagar los servicios de hospitalización, médico o ambulancia que reciba en un país extranjero si:

- Se encuentra en EE. UU. en el momento en el que tiene una emergencia médica y un hospital extranjero está más cerca que el hospital de EE. UU. más cercano que puede atender su condición médica.
- Está viajando por Canadá sin un retraso no razonable por la ruta más directa entre Alaska y otro estado de EE. UU. en el momento en que tiene una emergencia médica y el hospital en Canadá está más cerca que el hospital de EE. UU. más cercano que puede atender la emergencia.
- Vive en los EE. UU. y el hospital extranjero está más cerca de su hogar que el hospital más cercano de los EE. UU. que puede tratar su condición médica, independientemente de si existe una emergencia.

Medicare podría cubrir el transporte en ambulancia necesario por razones médicas a un hospital extranjero solo si es parte de su admisión a un hospital necesarios por razones médicas.

### Costos

En la mayoría de los casos, usted paga todos los costos. En las raras situaciones descritas anteriormente, usted paga el mismo coseguro, copagos y deducibles que pagaría si recibiera los servicios o suministros dentro de los EE. UU.

### Lo que debe saber

Los 50 estados de Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE. UU., Guam, las Islas Marianas del Norte, Samoa Americana se consideran parte de EE. UU. Cualquier otro lugar y las aguas territoriales alrededor de Estados Unidos.

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s](https://es.Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s).

## Cuidados de urgencia

La Parte cubre cuidados de urgencia para tratar una enfermedad repentina o lesión que no sea una emergencia médica y/ su vida está en riesgo.

### Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico u otro proveedor de atención médica. En un entorno hospitalario ambulatorio, también paga un copago.

## Más información

Visite [es.Medicare.gov/coverage/urgently-needed-care](https://es.Medicare.gov/coverage/urgently-needed-care).

## Vacunas

Las vacunas actúan junto con las defensas naturales de su cuerpo para desarrollar de manera segura inmunidad (protección) contra gérmenes nocivos (como virus y bacterias). Por lo general, las vacunas se administran mediante una inyección en el brazo, aplicada por un médico u otro proveedor de atención médica. La Parte B cubre vacunas preventivas para:

- COVID-19: Vaya a la página 33.
- Gripe: Vaya a la página 49.
- Hepatitis B: Vaya a la página 53.
- Neumocócica: Vaya a la página 95.

La Parte B también cubre algunas vacunas no preventivas (como la del tétanos) cuando estas están directamente relacionadas 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 bajo la Parte B, incluidas las vacunas para:

- Virus respiratorio sincitial (VRS): Vaya a la página 109.
- Herpes zóster: Vaya a la página 111.
- Tdap: Vaya a la página 116.
- Viajes (como la fiebre amarilla y la chikunguña), el sarampión y más.

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



## Pruebas de detección de cáncer de vagina

Vaya a “Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vagina” en la página 22.

## Consultas virtuales

Las consultas virtuales le permiten comunicarse brevemente con su médico o con ciertos otros proveedores de atención médica utilizando tecnología de comunicación de audio o video en tiempo real (como su teléfono o una computadora), sin tener que acudir al consultorio médico. La Parte B cubre la mayoría de las consultas virtuales.

Durante una consulta virtual, su proveedor de atención médica puede realizar evaluaciones a distancia utilizando fotos o videos que usted envíe, con el fin de determinar si necesita una visita al consultorio u otro servicio. Su proveedor puede responderle por teléfono, por vía virtual, mediante mensaje de texto seguro, por correo electrónico o a través del portal del paciente.

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

### Costos

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su proveedor.

### Lo que debe saber

Los registros virtuales se diferencian de una visita electrónica porque suelen durar 10 minutos o menos y se realizan en tiempo real. Una visita electrónica es una comunicación no presencial que generalmente ocurre a través de un portal de pacientes en línea.

Puede tener una consulta virtual si:

- Habló con su proveedor sobre la posibilidad de iniciar este tipo de servicios.
- Dio consentimiento verbal para la consulta virtual y el médico registra su consentimiento en su historial médico. Su proveedor puede obtener un consentimiento para un año de estos servicios.

### Más información

- Vaya a
  - “Visitas virtuales” en la página 45.
  - “Telesalud” en la página 120.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/virtual-check-ins](https://www.medicare.gov/coverage/virtual-check-ins).



## **Andadores**

Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43-44.



## **Sillas de ruedas y scooters**

Las sillas de ruedas y los scooters son dispositivos de movilidad que pueden ayudarle a desplazarse si tiene una capacidad limitada para caminar. La Parte B cubre las sillas de ruedas y los vehículos motorizados (scooters).

Debe someterse a un examen en persona y tener una receta por escrito de un proveedor que brinde tratamiento antes de recibir la ayuda de Medicare para cubrir una silla de ruedas eléctrica o un scooter. La Parte B cubre las sillas de ruedas eléctricas y scooters solo cuando son necesarios por razones médicas.

### **Más información**

- Vaya a “Equipo médico duradero (DME)” en las páginas 43-44.
- Visite [es.Medicare.gov/coverage/wheelchairs-scooters](https://es.Medicare.gov/coverage/wheelchairs-scooters).

## **Radiografías**

Vaya a “Pruebas diagnósticas no de laboratorio” en la página 38.

# Aviso de Comunicaciones accesibles de CMS

Medicare proporciona ayudas y servicios auxiliares gratuitos, incluida información en formatos accesibles como braille, letra grande, archivos de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible, no se verá perjudicado por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que tendrá más tiempo para realizar cualquier acción si hay un retraso en el cumplimiento de su solicitud.

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. Correo electrónico:** [altformatrequest@cms.hhs.gov](mailto:altformatrequest@cms.hhs.gov)

**3. Enviar una carta:**

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

Atención: Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente (CARS)

Su pedido debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de la información que necesita (si la sabe) y la dirección postal a donde debemos enviar los materiales. Podemos comunicarnos con usted para obtener más información.

**Nota:** Si está inscrito en un Plan de Medicamentos Recetados o Medicare Advantage, puede comunicarse con su plan para solicitar sus documentos en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con la oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid).

# Aviso de no discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, niegan beneficios o discriminan contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo, o edad en la admisión, participación o recibimiento de los servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, ya sean realizadas por CMS directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la cual CMS se encarga de llevar a cabo sus programas y actividades.

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

También puede presentar una queja si considera que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo la posibilidad de tener problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos recetados 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, Oficina de Derechos Civiles:

**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 puede 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 Blvd.  
Baltimore, MD 21244-1850

---

Asunto Oficial  
Penalidad por uso privado, \$300

This booklet is available in English. To get a free copy, visit [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

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



**Medicare**

La información en este folleto describe el Programa de Medicare en el momento en que se imprimió este folleto. Es posible que se produzcan cambios después de la impresión. Visite [es.Medicare.gov](https://www.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.

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

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