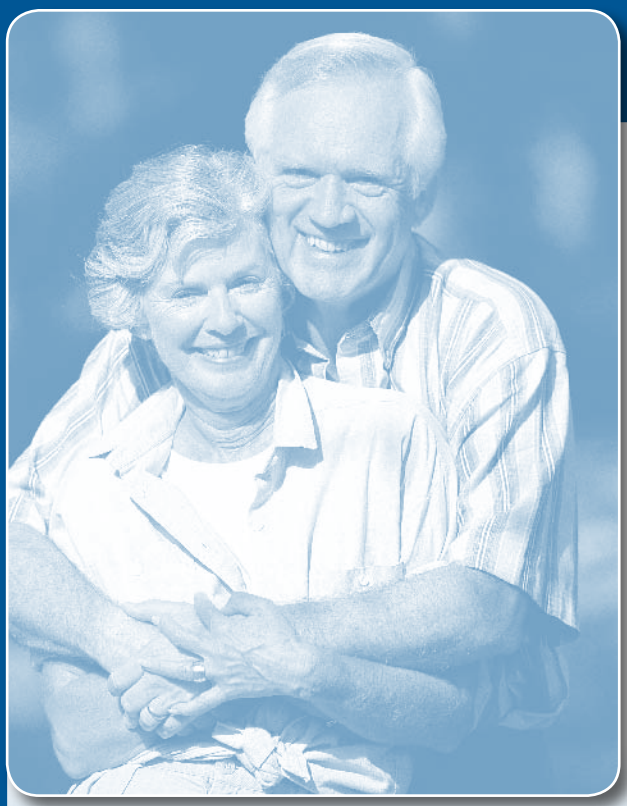
SUS BENEFICIOS DE MEDICARE



Esta guía oficial del gobierno contiene información importante sobre:

- Los servicios e insumos que cubre el Medicare Original
- Lo que usted paga
- Dónde puede obtener más información

2 0 1 6

CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

Esta publicación le explica cuáles servicios e insumos cubre Medicare y cómo recibirlos a través de la Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B (Seguro médico). Incluye:

- Los beneficios específicos que usted puede recibir y cuándo
- Cuánto paga Medicare por cada servicio y cuánto paga usted
- Dónde puede obtener respuesta a sus preguntas

"Sus Beneficios de Medicare" enumera muchos pero no todos los artículos y servicios cubiertos por Medicare. Si tiene alguna pregunta sobre un artículo, examen o servicio que no esté mencionado en esta publicación, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. "Sus beneficios de Medicare" le menciona muchos pero no todos los artículos y servicios que cubre Medicare.

La información sobre los servicios e insumos de esta publicación es válida para todos los beneficiarios inscritos en el Medicare Original. Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud de Medicare, la información en esta publicación no aplica para usted. Si tiene el plan Medicare Advantage u otro plan tiene los mismos beneficios básicos a las personas que tienen Medicare Original, pero las normas varían con cada plan. Algunos servicios y suministros no se enlistan porque la cobertura depende del lugar donde viva. Para averiguar más, visite medicare.gov, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

CONTENIDO

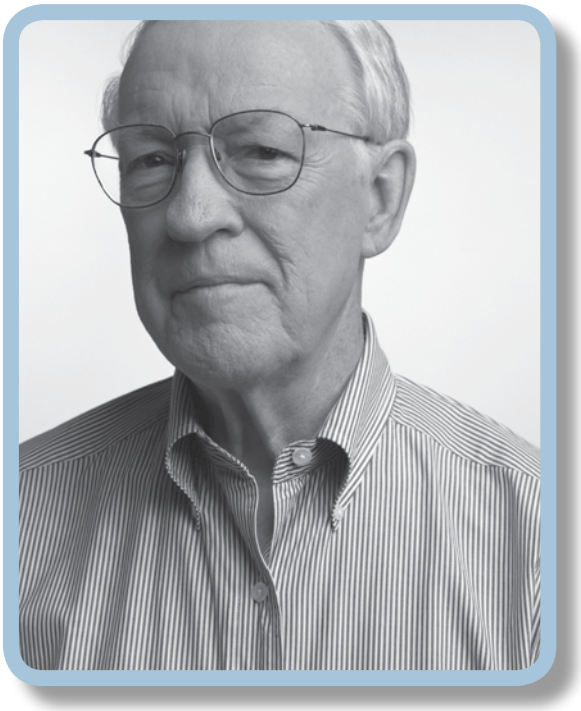
Sección 1: Lista de contenido. 5

Sección 2: Lo que cubre el Medicare Original. 11

Sección 3: Si desea más información 57

Sección 4: Definiciones. 61

Notas



SECCIÓN

1

Lista de contenido

Una lista en orden alfabético de los temas de esta guía

A

Abuso de alcohol y asesoría **12**

Acupuntura **12**

Ambulancia **44, 53**

Andadores **25–26**

Anestesia **12**

Aneurisma Aórtico Abdominal **13**

Anteojos **13, 32**

Aparatos para diálisis **49–50**

Apelación **11, 61**

Asignación **11, 61**

Asilo para ancianos **14**

Atención médica por iguala **14**

Audífonos **32**

B

Bastón **14, 26–28**

"Bienvenido a Medicare"
(visita preventiva por única vez) **55**

Bomba de infusión **26–28**

Bomba de succión **26–28**

C–H

C

Calentador de ambiente **34**
Cama de aire **26–28**
Cama de hospital **26–28**
Cantidad aprobada por Medicare **61**
Centros de cirugía ambulatoria **17, 61**
Centro de Enfermería Especializada (SNF) **15–16**
Centros médicos aprobados federalmente **17**
Cirugía estética **17**
Clínica de salud rural **17**
Colonoscopía **28–30**
Consejería para dejar el tabaco **13**
Copago **62**
Cuidado de custodia/compañía **17**
Cuidado de hospicio **18–19**
Cuidado de la salud en el hogar **19–20**
Cuidado de la salud mental **21–22**
Cuidado de los pies **21**
Cuidado de relevo **18–19, 22**
Cuidado en el hospital **22–23**
Cuidado urgente **23**

D

Deducible **11, 62**
Degeneración macular **24**
Densitometría ósea **24**
Depresión **24**
Derivación (referral) **63**
Desfibrilador automático implantado **24–25**
Deshumidificador **34**
Días de reserva de por vida/vitalicios **23, 62**

E

Educación sobre la enfermedad renal **30, 35**
Educación sobre la salud **34, 40**
Electrocardiograma (EKG) **26**
Elevadores de pacientes **26–28**
Enema de bario **28–29**
Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) **26**
Enfermedades de transmisión sexual y asesoría **31**
Entrenamiento para el auto-control de la diabetes **47**
Equipo **26–28**
Equipo de tracción **26–28**
Equipo médico duradero (DME) **26–28**
Evaluación de cáncer cervical y vaginal **33**
Evaluación cardiovascular **28**
Evaluación de cáncer colorrectal **28–30**
Examen clínico de los senos **28**
Examen de diabetes **30–31**
Examen de diagnóstico **44**
Examen de glaucoma **31**
Exámenes del oído/equilibrio **32**
Examen de la próstata **32**
Examen de la vista **32**
Examen de sangre oculta en la materia fecal **29**
Examen de VIH **33**
Examen Papanicolaou **33**
Examen pélvico **48**
Extremidades/Ojos artificiales **33**

H

Hospitales de acceso crítico **13, 16, 34, 51–52, 60**

I–S

I

Imagen por Resonancia Magnética (MRI) **44**

Institución Religiosa no Médica para el Cuidado de la Salud (RNHCI) **24–25, 62**

Insulina **46**

Insumos para ostomía **34**

Investigación clínica **35**

L

Lentes de contacto/lentillas **32, 35**

M

Mamografía **35**

Medicamentos **36–37**

Medicamentos recetados **36–37**

Monitores de glucosa en la sangre **26–28**

Muletas **14, 26–28**

N

Nebulizadores **26–28**

Necesario por razones médicas **62**

O

Obesidad (diagnóstico y asesoría) **37**

Observación **38**

Ortóticos **38**

Osteoporosis **20, 24, 36**

Oxígeno **26–28, 38**

P

Patología del lenguaje/habla **45, 51–52**
Período de beneficio **15, 23, 35, 61**
Plan Medicare de medicamentos recetados **63**
Procesamiento y manipulación de la sangre **39**
Programa de rehabilitación cardiaca **39**
Programa de rehabilitación pulmonar **42**
Programas de salud y bienestar **40**
Programa "Swing Bed" **51**
Prótesis **40**
Prótesis de seno **40**
Purificadores de aire eléctricos **34**

Q

Quimioterapia **37, 41**

R

Radiación **41**
Radiografías **41, 44**
Refracciones oculares **28**

S

Sala de emergencia **42**
Sangre **42**
Segunda opinión sobre una cirugía **43**
Servicios ambulatorios del hospital **43**
Servicios dentales **44**
Servicios de investigación clínica **18**
Servicios de laboratorio **45**
Servicios del médico **45**
Servicios de proveedores de la salud **45**
Servicios preventivos **48, 55**
Servicios quiroprácticos **49**

S–Z

S (continuación)

Servicios y suministros de diálisis **49–50**

Servicios e insumos para diabéticos **26–28, 46–47**

Sigmoidoscopia flexible **28–29**

Sillas de ducha o inodoro **26–28, 50**

Silla de ruedas **12, 26–28**

T

Telesalud **51**

Terapia de nutrición **52**

Terapia física **51–52**

Terapia ocupacional **52**

Tomografía Computarizada (CT Scan) **44**

Tomografía por Emisión de Positrones (PET Scan) **44**

Transporte **44, 53**

Trasplantes **52–53**

V

Vacunas **53**

Vacuna contra la gripe/influenza **53**

Vacuna contra la Hepatitis B **54**

Vacuna neumocócica **54**

Vendajes quirúrgicos **54**

Viajes **55**

Visita anual de “Bienestar” **55**

Visita preventiva **55–56**

Z

Zapatos ortopédicos/plantillas **56**

SECCIÓN 2

Lo que cubre el Medicare Original

La información que comienza en la página siguiente le explica:

- Los servicios e insumos cubiertos por el Medicare Original
- Las condiciones y los límites de la cobertura
- Lo que usted paga

Cuando lea esta publicación, tenga en cuenta estos dos puntos:

1. A menos que se indique de otro modo, en el 2016 usted paga un deducible anual de $166 por los servicios y suministros cubiertos por la Parte B antes de que Medicare empiece a pagar su parte, dependiendo del servicio o insumo que reciba.
2. Las cantidades que usted tiene que pagar pueden ser más altas, dependiendo del servicio o suministro, si los médicos u otros proveedores de la salud o abastecedores no aceptan la asignación.

Los médicos que no aceptan la asignación, pueden cobrarle hasta un 15% por encima de la cantidad aprobada por Medicare. A esto se le conoce como "cargo límite" o "cargo limitante". Este cargo límite es solo para algunos servicios y no se aplica a ciertos insumos o al equipo médico duradero. Al obtener ciertos suministros y equipo médico duradero, Medicare sólo pagará por ellos a los proveedores inscritos en Medicare, no importa quién presente el reclamo (usted o su proveedor).

Su médico u otro proveedor de la salud puede aconsejarle que reciba los servicios con mayor frecuencia de la que cubre Medicare. O ciertos servicios que Medicare no cubre. Si esto ocurre, usted tendrá que pagar algunos o todos los costos. Por eso es importante que haga preguntas sobre los servicios que le recomiendan y sepa si Medicare pagará por ellos.

Si no está de acuerdo con una decisión de pago o cobertura, tiene derecho de apelar. Para información sobre la apelación consulte el manual "Medicare y Usted" o visite Medicare.gov/appeals.

Los servicios preventivos le ayudan a mantenerse sano. Al lado de cada servicio preventivo cubierto por Medicare verá una manzana. Hable con su médico sobre los servicios preventivos que necesita.

Las palabras en color azul se describen en las páginas 59–61.

SERVICIOS E INSUMOS

A

Abuso del alcohol y asesoría

La Parte B de Medicare cubre una evaluación de abuso del alcohol al año (incluye también a las embarazadas), para los que consumen alcohol pero no son alcohólicos. Si su médico determina que las necesita, Medicare pagará por hasta 4 sesiones personales al año (si usted es competente y está en condiciones). Un médico general calificado o proveedor puede brindarle asesoría en el consultorio.

En el 2016, usted NO paga por la evaluación y consejería si su médico acepta la asignación.

Acupuntura

Medicare no cubre la acupuntura.

Andadores/Silla de ruedas

La Parte B de Medicare cubre los vehículos eléctricos (escúter), andadores y sillas de ruedas como Equipo Médico Duradero que su médico le ordena para el uso en su hogar. Si vive en ciertas zonas del país debe usar proveedores de equipo médico específicos. Si desea más información sobre el Programa de Oferta Competitiva del Equipo Médico consulte la página 27.

Silla de ruedas eléctrica: Tiene que tener una consulta en persona y una receta escrita de un médico u otro proveedor que lo esté tratando antes de que Medicare le ayude a pagar por la silla.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. y el deducible de la Parte B aplicable.

Anestesia

La Parte A de Medicare cubre los servicios de anestesia brindados en el hospital a un paciente internado. La Parte B de Medicare cubre los servicios de anestesia brindados en el departamento ambulatorio de un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria independiente.

En el 2016, USTED paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de anestesia brindados por un médico o enfermera anestesista certificada registrada y el deducible de la Parte B. El servicio de anestesia tiene que estar asociado con el servicio médico o con el procedimiento quirúrgico y tal vez le cobren un copago por el uso de la clínica.

Aneurisma Aórtico Abdominal

La Parte B de Medicare cubre una ecografía una sola vez para las personas que están a riesgo. Se le considera una persona a riesgo si tiene antecedentes familiares de un aneurisma aórtico abdominal o si es una persona de sexo masculino entre los 65 y 75 años y ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en su vida. Medicare solamente cubre este examen si tiene una orden de su médico ("referral").

En el 2016, usted NO paga por la evaluación y si su médico acepta la asignación.

Anteojos/Lentes de contacto

Por lo general, Medicare no cubre los anteojos ni lentes de contacto. Sin embargo, después de una cirugía de catarata con una lente intraocular implantada, la Parte B de Medicare le ayuda a pagar los lentes (anteojos o lentes de contacto).

En el 2016, usted paga el 100% de los servicios que no están cubiertos (anteojos y lentes de contacto). Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de catarata con una lente intraocular y, cualquier costo adicional si escoge un marco de anteojo mejor o más caro. También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Medicare solamente pagará por un par de anteojos o lentes de contacto de un proveedor inscrito en Medicare.

Aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello

La Parte B cubre médicamente aparatos ortópedicos de brazo, pierna, espalda y cuello.

En el 2016, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Asesoría para dejar de fumar o de usar tabaco

La Parte B de Medicare cubre hasta 8 visitas en persona durante un período de 12 meses. Estas visitas deben ser provistas por un medico calificado u otro proveedor reconocido de Medicare.

En el 2016, usted no paga por las sesiones de consejería si su médico acepta la asignación.

Asilo para ancianos

La mayor parte del cuidado que recibe en un asilo para ancianos es cuidado de custodia/compañía (por ejemplo, ayuda para bañarse o vestirse). Medicare no cubre este cuidado si es el único que usted necesita. Sin embargo, si es necesario por motivos médicos (por ejemplo, para cambiarle las vendas estériles), la Parte A de Medicare pagará por el cuidado recibido en un SNF si usted cumple ciertos requisitos. Vea Centro de Enfermería Especializada (SNF) en las páginas 49–51.

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. Cuando paga esta cuota, puede obtener algunos servicios o comodidades que Medicare no cubre.

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

Los médicos que brindan atención médica por iguala deben seguir todas las reglas de Medicare:

- Los médicos que aceptan la asignación no pueden cobrarle adicionales por servicios cubiertos por Medicare. Esto significa que la cuota de membresía no puede incluir cargos adicionales para los artículos o servicios que cubre Medicare a menos que su médico piense que Medicare probablemente (o con seguridad) no pagará el artículo o servicio porque no es necesario por razones médicas. En esta situación, su médico debe darle un aviso por escrito llamado "Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario" (ABN).
- Los médicos que no aceptan la asignación pueden cobrarle más de la cantidad aprobada por Medicare por servicios cubiertos por Medicare, pero hay un límite del 15% llamado "cargo límite".
- Todos los médicos de Medicare (independientemente de si aceptan o no la asignación) pueden cobrarle por los artículos y servicios que no están cubiertos por Medicare.

En el 2016, usted paga el 100% de la cuota de membresía para la atención médica por iguala.

B

Bastones/Muletas

La Parte B de Medicare cubre los bastones y muletas. Medicare no cubre bastones blancos para las personas ciegas. Vea Equipo Médico Duradero en las páginas 25–27.

En el 2016, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

C

Cama de hospital

Si vive en ciertas zonas del país, es posible que tenga que utilizar proveedores específicos de Medicare para pagar por una cama de hospital utilizada en casa. Vea Equipo Médico Duradero en las páginas 25–27.

Centro de Enfermería Especializada (SNF por su sigla en inglés)

La Parte A de Medicare cubre el cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF por su sigla en inglés) bajo ciertas condiciones por un tiempo limitado. El cuidado especializado es la atención médica que se le brinda cuando necesita una enfermera especializada o personal de rehabilitación para controlar, observar y evaluar su cuidado. Medicare cubre ciertos servicios de enfermería especializada que son necesarios diariamente a corto plazo (hasta 100 días por período de beneficio).

En el 2016, usted paga por cada período de beneficio (después de una internación cubierta en el hospital relacionada de por lo menos 3 días):

- Días 1–20: $0 por cada períod de beneficio
- Días 21–100: Hasta $161 por día
- Después de los 100 días: El 100% de todos los costos

La Parte A cubre hasta un límite de 100 días de atención en el SNF por cada período de beneficio.

Medicare cubrirá el cuidado en un SNF si se satisfacen **todas** las condiciones siguientes:

1. Usted está inscrito en la Parte A de Medicare y todavía le quedan días que puede usar de su período de beneficio.
2. Ha tenido una internación que lo hace elegible. O sea, una internación de 3 días consecutivos o más necesaria por motivos médicos, incluyendo el día que es admitido al hospital pero sin incluir el día en que se va del hospital.

   Nota: El tiempo que pasa en el hospital como un paciente ambulatorio antes de ser internado no cuenta para los 3 días de internación que necesita para tener una estadía aprobada con el propósito de recibir los beneficios de SNF. Tampoco cuentan los días en los que está en observación. No es un paciente interno hasta que sea admitido oficialmente. Consulte “Servicios Ambulatorios del hospital “en la página 41.

   Usted tiene que ingresar al SNF dentro de un plazo corto (por lo general son 30 días) de haber dejado el hospital y debe necesitar servicios especializados relacionados con su internación. Vea el punto número 5. Después de dejar el SNF, si vuelve a ingresar al mismo u otro SNF dentro de 30 días, no necesita otra estadía en el hospital de 3 días para recibir los beneficios adicionales de SNF. Lo mismo es cierto si deja de recibir atención especializada mientras está en el SNF y luego retoma la atención especializada dentro de los 30 días.

Centro de Enfermería Especializada (SNF por su sigla en inglés) (continuación)

3. Su médico ha determinado que usted necesita cuidado especializado diariamente. Tiene que ser administrado por, o bajo la supervisión directa, de una enfermera especializada o de rehabilitación. Si está internado en un SNF solamente para servicios de rehabilitación su cuidado es considerado diario aunque estas terapias sólo sean ofrecidas 5 ó 6 días a la semana, mientras que reciba y necesite los servicios terapéuticos cada día que sean ofrecidos.
4. Recibe estos servicios especializados en un SNF certificado por Medicare.
5. Necesita estos servicios para:
   - un problema médico relacionado con su estadía en el hospital, cualquier condición que fue tratada durante una estadía aprobada de 3 días, aunque no haya sido la razón por la cual fue internado.
   - una nueva condición que comenzó mientras recibía cuidado en un SNF por una condición médica relacionada con el hospital. Por ejemplo, si mientras usted está recibiendo cuidado en un SNF por un infarto que también fue tratado durante su estadía hospitalaria de 3 días, contrae una infección que requiere antibióticos intravenosos, Medicare cubrirá su cuidado en el SNF para el tratamiento de su infección (mientras que satisfaga los requisitos en los puntos 1–4).

Si está en un SNF que no cubre los condiciones mencionadas arriba, su estadía no será cubierta por la Parte A, aunque algunos de los servicios estarán cubiertos por la Parte B. El centro enviará las facturas por los servicios terapéuticos de la Parte B (terapia física, ocupacional y patología de lenguaje/habla) que haya recibido durante una estadía no cubierta en la parte de la dependencia certificada por Medicare. Ninguna otra dependencia como por ejemplo el departamento ambulatorio de un hospital, puede cobrar por la terapia durante el mismo período.

Atención post-hospitalaria (“Swing bed services)

Medicare cubre estos servicios en ciertos hospitales cuando el hospital o el hospital de cuidados críticos (CAH) participa de un acuerdo de atención post-hospitalaria “Swing bed” con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, por el cual la dependencia puede utilizar sus “camas” para cuidados agudos o para el nivel de atención de un SNF según sea necesario.

En el 2016 cuando se utilizan camas para proporcionar cuidados de nivel SFN la misma cobertura y las reglas de distribución de costos se aplican como si los servicios fueron proporcionados en un SNF.

Centros de cirugía ambulatoria

La Parte B de Medicare cubre las cirugías aprobadas que se realicen en un centro de cirugía ambulatoria.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare excepto por ciertos servicios preventivos que son gratuitos. Usted tiene que pagar el deducible anual de la Parte B y la tarifa que cobre el centro por los procedimientos que Medicare no cubra.

Centros de salud aprobados federalmente/clínicas de salud rural

La Parte B de Medicare cubre una variedad de servicios ambulatorios primarios y preventivos en estos centros.

En el 2016, usted generalmente paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Tiene que pagar el deducible de la Parte B para que cubran los servicios de una clínica de salud rural. Por la mayoría de los servicios preventivos no paga.

Cirugía estética

Por lo general, Medicare no cubre la cirugía estética a menos que sea necesaria por un accidente o para mejorar el funcionamiento de una malformación física. Medicare cubre la reconstrucción de los senos si ha tenido una mastectomía como resultado de un cáncer de mamas. Vea página 40.

Cuidado de custodia/compañía (ayuda con las actividades cotidianas como, bañarse, vestirse, usar el baño y comer)

Medicare no cubre el cuidado de custodia cuando es el único cuidado que usted necesita. El cuidado se considera de compañía cuando le ayudan con las actividades diarias o con las necesidades personales y puede ser brindado de una manera segura y razonable por personas sin ningún entrenamiento profesional.

Cuidado de hospicio

La Parte A de Medicare cubre el cuidado de hospicio si usted satisface **todas** las condiciones siguientes:

- Su médico (si tiene uno) certifica que tiene una enfermedad terminal y probablemente le queden menos de 6 meses de vida.*
- Acepta el cuidado paliativo (para su comodidad) en vez de atención para curar su enfermedad.
- Usted firma una declaración donde elige el cuidado de hospicio en vez de los beneficios cubiertos por Medicare para su enfermedad terminal.

Nota: Sólo su médico regular o su médico de cabecera (si lo tiene) - no una enfermerapracticante que haya elegido para que le brinde asistencia profesional-puedecertificar que usted es un enfermo terminal y que le quedan 6 meses de vida o menos.

Importante: Medicare Original va a pagar por los beneficios cubiertos por cualquier problema de salud que no sean condiciones relacionados con su enfermedad terminal, pero esto es inusual. Una vez que elija el cuidado de hospicio, sus beneficios generalmente cubrirán todo lo que necesite.

El cuidado de hospicio generalmente es brindado en su hogar. Incluye los servicios siguientes cuando su médico los incluye en su plan de cuidados paliativos (para mantenerlo cómodo), para tratar su condición terminal y otras relacionadas:

- Servicios médicos
- Enfermería
- Equipo médico (como sillas de ruedas o andadores)
- Insumos (como vendas o catéteres)
- Medicamentos para tratar el dolor y otros síntomas
- Auxiliar para el hogar
- Terapia física y ocupacional
- Terapia del lenguaje/habla
- Asistente social
- Nutrición
- Asesoría emocional para usted y su familia
- Internación por un periodo corto para tratar los síntomas
- Internación por un periodo corto para cuidado de relevo (tal vez le cobren un copago)*
- Cualquier otro servicio que Medicare cubra para el cuidado de su enfermedad terminal y otros problemas relacionados como se recomienda por su equipo de cuidados paliativos

Cuidado de hospicio (continuación)

*El cuidado de relevo consiste en la internación del paciente de hospicio, para que la persona que de costumbre lo cuida pueda descansar. Usted puede internarse en cualquier dependencia aprobada por Medicare como un hospicio, hospital o asilo para ancianos, por un lapso de hasta 5 días cada vez que obtenga el cuidado de relevo. Puede obtener éste servicios más de una vez, pero sólo puede ser de forma ocasional.

En el 2016, usted NO paga por el cuidado de hospicio. Tal vez le cobren un copago de hasta $5 por cada medicamento para paciente ambulatorio para controlar los síntomas o aliviar el dolor. Tal vez tenga que pagar el 5% de la cantidad aprobada por Medicare para el cuidado de relevo del paciente internado. Los gastos del cuidado de relevo oscilan entre los $5 a $12 por día. Medicare no cubre el alojamiento o las comidas cuando usted recibe el cuidado de hospicio en su casa o en otro lugar donde viva (como una asilo para ancianos). Si su médico no es un empleado del hospicio, usted pagará el deducible de la Parte B y un copago por sus servicios.

Si el personal del hospicio determina que usted necesita ser internado por un periodo corto en un hospicio, hospital o asilo para ancianos, o si la persona que lo cuida necesita un descanso corto, Medicare pagará por el alojamiento y las comidas.

Cuidado de la salud en el hogar

Si usted satisface todos los requisitos siguientes, puede obtener los beneficios de cuidado de la salud en el hogar de la Parte A y/o B de Medicare:

- Usted tiene que atenderse con un médico que ha diseñado un plan de cuidado y lo revisa periódicamente.
- Usted necesita (y su médico debe certificarlo) por lo menos uno de los siguientes servicios especializados:
  - Cuidado de enfermería especializada intermitente (más allá de sacarle sangre)
  - Terapia física
  - Servicios de patología del lenguaje/habla
  - Terapia ocupacional continua
- La agencia que le brinda el cuidado en el hogar está certificada por Medicare.
- Tiene que estar confinado en su hogar y su médico debe certificarlo. Estar confinado a su hogar significa:

Cuidado de la salud en el hogar (continuación)

– Que usted no puede abandonar su hogar sin ayuda (por ejemplo necesita una silla de ruedas, andador, un medio especial de transporte o ayuda de otra persona) por una herida o lesión **O**.

– Dejar su casa le significa un esfuerzo considerable y no es aconsejable debido a su condición

La persona puede dejar su casa para un tratamiento médico o para una salida corta y poco frecuente por motivos que no sean médicos, por ejemplo para un servicio religioso. Usted continuará recibiendo los servicios para el cuidado de la salud en el hogar si va a un centro diurno para adultos.

Nota: El cuidado de la salud en el hogar también puede incluir servicios de medio tiempo o intermitente de salud en la casa, servicios sociales médicos, suministros médicos, equipo médico duradero (vea las páginas 25–27) o un medicamento inyectable para la osteoporosis.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero cubierto y tiene que pagar el deducible de la Parte B. Usted no paga por las visitas al hogar para administrarle los medicamentos.

Medicamentos para la osteoporosis para las mujeres

Las Partes A y B de Medicare ayudan a pagar por un medicamento inyectable para las mujeres con osteoporosis que son elegibles para la Parte B de Medicare, cumplen los requisitos para los servicios de cuidado de salud en el hogar de Medicare y tienen una fractura de hueso que un médico certifica está relacionada con la osteoporosis postmenopáusica. El médico también tiene que certificar que usted es incapaz de aprender o de aplicarse la inyección, y que su familiar y/o cuidador no es capaz ni desea hacerlo. Medicare cubre la visita de una enfermera para que le aplique la inyección.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el medicamento. Usted no paga por la visita de la enfermera que le aplica la inyección, pero debe pagar el deducible de la Parte B.

Cuidado de los pies

La Parte B de Medicare cubre los servicios de un podólogo (médico de los pies) para los tratamientos necesarios por motivos médicos de enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo, juanete o fascitis plantar), pero no cubre el cuidado de pies rutinario (como quitar los callos, cortar las uñas, etc.). Vea zapatos ortopédicos (página 21) y exámenes de pie en Insumos y servicios para diabéticos (en la página 23).

En el 2016, usted paga el 100% del cuidado de los pies en la mayoría de los casos. Paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los tratamientos que sean necesarios por motivos médicos. En el departamento ambulatorio del hospital le cobrarán un copago por todos los tratamientos que sean necesarios por motivos médicos.

Cuidado de la salud mental

Las Partes A y B de Medicare cubren los servicios de la salud mental en varios establecimientos médicos.

El cuidado de la salud mental para los pacientes internados: La Parte A de Medicare cubre los servicios de cuidado de la salud mental para los pacientes internados. Estos servicios pueden ser brindados en el hospital, incluyendo las unidades de psiquiatría especializadas o en hospitales psiquiátricos especializados. Medicare ayuda a pagar por estos servicios de la misma manera que paga por todos los otros servicios de internación en un hospital.

Aviso: Si usted está internado en un hospital psiquiátrico especializado, Medicare sólo paga por un total de 190 días durante toda su vida.

El cuidado de la salud mental ambulatorio: La Parte B de Medicare cubre los servicios de la salud mental ambulatorios cuando son brindados por un médico, psicólogo clínico, asistente social, enfermera, enfermera clínica especializada o un asistente de médico en un consultorio, clínica u hospital.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las visitas al médico u otro proveedor de la salud. También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Si se trata en el departamento o clínica ambulatoria de un hospital, tal vez tenga que pagarle al hospital un copago o coseguro adicional. Este monto variará de acuerdo al servicio que reciba pero oscilará entre el 20-40% de la cantidad aprobada por Medicare.

Cuidado de la salud mental (continuación)

Hospitalización parcial: La Parte B de Medicare cubre la hospitalización parcial en ciertos casos. Estos servicios son brindados por el programa de hospitalización parcial que les ofrecen los hospitales a sus pacientes ambulatorios o en las clínicas comunitarias de salud mental. Es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico ambulatorio más intensivo que el cuidado que recibe en un consultorio médico o de un terapeuta y es una alternativa a la internación. Para ser elegible para el programa de hospitalización parcial, su médico tiene que certificar que de otra manera usted necesitaría internarse.

En el 2016, usted paga un porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare por cada tratamiento que recibe de un profesional (descrito arriba en "cuidado de la salud mental ambulatorio") que acepte la asignación. Usted también paga un coseguro por cada día de servicios ambulatorios brindados en un hospital o clínica comunitaria de la salud mental, y el deducible de la Parte B.

Cuidado de relevo (para los pacientes internados)

Vea Cuidado de Hospicio en las páginas 32–33.

Cuidado en el hospital (internación)

La Parte A de Medicare cubre la internación en el hospital cuando se cumplan todas estas condiciones:

- Un médico dice que tiene que ser admitido al hospital para tratar su enfermedad o herida.
- Usted necesita el tipo de cuidado que sólo le pueden brindar en un hospital.
- El hospital acepta Medicare.
- El Comité de Revisión de Utilización del hospital aprueba su estadía en el hospital.

Cuidado en el hospital (internación) (continuación)

Los servicios cubiertos por Medicare incluyen: una habitación semiprivada, las comidas, los servicios generales de enfermería y otros servicios e insumos. Esto incluye el cuidado que recibe en los hospitales de acceso crítico, los centros de rehabilitación, los hospitales de cuidado a largo plazo, la internación como parte de un ensayo clínico y el cuidado de la salud mental. Vea las páginas 36–37.
No incluye enfermeras privadas, televisión o un teléfono en su habitación y artículos personales como máquinas de afeitar o pantuflas. Tampoco incluye una habitación privada, a menos que sea necesario por motivos médicos.

Si usted tiene la Parte B, también estarán cubiertos los servicios del médico que usted reciba mientras está internado en el hospital.

En el 2016, usted paga por cada período de beneficio:

- Días 1–60: un deducible de $1,288
- Días 61–90: un coseguro diario de $322
- Días 91 en adelante, un coseguro de $644 por cada día de reserva vitalicio por período de beneficio (hasta 60 días en toda su vida). La internación en un hospital psiquiátrico se limita a 190 días durante toda su vida.
- Después de los días de reserva vitalicios: todos los costos

Para los Servicios ambulatorios vea la página 39.

Nota: En algunos casos, el hospital o un contratista de Medicare pueden determinar si debería haber conseguido los servicios ambulatorios. El hospital puede presentar un reclamo de la parte B por sus servicios y la cantidad que adeuda puede cambiar. Usted tendrá que pagar su parte para los servicios de la Parte B, pero puede recibir un reembolso por el dinero que pagó por los servicios de la Parte A.

Cuidado urgente

La Parte B de Medicare cubre los servicios para tratar una enfermedad o herida repentina que no sea una emergencia médica.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del profesional de la salud y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B. En el departamento ambulatorio del hospital le cobrarán un coseguro.

D

Degeneración macular

La Parte B de Medicare cubre ciertos diagnósticos y tratamientos de las enfermedades y condiciones del ojo para algunos pacientes con una Degeneración Macular relacionada con la Edad (AMD por su sigla en inglés).

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos y el medicamento, también paga el deducible de la Parte B. Como un paciente ambulatorio del hospital, usted paga un copago.

Densitometría ósea

La Parte B cubre esta prueba, que ayuda a ver si usted está en riesgo de fracturas de huesos, cuando es ordenado por un médico u otro proveedor calificado si usted cumple con una o más de estas condiciones:

- Es mujer y su médico determina que tiene deficiencia de estrógenos y está en riesgo de osteoporosis, basado en su historial médico y otros hallazgos.
- Sus radiografías muestran una posibilidad de osteoporosis, osteopenia o fracturas vertebrales.
- Está tomando prednisona o esteroides o está pensando en empezar un tratamiento de ese tipo.
- Le han diagnosticado hiperparatiroidismo primario.
- Lo están monitoreando para ver si su terapia de medicamento para la osteoporosis está funcionando.

El examen está cubierto una vez cada 24 meses para los individuos que califican y más seguido si es necesario por motivos médicos.

En el 2016, usted NO paga por este examen si su médico acepta la asignación.

Depresión

La Parte B cubre una evaluación sobre depresión al año. La evaluación debe realizarla su médico de cabecera para que pueda hacer un seguimiento y referirlo a un especialista, si es necesario.

En el 2016, usted NO paga por la evaluación si su médico acepta la asignación.

Desfibrilador (automático implantado)

La Parte A o la Parte B de Medicare, dependiendo de si la operación se hace en un hospital como paciente internado o ambulatorio, cubren los desfibriladores para ciertas personas con insuficiencia cardíaca.

Desfibrilador (automático implantado)

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos. Si le implantan el desfibrilador como un paciente ambulatorio, tiene que pagar un copago que no supere el deducible de la Parte A por la estadía en el hospital. Para la internación en el hospital para implantarle el desfibrilador cubierta por la Parte A, vea Cuidado en el hospital (internación) en la página 34. Tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.

Diálisis renal

Vea diálisis en las páginas 24–25.

Dispositivos de monitoreo continuo de la glucosa (CGM)

Medicare no cubre los dispositivos de CGM ni ningún otro equipo de precaución. Dado que el equipo de CGM no está cubierto, Medicare tampoco cubre los suministros de CGM.

En el 2016, usted paga el 100% de los costos de los dispositivos y suministros de CGM.

Dispositivos de presión positiva continua en las vías respiratorias

Medicare le cubre un tratamiento con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) durante 3 meses si le han diagnosticado apnea del sueño obstructiva.

Es posible que Medicare extienda su cobertura por más tiempo si usted se reúne en persona con su médico y este documenta en sus registros médicos que el tratamiento con CPAP lo está ayudando.

Nota: Si tenía una máquina de CPAP antes de tener Medicare, puede ser que Medicare cubra el alquiler o la sustitución de la máquina de CPAP o los accesorios si usted cumple determinados requisitos.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el alquiler de la máquina y la compra de los suministros relacionados (como mascarillas y sondas). Se aplica el deducible de la Parte B.

Si vive en ciertas áreas del país, es posible que tenga que usar proveedores específicos de Medicare para pagar por la máquina y/o accesorios de CPAP. Vea “Equipo Médico Duradero” en las páginas 26 y 27.

Medicare le paga al proveedor el alquiler de la máquina por los 13 meses, si usted la ha utilizado sin interrupción. Después de alquilar la máquina por 13 meses, le pertenece.

E

Educación sobre la enfermedad renal

Medicare cubre hasta seis sesiones de educación sobre la insuficiencia renal si usted padece de una enfermedad renal crónica en etapa IV, que necesitará tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón; si su médico le ordena este servicio y cuando el mismo sea brindado por un médico, ciertos proveedores calificados que no son médicos o un proveedor rural. La educación sobre la enfermedad renal le enseña lo que puede hacer para cuidar mejor sus riñones y le brinda la información que necesita para tomar decisiones informadas sobre su cuidado.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por sesión si recibe el servicio de un médico u otro proveedor de la salud, y debe pagar el deducible de la Parte B.

Electrocardiograma (EKG por su sigla en inglés)

La Parte B de Medicare cubre un electrocardiograma una sola vez si es referido como resultado de su visita médica preventiva "Bienvenido a Medicare". Vea Visita preventiva en la página 44. El EKG también está cubierto como un examen diagnóstico. Vea la página 23.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Si se lo hacen en un hospital o en una clínica de un hospital, le cobrarán un copago.

Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)

Medicare cubre una visita al año en el consultorio de su médico de cabecera o en una clínica para disminuir el riesgo de padecer de una enfermedad cardiovascular. Durante la visita, si fuera apropiado, el médico hablará con usted sobre el uso de la aspirina, el control de la presión arterial y le dará consejos sobre la buena alimentación.

En el 2016, usted No paga por este examen si su médico acepta la asignación.

Equipo

Vea Equipo Médico Duradero en las páginas 26–27.

Equipo Médico Duradero (DME por su sigla en inglés)

La Parte B de Medicare cubre el Equipo Médico Duradero (DME) que le receta su médico para que lo use en su casa. Solamente su médico puede recetarle el equipo médico. El DME debe cumplir estos criterios:

Equipo Médico Duradero (DME por su sigla en inglés) (continuación)

- Es duradero (dura por mucho tiempo)
- Se usa por motivos médicos
- Normalmente no les sirve a las personas que no están enfermas o heridas
- Se usa en su casa
- La expectativa de vida es de al menos 3 años

En ciertas circunstancias, el DME que Medicare cubre incluye, pero no se limita a:

- Camas de aire anti-escaras
- Monitores de azúcar en la sangre
- Bastones (no cubre los bastones blancos para ciegos) Terapia de presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP)
- Sillas de ducha o inodoro
- Muletas
- Equipo de oxígeno para el hogar y suministros
- Camas de hospital
- Bombas de infusión (y algunas medicinas utilizadas en las bombas de infusión si son consideras razonables y necesarias)
- Nebulizadores (y algunas medicinas utilizadas en los nebulizadores si son consideradas razonables y necesarias)
- Elevadores de pacientes (para levantar a un paciente de una cama o silla de ruedas por operación hidráulica)
- Bombas de succión
- Equipo de tracción
- Andadores
- Silla de ruedas

Asegúrese de que su médico o proveedor esté inscrito en Medicare. Los médicos y otros proveedores de suministros tienen que cumplir ciertos estándares estrictos para inscribirse y mantenerse inscritos en Medicare. Si su médico o proveedor de insumos no está inscrito, Medicare no pagará la reclamación. Es importante que le pregunte a su proveedor si participa en Medicare antes de que le proporcione el DME. Si es un proveedor participante, significa que acepta la asignación (o sea que solo puede cobrarle un coseguro de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B).

Equipo Médico Duradero (DME por su sigla en inglés) (continuación)

Si el proveedor está inscrito en Medicare pero no es un "proveedor participante", tal vez decida no aceptar la asignación (por lo tanto no hay un límite a la cantidad que puede cobrarle). Para averiguar cuáles son los proveedores que aceptan la asignación, visite Medicare.gov/supplier. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Nota: Medicare paga por distintos tipos de DME de maneras diferentes; algunos equipos tienen que ser alquilados, otros pueden ser comprados y usted puede decidir comprar o alquilarlos. Si un proveedor de suministros de DME no acepta la asignación, Medicare no limita la cantidad que el proveedor de suministros le puede cobrar. También tendrá que pagar el monto total (su parte y la de Medicare) en el momento en que recibe el DME y luego solicitar el reembolso.

Evaluación cardiovascular

La Parte B de Medicare cubre los exámenes de los niveles de colesterol, lípidos y triglicéridos cada 5 años para ayudarle a prevenir un infarto o una apoplejía (derrame cerebral).

En el 2016, usted No paga por estos exámenes.

Evaluación de cáncer colorrectal

La Parte B de Medicare cubre varios exámenes de cáncer colorrectal para ayudar a detectar crecimientos precancerígenos y prevenir o tratar el cáncer temprano que es cuando el tratamiento muestra los mejores resultados. Todos los beneficiarios de Medicare mayores de 50 años están cubiertos. Sin embargo, no hay una edad mínima para que le hagan una colonoscopia. Medicare cubre uno o más de estos exámenes:

Enema de bario: Cuando se usa este examen en vez de una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia, Medicare lo cubre una vez cada 48 meses para las personas de 50 años o mayores y una vez cada 24 meses para las personas a riesgo de padecer de cáncer colorrectal.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos. Como paciente ambulatorio de un hospital, usted paga un copago.

Evaluación de cáncer colorrectal (continuación)

Colonoscopia: Medicare cubre este examen una vez cada 24 meses si es una persona de riesgo alto de padecer de cáncer colorrectal. Si no es una persona de alto riesgo, Medicare cubre este examen una vez cada 120 o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible. No hay un límite de edad.

En el 2016, usted No paga por el examen si su médico acepta la asignación. Sin embargo, si como resultado de la evaluación le hacen una biopsia o extracción de una lesión o crecimiento, la operación se considera un procedimiento de diagnóstico y tendrá que pagar un coseguro o copago.

Examen de sangre oculta en la materia fecal: Medicare cubre este examen de laboratorio una vez cada 12 meses para las personas de 50 años o mayores. El examen será cubierto si usted tiene una orden de su médico, asistente médico, enfermera licenciada o enfermera clínica especializada.

En el 2016, usted No paga por este examen.

Prueba múltiple de ADN en heces: (como Cologuard™): — La prueba de laboratorio de ADN en heces generalmente está cubierta una vez cada 3 años para las personas que cumplen con todas estas condiciones:

- Están entre las edades de 50–85.
- No muestran síntomas de enfermedad colorrectal, incluyendo, pero no limitado a, dolor gastrointestinal inferior, heces con sangre, prueba de sangre oculta en heces positiva (guayaco) o prueba inmunoquímica fecal.
- A riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, lo que significa:
- No tener antecedentes personales de pólipos adenomatosos,cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria del intestino, incluyendo la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
- No tener antecedentes familiares de cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.

En el 2016 usted no paga nada por esta evaluación.

Evaluación de cáncer colorrectal (continuación)

Prueba múltiple de ADN en heces: (como Cologuard™):—La prueba de laboratorio de ADN en heces generalmente está cubierta una vez cada 3 años para las personas que cumplen con todas estas condiciones:

- Están entre las edades de 50–85.
- No muestran síntomas de enfermedad colorrectal, incluyendo, pero no limitado a, dolor gastrointestinal inferior, heces con sangre, prueba de sangre oculta en heces positiva (guayaco) o prueba inmunoquímica fecal.
- A riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, lo que significa:
- No tener antecedentes personales de pólipos adenomatosos,cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria del intestino, incluyendo la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
- No tener antecedentes familiares de cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.

En el 2016 usted no paga nada por esta evaluación.

Sigmoidoscopia flexible: Medicare cubre este examen una vez cada 48 meses para la mayoría de las personas de 50 años o mayores. Para aquellos a riesgo, Medicare cubre este examen una vez cada 120 meses después de una colonoscopia previa.

En el 2016, usted No paga por el examen si su médico acepta la asignación.

Si como resultado de la evaluación le hacen una biopsia o extracción de una lesión o crecimiento, la operación se considera un procedimiento de diagnóstico y tendrá que pagar un coseguro o copago, pero el deducible de la Parte B no se aplica.

Examen de diabetes

La Parte B de Medicare cubre los exámenes de diabetes. Estos exámenes están disponibles si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Presión alta (hipertensión)
- Dislipidemia (antecedentes de niveles colesterol y triglicéridos anormales)
- Obesidad
- Antecedentes del azúcar alto

Examen de diabetes (continuación)

Medicare también cubre estos exámenes si dos de los siguientes enunciados son ciertos:

- Tiene 65 años o más
- Está excedido de peso
- Antecedentes familiares de diabetes (padres, hermanos, hermanas)
- Tiene un historial de diabetes gestacional (durante el embarazo) o ha dado a luz a un bebé de más de 9 libras

Basándose en los resultados de estos exámenes, usted podría ser elegible para hasta 2 exámenes de diabetes por año.

En el 2016, usted No paga por este examen.

Examen de infecciones de transmisión sexual y asesoría

Medicare cubre los exámenes de infecciones de transmisión sexual (STI) para la detección de clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las personas de alto riesgo de STI y las embarazadas cuando sean ordenados por su médico. Medicare cubre estos exámenes una vez al año o en ciertos momentos durante el embarazo.

También paga por dos sesiones privadas de 20–30 minutos para asesorar a las personas adultas sexualmente activas con alto riesgo de padecer de STI. Las sesiones deben llevarse a cabo en el consultorio del médico. La asesoría que se brinde a los pacientes internados, como los que están en n SNF, no estará cubierta como un servicio preventivo.

En el 2016, usted No paga por el examen si su médico acepta la asignación.

Examen de glaucoma

La Parte B de Medicare cubre un examen de glaucoma cada 12 meses para las personas que están en riesgo. Esto incluye a las personas con diabetes, antecedentes familiares de glaucoma, Afroamericanos de 50 años o mayores e Hispanoamericanos de 65 años o mayores. El examen tiene que ser administrado o supervisado por un oculista que esté autorizado legalmente para ejercer en su estado.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos y el deducible de la Parte B. Como paciente ambulatorio de un hospital pagará un copago.

Exámenes del oído/equilibrio/audífonos

La Parte B de Medicare cubre los exámenes diagnósticos del oído y del equilibrio, si su médico los ordena para averiguar si necesita tratamiento médico. Medicare no cubre los exámenes rutinarios de oído, audífonos o exámenes de ajuste para los audífonos.

En el 2016, usted paga el 100% de todos los exámenes rutinarios y audífonos. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos de los exámenes cubiertos y el deducible de la Parte B. Como un paciente ambulatorio del hospital pagará un copago.

Examen de la próstata

La Parte B de Medicare cubre un examen de la próstata cada 12 meses para los beneficiarios de Medicare de 50 años o mayores. La cobertura comienza el día después de que haya cumplido 50 años. Los exámenes cubiertos incluyen:

Examen dígito rectal

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el examen dígito rectal y por los servicios del médico, además del deducible de la Parte B. Como paciente ambulatorio del hospital, usted paga un copago.

Examen del Antígeno Prostático Específico (PSA por su sigla en inglés)

En el 2016, usted NO paga por el examen PSA. Si el examen se lo hace un médico que no acepta la asignación, tal vez tenga que pagar una tarifa adicional por los servicios del médico pero no por el examen.

Examen de la vista

Medicare no cubre los exámenes de la vista (refracciones) para anteojos/lentes de contacto. Medicare cubre algunos exámenes de la vista preventivos y de diagnóstico.

- Vea exámenes de la vista anuales bajo servicios y suministros para diabéticos en las páginas 21–23.
- Vea examen de glaucoma en la página 29.
- Vea degeneración macular en la página 35.

Examen Papanicolaou/Pélvico (cáncer cervical y vaginal)

La Parte B de Medicare cubre los exámenes Papanicolaou y pélvicos (y un examen de los senos) para todas las mujeres, una vez cada 24 meses o cada 12 meses si está a riesgo de padecer de cáncer del cuello del útero o vaginal, o si está en edad de concebir y ha tenido un Papanicolaou anormal en los últimos 36 meses. La Parte B también cubre las pruebs del Papiloma Humano (como parte de la prueba de Pap) una vez cada 5 años si tiene entre 30-65 año y no presenta sintomas de HPV.

En el 2016, usted NO paga por el examen de Papanicolaou. Tampoco paga por la toma de la muestra para el Papanicolaou ni por los exámenes pélvico y de los senos si su médico acepta la asignación.

Examen del VIH

La Parte B de Medicare cubre el examen del VIH para las personas con Medicare que están embarazadas y las que están en riesgo de contraer la infección, incluyendo cualquiera que pida el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta 3 veces durante un embarazo.

En el 2016, usted NO paga por este examen si el médico acepta la asignación.

Extremidades Prótesis/Ojos artificiales

La Parte B de Medicare cubre los miembros y ojos artificiales cuando son ordenados por un médico.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Vea prótesis y ojos artificiales en la página 36.

F

Fármaco

Vea “Medicamentos recetados” en la página 34.

H

Humidificador

Generalmente Medicare no paga por los humidificadores u otros aparatos similares, como calentadores, purificadores de aires eléctricos.

Sin embargo, Medicare cubre los humidificadores de oxígeno que se usan con cierto DME cuando sea necesario por motivos médicos.

En el 2016, usted paga el 100% por el humidificador y otros aparatos. Pero no tendrá que pagar una cantidad por separado por el humidificador de oxígeno. El costo de este humidificador estará incluido en la cantidad mensual que paga por su equipo de oxígeno.

I

Insumos para ostomía

La Parte B de Medicare cubre los insumos para ostomía para las personas a quienes les han hecho una colostomía, ileostomía o una ostomía urinaria. Medicare cubre la cantidad de insumos que su médico indique que son necesarios para su condición.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos e insumos y el deducible de la Parte B.

Institución Religiosa no Médica para el Cuidado de la Salud (RNHCI por su sigla en inglés)

En una RNHCI sus creencias religiosas le impiden obtener atención médica, por lo tanto si usted es elegible para un tratamiento en el hospital o en un SNF, Medicare solamente cubrirá el cuidado para pacientes internados que no sea médico ni religioso (por ejemplo: alojamiento y comidas y algunos artículos que no requieran una orden del médico, como cambiar un las vendas o usan un andador).

La Parte A de Medicare cubrirá dichos servicios cuando las siguientes condiciones se cumplan:

- El RNHCI acepta participar en Medicare y está autorizado para hacerlo.
- El Comité de Revisión de Utilización reconoce que usted necesitaría cuidado en el hospital o en un centro de enfermería especializada si no fuese por su religión.
- Medicare tiene en sus archivos una declaración suya por escrito indicando que su necesidad de atención en una RNHCI está basada en su religión. La declaración también tiene que indicar que si decide aceptar cuidado médico estándar, usted va a cancelar su elección previa y, a lo mejor tendría que esperar entre 1 y 5 años para ser elegible nuevamente para recibir los servicios de RNHCI. Tenga en cuenta de que siempre podrá recibir los servicios de la Parte A que sean necesarios por motivos médicos.

Institución Religiosa no Médica para el Cuidado de la Salud (RNHCI por su sigla en inglés) (continuación)

En el 2016, usted paga por cada período de beneficio:

- Días 1–60: un deducible de $1,288
- Días 61–90: un coseguro diario de $322
- Días 91–150: un coseguro diario de $644
- Más allá de los 150 días: todos los costos

Investigación clínica

Las investigaciones clínicas prueban distintos tipos de cuidado médico, por ejemplo qué tan bien funciona una medicina para el cáncer. Estos estudios les ayudan a los médicos e investigadores a determinar si el tratamiento nuevo funciona y es seguro. La Parte A y/o B de Medicare cubre algunos costos, como las visitas al médico y exámenes, en una investigación clínica que califique.

En el 2016, usted tal vez pague el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, dependiendo del tratamiento que reciba y el deducible de la Parte B.

L

Lentes de Contacto

Vea Anteojos/Lentes de contacto en la página 14.

M

Mamografía

La Parte B de Medicare cubre una mamografía cada 12 meses (tienen que haber pasado 11 meses completos desde la última mamografía) para todas las mujeres con Medicare que tienen 40 años o más. También puede hacerse su primera mamografía (baseline mamogram) entre los 35 y 39 años.

En el 2016, usted NO paga por la mamografía si su médico acepta la asignación.

La Parte B también cubre las mamografías de **diagnóstico** cuando sean necesarias por motivos médicos.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Medicamentos recetados (paciente ambulatorio) cobertura limitada

Generalmente, la Parte B no cubre la mayoría de los medicamentos con receta utilizados en el hogar, pero cubre un número limitado de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en condiciones limitadas. Medicamentos no cubiertos por la Parte B pueden estar cubiertos por la Parte D (cobertura de medicamentos recetados de Medicare). Si tiene la Parte D consulte el formulario (lista de medicamentos) de su plan para ver qué medicamentos están cubiertos para pacientes ambulatorios.

Por lo general, los medicamentos cubiertos por la Parte B son aquellos que usted no se auto-administra, que recibe en un consultorio médico o en un hospital como paciente ambulatorio. Los médicos y farmacéuticos tienen que aceptar la asignación para los medicamentos de la Parte B, así que solamente pueden cobrarle el coseguro o copago por la medicina.

Lo siguiente son ejemplos de medicamentos cubiertos por la Parte B:

- **Medicamentos usados con el equipo médico duradero:** Medicare cubre una medicina que administra a través de un artículo de equipo médico duradero, como ser una bomba de infusión o un nebulizador.
- **Algunos antígenos:** Medicare le ayuda a pagar por los antígenos si son preparados por un proveedor y administrados por una persona que fue correctamente entrenada (podría ser el paciente mismo) bajo la supervisión apropiada.
- **Medicamentos inyectables para la osteoporosis:** Medicare le ayuda a pagar por un medicamento inyectable para la osteoporosis para ciertas mujeres con Medicare. Vea la nota para las mujeres con osteoporosis bajo Servicios para el cuidado de la salud en el hogar en la página 32.
- **Agentes estimuladores de la eritropoyesis:** Medicare le ayudará a pagar por la inyección de eritropoyetina si padece de ESRD (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante renal) o necesita este medicamento para tratar una anemia relacionada con otras condiciones.
- **Factores de coagulación sanguínea:** Medicare cubre la mayoría de los medicamentos inyectables administrados por un proveedor médicos licenciado.
- **Medicamentos inyectables:** Medicare cubre la mayor parte de los medicamentos orales y los insumos médicos administrados por un proveedor médico con licencia.
- **Medicamentos inmunosupresores:** Medicare cubre la terapia de medicamentos inmunosupresores si le han hecho un trasplante de tejido o de órgano pagado por Medicare.

Medicamentos recetados (paciente ambulatorio) cobertura limitada (continuación)

Nota: Los planes Medicare de medicamentos recetados pagan por los medicamentos inmunosupresores, aun si Medicare no ha pagado por el trasplante. La Parte D de Medicare podría pagar por otros medicamentos inmunosupresores que no están cubiertos por la Parte B.

- **Medicamentos orales para el cáncer:** Medicare le ayudará a pagar por algunos medicamentos para el cáncer que se toman por la boca, si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o es un **profármaco**. La Parte B de Medicare puede cubrir los nuevos medicamentos para el cáncer a medida que estén disponibles.
- **Medicamentos orales contra la náusea (antieméticos):** Medicare le ayudará a pagar por los medicamentos orales contra la náusea como parte de una quimioterapia para el cáncer. Los medicamentos tienen que ser administrados inmediatamente antes, en el momento o dentro de las primeras 48 horas y deben ser utilizados como un reemplazo terapéutico completo de los medicamentos antieméticos que se le hubieran administrado por vía intravenosa.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los medicamentos recetados cubiertos por la Parte B que recibe en un consultorio médico o una farmacia y el deducible de la Parte B. Como un paciente ambulatorio del hospital, usted paga el copago. Sin embargo, si recibe medicamentos como paciente ambulatorio del hospital que no están cubiertos por la Parte B, usted paga el 100% del medicamento a menos que tenga la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados. En ese caso, lo que usted paga depende de si su plan de medicamentos recetados cubre la medicina y si el hospital está en la red de su plan. Comuníquese con su plan de recetas médicas para averiguar cuánto paga por los medicamentos que recibe en el hospital como un paciente ambulatorio y que no están cubiertos por la Parte B.

Obesidad y asesoría

Si usted tiene un Índice de Masa Corporal (IMC) de 30 o más, Medicare cubrirá los servicios intensivos de asesoría para que baje de peso. Estos servicios están cubiertos si se los brinda su médico de cabecera (en el consultorio). Hable con su médico de cabecera o proveedor de atención primaria si desea más información.

En el 2016, usted NO paga por la mamografía si su médico acepta la asignación.

Observación

Vea Servicios Ambulatorios del Hospital en la página 39.

Ortóticos y extremidades artificiales

La Parte B de Medicare cubre las extremidades y ojos artificiales, y los aparatos ortopédicos para los brazos, las piernas y el cuello. Medicare no paga por los zapatos ortopédicos a menos que sean una parte necesaria del aparato para la pierna. Vea Servicios e insumos para diabéticos (zapatos ortopédicos) en la página 21. Usted tiene que ir a un proveedor de suministros que esté inscrito en Medicare para que Medicare pague por ellos.

En el 2016, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B

Oxígeno

La Parte B de Medicare cubre el alquiler del equipo de oxígeno. Si usted tiene su propio equipo, Medicare le ayudará a pagar por los contenidos e insumos para la entrega del oxígeno, cuando se cumplan **todas** las condiciones siguientes:

- Su médico indica que tiene una enfermedad pulmonar grave o que no está recibiendo suficiente oxígeno.
- Su salud puede mejorar con una terapia de oxígeno.
- Su nivel de gas sanguíneo arterial está dentro de cierto rango.
- Otros tratamientos alternativos han fallado.

Bajo las condiciones mencionadas, Medicare ayuda a pagar por los:

- Sistemas para suministro de oxígeno
- Recipientes para guardar el oxígeno
- Tubos y suministros relacionados para el envío del oxígeno y los contenidos

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Si usted vive en ciertas zonas del país, tal vez tenga que usar proveedores específicos para que Medicare pague por el oxígeno, el equipo y los insumos. Si desea más información sobre el Programa de Oferta Competitiva del DMEPOS, consulte la página 27.

P

Procesamiento y manipulación de la sangre

Los hospitales generalmente cobran por el procesamiento y manipulación de la sangre, ya sea que la sangre sea donada o comprada. La Parte A de Medicare cubre este servicio para los pacientes internados. La Parte B los cubre para los pacientes ambulatorios.

En el 2016, usted paga un copago por los servicios de procesamiento y manipulación de la sangre, por cada unidad de sangre que reciba como paciente ambulatorio en el hospital.

Programa de Rehabilitación Cardíaca

La Parte B de Medicare cubre programas amplios que incluyen ejercicio, educación y consejería para los pacientes que son derivados por su médico y han tenido cualquiera de los siguientes:

- Un infarto en los últimos 12 meses
- Una cirugía de puente aortocoronario (bypass coronario)
- Actualmente padece de angina de pecho (dolor de pecho)
- Le han reparado o reemplazado una válvula del corazón
- Angioplastia (un proceso médico para abrir una arteria bloqueada) o prótesis coronaria (un aparto utilizado para mantener la arteria abierta)
- Un trasplante de corazón o de pulmón
- Insuficiencia cardiaca crónica estable

La Parte B de Medicare también cubre programas de Rehabilitación Cardíaca Intensivos (ICR por su sigla en inglés) que, como los programas de Rehabilitación Cardíaca (CR por su sigla en inglés) incluyen ejercicio, educación y consejería para los pacientes referidos por su médico y que han tenido cualquiera de las condiciones nombradas arriba. Los programas de ICR son más rigurosos e intensos que los programas de CR.

Estos programas pueden ser brindados en un hospital como paciente ambulatorio (incluidos los hospitales de acceso crítico) o en el consultorio médico.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare si recibe los servicios en el consultorio médico. En el departamento ambulatorio del hospital, usted paga un copago. También tiene que pagar el deducible de la Parte B.

Programas de salud y bienestar

Por lo general, Medicare no cubre los programas de salud y bienestar. Sin embargo, Medicare cubre la terapia de nutrición para las personas con diabetes o con insuficiencia renal, y educación sobre diabetes para las personas diabéticas (vea la página 22), consejería para dejar de fumar (vea la página 52), uso inapropiado del alcohol (vea la página 13), depresión (vea la página 20) y una visita médica preventiva una sola vez "Bienvenido a Medicare" (vea la página 45), y un examen anual de "Bienestar" (en la página 45).

Prótesis

La Parte B de Medicare cubre las prótesis necesarias para reemplazar una parte interna del cuerpo o una función, siempre que sea recetada por un médico u otro proveedor inscrito en Medicare. Entre estos artículos se incluyen los lentes correctores aprobados por Medicare después de una operación de cataratas (vea Anteojos/lentes de contacto en la página 29), las bolsas de ostomía e insumos relacionados (vea Insumos de ostomía en la página 38), las prótesis de seno (incluido el sostén quirúrgico) después de una mastectomía (vea Prótesis del seno abajo). Usted debe obtenerlas de un proveedor que participe en Medicare para que se lo paguen. La Parte A o la Parte B de Medicare cubre las prótesis implantadas quirúrgicamente dependiendo de si la cirugía se realizó como paciente internado o ambulatorio.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las prótesis externas y el deducible de la Parte B. Si para hacerle una cirugía para implantarle una prótesis cubierta por la Parte A, lo internaron vea Cuidado en el hospital en la página 34. Si le hicieron una cirugía ambulatoria para implantarle una prótesis que será cubierta por la Parte B, vea Servicios ambulatorios del hospital en la página 39.

Prótesis del seno

La Parte B de Medicare cubre una prótesis de seno externa (incluyendo un corpiño/sostén para después de la operación) después de una mastectomía. La Parte A de Medicare cubre una prótesis de seno quirúrgicamente implantada si la cirugía se hace como un paciente internado, y la Parte B la cubre si la cirugía se hizo como paciente ambulatorio.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos y la prótesis de seno externa. Para las cirugías de implante de prótesis de seno como un paciente internado en el hospital cubiertas bajo la Parte A, consulte Cuidado en el hospital (paciente internado) en la página 34. Para las cirugías de implante de prótesis de seno como un paciente ambulatorio del hospital cubiertas bajo la Parte B, vea Servicios ambulatorios del hospital en la página 39. **Reconstrucción de senos.** Vea "Prótesis del seno" arriba.

Q

Quimioterapia

La Parte A de Medicare cubre la quimioterapia para los pacientes con cáncer que están internados en el hospital. La Parte B de Medicare cubre la quimioterapia para los pacientes ambulatorios del hospital o que la hacen en un consultorio médico o clínica.

En el 2016, usted paga un copago por la quimioterapia cubierta por la Parte B como un paciente ambulatorio del hospital. Por la quimioterapia recibida en un consultorio médico o una clínica, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Por la quimioterapia recibida como un paciente internado cubierta por la Parte A, vea Cuidado en el hospital (paciente internado) en la página 34.

R

Radiación

La Parte A de Medicare cubre la radiación para los pacientes internados en el hospital. La Parte B de Medicare cubre la radiación para los pacientes ambulatorios o los que se atienden en clínicas independientes.

En el 2016, usted paga el deducible de la Parte A y el coseguro (si se lo cobran) para un paciente internado.

En el 2016, usted paga un copago fijo por el servicio ambulatorio de radiación y el deducible de la Parte B.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la radiación en un centro independiente y el deducible de la Parte B.

Radiografías

La Parte B de Medicare cubre las radiografías de diagnóstico que sean necesarias por razones médicas y ordenadas por su médico. Para más información vea Exámenes de diagnóstico y servicios clínicos de laboratorio en la página 23.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Como paciente ambulatorio del hospital pagará un copago.

Rehabilitación pulmonar

Medicare cubre un programa amplio de rehabilitación pulmonar si padece de una Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva (COPD por su sigla en inglés) moderada a muy grave, y el médico que lo trata lo deriva (referral) para que haga la rehabilitación pulmonar. Estos servicios tienen el propósito de ayudarle a respirar mejor, fortalecerlo y permitirle llevar una vida más independiente. Los servicios pueden ser brindados en un consultorio médico o como un paciente ambulatorio en un hospital que ofrezca programas de rehabilitación pulmonar.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare si recibe los servicios en un consultorio médico. Usted paga un copago por sesión si recibe los servicios como paciente ambulatorio del hospital. También tiene que pagar el deducible de la Parte B.

S

Sala de emergencias

La Parte B de Medicare cubre los servicios de la sala de emergencias. Una emergencia médica es cuando usted cree que tiene una herida o enfermedad que requiere atención médica inmediata para prevenir una discapacidad o muerte. Los servicios de emergencia pueden ser cubiertos en países extranjeros solamente en circunstancias limitadas. Para más información, vea Viaje en las páginas 53–54.

En el 2016, usted paga un copago por cada visita a la sala de emergencias y un copago por cada servicio del hospital. También paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico y el deducible de la Parte B. Si es admitido en el mismo hospital por la misma condición dentro de 3 días de su visita a la sala de emergencias, no tendrá que pagar el copago porque su visita será parte de su internación.

Sangre

La Parte A de Medicare cubre la sangre que usted recibe cuando está internado. La Parte B de Medicare cubre la sangre que recibe como un paciente ambulatorio del hospital.

En el 2016, usted paga el precio de costumbre por las 3 primeras pintas de sangre que le brindan en un año o tiene que reemplazar la sangre (donada por usted u otra persona) si el proveedor tiene que comprarla. En la mayoría de los casos, el proveedor no tiene que pagarle al banco de sangre y usted no tendrá que pagar ni reemplazarla.

Segunda opinión sobre una cirugía

En algunos casos, la Parte B de Medicare cubre una segunda opinión sobre una cirugía cuando no sea una emergencia. Una segunda opinión es cuando otro médico da su opinión sobre su problema de salud y cómo debe ser tratado. Medicare también ayudará a pagar por una tercera opinión si la primera y segunda son distintas.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. También tiene que pagar el deducible de la Parte B.

Servicios ambulatorios del hospital

La Parte B de Medicare cubre los servicios que son necesarios por motivos médicos y que usted recibe como un paciente ambulatorio en un hospital que participa en Medicare, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o herida.
Los servicios ambulatorios cubiertos incluyen:

- Servicios de emergencia o de observación, servicios de una clínica ambulatoria, también se incluyen las cirugías en el mismo día
- Análisis de laboratorio cobrados por el hospital
- Cuidado de la salud mental en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin dicho programa, el paciente debería internarse (vea Hospitalización parcial en la página 37)
- Rayos X y otros servicios de radiología cobrados por el hospital
- Suministros médicos como escayolas o tablillas
- Exámenes y servicios preventivos
- Ciertos medicamentos y biológicos que usted no puede auto-administrarse

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos y el deducible de la Parte B. Usted paga un copago por cualquier otro servicio que reciba como paciente ambulatorio del hospital. Sin embargo, para ciertos exámenes y servicios preventivos no le cobrarán el copago ni se aplicará el deducible de la Parte B.

Servicios de ambulancia

La Parte B de Medicare cubre el transporte de emergencia por tierra cuando necesita ser trasladado a un hospital o centro de enfermería especializada para recibir servicios necesarios por motivos médicos, y el transporte en cualquier otro vehículo podría poner su salud en peligro. Medicare pagará por el transporte de emergencia en un avión u helicóptero a un hospital si usted necesita traslado inmediato y rápido que no le puede ser proporcionado por transporte terrestre. Medicare solamente cubrirá los servicios de ambulancia (aérea o terrestre) al centro médico correspondiente más cercano que pueda brindarle el cuidado que necesita.

En algunos casos, Medicare puede pagar el traslado en ambulancia limitado cuando no es una emergencia, si tiene órdenes de su médico indicando que necesita el traslado en ambulancia por su condición médica.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Todos los proveedores de ambulancia tienen que aceptar la asignación.

Servicios dentales

Medicare no cubre cuidado dental rutinario o la mayoría de los servicios dentales como la limpieza, rellenos, extracciones dentales, dentaduras u otros aparatos dentales. La Parte A de Medicare pagará por ciertos servicios dentales que reciba mientras está en el hospital. La Parte A de Medicare puede pagar por la estadía en el hospital si usted necesita un tratamiento dental de emergencia o complicado aunque el cuidado dental no esté cubierto.

Servicios de diagnóstico, radiografías y laboratorio

La Parte B de Medicare cubre exámenes de diagnóstico tales como las Tomografías Computarizadas (CT), las Imágenes por Resonancia Magnética (MRI), los Electrocardiogramas (EKG) y las radiografías cuando sean ordenadas por su médico como parte del tratamiento. Medicare también cubre los servicios de laboratorio necesarios por motivos médicos para diagnóstico siempre que se realicen en laboratorios certificados inscrito s en Medicare. Estos exámenes se hacen para ayudar a los médicos a diagnosticar o descartar la sospecha de una enfermedad. Medicare también cubre algunos exámenes y servicios preventivos para detectar, prevenir o controlar un problema médico. Si desea más información, consulte Servicios preventivos en la página 44.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los exámenes de diagnóstico cubiertos y las radiografía hechas en el consultorio médico o en una clínica independiente. Usted paga un copago por los exámenes de diagnóstico cubiertos y las radiografías que le hacen en el hospital como paciente ambulatorio. Usted no paga por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.

Servicios de laboratorio

La Parte B de Medicare cubre los servicios de laboratorio para diagnóstico que sean necesarios por motivos médicos y ordenados por su médico. Los servicios incluyen ciertos análisis de sangre, de orina, algunas evaluaciones y más. Tienen que ser brindados por un laboratorio que cumpla los requisitos de Medicare. Para más información vea Exámenes de diagnósticos, radiografías y servicios clínicos de laboratorio en la página 23.

En el 2016, usted NO paga por los servicios de laboratorio aprobados por Medicare y no se aplica el deducible de la Parte B.

Servicios del médico y de otros profesionales de la salud

La Parte B de Medicare cubre los servicios que son necesarios por motivos médicos o los servicios preventivos que usted recibe del médico en su consultorio, en un hospital, en un centro de enfermería especializada, en su hogar o en cualquier otro lugar. Un doctor puede ser un médico (MD), un osteópata (DO), o en algunos casos, un dentista, podólogo (especialista del pie), oculista (especialista de la vista) o un quiropráctico. Medicare también cubre los servicios de otros proveedores, como asistentes médicos, enfermeras licenciadas, asistentes sociales, terapistas ocupacionales y físicos, patólogos del lenguaje y psicólogos.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, excepto por ciertos servicios preventivos que son gratuitos si su médico acepta la asignación. También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Consulte Servicios preventivos en la página 46.

Servicios de patología del lenguaje/habla

Vea Terapia física, ocupacional y de patología del lenguaje/habla en las páginas 51–52.

Servicios e insumos para diabéticos

La Parte B de Medicare cubre algunos insumos para los diabéticos, entre los que se incluyen:

- Tiras reactivas de prueba para el control de la glucosa
- Monitor de azúcar en la sangre
- Aparatos para lanceteros
- Soluciones de control de la glucosa para revisar las tiras de prueba y monitorear su eficacia

Tal vez haya un límite para la cantidad y la frecuencia con la que recibe estos suministros. Para más información vea Equipo médico duradero en las páginas 25–27.

En el 2016, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Insulina: La Parte B de Medicare no cubre la insulina (a menos que la use con una bomba de insulina y que la misma sea necesaria por motivos médicos), lapiceras de insulina/inyector, jeringas, agujas, toallitas empapadas en alcohol o gasa. La insulina y ciertos suministros médicos utilizados para inyectar la insulina, como ser las jeringas, gasa y toallitas de alcohol pueden ser cubiertos por la Parte D. Si usted usa una bomba de insulina externa, la insulina y la bomba pueden estar cubiertas como equipo médico duradero. Vea Equipo Médico Duradero (DME) en las páginas 25–27.

En el 2016, usted paga el 100% por la insulina a menos que la use con una bomba de insulina (en cuyo caso usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B) y el 100% por las jeringas y agujas a menos que usted tenga la Parte D.

Zapatos ortopédicos/plantillas: La Parte B de Medicare paga por los zapatos ortopédicos o las plantillas para las personas diabéticas que sufren de la enfermedad de pie diabético. El médico que lo trata debe certificar que usted necesita los zapatos o las plantillas, los mismos deben ser recetados por un podólogo o profesional calificado y debe obtenerlos de un podólogo, pedicuro o proveedor de aparatos ortopédicos. Medicare le ayuda a pagar un par de zapatos o de plantillas cada 12 meses. Las modificaciones a los zapatos pueden ser sustituidas por las plantillas. Medicare también cubre las pruebas de los zapatos o plantillas.

En el 2016, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Servicios e insumos para diabéticos (continuación)

Si le entregan los insumos en su domicilio, tendrá que utilizar los servicios de un proveedor que tenga un contrato con Medicare para que sean cubiertos como parte del programa nacional de pedido por correo de los suministros para diabéticos. Si no quiere que se los entreguen en su domicilio, puede ir a la farmacia local que esté inscrita en Medicare y comprarlos. El monto que pagará Medicare por los insumos es el mismo ya sea que los compre en la farmacia o que los encargue por correo. Los contratistas del programa de pedido por correo no le pueden cobrar más de la parte del deducible que aún no haya pagado y un copago del 20%. Las tiendas locales deben cobrarle lo mismo si aceptan la asignación. Las que no acepten la asignación, pueden cobrarle más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare y lo que deba del deducible. Si va a comprar los insumos en su farmacia local, pregunte cuánto le cobrarán.

Medicare también cubre los siguientes servicios para diabéticos:

Entrenamiento para el auto-control de la diabetes:

La Parte B de Medicare cubre el entrenamiento ambulatorio para el auto-control de su diabetes. El entrenamiento incluye educación sobre cómo monitorear el azúcar en su sangre, la dieta, el ejercicio y la insulina. Si usted padece de diabetes, Medicare le cubre hasta 10 horas de entrenamiento inicial. También pueden cubrirle hasta 2 horas de entrenamiento (de seguimiento) cada año si:

- Se entrena en un grupo de 2 a 20 personas.*
- Dura por lo menos 30 minutos.
- Se realiza durante el año siguiente al año en que recibió su entrenamiento inicial.
- Su médico o proveedor lo ordenó como parte de su plan de cuidado.

*Algunas excepciones se aplican si no hay una sesión grupal disponible o si su médico o proveedor dice que usted tiene necesidades especiales que no lo permite participar en un entrenamiento grupal.

En el 2016, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de a Parte B.

Examen anual de la vista: La Parte B de Medicare cubre un examen anual de la vista realizado por un oftalmólogo que está legalmente autorizado por el estado para hacer el examen para los que tienen una retinopatía diabética.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos y el deducible de la Parte B. Como paciente ambulatorio del hospital le cobran un copago.

Servicios e insumos para diabéticos (continuación)

Examen del pie: La Parte B de Medicare cubre un examen de pie cada 6 meses para las personas que tienen una neuropatía periférica diabética y pérdida de sensación siempre que no haya visitado a un especialista de pies por otra razón entre visitas.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos y el deducible de la Parte B. Como paciente ambulatorio del hospital usted paga un copago.

Examen de glaucoma: Vea la página 29.

Terapia de nutrición: Vea la página 37.

Servicios preventivos

La Parte B de Medicare cubre los siguientes servicios y exámenes preventivos:

- Aneurisma aórtico abdominal en la página 12
- Evaluación sobre el uso del alcohol y asesoría 13
- Densitometria ósea en la página 15
- Evaluación cardiovascular (terapia conductual) en la página 16
- Evaluación cardiovascular en la página 17
- Examen Papanicolaou/examen pélvico en la página 17
- Examen de cáncer colorrectal en las páginas 18 –19
- Depresión en la página 20
- Examen de diabetes en las páginas 20–21
- Entrenamiento para el auto-control de la diabetes en la página 22
- Vacuna contra la gripe en la página 29
- Examen de glaucoma en la página 29
- Vacuna contra la hepatitis B en la página 30
- Examen del VIH en la página 30
- Mamografía en la página 36
- Terapia médica de nutrición en la página 37
- Evaluación de obesidad y asesoría 38
- Vacuna neumocócica en la página 41
- Examen de cáncer de la próstata en la página 46
- Detección y asesoría sobre las enfermedades de transmisión sexual en la página 49
- Asesoría para dejar de fumar (para las personas con afecciones tabacales) en la página 52
- “Bienvenido a Medicare” visita preventiva ofrecida una sola vez en la página 55
- Examen anual de “Bienestar” en la página 45

Servicios quiropráctico

La Parte B de Medicare cubre la manipulación de la columna si es necesaria por razones médicas para corregir una luxación (cuando uno o más de los huesos en su columna se sale de su posición), cuando se la haga un quiropráctico u otro proveedor calificado.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, el deducible de la Parte B y todos los costos de los servicios o exámenes adicionales ordenados por un quiropráctico (incluidas las radiografías y masajes).

Servicios y suministros de diálisis renal

Medicare cubre algunos servicios e insumos para diálisis renal para las personas que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés). Todos los servicios e insumos para la diálisis ambulatoria son proporcionados (directamente o según se haya acordado) y facturados por su centro de diálisis.

Tratamiento de diálisis para los pacientes internados: La Parte A de Medicare cubre el tratamiento de diálisis si es admitido al hospital para cuidado especial. Vea Cuidado de hospital (internación) en la página 34.

Tratamiento ambulatorio de diálisis para mantenimiento: La Parte B de Medicare cubre muchos servicios de diálisis si usted necesita tratamientos regulares y los recibe en cualquier centro de diálisis aprobado por Medicare. Por ejemplo, la Parte B cubre los análisis relacionados con la ESRD y los medicamentos (como los agentes estimulantes de eritropoyesis) pero están excluidos los medicamentos para la ESRD que se administran solamente por vía oral (como las cápsulas, tabletas o líquidos), que son cubiertos por la Parte D.

El tratamiento de mantenimiento incluye el costo de los medicamentos para diálisis y los biológicos (excepto los medicamentos para el ESRD que solamente se pueden administrar por vía oral, que están cubiertos por la Parte D).

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por cada tratamiento que recibe en un centro de diálisis o en su hogar y el deducible de la Parte B.

Entrenamiento para el tratamiento de diálisis en el hogar: La Parte B de Medicare cubre el entrenamiento para usted y la persona que lo ayuda con sus tratamientos de diálisis en el hogar. El entrenamiento debe realizarlo un centro de diálisis que haya sido certificado por Medicare para brindarlo.

El costo del entrenamiento está incluido como parte del tratamiento ambulatorio de mantenimiento.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Servicios y suministros de diálisis renal (continuación)

Equipo, insumos y servicios de apoyo para diálisis en el hogar: La Parte B de Medicare cubre el equipo e insumos (alcohol, toallitas, aparato de diálisis, guantes, etc.) y las visitas de un trabajador de diálisis entrenado para revisar su diálisis en el hogar, para ayudarle en emergencias con la diálisis cuando sea necesario y para revisar su equipo de diálisis y suministro de agua de hemodiálisis.

El costo de estos servicios está incluido como parte del tratamiento ambulatorio de mantenimiento.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare el deducible de la Parte B. Sólo los centros de diálisis pueden brindarle los servicios de ayuda de diálisis en el hogar y facturarle a Medicare.

Sillas de ducha o inodoro

La Parte B de Medicare cubre las sillas de ducha o inodoro que su médico ordena para el uso en su hogar si usted está confinado a su dormitorio. Para más información, vea Equipo médico duradero en las páginas 25–27.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare el deducible de la Parte B.

Suministros/insumos (que usa en su hogar)

La Parte B de Medicare por lo general no cubre los suministros médicos comunes como vendas y gasa. Medicare cubre algunos insumos para diabetes y diálisis. Vea Servicios e insumos para diabéticos en las páginas 46–47 y Servicios y Suministros para Diálisis (renal) en las páginas 24–25. Para artículos tales como los andadores, oxígeno y sillas de ruedas, vea Equipo Médico Duradero en las páginas 25–27.

En el 2016, usted paga el 100% de la mayoría de los suministros médicos comunes que usa en su hogar.

Telesalud

La Parte B de Medicare cubre ciertos servicios de la "telesalud", como ser la visitas al consultorio y consultas que son brindadas usando un sistema de telecomunicación interactivo de dos vías (por ejemplo, real-time audio y video) por un proveedor que está en una localidad distinta a la del paciente. La Telesalud está disponible en algunas zonas rurales, bajo ciertas condiciones y solamente si el paciente está en alguno de los siguientes lugares: un consultorio médico, un hospital, un hospital de acceso crítico, una clínica rural de salud, un centro de salud calificado federalmente, un centro de diálisis que funciona en un hospital de acceso crítico, un centro de enfermería especializada o un centro comunitario de la salud mental.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del profesional médico y el deducible de la Parte B.

Terapia física/ocupacional/patología de la lenguaje/habla

La Parte B de Medicare le ayuda a pagar por los servicios ambulatorios de terapia física y ocupacional y de patología de lenguaje que sean necesarios por motivos médicos. Hay límites anuales para estos servicios cuando los recibe como paciente ambulatorio.

Los límites para el 2016 son:

- $1,960 para servicios combinados de terapia física (PT) y patología del lenguaje (SLP).
- $1,960 para los servicios de terapia ocupacional.

Usted puede obtener una excepción y Medicare continuará pagando después que haya llegado al límite. El terapeuta debe demostrar que los servicios son necesarios por motivos médicos y se debe indicar en la reclamación que el monto está por encima del límite pero que los servicios son necesarios por motivos médicos.

Un contratista de Medicare puede revisar su historial clínico para corroborar que los servicios son necesarios por motivos médicos si el cargo de los servicios en el 2015 excede:

- $3,700 por los servicios combinados de PT y SLP.
- $3,700 por los servicios de OT

Terapia física/ocupacional/patología de la lenguaje/habla (continuación)

En general (cuando un proceso de excepción está en vigor), si su terapeuta o proveedor de terapia le da la documentación demostrando que sus servicios de terapia eran médicamente razonable y necesarios y lo indica en su reclamación, Medicare continuará cubriendo su participación por encima de los límites de tapa terapia de $1,960.

Debido a que Medicare no paga por servicios de terapia que no son razonables y necesarios, su terapeuta le puede dar un aviso por escrito, llamado "Aviso al Beneficiario de no cobertura" (ABN) antes de proveer los servicios que no son médicamente necesarios. El ABN le permite elegir si desea o no que los servicios de terapia. Si decide obtener dichos servicios médicamente innecesarios, usted se compromete a pagar por ellos si Medicare no paga.

En el 2016, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Para más información sobre los límites para las terapias, visite Medicare.gov/coverage/pt-and-ot-and-speech-language-pathology.html.

Terapia de nutrición (médica)

La Parte B de Medicare cubre los servicios médicos de la terapia de nutrición, cuando son recetados por un médico, para las personas con una enfermedad renal, aquellas a quienes les hicieron un trasplante renal o las personas diabéticas. Un dietista registrado o un nutricionista profesional aprobado por Medicare pueden brindarle estos servicios. Los servicios pueden incluir un asesoramiento sobre nutrición, consejería privada y terapia a través de un sistema interactivo de telecomunicación. Vea Servicios e insumos para diabéticos en las páginas 46–47. Si recibe el tratamiento de diálisis en un centro, Medicare pagará la terapia de nutrición como parte del tratamiento.

En el 2016, usted NO paga por la terapia de nutrición si su médico acepta la asignación.

Terapia ocupacional

Vea Terapia física, ocupacional y patología del lenguaje/habla en las páginas 40–41.

Trasplantes (servicios médicos)

La Parte B de Medicare cubre los servicios médicos de ciertos trasplantes de órganos. Vea Trasplantes (costos del centro) abajo.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos y el deducible de la Parte B.

Trasplantes (costos del centro/clínica)

La Parte A de Medicare cubre los trasplantes de corazón, pulmón, riñón, páncreas, intestino e hígado bajo ciertas condiciones y solamente en los centros que están aprobados por Medicare. En ciertas circunstancias, Medicare también pagará por el trasplante de médula. La Parte B de Medicare cubre los trasplantes de córnea. Los trasplantes de médula y de córnea no están limitados a los centros aprobados.

La cobertura del trasplante incluye los exámenes, análisis y estudios necesarios antes de la operación. También incluye los medicamentos inmunosupresores (bajo ciertas condiciones), cuidado de seguimiento y la obtención de órganos y tejidos. Medicare paga los costos de un donante vivo para un trasplante renal.

En el 2016, usted paga cantidades variadas. Para trasplantes como un paciente internado, vea Cuidado en el hospital (paciente internado) en la página 34.

Transporte (de rutina)

Medicare no cubre el transporte para recibir cuidado médico rutinario a menos que necesite una ambulancia porque otro medio de transporte podría poner su salud en peligro. Para más información vea Servicio de ambulancia en la página 13.

V

Vacunas

La Parte B cubre las siguientes vacunas:

- **Vacuna contra la gripe/influenza** en la página 53
- **Vacuna contra la Hepatitis B** en la página 54
- **Vacuna neumocócica** en la página 54

Vacuna contra la gripe/influenza

Normalmente, la Parte B de Medicare cubre una vacuna contra la gripe/influenza por temporada gripal en el otoño o invierno.

En el 2016, usted NO paga por la vacuna contra la gripe/influenza si el médico o proveedor acepta la asignación para administrarle la vacuna.

Vacuna contra la Hepatitis B

La Parte B de Medicare cubre esta vacuna para las personas que tienen un riesgo alto o mediano de contraer Hepatitis B. Su riesgo aumenta si tiene hemofilia, ESRD (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante renal), diabetes o una condición que disminuye su resistencia a las infecciones. Otros factores pueden aumentar el riesgo de contraer Hepatitis B. Hable con su médico para averiguar si usted tiene un riesgo alto o mediano de contraer Hepatitis B.

En el 2016, usted NO paga por la vacuna si el proveedor acepta la asignación.

Prueba de detección de hepatitis C

Medicare cubre una prueba para la detección de hepatitis C si cumplen estas condiciones:

- Es una persona de alto riesgo porque tiene un historial actual o pasado de drogas a ilícitas. Tuvo una transfución de sangre antes de 1992.
- Nació entre 1945-1965.

Medicare también cubre exámenes anuales para ciertas personas con alto riesgo.

En el 2016 usted no paga por la prueba de detección si el proveedor acepta la asignación. Medicare sólo cubrirá las pruebas de detección de hepatitis C si son ordenados por un médico de cabecera u proveedor de atención primaria.

Vacuna neumocócica

La Parte B de Medicare cubre una vacuna neumocócica para prevenir las infecciones neumocócicas (como ser cierto tipo de pulmonía). La mayoría de las personas sólo necesitan esta vacuna una vez en la vida. Hable con su médico para ver si la necesita.

En el 2016, usted NO paga por la vacuna neumocócica si el médico o proveedor del suministro acepta la asignación.

Vendaje quirúrgico

La Parte B de Medicare cubre el tratamiento de una herida quirúrgica o tratada con cirugía si es necesario por motivos médicos.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos. Usted paga un copago fijo por estos servicios cuando los recibe en un hospital como paciente ambulatorio. Usted no paga nada por los suministros pero tiene que pagar el deducible de la Parte B. Por los insumos no paga.

Viaje (atención médica cuando viaja fuera de los Estados Unidos)

Por lo general, Medicare no cubre la atención médica cuando usted está viajando fuera de los 50 estados de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte. Hay algunas excepciones. En algunos casos, la Parte B de Medicare paga por los servicios que recibe cuando está en un crucero en aguas territoriales adyacentes al territorio de los Estados Unidos. En casos raros, de Medicare puede pagar por los servicios de internación en un hospital, médico o ambulancia en un país extranjero, en estas circunstancias:

1. Usted está dentro de los Estados Unidos cuando ocurre una emergencia médica y el hospital extranjero le queda más cerca que el centro más cercano de los Estados Unidos que pueda tratar esa emergencia.
2. Está viajando por Canadá sin un atraso por la ruta más directa entre Alaska y otro estado cuando ocurre una emergencia médica, y el hospital canadiense le queda más cerca que el hospital estadounidense que puede tratar la emergencia.
3. Vive en los Estados Unidos y el hospital extranjero le queda más cerca de su casa que el hospital estadounidense que puede tratar su condición médica, aunque no sea una emergencia.

Medicare también paga por los servicios médicos y de ambulancia necesarios que usted recibe en un país extranjero como parte de una estadía cubierta como un paciente internado en el hospital si es necesario por motivos médicos.

En el 2016, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare en las situaciones descritas arriba y el deducible de la Parte B.

Visitas preventivas

Medicare cubre dos tipos de examen físico: uno cuando recién se inscribe en Medicare y el otro una vez al año.

Examen "Bienvenido a Medicare"

La parte B de Medicare cubre el examen físico "Bienvenido a Medicare" como una visita preventiva por única vez, que incluye una evaluación de su salud, así como asesoría y educación sobre los servicios preventivos que le corresponden (incluidos ciertos análisis y vacunas) y las derivaciones (referrals) para que obtenga los servicios que necesita.

Importante: Le tienen que hacer este examen durante los 12 meses siguientes a su inscripción en la Parte B. Cuando llame al consultorio para hacer la cita, dígales que quiere hacerse el examen "Bienvenido a Medicare".

Visitas preventivas (continuación)

Examen "Bienvenido a Medicare" (continuación)

En el 2016, usted NO paga por este examen si su médico acepta la asignación.

Examen anual de "Bienestar"

Si usted ha tenido la Parte B por más de 12 meses, tiene derecho a un examen anual de bienestar para crear o actualizar un plan personalizado de prevención basado en su estado de salud actual y en sus factores de riesgo.

Su proveedor le pedirá que llene un cuestionario titulado "Evaluación de Riesgo de Salud" durante la visita. Sus respuestas ayudarán a que su médico desarrolle un plan de prevención personalizado para que se mantenga sano y aproveche la visita al máximo.

En el 2016, usted NO paga por este examen si su médico acepta la asignación. El examen se ofrece una vez cada 12 meses.

Aviso: su primer examen anual de "Bienestar" no se lo pueden hacer durante los 12 meses siguientes a que le hayan hecho el examen "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no le tienen que haber hecho el examen "Bienvenido a Medicare" para que le cubran el examen de "bienestar" si usted ha tenido la Parte B por 12 meses.

Z

Zapatos ortopédicos

Vea Servicios e insumos para diabéticos (zapatos ortopédicos) en la página 21.

SECCIÓN

3 Si desea más información

Visite MiMedicare.gov para información personalizada

Inscríbase en MiMedicare.gov, un sitio seguro para acceder a su información personal de Medicare. Usted puede usarlo para:

- Controlar su información médica (como sus problemas de salud, alergias, dispositivos implantados).
- Controlar su lista de medicamentos y la información sobre su farmacia
- Localizar y agregar a su lista de sus proveedores preferidos y acceder a la información sobre la calidad de los servicios que brindan.
- Hacer un seguimiento de sus reclamaciones del Medicare Original y del pago del deducible de la Parte B.
- Pedir copias del Resumen de Medicare (MSN).
- Consulte sus MSN electrónicamente (también llamado “eMSNs”). Si llama al 1-800-MEDICARE para inscribirse, le enviaremos un correo electrónico cada mes cuando están disponibles a su cuenta myMedicare.gov.

Visite Medicare.gov para información sobre de Medicare

Puede usar el sitio web para:

- Obtener información detallada sobre los planes de salud y los planes Medicare de medicamentos recetados en su zona, los precios y los servicios que ofrecen.
- Buscar médicos y proveedores que acepten Medicare.
- Averiguar lo que cubre Medicare, incluyendo los servicios preventivos.
- Conseguir información y formularios de apelación de Medicare.
- Obtener información sobre la calidad del cuidado brindado por los planes, los asilos para ancianos, hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar, y centros de diálisis.
- Obtener números de teléfono y sitios Web importantes.
- Ver o imprimir publicaciones y folletos sobre varios temas de Medicare.

Llame al 1-800-MEDICARE si tiene preguntas sobre Medicare

El 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) tiene un sistema de voz automatizado para facilitarle la obtención de información las 24 horas al día, incluyendo los fines de semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

El sistema le hará preguntas para orientar su llamada automáticamente. Hable claro, llame de un lugar tranquilo y tenga su tarjeta de Medicare a mano. Si necesita ayuda, diga “agente” en cualquier momento para hablar con un representante de servicio al cliente. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés o el español, diga “agente”.

Nota: Si usted quiere que Medicare le divulgue su información médica personal a otra persona, tiene que autorizarlo por escrito. Puede llenar un formulario de “Autorización a Medicare para divulgar mi información médica personal”. Puede hacerlo por Internet en Medicare.gov/MedicareOnlineForms/ o llamando a 1-800-MEDICARE para que le envíen una copia del formulario.

Otros contactos importantes

Números de teléfono de las organizaciones que brindan servicios en toda la nación.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés) Llame para obtener asesoría personalizada gratuita sobre el seguro médico.	Para obtener el número de teléfono del SHIP visite Medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
Seguro Social Llame para que le reemplacen la tarjeta de Medicare; cambiar su domicilio o nombre; para información sobre la elegibilidad, el derecho y la inscripción de la Parte A y/o B de Medicare; para solicitar ayuda adicional con los costos de los medicamentos recetados de Medicare; y para reportar una muerte.	1-800-772-1213. TTY 1-800-325-0778. Socialsecurity.gov
Contratista de Coordinación de Beneficios y Centro de Recuperación (BCRC) Llame para averiguar si Medicare o su otro seguro paga primero. Avísele si tiene otro seguro o si el mismo ha cambiado.	1-855-798-2627 TTY 1-855-797-2627
Departamento de Defensa Llame con preguntas acerca de TRICARE for Life y del Programa Farmacéutico de TRICARE	TRICARE for Life 1-866-773-0404 TTY 1-866-773-0405. Farmacia 1-877-363-1303 TTY 1-877-540-6261 Tricare.mil/mybenefit
HHS Oficina de Derechos Civiles Llame si usted cree que fue discriminado o si no se ha respetado su derecho a la confidencialidad de su información médica personal.	1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697. Hhs.gov/ocr
Departamento de Asuntos de Veteranos Llame si usted es un veterano o ha estado en servicio en las Fuerzas Armadas.	1-800-827-1000 TTY 1-800-829-4833. va.gov
Oficina de Gerencia del Personal Obtenga información sobre el seguro médico para empleados federales en actividad y jubilados.	1-888-767-6738 – TTY1-800-878-5707 opm.gov/insure
Junta Ferroviaria de Retiro(RRB por su sigla en inglés) Llame si usted recibe beneficios de RRB y tiene preguntas acerca de los beneficios, cambios de nombre o domicilio, notificación de una muerte, para inscribirse en Medicare o para reemplazar su tarjeta de Medicare.	1-877-772-5772. TTY 1-312-751-4701. rrb.gov
Organización para Mejoras de la Calidad Para preguntar o presentar una queja sobre la calidad de los servicios o si piensa que un servicio está terminando antes de tiempo.	Visite medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de la QIO. TTY: 1-877-486-2048.

Notas

SECCIÓN 4

Definiciones

Apelación—Una apelación es una revisión que puede solicitar si no está de acuerdo con la cobertura o la decisión de pago que tomó Medicare, su plan de salud de Medicare o su plan de Medicare de medicamentos recetados. Usted puede apelar si Medicare o su plan le niega:

- un servicio médico, suministro o receta que usted cree que tendría que recibir
- el pago de un servicio, suministro o una receta que ya recibió
- su solicitud para cambiar la cantidad que debe pagar por un medicamento recetado

También puede apelar si Medicare, su plan de salud o de medicamentos deja de brindarle o de pagar parte o todo el servicio, medicamento o artículo y usted piensa que aún lo necesita.

Asignación—Un acuerdo por el cual su médico acepta que Medicare le pague directamente por los servicios que usted recibió, acepta la cantidad que aprueba Medicare por el servicio y está de acuerdo en no cobrarle a usted más que el deducible y coseguro de Medicare.

Cantidad aprobada por Medicare —En el Medicare Original, es la cantidad que se le puede pagar a un médico o proveedor de suministros que acepta la asignación. Puede que sea menos de la cantidad actual que cobra el médico o el proveedor de suministros. Medicare paga esta cantidad y usted paga la diferencia.

Centro de cirugía ambulatorio —Un centro donde se hacen cirugías más simples para los pacientes que no necesitarán más de 24 horas de cuidado.

Copago—Una cantidad que tendrá que pagar como su parte de los costos de los servicios médicos o suministros, como ser una visita médica o una receta. El copago normalmente es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar $10 o $20 por una visita al médico o por un medicamento.

Coseguro—Una cantidad que debe pagar como su parte del costo de los servicios después de que haya pagado el deducible. El coseguro por lo general es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Deducible—La cantidad que debe pagar por sus servicios y recetas antes de que el Medicare Original, su plan de medicamentos recetados o su otro seguro comience a pagar.

Días de reserva de por vida (vitalicios)—En el Medicare Original, son días adicionales por los que Medicare pagará cuando está internado en el hospital por más de 90 días. Usted tiene un total de 60 días de reserva que pueden ser usados durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga por todos los costos menos el coseguro diario.

Hospicio—Un tipo especial de cuidado para las personas con una enfermedad terminal que incluye los servicios de un equipo de profesionales dedicados a la atención de sus necesidades médicas, físicas, sociales, afectivas y espirituales. El cuidado de hospicio también les brinda servicios a las personas que cuidan del paciente y a la familia.

Hospital de acceso crítico —Un centro pequeño que brinda servicios ambulatorios, así como servicios para pacientes internados limitados, para las personas en zonas rurales y que está designado como un hospital de acceso crítico por Medicare.

Institución religiosa no médica para el cuidado de la salud (RNHCI por su sigla en inglés)—Un centro que ofrece servicios y artículos no médicos para el cuidado de la salud a las personas que necesitan cuidado hospitalario o de un centro de enfermería especializada, pero para quien esa atención médica estaría reñida con sus creencias religiosas.

Necesario por razones médicas—Servicios o suministros que son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y satisfacen los estándares aceptables del ejercicio de la medicina.

Parte A de Medicare (Seguro de hospital)—La Parte A cubre la estadía en el hospital, el cuidado en un SNF, el cuidado de hospicio y algunos servicios para el cuidado de la salud en el hogar.

Parte B de Medicare (Seguro médico)—La Parte B cubre ciertos servicios del médico, la atención ambulatoria, los insumos médicos y los servicios preventivos.

Período de beneficio —La manera en que Medicare mide su uso de los servicios del hospital y de los Centros de Enfermería Especializada (SNF por su sigla en inglés). Cada día que permanece en un hospital o SNF cuenta para el período de beneficio. Un período de beneficio comienza el día que va al hospital o SNF, y termina cuando ya no ha recibido más atención médica como paciente internado del hospital (o cuidado especializado en un SNF) por 60 días consecutivos. Si después de haber terminado un período de beneficio lo admiten al SNF o al hospital, comenzará un período nuevo. No hay un límite para los períodos de beneficios.

Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D) —Un plan de medicamentos recetados independiente que agrega la cobertura de medicamentos al Medicare Original, algunos Planes de Costo de Medicare, algunos Planes Privados de Pago-por-Servicio y Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos. Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Los Planes Medicare Advantage también pueden ofrecer una cobertura de medicamentos recetados que siga las mismas normas que los Planes Medicare de Medicamentos Recetados.

Plan de salud de Medicare—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveer los beneficios de las Partes A y B a los beneficiarios de Medicare que se inscriben en el plan. Planes de salud de Medicare incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costo de Medicare, los programas piloto y los Programas de Cuidado Total de la Salud para Ancianos (PACE) estos pueden ser ofrecidos por entidades públicas y privadas y proveer la Parte D y beneficios adicionales a los de la Parte A y Parte B.

Profármaco—Un medicamento oral que cuando se ingiere se divide en los mismo ingredientes activos que los que se encuentran en la versión inyectable de dicho medicamento.

Reclamo—Un pedido de pago que se le presenta a Medicare u otro seguro cuando usted ha recibido un servicio o un artículo que piensa que está cubierto.

Remisión/derivación (referral)—Una orden escrita de su médico principal para que usted vea a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. En muchas Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO por su sigla en inglés), usted necesita esta orden antes de que pueda recibir atención médica de alguien que no sea su médico de cabecera. Si no obtiene primero una orden escrita, puede que el plan no pague por el servicio.

Servicios preventivos—Servicios médicos para prevenir una enfermedad o hacer una detección temprana, que es cuando el tratamiento puede dar los mejores resultados (por ejemplo, el examen Papanicolaou, la vacuna contra la gripe y las mamografías).

Notas

Notas

Información importante sobre esta guía

La información, números de teléfono y sitios Web mencionados en esta publicación eran correctos al momento de su impresión. Sin embargo, tal vez se hayan hecho cambios posteriormente. Para obtener la información más actualizada, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-6334227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted tiene el derecho a obtener la información de este folleto en un formato alternativo. Visite Medicare.gov / about-us / discriminación / no-discriminación-notice.html, o llame al 1-800-MEDICARE para más información.

La publicación “Sus beneficios de Medicare” no es un documento legal. Las normas oficiales del programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, $300

CMS Producto No 10116
Revisado en febrero de 2016

Sus Beneficios de Medicare

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY 1-877-486-2048