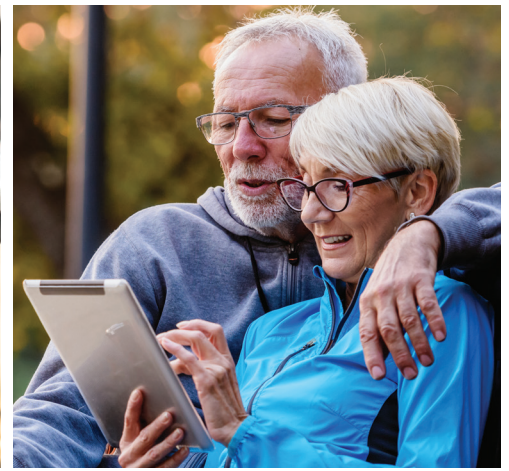




Medicare Y Usted 2027

**¡Vuélvase
digital!**

Cambie al manual electrónico
en es.Medicare.gov/go-digital
y haga esta su última copia
en papel.

La publicación oficial del
gobierno de los Estados Unidos



Medicare

Lo nuevo e importante

Revise las innovaciones de Medicare en 2027 con información importante para ayudarle a administrar su salud y bienestar.



Más opciones para iniciar sesión en su cuenta de Medicare.gov

Ahora, es.Medicare.gov ofrece ID.me, CLEARme.com o Login.gov para ayudar a proteger su información y prevenir el fraude. Estos servicios gratuitos le permiten verificar su identidad e iniciar sesión de forma segura en su cuenta de Medicare (página 14).

Iniciativas de Medicare para su salud

Es posible que sea elegible para participar en ACCESS, un nuevo modelo de Medicare diseñado para mejorar la calidad del cuidado, reducir costos y ampliar el acceso a servicios respaldados por tecnología (página 78). Medicare también ofrece acceso a ciertos medicamentos GLP-1 para ayudarle a perder peso, si cumple con determinados requisitos (página 92).

Medicare intensifica la lucha contra el fraude

Medicare está reforzando sus esfuerzos para combatir el fraude, incluido el uso de inteligencia artificial para detectarlo y prevenir pagos indebidos. Usted también puede ayudar revisando sus Resúmenes de Medicare (MSN) y reportando cualquier error o servicio que no haya recibido. Proteja su tarjeta y número de Medicare y denuncie cualquier sospecha de fraude (página 109).

Cambios en los requisitos de elegibilidad para Medicare

Es necesario cumplir con los requisitos de ciudadanía o residencia en los Estados Unidos para inscribirse en Medicare (página 9).

Conéctese a Medicare mediante aplicaciones de terceros

En es.Medicare.gov puede encontrar aplicaciones de salud seguras que se conectan con Medicare para ayudarle a personalizar su atención y proteger su información. Para más información, visite es.Medicare.gov/health-apps para más información sobre estas aplicaciones.

Mejoras de la salud en las zonas rurales

El nuevo Programa de Transformación de la Salud Rural ayuda a fortalecer los servicios de salud en comunidades rurales, mejorando las instalaciones, la tecnología y el acceso al cuidado cerca de su hogar (página 52).

Cambios en la telesalud

Medicare ha extendido las flexibilidades de telesalud hasta el 31 de diciembre de 2027, por lo que puede seguir recibiendo servicios de telesalud dondequiera que se encuentre (página 53). Además, los participantes del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare ahora tienen acceso a opciones virtuales, incluidas sesiones en vivo y a su propio ritmo (página 48).

Contenido

Lo nuevo e importante.....	2
Temas	4
Las partes de Medicare.....	9
Sus opciones de Medicare.....	10
Resumen: Medicare Original vs. Medicare Advantage.....	11
Comencemos	13
Sección 1: Medicare y cómo funciona	15
Sección 2: Descubra lo que cubre Medicare	27
Sección 3: Medicare Original	61
Sección 4: Los planes Medicare Advantage (MA) y otras opciones.....	65
Sección 5: Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)	79
Sección 6: Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)	83
Sección 7: Obtenga ayuda para pagar sus gastos de salud y medicamentos	95
Sección 8: Sus derechos y protecciones de Medicare	101
Sección 9: Contactos útiles	111
Sección 10: Definiciones	119

¿Necesita información en un formato accesible o en otro idioma?

Consulte las páginas 124-126.

Símbolos

Busque estos símbolos para ayudarle con su cobertura de Medicare:.



Definiciones: Las palabras en azul se definen en las páginas 119-122.



Compare: Cómo difieren las características clave entre el **Medicare Original** y **Medicare Advantage**.



Costos y cobertura: Información sobre costos y cobertura.



Servicio preventivo: Detalles sobre los **servicios preventivos**.

¡Importante!

Importante: Resalta información clave.

¡Nuevo!

Nuevo: Destaca información que se ha agregado o cambiado.



Descubra: Información detallada en **es.Medicare.gov**.



Revise sus opciones de Medicare en las páginas 10-14.

Temas

A

Acupuntura 33
 Ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA, en inglés) 86
 Andadores 42
 Aneurisma abdominal aórtico 33
 Anteojos 43
 Aparatos ortopédicos (cuello/piernas/brazos) 52
 Apelación 62, 70, 91, **102-107**, 112
 Aplicaciones de Medicare 63
 Archivo Médico Electrónico (EHR) 111
 Área de servicio 77, 83, **119**
 Asignación 32-48, 57, **63**, 119
 Asilo para ancianos (geriátrico) 29, **59-61**, 77, 98
 Asistente médico 41, 43, 48, 50
 Atención urgente 12, 55
 Audífonos 44, 58, 79
 Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN) 105-106
 Aviso de Comunicaciones Accesibles 124
 Avisos 30, **67**, 72, 92, 101, 104-105, 123-124
 Aviso sobre la discriminación 123
 Aviso sobre la privacidad/confidencialidad 107-108
 Ayuda Adicional (para pagar por la cobertura de sus recetas médicas) 119
 Ayuda con los costos 96-105
 Ayuda en otros idiomas 125-126

B

Beneficios para Veteranos (VA) 94, 113
 Bienvenido a Medicare 43, **57**

C

Calidad de la atención 77, 112
 Centro de cirugía ambulatoria 34
 Centro de Enfermería Especializada (SNF) **28-32**, 46, 80, 120
 Centro de Recuperación y Coordinación de Beneficios de Medicare 22, 112
 Centros Médicos Autorizados Federalmente 44, 53
 Cirugía estética 58
 Clínica de salud rural 52, 53
 Cobertura de medicamentos inmunosupresores 54
 Cobertura de medicamentos (Parte D)
 Apelaciones 103-104
 Cobertura de la Parte A 28-31
 Cobertura de la Parte B 41
 Generalidades 83-94
 Inscripción, cambio o cancelación 84-85
 Multa por inscripción tardía 87-89
 Planes Medicare Advantage 65-69
 Cobertura válida de medicamentos 83-85, 87-89, 119
 COBRA 18, 93
 Colonografía por tomografía computarizada (CT) 38
 Colonoscopia 39
 Consejería para el abuso del alcohol 34
 Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC) 90, **110**
 Coordinación de Beneficios y Centro de Recuperación 93
 Costos (copagos, coseguro, deducibles y primas)
 Ayuda Adicional para la Parte D 96-101
 Ayuda con los gastos de las Partes A y B 95-96
 Cuenta de Ahorros Médicos (HSA) 20
 Cuenta de Medicare 63, **109**
 Cuidado a largo plazo 31, 58-59

Cuidado de hospicio 9, **28-30**, 66, 80, 91, 104
 Cuidado de hospital (internación) **29-30**, 121
 Cuidado de la salud en el hogar 9, 28-29, **46-47**, 105
 Cuidado dental/dentaduras 12, 58, 59
 Cuidado de relevo 29

D

Definiciones 119-122
 Demencia 38, 57
 Demostraciones 77, 99, **120**
 Densitometría ósea 35
 Departamento de Asuntos de Veteranos 88, 94, **113**
 Departamento de Defensa 113
 Depresión 40, 48
 Derechos 101-112
 Desfibrilador (automático implantado) 40
 Detección de cáncer de mama (mamografía) 47
 Determinación de cobertura (Parte D) 103-104
 Diabetes 37, 41-42, 44, **48-49**
 Diálisis renal 16, **46**, 68-70
 Días de reserva vitalicios de por vida 120
 Discriminación 101
 Doblemente elegible (planes Medicare-Medicaid) 98

E

Electrocardiograma (EKG) 54
 Electrocardiograma (EKG/ECG) 43
 Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) 36
 Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) **16**, 45, 46, 59, 68, 77
 Enfermera profesional/licenciada 41, 48
 Enfermeras practicantes 43
 Equipo (médico) 29, 31, 39, 42-43, 46, 50-51, 62
 Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) 15
 Estudios de investigación clínica 29, **37**, 66

Evaluación cardiovascular 36
 Evaluación cognitiva **38**, 57
 Evaluación de cáncer colorrectal 38
 Evaluación de Riesgo para la Salud 57
 Evaluación para la detección del cáncer vaginal y cuello uterino 36
 Evaluación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual 52
 Evaluación y consejería sobre la obesidad 49
 Examen de equilibrio 44
 Examen de glaucoma 44
 Examen de la próstata (prueba de PSA) 51, 56
 Examen de los senos 36
 Examen del VIH 45
 Examen de sangre oculta en la materia fecal 39
 Examen pélvico 36
 Excepción (Parte D) 91, **103**
 Exploración (examen) para cáncer de pulmón 47

F

Facturas 24-25, 62-63, 86, 93, 95, 106, 109
 Formulario 85, 89-90, 104, **120**
 Formularios de impuestos 18, 22
 Fraude 90, 92

H

Hospital rural de emergencia 34

I

Incapacidad **15-19**, 33, 59, 95, 107, 123
 Ingresos limitados 96-101
 Inscripción
 Parte C 68-69
 Parte D 84-86
 Plan de Medicare para medicamentos 83-84
 Inscripción Abierta 66, 81, 102
 Inscripción Abierta Medicare Advantage 13, **74-76**

Institución/centro 29, **59**, 77, 84, 97, 98–99
 Institución religiosa no médica para servicios de la salud 31
 Insulina 40, 92
 Intermediario del beneficiario de Medicare 110
 Internación en el hospital 29–30

J

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) 20, **113**

L

Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) 18–19, 93
 Límite de gastos de su bolsillo para los costos de medicamentos 87

M

Mamografías 47
 Manual electrónico 67
 Medicaid 10, 11, 18, 19, 21, 28, 32, 37, 55, 58–62, 69, 73, 77, 92, 95–100, **121**
 Medicare
 Parte A **28–32**
 Parte B 32–57
 Parte C 65–78
 Parte D 83–94
 Medicare Original 32, **61–64**, 121
 Médico de cabecera 34, 61, 70–74, 121
 Mercado de Seguros Médicos 19–21
 MSA. *Consulte* Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos
 MSN. *Consulte* Resumen de Medicare
 Multa (por inscripción tardía)
 Parte A 22
 Parte B 23
 Parte D 87–88

N

Niveles (clasificación del formulario) 85, 104–105

O

Observación 30, 105
 Oficina de Derechos Civiles 108, 123
 Oficina de Gerencia de Personal 24, 93, 113
 Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) 19, 58–59, 63, 69, 73, 77, 98–99, 124
 Opciones de pago (cobertura de medicamentos). *Consulte* Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicamentos
 Opciones de pago (prima) 24–25, 86–87
 Organizaciones Responsables de la Atención Médica (ACO) 25–26
 Organización para Mejoras de la Calidad 104, **112**
 Oxígeno 42

P

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos) **77**, 99, 121
 Penalidad por inscripción tardía
 Parte A 22
 Parte B 15, 18, 23
 Parte D 83, 85–88, 97
 Período de beneficio 121
 Período Especial de Inscripción
 Parte D (Planes de recetas médicas) 84–85
 Partes A y B 17–18
 Período General de Inscripción **18–19**, 23, 74, 84
 Período Inicial de Inscripción 17, 23, **74**, 84
 Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare 87
 Plan de salud grupal (Empleador)
 Cobertura de las recetas médicas **83**, 87, 92
 Inscripción Abierta para Medigap 81
 La inscripción en las Partes A y B 17–18
 Planes Medicare Advantage (Parte C) 68

Planes de Costo de Medicare 58, 75, **76**, 83, 86, 121

Planes de Medicare y Medicaid integrados 99

Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO en inglés) 69

Planes Medicare Advantage 122
Cómo funcionan con otras coberturas 67
Tipos de planes 70-71

Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA) 71

Planes Medicare de Medicamentos
Recetados 103-104
Costos 86-90
Inscripción 84-85
Tipo de planes 83-84

Planes privados de pago por servicio (PFFS) 72

Planificación de instrucciones anticipadas 33

Plan Medicare de Costo 76, 83, 121

Póliza de Medigap 121

Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)
Cobertura de Medicamentos 93
Inscripción Abierta 81
Medicare Original 61
Planes Medicare Advantage 82

Profilaxis preexposición (PrEP) para VIH 41, **51**

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) 14, 16, 64, 76, 81, 82, 87, 99, 104, 109, 112, **114-117**

Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) 99-100

Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico 14, 99

Programas Medicare de Ahorros 95-96

Programas piloto 99, 121

Prótesis 52

Prueba de detección de hepatitis C 45

Prueba de Papanicolaou 36

Publicaciones 111

Puerto Rico 15, 16, 55, 96, 97, 100, 116

Q

Quimioterapia 37, **69**

R

Rayos X 30, 50, **54**

Recetas electrónicas 122

Reclamaciones 62-63, 102, 106-109

Recursos de adiestramiento para cuidadores 30, **36**, 41, 51

Referido
Definición 122
Medicare Original 61
Planes Medicare Advantage 66, **70-74**
Servicios cubiertos por la Parte B 33-57

Rehabilitación cardíaca 35

Rehabilitación pulmonar 52

Resumen de Medicare (MSN) **62-63**, 109

S

Sala de emergencia 43

Salud mental 29, 48

Sangre **28**, 35-36, 39, 40-41, 80

Segunda opinión sobre una cirugía 52

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 97, **99**

Seguro Médico para Empleados Federales 93, 113

Seguro médico para jubilados 18-21, 92

Seguro Social 112
Ayuda Adicional con los costos de la Parte D 98
Cambiar dirección en MSN 62
Las primas de las Partes A y B 22-25
Las primas Parte D 86-87
Seguridad de Ingreso Suplementario 99

Servicio de Salud para Indígenas 88, **94**

Servicios ambulatorios del hospital 29-30, **50**

Servicios avanzados para la administración de cuidado médico 34

Servicios cubiertos (Partes A y B) 27-57

Servicios de Administración del Cuidado de Transición 54

Servicios de ambulancia 34
 Servicios de educación sobre la enfermedad renal 47
 Servicios de laboratorio 47
 Servicios de patología del lenguaje 46, 53
 Servicios de trasplante 35, **54**
 Servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides 42, **49**, 57, 90–91
 Servicios preventivos 3, 32–36, 38–42, 44–49, 51–52, 57–58, **122**
 Servicios que no brinda el médico 41
 Sigmoidoscopia flexible 39
 Sindicato
 Inscripción Abierta para Medigap 81
 Inscripción en las Partes A y B 19
 La cobertura de las recetas médicas 83, 92
 Los costos de la Parte A pueden variar 28
 Planes Medicare Advantage 68
 Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) 83, 119
 Suministros médicos (insumos) 29, 52
 Suministros y servicios de terapia de infusión a domicilio 42, 46

T

Tarjeta de Medicare 15, 27, 65, 111–112
 Tarjeta de reemplazo 112
 Telemedicina (Telesalud) 53
 Terapia de nutrición 48
 Terapia física 46, **50**
 Terapia ocupacional 46, **49**
 Trasplante renal/de riñón 16, 46, **54–55**

U

Uso de tabaco 40

V

Vacuna 44, 51, **56**, 57, 122
 Vacuna contra la gripe/influenza 44
 Vacuna contra la Hepatitis B 45, 56
 Vacuna neumocócica 51
 Vacunas/inmunizaciones 44, 51, 122
 Vendajes quirúrgicos 53
 Viaje al extranjero 55, 79, 80
 Visita anual de Bienestar 9, 33, 38, **57–58**
 Visitas electrónicas 43
 Vista 43, **58**

Las partes de Medicare



La Parte A – Seguro de Hospital

Ayuda a pagar los servicios de:

- Internación en el hospital
- **Centro de enfermería especializada**
- Cuidado de hospicio
- Atención domiciliaria (cuidado de la salud en el hogar)

Consulte las páginas 27–32.



La Parte B – Seguro Médico

Ayuda a pagar los servicios de:

- Médicos y otros proveedores de la salud
- Atención ambulatoria
- Atención domiciliaria (cuidado de la salud en el hogar)
- Equipo médico duradero (sillas de ruedas, andadores, camas de hospital y otros equipos)
- Muchos de los **servicios preventivos** (exámenes, vacunas, visitas anuales de “Bienestar”)

Consulte las páginas 32–58.



Parte D – Cobertura de Medicamentos

Ayuda con los costos de medicamentos.

Los planes que ofrecen la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) son administrados por compañías de seguros privadas que siguen las normas establecidas por Medicare.

Consulte las páginas 83–94.

¡Nuevo!

Para recibir los beneficios de la Parte A y B, o para inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare, usted debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, residente permanente legal, inmigrante cubano-haitiano o migrante bajo el Pacto de Libre Asociación (COFA, en inglés).



¿Deficiones? Consulte las páginas 119–122.

Sus opciones de Medicare

Cuando se inscribe por primera vez en Medicare y durante ciertas épocas del año, puede elegir cómo recibir su cobertura de Medicare. **Hay 2 formas principales de obtener la cobertura de Medicare:**

Medicare Original

- Incluye la Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) de Medicare.
- Puede usar cualquier médico u hospital que acepte Medicare en los Estados Unidos.
- Para obtener la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) tendrá que inscribirse en un plan independiente.
- También puede obtener cobertura suplementaria que le ayude a pagar por los gastos de su bolsillo (como 20% del **coseguro**).

☒ **Parte A**

☒ **Parte B**



Puede agregar:

☐ **Parte D**



Es posible agregar:

☐ **Cobertura suplementaria**



Incluye el seguro suplementario de Medicare (**Medigap**). Puede ayudar a pagar algunos costos que **Medicare Original** no cubre. Revise la página 79, para más información sobre Medigap o puede usar cobertura de un empleador actual o anterior, sindicato o **Medicaid** (si califica).

Revise la página 61 para aprender más sobre el Medicare Original.

Medicare Advantage (Parte C)

- Un plan aprobado por Medicare de una empresa privada que ofrece una alternativa al Medicare Original para su cobertura de salud y medicamentos. Este “conjunto” de planes incluyen las Partes A, B y usualmente la Parte D.
- Es posible que necesite utilizar médicos de su red y obtener aprobación para ciertos medicamentos o servicios.
- Usualmente pueden tener costos anuales de su bolsillo diferentes al Medicare Original.
- La mayoría de los planes ofrecen beneficios adicionales que Medicare Original no cubre, como visión, audición, cuidado dental y más.

☒ **Parte A**

☒ **Parte B**



La mayoría de los planes incluyen:

☒ **Parte D**



☒ **Beneficios adicionales**

Revise la página 65, para aprender más sobre Medicare Advantage.

Resumen: Medicare Original vs. Medicare Advantage



Su elección de médico y hospital

Medicare Original (Parte A y B)	Medicare Advantage (Parte C)
Usted puede consultar cualquier médico u hospital que acepte Medicare en cualquier lugar de los Estados Unidos* .	En muchos casos, sólo puede usar los médicos y proveedores en la red y área de servicio del plan (para cuidado que no es de emergencia). Algunos planes ofrecen cobertura que no es de emergencia fuera de la red, pero a un costo más alto.
*Incluye los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, Islas Marianas del Norte y Samoa Americana.	
En la mayoría de los casos no se necesita un referido para ver a un especialista.	Puede que necesite un referido para ver a un especialista.



Costo

Medicare Original (Parte A y B)	Medicare Advantage (Parte C)
Para los servicios cubiertos por la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de haber pagado su deducible . Esta cantidad se llama su coseguro .	Los gastos directos de su bolsillo varían —los planes pueden tener diferentes costos para ciertos servicios.
Usted paga una prima mensual por la Parte B . Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare para obtener cobertura de medicamentos (Parte D), pagará una prima aparte.	Usted paga la prima mensual de la Parte B y es posible que también deba pagar la prima del plan . Algunos planes pueden tener una prima de \$0 y pueden ayudar a pagar la totalidad o parte de la prima de la Parte B. La mayoría de los planes incluyen la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) y no tiene una prima aparte.
No existe un límite anual de cuánto paga de su bolsillo, a menos que cuente con cobertura suplementaria (como el Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)) u otro tipo de seguro (como la cobertura a través del empleador, para jubilados, sindical o Medicaid).	Los planes tienen un límite anual de lo que usted paga de su bolsillo por los servicios cubiertos por Medicare (que puede incluir diferentes límites para servicios dentro y fuera de la red). Una vez alcance el límite de su plan, no pagará por los servicios cubiertos por el resto del año.
Puede obtener Medigap para ayudar con los gastos directos de su bolsillo que Medicare no cubre (20% del coseguro) (página 81). O, puede usar la cobertura de un empleador o sindicato actual o anterior, o Medicaid (si califica).	No puede comprar Medigap para cubrir los costos de su bolsillo. Sin embargo, es posible que pueda utilizar la cobertura de un empleador o sindicato actual o anterior, o Medicaid (si califica).



Cobertura

Medicare Original (Parte A y B)	Medicare Advantage (Parte C)
Cubre los servicios médicamente necesarios y suministros en hospitales, consultorios médicos y de atención médica. Medicare Original no cubre ciertos beneficios, como los exámenes de la vista, la mayoría del cuidado dental y exámenes de rutina (página 58).	Los planes deben cubrir todos los servicios que cubre el Medicare Original. Los planes también pueden ofrecer beneficios adicionales que Medicare Original no cubre —como algunos servicios de la vista, auditivos y dentales.
En la mayoría de los casos, no necesita autorización de Medicare Original para cubrir sus servicios o suministros.	Por lo general, necesita autorización previa de su plan antes de que cubra ciertos servicios o suministros.
Puede inscribirse en un Plan de Medicare para medicamentos (Parte D) aparte para la cobertura de medicamentos.	La mayoría de los planes la Parte D y no necesita un plan de medicamentos de Medicare aparte.



Cobertura fuera de los Estados Unidos

Medicare Original (Parte A y B)	Medicare Advantage (Parte C)
El Medicare Original, por lo general, no ofrece cobertura médica fuera de los Estados Unidos . Usted necesita comprar un seguro suplementario que cubra el cuidado de emergencia fuera del país.	Los planes usualmente no cubren el cuidado médico fuera de los Estados Unidos . Algunos planes pueden ofrecer un beneficio adicional que cubre servicios de emergencia y urgencia cuando viaja fuera del país.

Los montos para las **primas**, costos de medicamentos y límites de ingresos para 2027 no estaban disponibles al momento de impresión. Para información actualizada, visite [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Comencemos

- **Conozca sus opciones de cobertura de Medicare.** Diríjase a las páginas 10-12 para más información sobre las dos maneras principales de obtener cobertura de Medicare y compararlas.
- **Descubra cómo y cuándo inscribirse.** Si no tiene la Parte A o B de Medicare, revise la página 15. Si no tiene cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), revise la página 83.
- **Sepa cómo funciona Medicare con otro seguro, si lo tiene.** Revise las páginas 19-22 para más información.
- **Revise su cobertura de salud y medicamentos de Medicare cada año.** Asegúrese de que aún se ajuste a sus necesidades y decida si quiere hacer un cambio.

¡Importante! Podría pagar más si no se inscribe en Medicare cuando es elegible por primera vez. Revise las páginas 22-23 (Parte A y B) y a las páginas 87-89 (Parte D) para más información sobre las multas por inscripción tardía..



¡Marque su calendario con estas fechas claves!

1 de octubre de 2026	Comience a comparar su cobertura actual de salud o medicamentos de Medicare con opciones para 2027. Es posible ahorrar dinero u obtener beneficios adicionales.  es.Medicare.gov/plan-compare
15 de octubre al 7 de diciembre de 2026	Es la Inscripción Abierta. Usted puede cambiar su cobertura de salud o de medicamentos para 2027, si así lo desea. Usted puede inscribirse, cambiar o dejar un plan MA o un plan de medicamentos de Medicare, o cambiarse al Medicare Original.
1 de enero de 2027	Comienza la nueva cobertura si hizo un cambio. Los nuevos costos y cambios a la cobertura existente también entran en vigencia si su plan hizo cambios. (Comuníquese con su plan si no ve cambios en su cuenta después de 10 días).
1 de enero al 31 de marzo de 2027	Si tiene un plan Medicare Advantage, usted puede cambiar de plan o regresar al Medicare Original (e inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos aparte) durante el período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. Cambios entrarán en vigor el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud (página 67). Durante este período, no podrá cambiar de Medicare Original a un plan Medicare Advantage, inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare si está en Medicare Original ni cambiar de un plan de medicamentos de Medicare a otro si está en Medicare Original.

Explore sus opciones de cobertura

- Encuentre y compare planes de salud y medicamentos:

 es.Medicare.gov/plan-compare

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).
- Obtenga orientación de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). El teléfono para su SHIP aparece en las páginas 114-117 o visite shiphelp.org.
- Encuentre médicos u otros proveedores de salud y suministros que participan en Medicare en es.Medicare.gov/care-compare. También puede informarse sobre la calidad del que ofrecen los planes y proveedores.
- Un agente o corredor de confianza también puede ayudarle. Visite es.Medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-coverage-options/plan-marketing-rules para más información.

Ayuda con los costos de cuidado médico

Hay muchos programas disponibles para ayudar con los costos. Usted puede calificar si cumple con ciertas condiciones (páginas 95-99).

Vuélvase digital

¡Que esta sea la última copia física de este manual! Puede dejar de recibir copias impresas por correo y cambiarse al documento digital en PDF. Aprenda cómo hacerlo en es.Medicare.gov/go-digital. Una vez que haga el cambio, le enviaremos un enlace al documento PDF por correo electrónico cada otoño. Si tiene un teléfono inteligente o un lector electrónico, podrá llevar el manual a donde quiera que vaya.

Obtenga información personal de Medicare en línea

Cree su propia cuenta de Medicare

¡Nuevo! Ingrese a es.Medicare.gov/account para iniciar sesión en su cuenta segura de Medicare (o crearla), o use una de estas opciones gratuitas: ID.me, CLEARme.com, o Login.gov.

Estos servicios verifican su identidad en línea o en persona para ayudar a proteger mejor su información y prevenir el fraude. Una vez que vincule su cuenta existente de Medicare con uno de estos servicios de verificación de identidad, ya no podrá iniciar sesión en su cuenta de Medicare utilizando su nombre de usuario o contraseña actuales de Medicare. Visite es.Medicare.gov/account/login/help para más información.

También puede utilizar su cuenta de Medicare para:

- Agregar sus recetas y farmacias para ayudarle a comparar mejor los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área.
- Revisar sus reclamaciones de **Medicare Original** tan pronto como sean procesadas.
- Imprimir una copia de su tarjeta oficial de Medicare.
- Averiguar para qué **servicios preventivos** es elegible con Medicare Original.
- Obtener información sobre sus primas de Medicare y cómo pagar su factura. Vaya a es.Medicare.gov/basics/costs/pay-premiums.

Sección 1:

Medicare y cómo funciona

Inscripción en Medicare

Si usted está recibiendo los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), obtendrá las Partes A y B automáticamente a partir del primer día del mes en el que cumpla 65 años. Si su cumpleaños es el primer día del mes, la cobertura de las Partes A y B comienzan el primer día del mes antes de que cumpla 65 años.

Si es menor de 65 años y está incapacitado, obtendrá las Partes A y B automáticamente, una vez haya recibido ciertos beneficios por incapacidad del Seguro Social o de RRB por 24 meses.

Si vive en Puerto Rico y recibe beneficios del Seguro Social o RRB, no recibirá la Parte B automáticamente. Necesita inscribirse (página 16).

Si padece de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS, en inglés) también conocida como enfermedad de Lou Gehrig, obtendrá las Partes A y B automáticamente el mes en que comiencen sus beneficios por incapacidad.

Nota: Debe cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad para obtener los beneficios de Medicare (página 9).

Si obtiene Medicare automáticamente, recibirá su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare por correo 3 meses antes de cumplir 65 años o en el mes número 25 de sus beneficios por incapacidad. No necesita pagar una **prima** por la Parte A. Si no desea la Parte B, infórmenos antes de la fecha de inicio de cobertura en su tarjeta de Medicare. Si no toma acción, conservará la Parte B y pagará las primas de la Parte B a través de sus beneficios del Seguro Social o RRB. Si tiene otra cobertura y necesita ayuda para decidir si debe conservar la Parte B (página 19).

Si opta por no conservar la Parte B, pero si decide que la desea más adelante, tendrá que esperar porque sólo puede inscribirse en ciertas ocasiones para obtener la cobertura de la Parte B y pagar una multa (agregada a su prima mensual) mientras tenga la Parte B (página 23).

Inscribirse en la Parte A y/o B

Si usted está próximo a cumplir 65 años pero NO está recibiendo beneficios del Seguro Social o RRB, tendrá que inscribirse. Comuníquese con el Seguro Social 3 meses antes de cumplir 65 años. También puede inscribirse en [SSA.gov/es/medicare/sign-up](https://ssa.gov/es/medicare/sign-up). Si trabajó para los ferrocarriles, visite [RRB.gov](https://rrb.gov) o llame a la RRB al 1-877-772-5772 (TTY: 1-312-751-4701).

En la mayoría de los casos, si no se inscribe cuando es elegible para la Parte B por primera vez, puede haber un retraso en obtener cobertura de Medicare en el futuro, **y tendrá que pagar la multa por inscripción tardía (agregada a su prima mensual) mientras tenga la Parte B** (página 23).



¿Deficiones? Consulte las páginas 119-122.

Si padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) y desea Medicare, debe inscribirse. Su centro de diálisis completará un “Informe de Evidencia Médica de Enfermedad Renal en Etapa Final” (Formulario CMS-2728) en el Sistema de Informes de Calidad de ESRD. Una vez completado el formulario, el centro le entregará una copia y se lo enviará al Seguro Social. Comuníquese con el Seguro Social para averiguar cuándo y cómo inscribirse en las Partes A y B. Para más información visite es.Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease y revise el manual “Cobertura Medicare para Servicios de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón”.

¡Importante! Si vive en Puerto Rico y recibe los beneficios del Seguro Social o de RRB, recibirá los beneficios de la Parte A automáticamente el primer día del mes en que cumpla 65 años o después del mes 24 de sus beneficios por incapacidad. Sin embargo, si desea la Parte B tendrá que inscribirse usando el Formulario CMS-40B “Solicitud de Inscripción en la Parte B”. Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, puede haber un retraso en obtener cobertura en el futuro, y **tendrá que pagar la multa por inscripción tardía (agregada a su prima mensual) mientras tenga la Parte B** (página 23). Visite es.Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment para obtener el formulario.

¿Para más información?

Visite SSA.gov/es/medicare/sign-up para más información sobre su elegibilidad para Medicare y para inscribirse en las Partes A y/o B si no las recibe automáticamente. Si trabajó para un ferrocarril o recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), visite RRB.gov o llame al 1-877-772-5772. (TTY: 1-312-751-4701).

También puede obtener asesoría personalizada gratis del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). El teléfono para su SHIP aparece en las páginas 114-117 o visite shiphelp.org.

Después de inscribirse en la Parte A y/o B de Medicare, es hora de analizar sus opciones. Las personas obtienen cobertura de diferentes formas. Aproveche al máximo su cobertura. Revise todas sus opciones y encuentre la adecuada (páginas 11-14).

Si no recibo automáticamente la Parte A y B, ¿cuándo puedo inscribirme?

Si no obtiene automáticamente la **Parte A libre de prima** (por ejemplo, porque todavía está trabajando y no recibe los beneficios del Seguro Social o RRB) pero califica, puede inscribirse en cualquier momento después de que sea elegible por primera vez para Medicare (página 22).

Su cobertura de la Parte A retrocederá (retroactivamente) 6 meses desde que se inscriba en la Parte A o solicite los beneficios del Seguro Social o RRB, pero no antes del primer mes en que sea elegible para Medicare. Dependiendo de cómo fue elegible para la Parte A de Medicare, el período retroactivo puede ser diferente.

Sólo puede inscribirse en la Parte B durante los períodos de inscripción que se indican a continuación.

¡Importante! Recuerde, en la mayoría de los casos, si no se inscribe en la Parte A (si tiene que comprarla) y Parte B cuando es elegible por primera vez, su inscripción puede retrasarse y tendrá que pagar la multa por inscripción tardía agregada a su **prima** mensual (páginas 22–23).

¿Cuáles son los períodos de inscripción para las Partes A y B?

Sólo puede inscribirse en la Parte B (o la Parte A si tiene que comprarla) durante estos períodos de inscripción.

Período Inicial de Inscripción

Por lo general, puede inscribirse en la Parte A y/o B durante el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumpla 65 años. Si su cumpleaños es el primer día del mes, su período de 7 meses comienza 4 meses antes del mes en que cumpla 65 años y termina 2 meses después del mes en que cumpla 65 años.

Ejemplo: Si cumple 65 años el 2 de junio, su período de 7 meses comenzará en marzo y terminará en septiembre. Si cumple 65 años el 1 de junio, su período de 7 meses comenzará en febrero y terminará en agosto.

Si se inscribe en la Parte A y/o B durante los 3 primeros meses de su Período Inicial de Inscripción, en la mayoría de los casos la cobertura comenzará el primer día del mes de su cumpleaños. Sin embargo, si su cumpleaños es el primer día del mes, la cobertura comienza el primer día del mes antes de cumplir los 65 años.

Si se inscribe el mes en que cumple 65 años o durante los últimos 3 meses de su Período Inicial de Inscripción, su cobertura comienza el primer día del mes después de inscribirse.

Período Especial de Inscripción

Después de que termine el Período Inicial de Inscripción, es posible que tenga la oportunidad de inscribirse en Medicare durante un Período Especial de Inscripción. Por ejemplo, si no se inscribió en la Parte A y/o B cuando fue elegible por primera vez **porque tenía la cobertura médica grupal de su empleador actual** (o el de su cónyuge o familiar si tiene una incapacidad), puede hacerlo:

- En cualquier momento mientras tenga la cobertura de un plan grupal
- Durante el período de 8 meses que comienza el mes después de que termine su empleo o la cobertura, lo que ocurra primero

Por lo general, su cobertura comienza el primer día del mes después de inscribirse. Si se inscribe en la Parte B mientras usted (o su cónyuge) está trabajando usted (o su cónyuge), o dentro del primer mes completo después de que termine la cobertura del empleador, puede solicitar retrasar la fecha de inicio de la Parte B hasta 3 meses antes de cumplir los 65 años. Usualmente, no pagará la multa por inscripción tardía si se inscribe durante el Período Especial de Inscripción. Este período especial no aplica si es elegible para Medicare porque padece de ESRD, o si aún están en su Período Inicial de Inscripción.

Para inscribirse en la Parte A y/o B, visite [SSA.gov/es/medicare/sign-up](https://ssa.gov/es/medicare/sign-up).

¡Importante! COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria) no se considera cobertura actual basada su empleo actual y no cuenta como cobertura actual del empleador para este Período Especial de Inscripción. Pueden haber razones por las que debería inscribirse en la Parte B en lugar de, o además de, la cobertura de COBRA. Usted tiene 8 meses después de que termine su cobertura basada en el **empleo actual** para inscribirse en la Parte B sin multas, ya sea que elija COBRA o no. Sin embargo, si tiene COBRA y es elegible para Medicare, es posible que **COBRA sólo pague una pequeña parte de sus costos médicos.** Revise la página 93 para más información. Para evitar una multa, asegúrese de inscribirse en Medicare cuando sea elegible por primera vez.

Su cobertura de jubilado actual **podría no** pagar los servicios médicos que recibe si no tiene las Partes A y B.

Situaciones excepcionales para un Período Especial de Inscripción

Hay otras circunstancias en las que puede inscribirse durante un Período Especial de Inscripción. Usted puede ser elegible si pierde un período de inscripción debido a ciertas circunstancias, como verse afectado por una emergencia o desastre natural, encarcelamiento, error del empleador o del plan de salud, pérdida de la cobertura de **Medicaid** u otras circunstancias fuera de su control que Medicare determine que son excepcionales. Para más información, visite [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).

¡Importante! Si perdió Medicaid recientemente y ahora califica para Medicare, pero no se inscribió cuando fue elegible por primera vez, puede inscribirse en la Parte A y la Parte B sin pagar una multa por inscripción tardía. Si ya tiene Medicare pero perdió Medicaid, también tiene opciones de cobertura. Para más información, consulte la hoja informativa “¿Perdiendo Medicaid?” en [Medicare.gov/publications/12177-s-losing-medicaid-medicare-could-be-an-option.pdf](https://www.medicare.gov/publications/12177-s-losing-medicaid-medicare-could-be-an-option.pdf).

Período General de Inscripción

Si tiene que pagar por la Parte A pero no se inscribió y/o no se inscribe en la Parte B (por la que debe pagar una **prima**) durante el Período Inicial de Inscripción, y no califica para un Período Especial de Inscripción, podrá hacerlo del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. **Usted podría pagar una prima más elevada para la Parte A y/o B si se inscribe más tarde porque le cobrarán una multa por inscripción tardía** (páginas 22-23).

Si se inscribe durante el Período General de Inscripción, su cobertura comienza el primer día del mes después de inscribirse.

¿No está seguro si califica para un período de inscripción? Visite [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Debo comprar la Parte B si tengo otra cobertura?

La información siguiente le ayudará a decidir si debe obtener la Parte B si tiene uno de estos tipos de cobertura.

Cobertura de Empleador o Sindicato

Si usted o su cónyuge (o un familiar si usted tiene una incapacidad) **está trabajando** y usted tiene cobertura médica a través del empleador o sindicato (incluyendo empleo federal o estatal y servicio militar activo), comuníquese con el administrador de beneficios para averiguar cómo trabaja dicho seguro con Medicare (página 21). Tal vez le convenga esperar para inscribirse en la Parte B.

Cobertura de su sindicato o empleo actual no incluye:

- COBRA (o cobertura de continuación similar después de que termine el empleo)
- Cobertura médica para jubilados
- Cobertura médica para veteranos
- Cobertura médica individual (a través del Mercado de Seguros Médicos)
- Cobertura de un empleador anterior obtenida a través de una indemnización por despido o cese laboral

TRICARE

TRICARE es cobertura médica para militares activos y retirados, incluyendo sus familias. **Usted deberá inscribirse en las Partes A y B cuando es elegible por primera vez, para quedarse con la cobertura de TRICARE.** Sin embargo, si es un miembro en servicio o el familiar de un miembro activo, no tiene que estar inscrito en la Parte B para quedarse con la cobertura de su contratista de TRICARE (página 90).

Si tiene cobertura CHAMPVA, debe inscribirse en la Parte A y Parte B para mantenerla. Para más información, llame al 1-800-733-8387.

Medicaid

En muchos casos, el programa de **Medicaid** de su estado pagará las **primas** de la Parte B. Si Medicaid no paga las primas de la Parte B, es posible que pueda obtener ayuda para pagar las primas de la Parte A y B a través de un Programa de Ahorros de Medicare (páginas 95-96). Si tiene Medicaid y ahora cumple los requisitos para la Parte B, Medicare solo pagará los servicios cubiertos por la Parte A.

Llame a su oficina de Medicaid (Oficina Estatal de Asistencia Médica) para obtener más información y ver si califica. Visite [Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip](https://www.medicicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip). También puede llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).

Mercado de Seguros Médicos

Si tiene cobertura del Mercado (u otra cobertura que no se basa en el empleo actual), debe inscribirse en Medicare cuando sea elegible por primera vez. Esto evita el riesgo de un retraso en la cobertura de Medicare y el potencial de una multa por inscripción tardía.

Si tiene cobertura del Mercado:

- Debe cancelar (terminar) su cobertura del Mercado cuando sea elegible para Medicare para evitar un recubrimiento de cobertura.
- Una vez sea elegible para la Parte A sin **prima**, o ya tenga la Parte A con prima no califica para la ayuda con los costos de primas y otros costos médicos del Mercado. Si continúa recibiendo ayuda con su plan del Mercado después de inscribirse en Medicare, tendrá que pagar la ayuda que recibió cuando presente su declaración de impuestos.

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare para averiguar cómo cancelar su plan del Mercado cuando comience su inscripción en Medicare. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596, TTY 1-855-889-4325.

Cuenta de Ahorros (HSA, en inglés)

Para evitar una multa fiscal, debe hacer su última contribución a la HSA el mes antes de que comience su cobertura de la Parte A. La cobertura de la Parte A libre de cargos (sin primas) retrocederá (retroactivamente) 6 meses desde que se inscriba en la Parte A o solicite los beneficios del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB), pero no antes del primer mes en que sea elegible para Medicare. Dependiendo de cómo sea elegible para la Parte A de Medicare, el período retroactivo puede ser diferente. Revise el cuadro a continuación para ayudarle a decidir cuándo cancelar sus contribuciones a la HSA.

Si se inscribe en Medicare:	Durante su Período Inicial de Inscripción (página 17)	Puede evitar una sanción fiscal haciendo su última contribución a la HSA el mes antes de cumplir 65 años.
	2 meses posteriores a la finalización de su Inscripción Inicial	
	Y su cumpleaños es el primer día del mes.	Por lo general, su cobertura de Medicare comienza el primer día del mes anterior a cumplir los 65 años. Puede evitar una multa fiscal haciendo su última contribución a la HSA 2 meses antes de cumplir los 65 años.
Si espera para inscribirse en Medicare:	Menos de 6 meses después de cumplir 65 años	Puede evitar una multa fiscal si detiene las contribuciones a la HSA el mes antes de cumplir 65 años.
	6 meses o más después de cumplir 65 años	Puede evitar una multa fiscal al suspender las contribuciones a la HSA 6 meses antes del mes en que solicita Medicare.

Nota: Una Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA, en inglés) es similar al plan HSA (página 71).

¿Cómo funciona mi otro seguro con Medicare?

Cuando usted tiene otro seguro (como un plan de salud grupal, cobertura para jubilados o **Medicaid**) y Medicare, hay normas para decidir si Medicare o su otro seguro paga primero. Utilice la tabla que aparece a continuación para averiguar cuál de sus seguros debe pagar primero, según su situación.

Su situación	Medicare paga primero	El otro seguro paga primero
Usted tiene Medicaid	✓	
Tiene cobertura para jubilados (de su antiguo empleador o de su cónyuge)	✓	
Tiene TRICARE (y no está en servicio activo ni usa instalaciones militares o federales)	✓	
Tiene 65 años o más y cuenta con la cobertura de su empleador o de su cónyuge empleo actual :		
Si su compañía tiene menos de 20 empleados	✓	
Si su empleador tiene menos de 20 empleados, pero forma parte de un plan multipatronal con 20 o más empleados en total		✓
Si su empleador tiene 20 o más empleados		✓
Tiene menos de 65 años, tiene una incapacidad y cuenta con la cobertura del empleador desde su lugar de trabajo actual o el de un familiar:		
Si su empleador tiene menos de 100 empleados	✓	
Si su empleador tiene menos de 100 empleados, pero forma parte de un plan multipatronal con 100 o más empleados en total		✓
Si su empleador tiene 100 o más empleados		✓
Tiene cobertura de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) y de un plan de salud grupal (de su empleo actual o anterior o de un familiar):		
Los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare		✓
Luego de los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare	✓	

¡Importante! Si usted o su cónyuge están trabajando y cuentan con cobertura a través de su empleador, comuníquese con su empleador para averiguar cómo funciona su cobertura con Medicare.

Recuerde:

- El pagador primario paga hasta el límite de su cobertura.
- El pagador secundario sólo paga los costos que no cubre el pagador primario.
- Puede que el pagador secundario (que podría ser Medicare) no cubra todos los gastos que no pagó el pagador primario.
- Si su plan de salud grupal o para jubilados es el pagador secundario, tendrá que inscribirse en la Parte B antes de que el seguro pague.

Visite es.Medicare.gov/health-drug-plans/coordination o es.Medicare.gov/publications para revisar “Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía Sobre Quién Paga Primero”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información (TTY: 1-877-486-2048).

¡Importante! Si su plan de salud grupal finaliza, llame al 1-800-MEDICARE para actualizar su registro. Si tiene otros cambios en su seguro, también puede comunicarse con el Centro de Recuperación y Coordinación de Beneficios de Medicare al 1-855-798-2627. (TTY: 1-855-797-2627). Si se jubila, llame al 1-800-MEDICARE para asegurarse que la información esté al día.

Si tiene la Parte A, puede que reciba el formulario del IRS Cobertura de Salud (Formulario 1095-B) de Medicare. Este formulario verifica su cobertura médica para el año anterior. Mantenga el formulario para sus archivos. No todos recibirán este formulario. Si no recibe el Formulario 1095-B, no se preocupe, puede pedir una copia.

¿Tengo que pagar por la Parte A?

Por lo general no paga una **prima** mensual por la Parte A si usted o su cónyuge pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban. A esto se le conoce como la Parte A sin prima o libre de cargos. Si no es elegible para la Parte A sin el pago de la prima, es posible comprarla. Para más información sobre la Parte A, vaya a la página 24.

Si compra la Parte A, pagará una prima de \$311 o \$565 por mes en 2026, dependiendo de cuánto tiempo usted, o su cónyuge, haya trabajado y pagado los impuestos de Medicare. Si necesita ayuda con su prima de la Parte A, consulte las páginas 94-96. Si tiene preguntas visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.

En la mayoría de los casos, si decide **comprar** la Parte A, también tendrá que tener la Parte B y pagar las primas mensuales de ambas partes. Si decide NO comprar la Parte A, puede comprar la Parte B, si es elegible.

Visite es.Medicare.gov para los montos más recientes de la Parte A.

Multa por inscripción tardía en la Parte A

Si usted no es elegible para la Parte A sin el pago de la prima y no la compra cuando es elegible por primera vez, su prima mensual podría aumentar hasta un 10%. Usted tendrá que pagar esta prima más cara por el doble del número de años en los que podría haber tenido la Parte A pero no se inscribió. Por ejemplo, si fue elegible para la Parte A por 2 años pero no se inscribió, tendrá que pagar una prima 10% más alta por 4 años. Si se le permite inscribirse en la Parte A durante un Período Especial de Inscripción, es posible que no tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía (páginas 17-18).

¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte B?

En 2026, la cantidad estándar de la **prima** mensual para la Parte B es \$202.90. La mayoría de las personas la prima estándar para la Parte B.

Medicare utiliza el ingreso bruto ajustado modificado que aparece en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años para determinar si deberá pagar un cargo adicional, llamado Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA).

Para 2026, si su ingreso bruto ajustado modificado de 2024 superó los \$109,000 si presentó una declaración individual, o los \$218,000 si está casado y presentó su declaración conjunta, pagará un IRMAA. Visite es.Medicare.gov para más información sobre el IRMAA. Si tiene ingresos y recursos limitados y necesita ayuda para pagar su prima, consulte las páginas 91 y 92 para obtener información sobre los programas que pueden ayudarle a pagar sus costos.

Visite es.Medicare.gov para el monto de la prima de la Parte B y los límites de ingresos.

Nota: También pagará una cantidad adicional por la Parte D si su ingreso bruto ajustado modificado está por encima de cierta cantidad (página 86).

Si tiene que pagar una cantidad adicional y no está de acuerdo (por ejemplo, tiene un evento en su vida que reduce sus ingresos), visite SSA.gov/es/medicare/lower-irmaa.

Multa por inscripción tardía en la Parte B

¡Importante! Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, quizá tenga que pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga la Parte B. La prima mensual de la Parte B podría aumentar hasta un 10% por cada período de 12 meses en los que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió. Si se le permite inscribirse en la Parte B durante un Período Especial de Inscripción o se inscribe en un Programa de Ahorros de Medicare, es posible que no tenga que pagar una multa por inscripción tardía.

Ejemplo: El Período Inicial de Inscripción del Sr. Torres terminó en diciembre de 2021. El Sr. Torres esperó hasta el Período General de Inscripción en marzo del 2024 para inscribirse en la Parte B. La multa de la prima de la Parte B es de 20%. (Si el Sr. Torres no tuvo la Parte B por 27 meses, solamente se tienen en cuenta 2 períodos completos de 12 meses). Tendrá que pagar dicha multa mientras tenga la Parte B.



Costos y cobertura: Consulte le página 95 para ayuda con los costos de Medicare.

¿Cómo puedo pagar la prima de la Parte B?

Si recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, la **prima** mensual de la Parte B será deducida automáticamente.

Nota: Si recibe una factura de la RRB, envíe por correo los pagos de su prima a: RRB Medicare Premium Payments, PO Box 979024, St. Louis, MO 63197-9000

Si tiene preguntas sobre las facturas del RRB, llame al 1-877-772-5772 (TTY: 1-312-751-4701).

Si es un Jubilado Federal con una anualidad de la Oficina de Administración de Personal y no tiene derecho a los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) o el Seguro Social, puede solicitar que sus primas de la Parte B sean deducidas de su anualidad. Comuníquese con su oficina local del Seguro Social para solicitar. Visite [SSA.gov/locator](https://ssa.gov/locator) para encontrar su oficina local.

Si no recibe estos beneficios, recibirá una factura cada 3 meses. Si también paga la Parte A o la Parte D-IRMAA, o se inscribe en el Pago Fácil de Medicare para pagar sus primas, recibirá una factura mensual (páginas 23 y 82). Visite es.Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/mailings/costs-and-coverage/medicare-premium-bill.

Elija una de las 4 maneras de pagar las primas:

- **En línea a través de su cuenta segura de Medicare:** Visite es.Medicare.gov/account para iniciar sesión (o crear) en su cuenta de Medicare. Luego, seleccione “Pagar mi prima” para pagar con tarjeta de crédito o débito, cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) o su cuenta corriente o de ahorros. Recibirá un número de confirmación cuando haga su pago. **Este servicio es gratuito y es la forma más rápida de pagar su prima.**
- **Medicare Pago Fácil (Easy Pay):** Este servicio gratuito deduce automáticamente el pago de su cuenta de ahorros o corriente cada mes. Visite es.Medicare.gov/medicare-easy-pay o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) para más información.
- **Su banco:** Comuníquese con su banco para programar un pago único o recurrente. No todos los bancos ofrecen este servicio y algunos cobran una tarifa. Ingrese su información con cuidado para asegurarse de que su pago se realice a tiempo. Proporcione al banco esta información:
 - **Su número de Medicare de 11 caracteres:** Ingrese los números y letras sin guiones, espacios ni caracteres adicionales.
 - **Dirección de pago:**
Medicare Premium Collection Center
P.O. Box 790355
St. Louis, MO 63179-0355
 - **Nombre del facturador:** CMS Medicare Insurance
 - **Cantidad de su pago**
- **Por correo:** Puede pagar con cheque, giro postal, tarjeta de crédito o débito o tarjeta HSA. Complete el cupón de pago que se encuentra en su factura e inclúyalo con su pago. Los pagos hechos por correo demoran más en procesarse que los pagos hechos a través de su cuenta en línea. Envíe el pago con su cupón a Medicare Premium Collection Center, P.O. Box 790355, St. Louis, MO 63179-0355.

Para preguntas sobre sus primas, llame al 1-800-MEDICARE o visite es.Medicare.gov/basics/costs/pay-premiums.

Para cambiar la dirección en su factura, visite SSA.gov/personal-record/update-contact-information.

¡Importante! Si recibe un aviso del Seguro Social sobre pagos de beneficios retroactivos, es posible que deba ajustar la forma en que paga sus **primas** de Medicare. Visite es.Medicare.gov/basics/costs/pay-premiums para más información.

Medicare está trabajando para coordinar mejor su cuidado

Medicare sigue buscando maneras para coordinar mejor su cuidado médico y para garantizarle que reciba los mejores servicios posibles.

Organizaciones Responsables de la Salud (ACO, en inglés)

Una **ACO** es un grupo de médicos, hospitales y/u otros proveedores de la salud que aceptan **Medicare Original** y se han unido para coordinar su cuidado médico.

Las ACOs pueden ofrecerle más beneficios

En algunas ACOs, su proveedor puede ofrecer más servicios de telesalud. Esto significa que usted puede tener acceso a ciertos servicios desde su hogar utilizando tecnología—como un teléfono o una computadora—para comunicarse en tiempo real con su proveedor (página 54). Además, un médico u otro proveedor de la salud que forme parte de una ACO puede referirle a un **centro de enfermería especializada** o a servicios de rehabilitación, incluso si no ha estado hospitalizado previamente durante 3 días (un requisito habitual de Medicare). Para calificar, su médico u otro proveedor debe determinar que usted necesita atención en un centro de enfermería especializada y usted debe cumplir con otros requisitos de elegibilidad específicos.

Si su médico primario forma parte de una ACO

Los estudios muestran que los pacientes cuyos médicos pertenecen a una ACO suelen tener una mejor experiencia de atención. Si su médico forma parte de una ACO, es posible que pueda conseguir citas rápidamente, obtener respuestas a sus preguntas médicas con celeridad y mantenerse al día con el cuidado preventivo (como pruebas de detección y revisiones médicas), lo cual puede ayudarle a ahorrar tiempo y dinero. Los pacientes atendidos por ACO también suelen tener un mejor control de afecciones crónicas, como la presión arterial alta y la diabetes. Sus médicos y otros profesionales de la salud colaboran para conocer su historial médico y sus necesidades médicas. Esto puede ayudar a prevenir errores médicos e interacciones de medicamentos inesperados que pueden ocurrir si un profesional desconoce lo que otro le ha recetado. Si su **médico de cabecera** pertenece a una ACO y usted tiene Medicare Original, le entregarán un aviso por escrito y verá un cartel en el consultorio informando sobre su participación en la ACO. Actualmente existen cientos de ACO en todo el país.

¡Importante! Visitar a un proveedor que sea parte de una **Organización de Responsable de la Salud (ACO)** o identificarlo como su **médico de cabecera** no limitará su elección de proveedores. Si su médico u otro proveedor pertenece a una ACO, usted sigue teniendo derecho a visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor que acepte Medicare en cualquier momento.

¿Qué es una relación de cuidado responsable?

Es un modelo en el que los médicos y otros proveedores de la salud colaboran entre sí y con usted para coordinar su atención, teniendo en cuenta sus objetivos y valores personales de salud. Estas relaciones pueden mejorar la calidad de la atención que recibe y ayudar a evitar pruebas o servicios médicos innecesarios o repetidos. Los médicos y proveedores que forman parte de una ACO pueden revisar todo su historial médico al crear un plan de tratamiento y considerar cómo ese plan se integra con los planes de otros médicos que tratan distintos problemas de salud. También pueden trabajar en equipo para mejorar su salud a largo plazo y prevenir problemas graves de salud u hospitalizaciones.

¿Cómo apoyan las ACO la coordinación del cuidado?

Los proveedores de la salud pueden acordar trabajar juntos para formar una ACO (Organización de Cuidado Responsable) y ayudar a coordinar su atención. Si su médico o proveedor participa en una ACO, usted podría recibir más ayuda para controlar enfermedades crónicas, más servicios de medicina preventiva, atención para la recuperación y otros beneficios. Visite es.Medicare.gov/providers-services/coordinating-care para más información y consultar una lista de los servicios en los que colaboran las ACO.

¡Nuevo!

A partir del 1 de enero de 2027, Medicare explorará maneras de mejorar las ACO a través de nuevas iniciativas, como una participación más amplia de los proveedores, interacción del paciente, tecnología de salud más nueva, dispositivos “wearables” y más.

Compartir su información médica con las ACOs

Uno de los beneficios más importantes de una ACO es que sus médicos y otros proveedores pueden comunicarse y coordinar su cuidado. Para ayudar con eso, Medicare permite a la ACO de su proveedor solicitar cierta información sobre su cuidado. Hacer que Medicare comparta sus datos de forma segura ayuda a garantizar que todas las personas involucradas en su cuidado tengan acceso a su información de salud cuando la necesiten para ayudarle.

Si no desea que Medicare comparta su información médica con sus proveedores para la coordinación del cuidado, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048). Medicare aún puede compartir información general para medir la calidad del proveedor.

Para más información sobre las ACOs, visite es.Medicare.gov/providers-services/coordinating-care o llame al 1-800-MEDICARE.

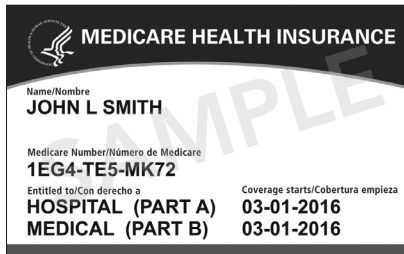
Sección 2:

Descubra lo que cubre Medicare

¿Cuáles son los servicios que cubre Medicare?

En esta sección, encontrará información sobre los artículos, pruebas y servicios cubiertos por **Medicare Original** (Parte A y Parte B) en hospitales, consultorios médicos y otros centros de salud. Puede ser elegible para los servicios cubiertos por Medicare, descritos en esta sección, si tiene la Parte A y Parte B.

Si tiene Medicare Original, usará su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios cubiertos por Medicare. Su tarjeta de Medicare muestra si tiene la Parte A (HOSPITAL), la Parte B (MÉDICA) o ambas, y la fecha en que comienza su cobertura.



¡Importante! Si se inscribe en un **plan Medicare Advantage** u otro **plan de salud de Medicare**, en la mayoría de los casos, usará la tarjeta de su plan para obtener los servicios cubiertos por Medicare.

Si necesita una copia nueva de su tarjeta de Medicare

Si necesita reemplazar su tarjeta porque está dañada o se ha extraviado, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para iniciar sesión (o crear) en su cuenta segura de Medicare y así imprimir u ordenar una copia oficial de su tarjeta de Medicare. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se le envíe una tarjeta de reemplazo por correo. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si recibe beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB), puede llamar al 1-877-772-5772 para obtener una tarjeta de reemplazo. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-312-751-4701.

Si necesita reemplazar su tarjeta porque sospecha que otra persona está utilizando su número de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE.

Todas estas opciones para reemplazar su tarjeta de Medicare son gratuitas.



¿Deficiones? Consulte las páginas 119-122.

¿Qué cubre la Parte A?

La Parte A (seguro de hospital) le ayuda con:

- Estadía en el hospital
- Cuidado en un **centro de enfermería especializada**
- Cuidado de hospicio
- Cuidado de la salud en el hogar

Las páginas 26–29 enumeran los servicios cubiertos por la Parte A y sus descripciones.

Para más información sobre los servicios cubiertos por la Parte A, visite es.Medicare.gov/coverage.

Lo que paga por los servicios cubiertos por la Parte A

Lo que paga por los servicios cubiertos por la Parte A depende de dónde recibe cuidado, duración de la misma y si tiene otra cobertura (además de Medicare). Consulte las páginas 26 a 29 para una lista de servicios cubiertos por la Parte A.

Si tiene un plan Medicare Advantage u otro seguro (como Medigap, Medicaid o cobertura de un empleador o sindicato), sus copagos, coseguro o deducibles podrían variar. Para más información sobre los costos, hable con su plan.

Para más información, visite es.Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).

Los servicios cubiertos por la Parte A

Sangre

Si el hospital obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, usted no tendrá que pagarla ni reponerla. Si el hospital debe comprar la sangre que le darán, usted tendrá que pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año o donar el equivalente (usted u otra persona).

Servicios para el cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)

La Parte A y/o la Parte B cubre el cuidado de salud en el hogar (página 44).

Cuidado de hospicio

Para recibir el cuidado de hospicio, su **médico primario** o un médico de hospicio (si tiene uno) debe certificar que usted tiene una enfermedad terminal y que probablemente le queden 6 meses de vida o menos. Cuando acepta el cuidado de hospicio, usted acepta los cuidados paliativos (por comodidad) en lugar del tratamiento para curar su enfermedad. También debe firmar una declaración seleccionando el cuidado de hospicio en lugar de otros tratamientos cubiertos por Medicare para su enfermedad terminal y afecciones relacionadas. La cobertura incluye:

- Todos los artículos y servicios necesarios para el alivio del dolor o para controlar los síntomas
- Servicios médicos, de enfermería y sociales
- Medicamentos para el manejo del dolor y síntomas
- Equipo médico duradero para el alivio del dolor y el manejo de síntomas
- Ayudante para las tareas del hogar

- Otros servicios cubiertos que necesita para controlar su dolor y otros síntomas, así como asesoramiento espiritual y de cuita para usted y su familia

El cuidado de hospicio certificado por **Medicare Original** se brinda en su hogar o en una residencia (como un asilo para ancianos), si ese es su hogar. Medicare seguirá pagando los beneficios cubiertos por cualquier problema de salud que no sea parte de su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, pero el cuidado de hospicio cubrirá la mayor parte de su cuidado.

El cuidado de hospicio no incluye alojamiento y comida, a menos que el equipo médico determine que usted necesita una estadía corta en un hospital para aliviar el dolor y otros síntomas. La estadía debe ser en un centro aprobado por Medicare como un hospicio, **centro de enfermería especializada** u hospital que tenga un contrato con el hospicio.

Alivio y apoyo para el cuidador

Medicare cubre el cuidado de relevo para pacientes hospitalizados, que es el cuidado que se recibe en un centro aprobado por Medicare para que su cuidador (familiar o amigo) pueda descansar. Puede quedarse hasta 5 días cada vez que reciba cuidado de relevo. Su proveedor de cuidados paliativos se encargará de esto por usted.

Usted paga:

- Nada por el cuidado de hospicio.
- Un **copago** de hasta \$5 por cada receta para tratar el dolor y síntomas si usted es un paciente ambulatorio.
- El 5% de la **cantidad aprobada por Medicare** por el cuidado de relevo para pacientes internados.

Medicare Original cubrirá su cuidado de hospicio, incluso si tiene un **plan Medicare Advantage**. Cuando recibe cuidados paliativos, su plan MA puede cubrir servicios que no son parte de su enfermedad terminal o cualquier condición relacionada con su enfermedad terminal. Para más información sobre hospicio, visite es.Medicare.gov/coverage/hospice-care. Comuníquese con su plan para proveedores aprobados o visite es.Medicare.gov/care-compare.

Estadía en el hospital (internación)

Mientras está internado, Medicare paga la habitación semi privada, comidas, enfermería general, ciertos medicamentos y otros servicios y suministros del hospital. Esto incluye internación en un hospital de cuidados agudos, **hospitales de acceso crítico, dependencias de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo**, internación como parte de un estudio de investigación y servicios de salud mental en un hospital psiquiátrico o unidad psiquiátrica dentro de un hospital. No incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación (si se cobran aparte) ni artículos para higiene personal (medias antideslizantes o afeitadoras). Tampoco incluye una habitación privada, a menos que sea **necesario por razones médicas**. Por lo general, la Parte B cubre el 80% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios médicos durante su internación.

¡Importante! Cuando recibe cuidado como paciente internado, su cuidado se mide en períodos de beneficio, que se relacionan con la cantidad de días consecutivos que recibe atención. Cada vez que comienza un nuevo período de beneficio, debe pagar \$1,736 (en 2026) antes de que Medicare comience a pagar. Durante un período de beneficio, lo que paga depende de la duración de su hospitalización:

- **Días 1 a 60:** Después de pagar el deducible de \$1,736, para la Parte A paga \$0 por día.
- **Días 61 a 90:** Paga \$434 por día.
- **Después del día 90:** Paga \$868 por día mientras usa sus 60 días de reserva vitalicios. Estos son días adicionales que Medicare pagará cuando esté hospitalizado por más de 90 días. Tiene un total de 60 días de reserva que puede usar una vez durante su vida.
- **Después del día 150:** Paga todos los costos.

Su período de beneficios finaliza una vez que haya estado fuera del hospital durante 60 días consecutivos. Si vuelve a ser hospitalizado después de esos 60 días, comenzará un nuevo período de beneficio. Debe pagar el deducible de la Parte A cada vez que comience un nuevo período de beneficio. Esto puede ocurrir varias veces durante el año calendario (enero–diciembre).

Visite es.Medicare.gov/coverage/inpatient-hospital-care para más información sobre los períodos de beneficios y cómo pueden aplicarse en su caso.

¿Es usted un paciente internado o ambulatorio?

El ser paciente internado o ambulatorio afecta la cantidad que paga por los servicios de hospital y si califica para la cobertura de la Parte A en un [centro de enfermería especializada](#).

- Usted es un paciente internado cuando el hospital lo admite formalmente con una orden médica.
- Usted es un paciente ambulatorio si recibe servicios de emergencia u observación, pruebas de laboratorio o radiografías (incluso si pasa la noche en el hospital) sin ser internado formalmente.

¡Importante! Cada día que esté en el hospital, usted o su cuidador siempre deben preguntarle al hospital y/o su médico, o un trabajador social o intermediario (ombudsman) del hospital, si es un paciente internado o ambulatorio. Un Aviso para Pacientes Ambulatorios de Medicare sobre servicios de Observación (MOON, en inglés) le permite saber si es un paciente ambulatorio en un hospital u [hospital de acceso crítico](#). Usted debe recibir este aviso si está recibiendo servicios ambulatorios de observación por más de 24 horas. El aviso le informará por qué es un paciente ambulatorio. También le informará cómo esto puede afectar lo que paga mientras está en el hospital, y por el cuidado que recibe después de salir del hospital.

Tiene derecho a apelar si un hospital cambia su estado de paciente internado a paciente ambulatorio, siempre que cumpla con ciertas condiciones. Vaya a la página 105 para más información, o visite es.Medicare.gov/statuschange.

Institución religiosa no médica para servicios de la salud (internación)

Estos centros atienden a las personas que califican para recibir los servicios en un hospital o **centro de enfermería especializada**. Medicare sólo cubre los suministros y servicios que no sean religiosos ni médicos. Por ejemplo, la habitación, comidas, los vendajes (sin medicamento) o el uso de un andador durante la estadía que no requieren una orden del médico o receta.

Cuidado en un centro de enfermería especializada

Medicare cubre la habitación semi privada, comidas, enfermería especializada y terapia, y otros servicios e insumos médicos **sólo después de una estadía mínima de 3 días en el hospital** por **motivos médicos** (sin incluir el día que sale del hospital), por una enfermedad o lesión relacionada.

Para recibir cuidado en un centro, su médico debe indicar que necesita servicios diarios de enfermería especializada (como la aplicación de inyecciones intravenosas/medicamentos o terapia física) que sólo puede proporcionarse en un centro de enfermería especializada. **Medicare no cubre el cuidado no médico a largo plazo** (página 58).

Puede recibir cobertura de cuidado de enfermería o terapia si es necesaria para mejorar o mantener su condición actual. Si el centro decide darle de alta únicamente por falta de mejora, aunque aún necesite cuidado de enfermería o terapia especializada para evitar que su condición empeore, puede apelar (páginas 102-105).

¡Importante! Cuando recibe cuidado en un centro de enfermería especializada, su cuidado se mide en **períodos de beneficio**, que se relacionan con la cantidad de días consecutivos que recibe atención. Cada vez que comienza un nuevo período de beneficio, debe pagar **\$1,736 (en 2026)** antes de que Medicare comience a pagar. Sin embargo, no tiene que pagar el **deducible** de la Parte A por cuidado en un centro de enfermería especializada si ya pagó por el cuidado que recibió en un hospital durante el mismo período de beneficio. Durante un período de beneficio, lo que paga depende de cuánto tiempo reciba atención en un centro de enfermería especializada:

- **Días 1 a 20:** Paga \$0 cada día después de pagar la cantidad de \$1,736.
- **Días 21 a 100:** Paga \$217 cada día.
- **Días 101 en adelante:** Paga todos los costos.

Su período de beneficios finaliza cuando deja de recibir atención en un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Si lo ingresan nuevamente al SNF después de esos 60 días, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de la Parte A cada vez que comience un nuevo período de beneficios. Esto podría ocurrir varias veces durante un año calendario (enero-diciembre).

Visite es.Medicare.gov/coverage/skilled-nursing-facility-care para más información sobre los períodos de beneficios y cómo podrían en su situación.

Nota: Es posible que no necesite estar 3 días en el hospital si tiene un plan MA, su médico participa en una **Organización Responsable de la Salud** o si su proveedor está aprobado para una exención de la pauta de 3 días en un **centro de enfermería especializada**. Si su proveedor participa en una ACO (páginas 110–111), pregunte sobre los beneficios que pueden estar disponibles. Comuníquese con su plan para obtener más información.

¿Qué cubre la Parte B?

La Parte B (seguro médico) ayuda a pagar los servicios del médico, cuidado para pacientes ambulatorios, algunos cuidados de la salud en el hogar, equipo médico duradero, servicios de salud mental y otros servicios **necesarios por razones médicas**. La Parte B también cubre muchos **servicios preventivos**. Las páginas 33–58 incluyen una lista de los servicios comúnmente cubiertos por la Parte B y una descripción general de los mismos. Medicare puede cubrir algunos servicios y exámenes con más frecuencia de lo estipulado si se necesitan para diagnosticar algún problema médico. Para averiguar si Medicare cubre un servicio que no está en la lista visite

 es.Medicare.gov/coverage

O, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048.

Lo que usted paga por los servicios cubiertos por la Parte B

La lista en las páginas siguientes le brinda información general sobre lo que tiene que pagar en el **Medicare Original** si recibe los servicios de proveedores que aceptan la **asignación** (páginas 59–60). Usted pagará más si sus médicos no aceptan la asignación. **Si tiene un plan Medicare Advantage u otro seguro médico (como Medigap, Medicaid o cobertura de un empleador o sindicato), gastos de su bolsillo como sus copagos, deducibles y coseguro podrían ser diferentes.**

En el Medicare Original, si se aplica el deducible de la Parte B (\$283 en 2026), usted tendrá que pagar todos los costos (de la **cantidad aprobada por Medicare**) hasta que haya cubierto la cantidad del deducible anual. Después de alcanzar su deducible, Medicare pagará la porción que le corresponde y usted pagará generalmente el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, si su médico acepta la asignación. **No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo si tiene Medicare Original.** Puede haber límites por lo que paga si tiene cobertura suplementaria, como Medigap, Medicaid o la cobertura del empleador o sindicato.

Usted no paga por la mayoría de los servicios preventivos que reciba de un proveedor que acepte la asignación. Sin embargo, por algunos servicios preventivos le cobrarán un deducible, coseguro o ambos. Estos precios también pueden aplicar si recibe los servicios preventivos durante la misma visita en la que recibe servicios no preventivos.

Los servicios cubiertos por la Parte B

Esta manzana  está junto a los **servicios preventivos** en las páginas 33–57.



Servicio preventivo

Examen de aneurisma abdominal aórtico

Medicare cubre una ecografía una sola vez si está en riesgo (recibe un **referido** de su médico u otro proveedor médico calificado). Se le considera en riesgo si tiene un historial familiar de aneurisma aórtico abdominal o si es un hombre entre 65 a 75 años y ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su proveedor acepta la **asignación**.

Acupuntura

Medicare sólo cubre la acupuntura (incluida la punción seca) para el dolor lumbar crónico. Medicare cubre hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días para el dolor lumbar crónico que se define como:

- Dura 12 semanas o más
- No tiene una causa conocida (no relacionada con cáncer que se ha propagado, enfermedad inflamatoria o infecciosa)
- Dolor que no está asociado con cirugía o embarazo

Se cubrirán 8 sesiones adicionales si muestra una mejoría. Puede obtener un máximo de 20 tratamientos de acupuntura al año. El **coseguro** y **deducible** de la Parte B aplican. Si no se observa mejoría, Medicare no cubrirá tratamientos adicionales.

No todos los proveedores pueden brindar el servicio de acupuntura, y Medicare no puede pagar directamente a los acupunturistas autorizados por sus servicios.

Planificación de instrucciones anticipadas

Medicare cubre la planificación de instrucciones anticipadas como parte de la “Bienvenido a Medicare” y visita anual de “Bienestar” (páginas 55–56). Esta es la planificación del cuidado que usted desearía si llegara el momento en que necesite ayuda para tomar decisiones. Su proveedor de la salud puede ayudarle a llenar los formularios relacionados con las instrucciones anticipadas, si así lo desea. Las instrucciones anticipadas son documentos legales que le permiten expresar por escrito sus deseos sobre el tratamiento médico en el futuro, si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado. Hable con su proveedor para obtener ayuda con sus documentos.

Considere cuidadosamente a quién desea que hable por usted y qué indicaciones desea darle a esa persona. Usted tiene derecho a llevar a cabo sus planes sin discriminación por su edad o incapacidad. Puede actualizar sus instrucciones en cualquier momento. Usted no paga si se proporciona como parte de la visita anual de “Bienestar” y el médico u otro proveedor calificado acepta la asignación.

Medicare también puede cubrir este servicio como parte de su tratamiento médico. Cuando la planificación de instrucciones anticipadas no es parte de su visita anual de “Bienestar”, el coseguro y deducible de la Parte B aplican.

¿Necesita ayuda con sus voluntades anticipadas? Visite el Localizador Eldercare en eldercare.acl.gov para encontrar ayuda en su comunidad.

Servicios avanzados para la administración de cuidado médico

Medicare paga mensualmente los servicios avanzados de cuidado primario, donde su médico u otro proveedor de la salud coordina y adapta el cuidado a sus necesidades. Los proveedores que ofrecen estos servicios deben brindarle acceso 24/7 a su equipo médico o proveedor, cuidado comprensivo, administración de su cuidado y más. Consulte con su médico primario para saber si ofrece estos servicios. También puede visitar es.Medicare.gov/coverage/advanced-primary-care-management-services para más información.

Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para estos servicios. Se aplica el **deducible** de la Parte B. Si tiene un plan MA, los costos de estos servicios podrían ser diferentes. Comuníquese con su plan para información específica sobre los costos.



Servicio preventivo

Consejería sobre el abuso del alcohol

Medicare cubre una evaluación sobre el abuso del alcohol para adultos que consumen alcohol, pero no cumplen con los criterios médicos para la dependencia del alcohol. Si su **proveedor de la salud** determina que usted está abusando del alcohol, pueden brindarle hasta 4 sesiones breves de consejería al año (si usted está alerta y competente durante la sesión). Debe obtener la asesoría en el consultorio o en una clínica de cuidados primarios. Usted no paga si el médico o proveedor de la salud calificado acepta la **asignación**.

Servicio de ambulancia

Medicare cubre el traslado terrestre en ambulancia cuando es **necesario por razones médicas**, llevarlo a un hospital, **hospital de acceso crítico**, **hospital rural de emergencia**, o **centro de enfermería especializada**, si el transporte en otro vehículo pudiera poner su vida en peligro. Medicare pagará por el transporte en un avión o helicóptero si requiere un servicio inmediato que la ambulancia normal no puede proporcionarle.

En algunos casos, Medicare puede pagar por servicios limitados de transporte en una ambulancia que no sean de emergencia, si su médico lo ordena por escrito y por motivos de salud. Por ejemplo, si le dan de alta del hospital, es posible que necesite un transporte médicamente necesario a un centro que proporcione diálisis.

Medicare sólo pagará por el transporte hacia el centro médico más cercano que pueda brindarle el tratamiento que necesita.

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Centros de cirugía ambulatoria

Medicare paga los gastos del centro para los servicios aprobados en un centro de cirugía ambulatoria (donde se realizan procedimientos quirúrgicos ambulatorios y se espera que el paciente sea dado de alta en 24 horas). Excepto por ciertos **servicios preventivos** (por los cuales no tiene que pagar si su médico u otro proveedor de la salud acepta la asignación), usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el centro de cirugía ambulatoria y el médico que lo trata, también tiene que pagar el deducible de la Parte B. Usted tiene que pagar todos los costos que le cobren por los procedimientos que Medicare cubre.



Costos y cobertura: Averigüe cuánto pagará por estos procedimientos:



es.Medicare.gov/procedure-price-lookup

Cirugía bariátrica

Medicare cubre algunos procedimientos relacionados con la cirugía bariátrica, como la cirugía de derivación gástrica y cerclaje laparoscópico, si cumple con ciertos requisitos relacionados con la obesidad mórbida. Para más información, visite es.Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery.

Servicios de integración de salud conductual

Si tiene una condición de salud del comportamiento (como depresión, ansiedad u otra condición de salud del comportamiento), Medicare puede pagarle a un proveedor de la salud para ayudarlo a manejar esa condición. El Modelo Psiquiátrico de Atención Colaborativo es un conjunto de servicios integrados de salud conductual que incluyen ayuda para la administración del cuidado si tiene una condición de salud conductual.

Su proveedor de la salud le pedirá que firme un acuerdo para que pueda obtener estos servicios mensualmente. Su **deducible** y **coseguro** de la Parte B aplica a la cuota mensual de servicio.

Sangre

Si el hospital o proveedor obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, usted no tendrá que pagarla ni reponerla. Sin embargo, le cobrarán un **copago** por los servicios para procesar la sangre, por cada pinta de sangre que reciba. También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Si el proveedor tiene que comprar la sangre, usted debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año o donarla (usted o alguien en su nombre).



Servicio preventivo

Densitometría ósea

Para prevenir el riesgo de rotura de huesos. Este servicio está cubierto una vez cada 24 meses (o con mayor frecuencia si fuese **necesario por razones médicas**) para los beneficiarios que cumplen ciertos requisitos o padecen de ciertos problemas médicos. (como posible osteoporosis) Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico o proveedor acepta la **asignación**.

Rehabilitación cardíaca

Medicare cubre programas integrales de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y consejería si cumple con una de estas condiciones:

- Un ataque al corazón en los últimos 12 meses
- Cirugía coronaria
- Angina de pecho constante (dolor de pecho)
- Reparación o reemplazo de las válvulas del corazón
- Angioplastia coronaria (procedimiento médico para abrir un bloqueo arterial) o la colocación de una endoprótesis vascular (stent) (procedimiento para mantener una arteria abierta)
- Trasplante del corazón o corazón-pulmón
- Insuficiencia cardíaca crónica y estable

Medicare cubre programas regulares e intensivos de rehabilitación cardíaca. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** si recibe estos servicios en el consultorio del médico. Como paciente ambulatorio del hospital tendrá que pagar el **copago** que cobra el hospital. También le corresponde pagar el **deducible** de la Parte B.



Servicio preventivo

Terapia del comportamiento cardiovascular

Medicare cubre una consulta de terapia del comportamiento cardiovascular una vez al año con su **médico primario** u otro proveedor autorizado en un entorno de cuidado primario (como un consultorio médico). Para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante la visita, su médico puede hablarle sobre los beneficios de tomar aspirina (si fuera apropiado), controlar su presión arterial y le dará consejos de dieta y ejercicios. Usted no tendrá que pagar por este servicio si su médico acepta la **asignación**.

Servicios de adiestramiento para cuidadores

Medicare cubre capacitación que ayuda a su cuidador no remunerado a aprender y desarrollar habilidades para cuidarlo (como administrar medicamentos, atención personalizada y más). Si su proveedor de la salud determina que el adiestramiento es adecuado para su plan de tratamiento, este puede recibir sesiones individuales o grupales con un proveedor calificado sin necesidad de su presencia. Estos servicios están disponibles en persona y a través de telesalud. El adiestramiento debe centrarse en sus objetivos de salud y su tratamiento debe requerir la ayuda de un cuidador para tener éxito. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.



Servicio preventivo

Evaluaciones cardiovasculares

Análisis de sangre para detectar un problema que podría derivar en un derrame cerebral o un ataque al corazón. Medicare paga las pruebas de colesterol, lípidos, lipoproteínas y triglicéridos cada 5 años. Usted no paga por estos exámenes si su médico o proveedor acepta la asignación.



Servicio preventivo

Evaluación para la detección del cáncer vaginal y cuello uterino

Medicare cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos para detectar cáncer de cuello uterino y vaginal. Como parte de la misma también se incluye un examen de los senos. Medicare paga por estos exámenes cada 24 meses para las beneficiarias de bajo riesgo y cada 12 meses para las mujeres de alto riesgo, y aquellas en edad de concebir a quienes se les hizo un examen en los últimos 36 meses y el mismo mostró alguna anormalidad.

Medicare también cubre las pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH) (como parte de la prueba de Papanicolaou) una vez cada 5 años si usted tiene entre 30-65 años de edad sin síntomas de VPH.

Usted no paga por la prueba de Papanicolaou, prueba de HPV con el Papanicolaou, recolección de la muestra, exámenes pélvicos y de los senos si su médico o proveedor autorizado acepta la asignación.

Quimioterapia

Medicare cubre el tratamiento de quimioterapia en el consultorio del médico, clínica independiente o en el departamento ambulatorio del hospital si tiene cáncer. El **copago** no puede ser superior al **deducible** de la Parte A por la estadía de hospital. Si se la hacen en el departamento ambulatorio del hospital, le cobran un copago.

Por los servicios de quimioterapia que recibe en el consultorio médico o en una clínica independiente, usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el deducible de la Parte B.

La quimioterapia que recibe como paciente internado en el hospital está cubierta por la Parte A. Revise Cuidado de Hospital (internación) en las páginas 27–28.

Servicios quiroprácticos

Medicare solo cubre ajustes de la columna para corregir una subluxación (cuando las articulaciones espinales no se mueven correctamente pero el contacto entre ellas permanece intacto) cuando su quiropráctico usa sus manos o un dispositivo llamado “activador”. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Se aplica el deducible de la Parte B.

Administración para el cuidado de enfermedades crónicas

Si usted tiene 2 o más enfermedades crónicas (como artritis y diabetes) que espera que duren al menos un año, Medicare puede pagar por la ayuda de un proveedor para el manejo de esas condiciones. Esto incluye un plan de cuidado total que detalle sus problemas de salud y metas, otros proveedores de la salud, medicamentos, los servicios comunitarios que tiene y los que necesita, al igual que, otra información sobre su salud. También le explica el cuidado que necesita y cómo éste será coordinado.

Si está de acuerdo con el servicio, el proveedor preparará el plan de cuidado para usted o su cuidador no remunerado, le ayudará con el manejo de medicamentos, le proveerá acceso 24/7 para las necesidades de cuidado urgente, le ayudará con la transición de un ambiente de cuidado a otro, y cómo los toma y le ayudará con sus otras necesidades de cuidado relacionadas con su enfermedad.

La Parte B y **coseguro** aplican. Si tiene un seguro suplementario, incluyendo **Medicaid**, este puede ayudar a cubrir la prima mensual.

Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico

Medicare cubre servicios mensuales para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de su cuidado. Se aplican el deducible y el coseguro de la Parte B.

Estudios clínicos

Los estudios de investigación prueban tipos distintos de tratamiento para comprobar cómo funcionan y si son seguros. Medicare cubre algunos costos como la visita médica y los exámenes si participa en un estudio clínico aprobado. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Visite [es.Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies](https://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies) para más información.

Nota: Si tiene un **plan Medicare Advantage**, algunos gastos podrían estar cubiertos por **Medicare Original** y otros por su plan MA. Comuníquese con su plan para más detalles.

Evaluación cognitiva y servicios del plan de cuidado

Cuando visita a su proveedor (incluida en su visita anual de “Bienestar”), se le puede realizar una evaluación cognitiva para buscar signos de demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer. Los signos de deterioro cognitivo incluyen problemas para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse, administrar las finanzas o tomar decisiones sobre su vida cotidiana. Condiciones como la depresión, ansiedad y delirio también pueden causar confusión, por lo que es importante comprender por qué puede tener síntomas.

Medicare cubre una visita separada con un médico o profesional de la salud para realizar una revisión completa de su función cognitiva, establecer o confirmar un diagnóstico como demencia o Alzheimer, y desarrollar un plan de cuidado. Puede traer a alguien con usted, como su cónyuge, amigo o cuidador, para ayudar a proporcionar información y responder preguntas.

Durante esta consulta, el médico o profesional de la salud puede:

- Realizar un examen, hablar con usted sobre su historial médico y revisar sus medicamentos.
- Identificar sus apoyos sociales, incluida la atención que su cuidador habitual puede brindar.
- Crear un plan de cuidado que lo ayude a abordar y controlar sus síntomas.
- Ayudarle a desarrollar o actualizar su plan de instrucciones anticipadas (página 33).
- Referirlo a un especialista, si es necesario.
- Ayudarle a comprender más sobre los recursos comunitarios, como los servicios de rehabilitación, los programas de salud diurnos para adultos y grupos de apoyo.

El **deducible** y **coseguro** de la Parte B aplican.

Las personas que viven con demencia y sus cuidadores no remunerados ahora pueden obtener apoyo adicional a través del programa piloto del Modelo de Guía y Experiencia Mejorada de la Demencia **sin tener que pagar un coseguro**. Hable con su proveedor para más información y saber si participan. Para más información sobre los tratamientos cubiertos para la enfermedad de Alzheimer, visite [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov).



Servicio preventivo

Examen para la detección de cáncer colorrectal

Estas pruebas pueden detectar crecimientos precancerosos y prevenir el cáncer colorrectal a tiempo cuando el tratamiento es más eficaz. Medicare puede cubrir uno o más de los exámenes siguientes:

- **Colonografía por tomografía computarizada (CT):** Medicare cubre esta prueba una vez cada 24 meses si tiene 45 años o más y con un alto riesgo de cáncer colorrectal. Si no tiene un alto riesgo, Medicare cubre la prueba una vez cada 60 meses o 48 meses después de una sigmoidoscopia o colonoscopia anterior. La prueba es gratuita si su médico u otro proveedor acepta la **asignación**.

- **Colonoscopia:** Una vez cada 120 meses (si es una persona de alto riesgo, cada 24 meses) o 48 meses después de la sigmoidoscopia flexible previa. No hay edad mínima. Si inicialmente tiene una prueba de detección no invasiva basada en heces (pruebas de sangre oculta en heces o prueba de ADN en heces de objetivos múltiples) y recibe un resultado positivo, Medicare también cubre una colonoscopia de seguimiento como prueba de detección. Usted no tendrá que pagar si su médico acepta la **asignación**.
- **Sigmoidoscopia flexible:** Si tiene 45 años o más, una vez cada 4 años (48 meses) o 120 meses después de la colonoscopia anterior para aquellas personas que no son de alto riesgo. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico o proveedor autorizado acepta la asignación. Si su médico elimina un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, tendrá que pagar el 15% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios del médico y un **copago** que le cobrará el departamento ambulatorio del hospital. El **deducible** de la Parte B no aplica.
- **Sangre oculta en la materia fecal:** Si tiene 45 años o más, una vez cada 12 meses. El examen es gratis si su médico o proveedor de la salud autorizado acepta la asignación.
- **Prueba múltiple de ADN en heces y biomarcadores en sangre:** Medicare cubre estas pruebas una vez cada 3 años si cumple con todas estas condiciones:
 - Está entre las edades de 45–85.
 - No muestra señales o síntomas de enfermedad colorrectal, incluyendo, pero no limitados a, dolor gastrointestinal inferior, heces con sangre, prueba de sangre oculta en heces positiva (guayaco) o prueba inmunoquímica fecal.
 - Con 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.

Las pruebas de ADN en heces para objetivos múltiples son pruebas de laboratorio caseras. Las pruebas de biomarcadores en sangre se realizan en un laboratorio. No paga nada por estas pruebas si su médico u otro proveedor calificado acepta la asignación.

Terapia de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP, en inglés)

Medicare cubre una terapia CPAP de 12 semanas si se le ha diagnosticado apnea obstructiva del sueño. Después del período de prueba, Medicare puede cubrir la terapia, de CPAP durante más tiempo si visita a su médico y este documenta en su historial clínico que cumple con ciertas condiciones y la terapia le está resultando útil.

Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el alquiler de la máquina y adquisición de suministros relacionados (como máscaras y tubos) y se aplican los deducibles de la Parte B. Medicare le paga al proveedor por el alquiler de la máquina durante los 13 meses si la ha estado usando sin interrupciones. Después de haber alquilado la máquina durante 13 meses, pasa a ser suya.

Nota: Si usted tenía una máquina de CPAP antes de tener Medicare, Medicare puede cubrir el alquiler o reemplazo de la máquina de CPAP y/o los accesorios, siempre que cumpla con ciertos requisitos.



Servicio preventivo

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

Medicare cubre hasta 8 sesiones personales de asesoramiento en un período de 12 meses para ayudarle a dejar de fumar o consumir tabaco. Usted no paga por las sesiones para dejar de fumar si su médico o profesional de la salud acepta la **asignación**.

Desfibrilador

Medicare puede cubrir un desfibrilador automático implantable si ha sido diagnosticado con insuficiencia cardíaca. Si le hacen la cirugía como paciente ambulatorio, usted tiene que pagar el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios del médico. Si lo colocan en el hospital, tendrá que pagar un **copago** que no puede exceder la cantidad del **deducible** de la Parte A para la internación. También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Las cirugías para implantar el desfibrilador si lo internan, serán pagadas por la Parte A. Revise “Estadía en el hospital (internación)” en las páginas 29–30.



Servicio preventivo

Evaluación de depresión

Medicare cubre una evaluación de depresión al año. Durante la evaluación, su médico u otro profesional de la salud le hará preguntas para determinar si padece depresión. La misma debe realizarse en un entorno de cuidado primario (como el consultorio de un médico) que brinde tratamiento de seguimiento y/o **referidos**. Usted no paga si su médico acepta la asignación.

Si usted o alguien que conoce tiene dificultades o está en crisis y desea hablar con un experto, **llame o envíe un mensaje de texto al 988**, la línea gratuita y confidencial de Prevención del Suicidio y Crisis. También puede hablar con un consejero en **988lifeline.org**. Consulte la página 49 para obtener más detalles sobre los servicios de salud mental.

Equipos y suministros para la diabetes y calzado terapéutico

Medicare cubre la insulina utilizada con la bomba de infusión y la bomba en sí como equipo médico duradero. También cubre medidores que miden la glucosa en la sangre y suministros relacionados, incluyendo tiras reactivas, lancetas, dispositivos para lancetas y soluciones para el control de glucosa. Medicare también cubre tubos, juegos de inserción e insulina para pacientes que usan bombas de insulina y sensores, transmisores y receptores para pacientes que usan monitores continuos de glucosa. Además, Medicare cubre un par de zapatos y plantillas personalizadas o de profundidad por año para personas con problemas específicos en los pies relacionados con la diabetes.

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, si su suplidor acepta la asignación, y el deducible de la Parte B.

¡Importante! La insulina, ciertos medicamentos orales y los insumos médicos necesarios para inyectarse la insulina (como las jeringas), bombas desechables y medicamentos orales, podrían estar cubiertos por la Parte D. Para más información, consulte con su plan. El costo de cada producto de insulina cubierto para un mes no excede \$35 (página 92). Se aplican costos similares para la insulina tradicional utilizada en las bombas de insulina cubiertas por la Parte B.



Servicio preventivo

Evaluación de diabetes

Medicare paga hasta 2 exámenes de laboratorio de glucosa en la sangre (con y sin desafío de carbohidratos) cada año si su médico determina que usted corre el riesgo de padecer de diabetes. Usted no paga si su médico o proveedor acepta la **asignación**. Si le diagnostican prediabetes, podría ser elegible para el Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (página 48).



Servicio preventivo

Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes

Medicare cubre este entrenamiento para que los pacientes diabéticos aprendan a controlar la enfermedad. El programa puede incluir consejos para una alimentación saludable, mantenerse activo, monitorear el nivel de glucosa en la sangre, tomar los medicamentos y reducir los riesgos. Necesita una orden escrita de su médico o proveedor que trata su diabetes. Algunos pacientes también pueden ser elegibles para los servicios de terapia de nutrición (página 48). Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Nota: Es posible recibir capacitación para el autocontrol de la diabetes de un médico u otro proveedor de la salud a través de telesalud. Visite adces.org/program-finder para encontrar programas certificados cerca de usted.

Servicios médicos y otros proveedores de la salud

Medicare cubre los servicios del médico (incluidos ciertos servicios que recibe en el hospital y como paciente ambulatorio) que sean **necesarios por razones médicas** y los **servicios preventivos** cubiertos. Medicare cubre los servicios de otros proveedores, como asistentes médicos, enfermeras practicantes, especialistas en enfermería clínica, trabajadores sociales clínicos, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, dentistas, podólogos, optometristas, quiroprácticos, patólogos del habla y el lenguaje y psicólogos clínicos. Excepto por ciertos servicios preventivos (que son gratuitos si su médico acepta la asignación), usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

¡Importante! Si no ha recibido servicios de su médico o grupo de práctica en los últimos 3 años, se le puede considerar un paciente nuevo. Consulte con el médico o la práctica grupal para averiguar si aceptan nuevos pacientes.

Medicamentos

La Parte B cubre un número limitado de medicamentos para pacientes ambulatorios como:

- La mayoría de los medicamentos inyectables e infundidos cuando los administra un proveedor médico autorizado.
- Ciertos medicamentos orales para el cáncer y medicamentos contra las náuseas para el tratamiento del cáncer
- Medicamentos que se usan con cierto equipo médico duradero (nebulizadores o bombas de infusión externas)
- Inmunoglobulina intravenosa para uso domiciliario
- Medicamento profilaxis preexposición (PrEP) aprobado por la FDA para la prevención del VIH

- Ciertos medicamentos (bajo algunas circunstancias) que recibe como paciente ambulatorio en el hospital
- Todos los medicamentos para diálisis renal y productos biológicos (página 47)
- Ciertos factores de coagulación para la hemofilia

Nota: Si recibe medicamentos recetados no cubiertos, usted paga el 100% de los medicamentos, a menos que tenga la Parte D u otra cobertura de medicamentos. Si desea más información, revise las páginas 83–94.

Para algunos medicamentos utilizados con una bomba de infusión externa y para la inmunoglobulina intravenosa de uso doméstico, Medicare puede cubrir servicios (visitas de enfermería) bajo el beneficio de terapia de infusión e inmunoglobulina intravenosa en el hogar (página 47). La Parte B también cubre algunos medicamentos para tratar el trastorno por sustancias cuando un proveedor lo administra en un consultorio médico o en un hospital como paciente ambulatorio. Usted no tendrá que pagar un **copago** por estos servicios si los recibe de un programa de tratamiento de opioides inscrito en Medicare (página 50). Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los medicamentos cubiertos y tiene que haber pagado el **deducible** de la Parte B.

Los médicos y las farmacias deben aceptar la **asignación** de medicamentos cubiertos por la Parte B, por lo que nunca se le debe pedir que pague más que el **coseguro** o el copago por el medicamento de la Parte B.

¡Importante! Su coseguro puede cambiar según el precio de su medicamento recetado. Usted podría pagar un coseguro más bajo por ciertos medicamentos y productos biológicos cubiertos por la Parte B que obtiene en el consultorio de un médico o farmacia, o en un entorno ambulatorio del hospital, si sus precios han aumentado más que la tasa de inflación. Los medicamentos específicos y los ahorros potenciales cambian cada trimestre.

Si los medicamentos cubiertos por la Parte B que obtiene en un entorno ambulatorio del hospital son parte de sus servicios ambulatorios, usted paga un copago por los servicios. La Parte B no cubre los “medicamentos autoadministrados” en un entorno ambulatorio del hospital. Los “medicamentos autoadministrados” son medicamentos que normalmente tomaría por su cuenta.

Lo que paga depende por medicamentos autoadministrados como paciente ambulatorio si tiene cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) u otra cobertura de medicamentos, y si la farmacia del hospital está en la red de su plan de medicamentos. Si tiene otra cobertura de medicamentos, es posible que su plan de medicamentos cubra medicamentos que la Parte B no cubra. Comuníquese con su plan de medicamentos para averiguar cuánto paga por los medicamentos que obtiene en un entorno ambulatorio del hospital que la Parte B no cubre.

Equipo Médico Duradero (DME)

Medicare cubre los artículos **médicamente necesarios** tales como el equipo de oxígeno, andadores y camas de hospital ordenados por su médico u otro proveedor para usar en el hogar. La mayoría de los artículos se deben alquilar, pero algunos también se pueden comprar después de que se haya realizado una cierta cantidad de pagos de alquiler. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.

Asegúrese de que sus proveedores de equipo médico duradero (DME, en inglés) estén inscritos en Medicare. Verifique que sus proveedores de DME estén inscritos y acepten la **asignación**. Es importante preguntarles a sus proveedores si participan en Medicare antes de obtener su DME. Si los proveedores participan en el programa de cobertura, deben aceptar la asignación (es decir, se deben limitar a cobrarle el **coseguro** y el **deducible** de la Parte B para la **cantidad aprobada por Medicare**). Si los proveedores no son “participantes” pueden elegir no aceptar la asignación. Si los proveedores no aceptan la asignación, no hay límite a la cantidad que pueden cobrarle. Si la reclamación no está asignada, deberá pagar el costo total del DME por adelantado. De ser así, Medicare le reembolsará posteriormente el importe cubierto tras la presentación y procesamiento de sus reclamaciones.

Electrocardiograma (EKG/ECG)

Medicare cubre un EKG/ECG si tiene un **referido** de su médico, u otro proveedor de la salud, emitido como resultado de su visita “Bienvenido a Medicare” (páginas 56–57). Después de cumplir con el deducible de la Parte B, paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Medicare también cubre EKGs o ECGs como pruebas de diagnóstico (página 54). Tendrá que pagar un **copago** si le hacen la prueba en un hospital o en una clínica del hospital.

Servicios de sala de emergencia

Estos servicios están cubiertos cuando tiene una herida grave, una enfermedad repentina o una condición que va empeorando rápidamente. Le cobrarán un copago específico por la visita a la sala de emergencia y el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico. También debe pagar el deducible de la Parte B. Sin embargo, los costos podrían variar si lo admiten al hospital.

Visitas virtuales

Medicare cubre visitas virtuales que le permiten hablar con su médico a través de un portal de pacientes en línea sin tener que ir al consultorio. Los proveedores que pueden ofrecer estos servicios incluyen médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos, terapeutas ocupacionales, patólogos del habla y lenguaje. Si está recibiendo de salud mental, puede obtenerlos de trabajadores sociales clínicos con licencia y psicólogos clínicos. Las visitas electrónicas son diferentes a las consultas virtuales y de telesalud.

Para una visita electrónica, necesita solicitársela a su médico o proveedor.

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Anteojos

Medicare no suele cubrir anteojos ni lentes de contacto. Sin embargo, sí cubre un par de anteojos con marco estándar (o un par de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas con implante de lente intraocular. Medicare sólo pagará por lentes de contacto o anteojos de un proveedor inscrito en Medicare, sin importar si usted o su proveedor presentan la reclamación. Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para lentes correctivos después de una cirugía de cataratas con lentes intraoculares.

Servicios médicos de un centro autorizado federalmente

Los centros de salud autorizados por el gobierno federal (FQHCs, en inglés) ofrecen muchos servicios médicos primarios ambulatorios y **servicios preventivos** que usted recibe en ciertas clínicas en su comunidad. No hay un **deducible** y por lo general, usted paga el 20% de los cargos. Estos centros de salud pueden ofrecerle un tarifas más bajas si su ingreso es limitado. Visite findahealthcenter.hrsa.gov para encontrar un centro participante cerca de usted.



Servicio preventivo

Vacuna contra la gripe/influenza

Medicare cubre una vacuna por temporada. Usted no paga si su médico o proveedor calificado acepta la **asignación**.

Cuidado de los pies

Medicare cubre los exámenes y tratamientos anuales para los pies si tiene daño en el nervio de la parte inferior de la pierna relacionado con la diabetes que puede aumentar el riesgo de pérdida de una extremidad. Esto puede ser un tratamiento **médicamente necesario** para lesiones en el pie o enfermedades, como dedo en martillo, deformidades en juanetes y espolones en el talón. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para tratamiento médicamente necesario (aprobado por su médico) y el deducible de la Parte B. Le cobrarán un **copago** por los servicios ambulatorios que reciba en el hospital.



Servicio preventivo

Examen de glaucoma

Medicare paga por este examen cada 12 meses para aquellos beneficiarios de alto riesgo. Se le considera en alto riesgo para desarrollar glaucoma si cumple al menos una de estas condiciones: Usted padece de diabetes, tiene un historial familiar de glaucoma, es afroamericano y tiene 50 años o más o hispano de 65 años o más. El examen debe ser hecho o supervisado por un oculista autorizado legalmente para trabajar en su estado. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B por la visita médica. Tendrá que pagar un copago por los servicios ambulatorios del hospital.

Exámenes del oído y equilibrio

Medicare cubre exámenes de audición y equilibrio (riesgo de caídas) si su médico u otro proveedor de la salud los ordena para determinar si necesita tratamiento.

Ahora puede visitar a un audiólogo una vez cada 12 meses sin una orden de un médico u otro proveedor de la salud, pero sólo para afecciones auditivas no agudas (como la pérdida auditiva que ocurre durante muchos años) y para servicios de diagnóstico relacionados con la pérdida auditiva que se trata con dispositivos auditivos implantados quirúrgicamente.

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Le cobrarán un copago por los servicios ambulatorios que recibe en el hospital.

Nota: Medicare Original no cubre los aparatos de asistencia auditiva o los exámenes para colocarlos.



Servicio preventivo

Vacuna contra la hepatitis B

Medicare cubre estas inyecciones (o vacunas) si cumple con al menos **una** de estas condiciones: Nunca ha recibido una serie completa de inyecciones contra la hepatitis B, no conoce su historial de vacunación o tiene un riesgo medio o alto de contraer hepatitis B. Algunos factores de riesgo incluyen, Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD), diabetes o vivir con alguien que tiene hepatitis B. Consulte con su médico para saber si tiene un riesgo medio o alto de contraer hepatitis B. No paga nada por la inyección si su médico u otro proveedor acepta la **asignación**.



Servicio preventivo

Prueba de detección para el virus de hepatitis B (HBV, en inglés)

Medicare cubre las pruebas de infección por el HBV si son ordenadas por su médico. Medicare también cubre las pruebas:

- Anualmente para aquellos con alto riesgo continuo y no reciben una vacuna contra la hepatitis B.
- Si está embarazada
 - Primera visita prenatal de cada embarazo
 - Durante el parto para aquellas con factores de nuevos o continuados riesgos

Usted no paga por la prueba si el médico u otro proveedor de la salud acepta la asignación.



Servicio preventivo

Prueba de detección de hepatitis C

Medicare cubre una prueba de detección anual de hepatitis C si usted tiene un alto riesgo debido a que ha continuado consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su última prueba de detección de hepatitis C. Medicare también cubre esta prueba una sola vez en los siguientes casos:

- Corre un alto riesgo porque recibió una transfusión de sangre antes de 1992 o consumió drogas inyectables ilícitas en el pasado.
- Nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo.

Medicare sólo cubrirá las pruebas de detección de hepatitis C si son ordenadas por un proveedor de la salud. Usted no paga por la prueba de detección si su médico o proveedor autorizado acepta la asignación.



Servicio preventivo

Examen del VIH

Medicare cubre la prueba del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) una vez cada 12 meses:

- Entre las edades de 15 y 65 años
- Menores de 15 y mayores de 65, que corren un riesgo mayor

Medicare también cubre esta prueba hasta 3 veces durante un embarazo. El examen es gratuito si su médico o proveedor de salud acepta la asignación.

Medicare ahora cubre más exámenes y servicios si tiene un mayor riesgo de contraer VIH (página 51).

Servicios para el cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)

Puede utilizar este beneficio con la Parte A y/o B. Medicare cubre los servicios **necesarios por razones médicas** a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada, terapia del lenguaje/habla, terapia física, o terapia ocupacional si la necesita de manera continua. El cuidado puede incluir servicios sociales, servicios de auxiliares para el hogar a tiempo parcial o intermitente, equipo médico duradero y suministros médicos para usar en el hogar. “Tiempo parcial o intermitente” significa que es posible que pueda obtener enfermería especializada y servicios de cuidado de salud en el hogar hasta 8 horas por día para un máximo de 28 horas por semana (o hasta 35 horas por semana en algunos casos limitados). El médico que lo trata u otro proveedor (como una enfermera practicante, médico u otros especialistas) que trabaje con su médico tiene que evaluarlo primero y certificar que usted necesita los servicios de atención domiciliaria. Los servicios deben ser ordenados por su médico y proporcionados por una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare. Para recibir terapia ocupacional, primero debe ser recetada junto con servicios de enfermería, fisioterapia o terapia del lenguaje. Luego, puede continuar con la terapia ocupacional, aunque ya no requiera los otros servicios.

Medicare cubre los servicios de salud en el hogar siempre que necesite servicios especializados a tiempo parcial o intermitentes y “confinado a su hogar”, lo que significa:

- Tiene dificultad para salir de su casa sin ayuda (necesita el uso de un bastón, silla de ruedas, andador o muletas; transporte especial; o la ayuda de otra persona) debido a una enfermedad o lesión.
- No se recomienda que salga de su hogar debido a su condición médica.
- Normalmente no sale del hogar porque hacerlo significa un gran esfuerzo.

Usted no paga por los servicios para el cuidado de la salud en el hogar. Sin embargo, para el equipo médico duradero cubierto por Medicare, usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Suministros y servicios de terapia de infusión a domicilio

Medicare cubre equipos y suministros (como una bomba, tubos intravenosos y catéteres) para la terapia de infusión en el hogar para administrar ciertos medicamentos de infusión (como la inmunoglobulina intravenosa) en el hogar. Ciertos equipos y suministros (como la bomba de infusión) y el medicamento de infusión están cubiertos por el equipo médico duradero (página 43). Medicare también cubre servicios (como visitas de enfermeras), entrenamiento para cuidadores y monitoreo. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por estos suministros y servicios.

Servicios e insumos para diálisis renal

Por lo general, Medicare cubre el tratamiento de diálisis (o diálisis peritoneal ambulatoria continua) 3 veces por semana si usted padece de una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD). La cobertura incluye los medicamentos para diálisis, análisis, entrenamiento para diálisis en el hogar y el equipo e insumos necesarios. El centro de diálisis es el que coordina los servicios (ya sea para diálisis en el hogar o en el centro). Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Educación sobre insuficiencia renal

Medicare puede pagar hasta 6 sesiones educativas si usted se encuentra en la Etapa IV de su enfermedad renal y su médico u otro proveedor de la salud lo ordena. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por sesión si recibe el servicio de un médico u otro proveedor calificado y el **deducible** de la Parte B.

Pruebas de laboratorio

Medicare cubre las pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico **médicamente necesarias** cuando su médico o proveedor las solicita. Estas pruebas pueden incluir ciertos análisis de sangre, análisis de orina, ciertas pruebas en muestras de tejido y algunas pruebas de detección. Por lo general, usted no paga por estos exámenes.



Servicio preventivo

Exploración (examen) para cáncer de pulmón

Medicare cubre la exploración para cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT, en inglés) una vez al año si cumple con estas condiciones:

- Tiene entre 50 y 77 años.
- Es asintomático (no tiene indicios o síntomas de cáncer de pulmón).
- Es fumador en la actualidad o ha dejado de fumar dentro de los últimos 15 años.
- Tiene un historial de fumador de al menos 20 “años consecutivos” (un promedio de un paquete de 20 cigarrillos por día durante 20 años).
- Tiene una orden de su médico u otro proveedor de salud.

Usted no paga por este servicio si su médico acepta la **asignación**.

Antes de su primer examen para cáncer de pulmón, es necesario que haga una cita con un proveedor o profesional de la salud para analizar los riesgos y beneficios y decidir si la exploración para cáncer de pulmón es adecuada para usted.

Suministros de compresión para el tratamiento de linfedema

Si le han diagnosticado linfedema, Medicare cubrirá sus suministros de compresión de gradiente prescritas (estándar y ajustadas a la medida) y vendajes de compresión gradual con correas ajustables y suministros de vendajes de compresión. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Se aplica el deducible de la Parte B.



Servicio preventivo

Mamografías

Medicare cubre una mamografía cada 12 meses si es una mujer de 40 años o más para detectar el cáncer de mama. Medicare cubre una mamografía inicial para las mujeres entre 35 y 39 años. Usted no paga por la mamografía si su médico o proveedor acepta la asignación.

La Parte B también cubre las mamografías de diagnóstico cuando son **médicamente necesarias**. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las mamografías de diagnóstico y el deducible de la Parte B.

Nota: Medicare cubre ecografías de seno médicamente necesarias sólo cuando su médico o proveedor las ordene.



Servicio preventivo

Terapia de nutrición médica

Medicare cubre los servicios de terapia de nutrición médica (MNT, en inglés), si tiene diabetes o insuficiencia renal, o recibió un trasplante de riñón en los últimos 36 meses y un médico los ordena. Los servicios de MNT son proporcionados sólo por dietistas registrados o profesionales de nutrición que cumplen con ciertos requisitos. Si tiene diabetes, puede ser elegible para el entrenamiento de autocontrol de la diabetes (página 41). Usted no paga por estos si califica.



Servicio preventivo

Programa para la prevención de diabetes

Si tiene prediabetes y cumple con otros requisitos de elegibilidad, Medicare cubre un programa de cambio de hábitos de salud para ayudarle a prevenir la diabetes tipo 2. El programa comienza con 16 sesiones básicas ofrecidas por entrenadores en un entorno grupal durante un período de seis meses. Una vez que complete las sesiones principales, recibirá seis meses de sesiones mensuales de seguimiento para ayudarle a mantener hábitos saludables. Las sesiones se pueden impartir virtualmente. No hay límite en el número de veces que puede inscribirse en el Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare.

¡Nuevo!

Puede obtener los servicios de un proveedor aprobado por el Programa de Prevención de Diabetes de Medicare. Puede participar en persona o de forma virtual, con sesiones en vivo o a su propio ritmo. No hay límite en la cantidad de veces que puede inscribirse en este programa. Estos proveedores pueden ser proveedores de la salud tradicionales u organizaciones como centros comunitarios u organizaciones religiosas. Para encontrar un proveedor, u obtener más información sobre el programa visite es.Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program.

Si tiene un **plan Medicare Advantage**, comuníquese con su plan para averiguar dónde obtener estos servicios.

Servicios para la salud mental (ambulatorios)

Medicare cubre estos servicios para que usted pueda obtener ayuda con problemas psicológicos como la depresión, trastorno por consumo de sustancias y ansiedad. Estas visitas a menudo se denominan como consultas o psicoterapias, y pueden realizarse individualmente, en grupo o en entornos familiares, y en situaciones de crisis. La cobertura incluye los servicios generales que le brindan de manera ambulatoria (como en el consultorio médico, la oficina de otro proveedor de la salud, el departamento ambulatorio del hospital o centro comunitario de salud mental); se incluyen las consultas con el psiquiatra, enfermero clínico, trabajador social clínico, psicólogo clínico o asistente médico.

El cuidado de la salud mental cubierta por Medicare incluye:

- **Servicios de hospitalización parcial** brindados por un Centro de Salud Mental Comunitario o por un hospital a pacientes ambulatorios. Este programa diurno estructurado ofrece servicios psiquiátricos ambulatorios en lugar de una hospitalización. Usted podría beneficiarse de una hospitalización parcial si su plan médico requiere al menos 20 horas de servicios terapéuticos a la semana.

- **Servicios de programas ambulatorios intensivos** que incluyen atención psiquiátrica intensiva, asesoramiento y terapia. Estos servicios pueden brindarse en hospitales, Centros Comunitarios de Salud Mental, Centros de Salud Calificados a Nivel Federal, Clínicas de Salud Rurales y Programas de Tratamiento de Opioides (cuando los servicios son para tratar el trastorno por consumo de opioides). Usted puede beneficiarse de los servicios de un programa ambulatorio intensivo si su plan de tratamiento indica que requiere al menos 9 horas de servicios terapéuticos por semana.

La hospitalización parcial y los servicios ambulatorios intensivos son más intensivos que la atención que recibiría en el consultorio de un médico o terapeuta. Visite es.Medicare.gov/coverage/mental-health-substance-use-disorder para más información.

Por lo general, usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B por los servicios de salud mental. También deberá pagar un **coseguro** por cada día de servicio que reciba en un centro ambulatorio de un hospital o en un centro comunitario de salud mental.

La Parte A cubre los servicios de salud mental para pacientes internados (cuidado psiquiátrico). Revise la página 29 para información sobre los costos.



Servicio preventivo

Terapia conductual para la obesidad

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 mediante nutrición y ejercicios adecuados. Estos servicios están cubiertos si se los brinda su **médico de cabecera** u otro **médico de atención primaria** (en el consultorio) donde puedan coordinarse con su cuidado y un plan personalizado. Usted no paga si su médico o profesional de la salud acepta la **asignación**.

Terapia ocupacional

Medicare cubre el tratamiento **médicamente necesario** para ayudarle a realizar las actividades diarias (como vestirse o bañarse), mantener las capacidades actuales o disminuir lentamente cuando su médico u otro proveedor de la salud certifica que lo necesita. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Servicios de tratamiento de Trastornos por Uso de Opioides

Medicare cubre los servicios de tratamiento del Trastorno por Uso de Opioides en los Programas de Tratamiento con Opioides (incluidas las unidades móviles del programa de tratamiento de opioides). Los servicios incluyen medicamentos (como la metadona, buprenorfina, naltrexona, hidrocloruro de nalmefeno y naloxona), asesoramiento, pruebas de drogas, terapia individual y grupal, actividades de admisión y evaluaciones periódicas. Los servicios de asesoramiento periódicos y terapia también están cubiertos en persona y, en ciertas circunstancias, virtualmente (utilizando tecnología de audio y video, como su teléfono o computadora).

Medicare le paga a los médicos y otros proveedores por el tratamiento general de trastornos por consumo de opioides, incluyendo administración, coordinación del cuidado, psicoterapia y asesoramiento, cuando el tratamiento ocurre en el consultorio médico.

Bajo el **Medicare Original**, no paga por estos servicios si los obtiene de un proveedor de tratamiento de opioides que esté inscrito en Medicare y cumple con otros requisitos. Sin embargo, aún aplica el **deducible** de la Parte B. Hable con su médico u otro proveedor de la salud para más información sobre estos servicios. También puede visitar es.Medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services para encontrar un programa cerca de usted.

Medicare Advantage también deben cubrir el servicio de tratamiento con opioides, pero pueden requerir que participe en un programa de tratamiento de opioides dentro de la red. Dado que los planes MA pueden aplicar **copagos** o un **coseguro** a los servicios de tratamiento con opioides, consulte con su plan para verificar si tiene que pagar.

Servicios ambulatorios del hospital

Medicare cubre muchos servicios de diagnóstico y tratamientos que recibe como paciente ambulatorio en un hospital participante de Medicare. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios del médico u otro proveedor de la salud. Puede que pague más por los servicios médicos en el departamento ambulatorio del hospital de lo que pagaría en el consultorio del médico. Además de lo que le debe pagar al médico, tendrá que pagarle al hospital un copago por cada servicio, excepto por ciertos **servicios preventivos** que son gratuitos. En la mayoría de los casos, el copago no puede exceder la cantidad del deducible de la Parte A que paga por la internación en el hospital. También tiene que pagar el deducible de la Parte B, excepto por ciertos servicios preventivos. Si recibe servicios ambulatorios en un **hospital de acceso crítico**, su copago puede ser más y puede exceder el deducible de la Parte A para una estadía de hospital.



Costos y cobertura: Para los costos estimados de los procedimientos ambulatorios realizados en los departamentos ambulatorios de un hospital, visite:



es.Medicare.gov/procedure-price-lookup

Servicios ambulatorios médicos, quirúrgicos e insumos

Medicare cubre los procedimientos aprobados como radiografías, suturas, escayolas, yesos o cirugías ambulatorias. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos. Le cobran un copago por cada servicio ambulatorio que recibe en el hospital, pero dicha cantidad no puede exceder la cantidad del deducible que paga por la Parte A para los servicios de internación. También paga el deducible de la Parte B y la cantidad total de los servicios que Medicare no cubre.

Terapia física

Medicare cubre la evaluación y tratamiento de lesiones y enfermedades **médicamente necesarios** para, mejorar o mantener las capacidades actuales o disminuir decaimiento, cuando su médico u otro proveedor (incluido un enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico certifica que lo necesita). Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.



Servicio preventivo

Vacuna neumocócica

Medicare cubre dos inyecciones para prevenir la infección por neumococos (como ciertos tipos de pulmonía). Hable con su médico u otro proveedor de la salud sobre esta vacuna. Usted no paga si su médico u otro proveedor que se la aplica acepta la [asignación](#).



Servicio preventivo

Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención de VIH

Si no tiene VIH, pero su médico determina que tiene un mayor riesgo de contraerlo, Medicare cubrirá la PrEP para servicio preventivo del VIH. Esto incluye medicamentos de la PrEP, servicios de consejería, hasta 8 pruebas de detección del VIH al año y una prueba única de detección de hepatitis B (es posible que pueda hacerse más pruebas de detección si tiene un alto riesgo de contraer hepatitis B o si está embarazada).

Si obtiene la PrEP en una farmacia inscrita en la Parte B, no tendrá que pagar nada de su bolsillo por sus medicamentos. Y si su médico u otro proveedor acepta la asignación, tampoco tendrá que pagar nada de su bolsillo por los medicamentos inyectables de PrEP, las pruebas de detección del VIH y hepatitis B ni por las sesiones de asesoramiento, ya que son servicios preventivos. Visite es.Medicare.gov/coverage/pre-exposure-prophylaxis-prep-for-hiv-prevention para más información sobre PrEP y servicios relacionados.

Nota: Si tiene VIH y toma medicamentos para el tratamiento (en lugar de la prevención), su tratamiento está cubierto por la Parte D de Medicare.

Servicios de Administración del Cuidado

Medicare cubre servicios específicos de enfermedades para ayudarle a controlar una afección crónica y compleja que lo pone en riesgo de hospitalización, deterioro físico o cognitivo o muerte. Si tiene una afección crónica de alto riesgo que espera que dure al menos de 3 meses (como cáncer y no recibe tratamiento por ninguna otra afección compleja), Medicare puede pagar la ayuda de un proveedor de la salud para controlarla. Su proveedor creará un plan de atención específico para la enfermedad y lo controlará y ajustará continuamente, incluidos los medicamentos que toma. Se aplican el [deducible](#) y el [coseguro](#) de la Parte B.

Nota: Medicare también podría cubrir servicios de orientación para enfermedades graves para su condición crónica de alto riesgo. Estos servicios pueden ayudarle a comprender su(s) condición(es) médica(s) o diagnóstico(s) y a navegar por el sistema médico para encontrar el cuidado y proveedores que necesita. Visite es.Medicare.gov/coverage para más información.



Servicio preventivo

Examen de la próstata

Medicare cubre exámenes rectales digitales y análisis de sangre de antígeno prostático específico (PSA) una vez cada 12 meses si tiene más de 50 años (a partir del día en que cumple los 50). El PSA es gratis. Usted tiene que pagar el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) por el examen dígito rectal y el deducible de la Parte B. Si se lo hacen en el departamento ambulatorio del hospital, le cobrarán un [copago](#).

Prótesis y aparatos ortopédicos

Medicare cubre las prótesis necesarias para reemplazar un órgano o la función de un órgano (incluyendo ojos, piernas y brazos artificiales; suministros para ostomía; nutrición enteral y parenteral; y algunos tipos de prótesis mamarias después de una mastectomía), así como los aparatos ortopédicos (tales como aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello).

Para que Medicare pague por ellos, usted debe usar un proveedor inscrito en Medicare. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Rehabilitación pulmonar

Medicare cubre un programa integral de rehabilitación pulmonar si tiene:

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD) moderada a grave y el médico que lo trata ordena el servicio.
- Tuvo COVID-19 confirmado o sospechado y experimentó síntomas persistentes que incluyen disfunción respiratoria durante al menos 4 semanas.

Usted paga el 20 % de la cantidad aprobada por Medicare si recibe el servicio en el consultorio de un médico. Tendrá que pagar el deducible de la Parte B y pagarle al hospital un **copago** por cada sesión si recibe el servicio como paciente ambulatorio del hospital.

Servicios médicos rurales

Los Centros de Salud Rural ofrecen cuidado primario ambulatorio y **servicios preventivos** a personas en áreas rurales con escasez de proveedores de salud. Por lo general, usted paga el 20% de los cargos. Se aplica el deducible de la Parte B. Usted no paga por los servicios preventivos.

Programa de Transformación de la Salud Rural

¡Nuevo!

Medicare está invirtiendo en sistemas de salud rural más sólidos a nivel nacional a través del Programa de Transformación de la Salud Rural. El objetivo es ayudar a los estados a ampliar las opciones confiables para usted, mejorar instalaciones, modernizar la tecnología de la salud y más. Para más información sobre las iniciativas de salud rural en su zona, comuníquese con el departamento de salud de su estado. También puede obtener más información sobre el programa en [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Segunda opinión sobre una cirugía

Medicare cubre una segunda opinión de cirugía en ciertos casos y siempre que no sea una cirugía de emergencia. En algunos casos puede cubrir hasta una tercera opinión. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.



Servicio preventivo

Evaluación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual

Medicare cubre las evaluaciones para Infecciones de Transmisión Sexual (STI, en inglés) como la clamidia, gonorrea, sífilis y/o hepatitis B. Estas evaluaciones están cubiertas para las personas que están embarazadas y/o a ciertas personas de alto riesgo cuando las mismas sean ordenadas por un proveedor de cuidado primario. Medicare cubre estas evaluaciones cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.

También cubre hasta 2 sesiones individuales de 20 a 30 minutos para la modificación de la conducta para los adultos sexualmente activos a riesgo de padecer de STI. Medicare sólo pagará por estas sesiones si son brindadas por su **médico de cabecera** o profesional de la salud en el consultorio o en una clínica de atención primaria. La consejería brindada a los pacientes internados por ejemplo en un **centro de enfermería especializada**, no será cubierta como un **servicio preventivo**.

Usted no paga por los servicios si su proveedor acepta la **asignación**.

Servicios de patología del lenguaje/habla

Medicare cubre los servicios **médicamente necesarios** para recuperar y fortalecer las destrezas del habla y del lenguaje, incluidas las destrezas cognitivas y la habilidad para tragar, mejorar o mantener las capacidades actuales o disminuir lentamente cuando sean ordenados por su médico o si otro proveedor de la salud certifica que usted los necesita. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Vendajes quirúrgicos

Medicare cubre estos servicios médicamente necesarios para una herida quirúrgica o una lesión tratada con cirugía. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico u otro proveedor de la salud. También pagará un **copago** fijo si recibe estos servicios como paciente ambulatorio del hospital. Usted no tiene que pagar por los insumos, pero debe pagar el deducible de la Parte B.

Telemedicina (Telesalud)

Medicare cubre ciertos servicios de telesalud que usted recibe (mientras se encuentra en los EE. UU.) de un médico u otro proveedor que se encuentra en otro lugar (dentro de los EE. UU.), utilizando tecnología para comunicarse con usted en tiempo real. Los servicios de telesalud son diferentes de las visitas electrónicas (página 44) y las consultas virtuales (página 56).

Hasta el 31 de diciembre de 2027, usted puede recibir servicios de telesalud en cualquier lugar de los EE. UU., incluido su propio hogar. Algunos ejemplos de servicios de telesalud incluyen capacitación para cuidadores, exámenes de detección de depresión, terapia del habla y más.

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su médico u otro proveedor de la salud. Se aplica el deducible de la Parte B. Para la mayoría de estos servicios, usted pagará la misma cantidad que pagaría si recibiera los servicios en persona.



Compare: **Medicare Advantage** y algunos proveedores en el **Medicare Original**, al igual que aquellos que forman parte de ciertas **Organizaciones Responsables del Cuidado de Salud (ACOs)**, pueden ofrecer más beneficios de telesalud que la cobertura básica del Medicare Original. Por ejemplo, es posible que pueda obtener algunos servicios desde su hogar, sin importar dónde viva. Si su proveedor participa en una ACO, consulte con ellos para saber qué beneficios de telesalud pueden estar disponibles. Revise las páginas 25–26.

Exámenes (no de laboratorio)

Medicare cubre los rayos-X, Imagen de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans), Electrocardiograma (EKG) y otras pruebas de diagnóstico. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Si le hacen estos exámenes como paciente ambulatorio en un hospital, usted paga el **copago** que puede ser más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare, pero no más de la cantidad del deducible de la Parte A para los servicios de internación. Revise “Pruebas de laboratorio” en la página 47 para más información.

Nota: Medicare solo cubrirá ciertas pruebas diagnósticas no de laboratorio (como CT, MRI, medicina nuclear o PET scans) si las realiza un proveedor acreditado. Si Medicare rechaza el pago por falta de acreditación del proveedor, este no podrá cobrarle a usted.

Servicios de administración para el cuidado de transición

Medicare puede cubrir este servicio si regresa a su comunidad después de una estadía en determinadas instituciones, como un hospital o **centro de enfermería especializada**. El proveedor que administra su regreso a la comunidad trabajará con usted y su cuidador para coordinar y administrar su cuidado durante los primeros 30 días después de regresar al hogar. Tendrá que pagar el deducible y **coseguro** de la Parte B. Visite [es.Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage) para más información.

Trasplantes y medicamentos inmunosupresores

Medicare cubre los trasplantes del corazón, pulmón, riñón, páncreas, hígado e intestino en ciertas circunstancias y sólo en un centro certificado por Medicare. Los trasplantes de córnea y médula ósea sólo están cubiertos por Medicare si se cumplen ciertas condiciones.

Los medicamentos inmunosupresores están cubiertos si el trasplante fue pagado por Medicare. Usted debe tener la Parte A cuando ocurre el trasplante y la Parte B cuando recibe los medicamentos inmunosupresores (o calificar para el beneficio de medicamentos inmunosupresores que se describe a continuación). Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Tenga en cuenta que la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.

Si piensa inscribirse en un **plan Medicare Advantage** y está en lista de espera para recibir un trasplante o necesita un trasplante, hable con el plan antes de inscribirse para asegurarse de que sus médicos y el hospital estén en la red del plan. Solicite información sobre los medicamentos cubiertos y sus costos. Revise la autorización previa en las normas de cobertura del plan para sus donantes vivos.

La cirugía de trasplante puede estar cubierta como una estadía en el hospital bajo la Parte A. Revise las páginas 29–30.

Medicare paga el costo total del cuidado de su donante de riñón. Usted y su donante no pagan un deducible, coseguro ni ningún otro costo por la estadía en el hospital.

Beneficio de los medicamentos inmunosupresores

Si sólo tiene Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final, su cobertura de Medicare (incluida la cobertura de medicamentos inmunosupresores), termina 36 meses después de un trasplante de riñón exitoso. Medicare ofrece un beneficio que ayuda con los costos **si no tiene otra cobertura** (como un plan de salud grupal, TRICARE o [Medicaid](#) que cubre medicamentos inmunosupresores). **Este beneficio sólo cubre sus medicamentos inmunosupresores y ningún otro artículo o servicio. No sustituye la cobertura de salud completa. Usted puede inscribirse para este beneficio en cualquier que termine su cobertura de la Parte A de Medicare, siempre y cuando tenga Medicare debido a ESRD al momento de su trasplante de riñón.** Para inscribirse, llame al Seguro Social al 1-877-465-0355 (TTY: 1-800-325-0788).

Usted pagará una [prima](#) mensual de \$121.60 (o más alta según sus ingresos) y un [deducible](#) de \$283 para este beneficio en 2026. Una vez que alcance el deducible, pagará el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#). Si tiene ingresos y recursos limitados, es posible que pueda obtener ayuda de su estado para pagar este beneficio. Consulte la página 94 o visite [es.Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease) para más información.

Viajes

Por lo general Medicare no cubre los servicios médicos cuando usted está de viaje fuera de los Estados Unidos (Estados Unidos incluye los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Islas Vírgenes, Guam, Islas Marianas del Norte y Samoa Americana). Hay algunas excepciones. Visite [es.Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s](https://www.medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s) para más información.

Medicare puede cubrir el transporte en ambulancia si fuese [necesario por razones médicas](#) a un hospital extranjero solamente si lo admiten al hospital para que reciba atención médica. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Nota: Algunos planes Medicare Advantage pueden ofrecer un beneficio adicional que cubra servicios de emergencia y de urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos.

Visite [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para ver las primas más recientes.

Atención (cuidado) urgente

Medicare cubre los servicios para tratar una enfermedad repentina o una herida que no sea una emergencia médica y/o potencialmente mortal. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el servicio del proveedor de la salud y el deducible de la Parte B. Si recibe la atención como paciente ambulatorio del hospital, le cobrarán un [copago](#).



Servicio preventivo

Vacunas

La Parte B cubre:

- Vacuna contra la gripe. (página 44)
- Vacuna contra la Hepatitis B. (página 45)
- Vacuna neumocócica. (página 51)

Medicare sigue cubriendo la vacuna contra el COVID-19. Visite [es.Medicare.gov/coverage/covid-19-vaccine](https://www.medicare.gov/coverage/covid-19-vaccine) para más información. La Parte B también cubre ciertas vacunas no preventivas (como la del tétanos) cuando están directamente relacionadas con el tratamiento de una lesión o enfermedad.

¡Importante! La cobertura de medicamentos (Parte D) cubre todas las demás vacunas para adultos (recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización) para protegerlo de enfermedades (como culebrilla, tétanos, difteria, tos ferina y virus respiratorio sincitial), sin costo alguno para usted. Si la vacuna aún no está en la lista de medicamentos de su plan, puede solicitar una excepción de cobertura o recibir un reembolso. Comuníquese con su plan para obtener más detalles y hable con su médico u otro proveedor sobre qué vacunas son adecuadas para usted. Para más información sobre las vacunas cubiertas, visite [es.Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage).

Consultas virtuales

Medicare cubre las consultas virtuales con su médico o con otros proveedores. (Las consultas virtuales son diferentes a las visitas electrónicas porque suelen durar 10 minutos o menos y se realizan en tiempo real).

Las consultas virtuales le permiten comunicarse brevemente con sus proveedores mediante tecnología de comunicación por audio o video, como su teléfono o computadora, sin tener que ir al consultorio. Su médico también puede hacer evaluaciones remotas utilizando fotos o videos que usted envíe para su revisión y así determinar si necesita ir al consultorio. Su médico u otro proveedor puede responderle por teléfono, entrega virtual, mensaje de texto seguro, correo electrónico o portal del paciente.

Usted puede usar estos servicios si cumple con estas condiciones:

- Habló con su médico u otro proveedor para comenzar este tipo de visitas.
- Debe dar su consentimiento verbal para la consulta virtual y su consentimiento debe estar documentado en su expediente médico. Su médico puede obtener un consentimiento para un año de estos servicios.



Compare: Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B por los servicios de su médico u otro proveedor autorizado. Los planes Medicare Advantage pueden ofrecer más servicios de consultas virtuales que el **Medicare Original**. Consulte con su plan para averiguar qué ofrecen.



Servicio preventivo

Visita médica preventiva “Bienvenido a Medicare”

Durante los 12 primeros meses en los que tenga la Parte B, usted puede acudir a la visita médica preventiva conocida como “Bienvenido a Medicare”. **Esta visita de “Bienvenido a Medicare” no es un examen físico.** Esta visita incluye una revisión de su historial médico y social relacionada con su salud, educación para mantenerse sano y consejería sobre los [servicios preventivos](#), incluyendo evaluaciones, vacunas para la gripe y neumococo y [referidos](#) para otros cuidados si es necesario.

Cuando haga la cita, díglele que desea programar el examen “Bienvenido a Medicare”. Usted no paga por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” si su médico o proveedor de la salud acepta la [asignación](#).

Si tiene una receta actual para opioides, su proveedor revisará los riesgos de un trastorno debido al consumo de opioides, evaluará la gravedad de su dolor y plan de tratamiento actual, ofrecerá información sobre las opciones de tratamiento sin opioides y lo referirá a un especialista, de ser apropiado. Su proveedor también revisará los riesgos de un trastorno por el uso de sustancias, depresión, y consumo de alcohol y tabaco, y lo referirá para tratamiento, si es necesario.

¡Importante! Si su proveedor le hace exámenes o servicios adicionales durante la misma visita y los mismos no son considerados servicios preventivos, tendrá que pagar un [coseguro](#) y el [deducible](#) de la Parte B. Si Medicare no paga por los exámenes o servicios adicionales (por ejemplo, un examen físico de rutina), tendrá que pagar la cantidad total.



Servicio preventivo

Examen anual de “Bienestar”

Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede hacerse el examen anual de “Bienestar” para crear o actualizar el plan personalizado para prevenir enfermedades basándose en su estado de salud y factores de riesgo. Medicare cubre esta visita una vez cada 12 meses. **Esta visita no es un examen físico.**

Su médico o profesional de la salud le pedirá que llene un cuestionario breve conocido como “Evaluación de Riesgo para la Salud” durante la visita. Su visita también puede incluir mediciones de rutina, consejos de salud, una revisión de su historial médico y familiar, sus recetas actuales, planificación de cuidado anticipado y más. Visite es.Medicare.gov/coverage/yearly-wellness-visits para más información.

Su médico también le hará una evaluación cognitiva para buscar signos de la enfermedad de Alzheimer o demencia. Los signos de deterioro cognitivo incluyen problemas para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse, administrar las finanzas y tomar decisiones sobre su vida cotidiana. Si su proveedor cree que puede tener un deterioro cognitivo, Medicare cubre una visita separada para hacer una revisión más exhaustiva de su función cognitiva y detectar afecciones como demencia, depresión, ansiedad o delirio (página 35).

Su médico o profesional de la salud evaluará los riesgos de un trastorno por uso de sustancias y lo referirá para recibir tratamiento, si es necesario. Si usa medicamentos opioides, su proveedor revisará su plan de tratamiento para el dolor, compartirá información sobre opciones de tratamiento no opioides y lo referirá a un especialista, según corresponda.

Nota: Usted no puede hacerse el primer examen anual de “Bienestar” durante los 12 primeros meses que tenga la Parte B o que se haya hecho el examen “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, usted no tiene que haber acudido a la visita médica preventiva “Bienvenido a Medicare” antes de hacerse el examen anual de “Bienestar”.

Usted no paga por el examen anual de “Bienestar” si su médico o proveedor de la salud acepta la **asignación**.

¡Importante! Si el médico o proveedor le hace otro examen o le brinda otro servicio durante su visita de “Bienestar” y los mismos no son considerados como servicios preventivos, tendrá que pagar un **coseguro** y el **deducible** de la Parte B. Si los exámenes o servicios adicionales no están cubiertos por Medicare (como un examen físico de rutina), tendrá que pagar la cantidad total.

Lo que NO cubren las Partes A y B

Medicare no cubre todos los servicios. Si usted necesita un servicio que la Parte A o B no cubren, tendrá que pagarlo de su bolsillo a menos que:

- Tenga otro seguro (incluyendo **Medicaid**) que cubra estos gastos.
- Tiene un **plan Medicare Advantage** o Plan de Costos de Medicare que cubre dichos servicios. Los planes Medicare Advantage y Planes de Costos de Medicare pueden cubrir algunos beneficios adicionales, como programas de visión, audición, cuidado dental y acondicionamiento físico.

Algunos de los artículos y servicios que el **Medicare Original** no cubre son:

- ✗ Exámenes de la vista (para anteojos recetados y lentes de contacto corregidos).
- ✗ Cirugía estética
- ✗ Terapia de Masajes
- ✗ Audífonos y los exámenes para colocarlos
- ✗ Cuidado a largo plazo
- ✗ Exámenes físicos de rutina
- ✗ Cuidado de guarda (también llamada medicina a la carta, medicina basada en anticipos, medicina prepagada, medicina boutique, práctica de platino, atención directa o cuidado directo)
- ✗ Artículos o servicios cubiertos que obtiene de un médico u otro proveedor de exclusión voluntaria excepto en el caso de una emergencia o necesidad urgente (página 60).

- ✕ La mayoría del cuidado dental: En la mayoría de los casos, **Medicare Original** no cubre servicios dentales como limpiezas de rutina, empastes, extracciones dentales o artículos como dentaduras postizas. Sin embargo, en algunos casos, Medicare Original puede pagar algunos servicios dentales relacionados con procedimientos médicos específicos como:
- Una reparación o reemplazo de una válvula cardíaca.
 - Un trasplante de órgano.
 - Tratamientos relacionados con el cáncer.
 - Servicios de diálisis para tratar la Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD).

El pago del cuidado a largo plazo no médico

Medicare y la mayoría de los seguros, entre ellos las pólizas Medigap, no cubren este tipo de ayuda. El cuidado (a veces llamado “servicios y patrocinio a largo plazo”) incluye la atención médica y no médica para personas con una enfermedad crónica o incapacidad (página 46 para cuidado de la salud en el hogar). Los servicios incluyen la ayuda del personal para las tareas cotidianas como vestirse, bañarse o usar el baño. También incluye comidas a domicilio, cuidado diurno para adultos y otros servicios. Usted puede ser elegible para este servicio a través de **Medicaid** (si cumple con los requisitos de elegibilidad en su estado), o puede optar por comprar un seguro privado de cuidado a largo plazo.

El cuidado a largo plazo puede brindarse en su casa, comunidad, residencia de vida asistida o asilo de ancianos. **Es importante que empiece a planificar su cuidado a largo plazo ahora, para mantener su independencia y obtener los servicios que necesita en el lugar que desea.**

Recursos para el cuidado a largo plazo

Use los siguientes recursos para más información:

- Visite [ACL.gov/ltc](https://acl.gov/ltc) para la planificación del cuidado a largo plazo.
- Llame el Localizador de Cuidado para Ancianos al 1-800-677-1116 o visite eldercare.acl.gov para encontrar ayuda en su comunidad.
- Llame a su Intermediario de Cuidado a Largo Plazo o visite ltcombudsman.org para ayuda con los servicios y sus derechos.
- Llame a su oficina de Medicaid o visite [Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip](https://www.medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip) y pregunte sobre la cobertura de cuidado a largo plazo.
- Llame al Departamento de Seguros de su estado para obtener información sobre el seguro de cuidado a largo plazo. Visite content.naic.org/state-insurance-departments para obtener el número de teléfono de su Departamento de Seguros Estatal.
- Obtenga una copia de “Una Guía para los Compradores de Seguros de Cuidado a Largo Plazo” de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros en content.naic.org/sites/default/files/publication-ltc-lp-shoppers-guide-long-term.pdf.

Notas

[illegible]

Sección 3:

Medicare Original

¿Cómo funciona el Medicare Original?

Medicare Original es una de las opciones de cobertura de Medicare. A menos que escoja un **plan Medicare Advantage** u otro **tipo de plan de salud de Medicare**, usted estará cubierto por el Medicare Original. Medicare Original incluye dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).

Por lo general, usted paga una parte de cada servicio. No hay límite para lo que pagará de su bolsillo en un año a menos que tenga otro seguro (como **Medigap**, **Medicaid**, o cobertura de empleador, retirado o sindicato) o inscribise en un plan Medicare Advantage en lugar de Medicare Original.

Medicare Original

¿Puedo atenderme con cualquier médico, proveedor u hospital?	En la mayoría de los casos sí. Usted puede escoger cualquier médico, hospital, proveedor o clínica que participe en Medicare y que acepte nuevos pacientes con Medicare. Visite es.Medicare.gov/care-compare para encontrar y comparar proveedores, hospitales y clínicas en su área.
¿Cubre las recetas médicas?	Con unas pocas excepciones (páginas 28–29, 42–43 y 55), la mayoría de los medicamentos no están cubiertos. Usted puede agregar esta cobertura inscribiéndose en un plan Medicare de medicamentos recetados (Parte D) (páginas 83–94).
¿Debo escoger un médico de cabecera?	No.
¿Necesito un referido para consultar un especialista?	En la mayoría de los casos, no.
¿Necesito una póliza suplementaria?	Puede que ya tenga cobertura de Medicaid, seguro de jubilado o de un empleador o sindicato que pague por lo que el Medicare Original no cubre. Si no es su caso, tal vez le convenga comprar una póliza Medigap (páginas 79–82). También puede consultar con su oficina estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para ver si es elegible para Medicaid.



¿Deficiones? Consulte las páginas 119–122.

¿Qué más debo saber acerca del Medicare Original?

- Usted generalmente paga una cantidad fija por sus servicios de salud (**deducible**) antes de que Medicare pague su parte (la Parte A y B tienen deducibles separados). Luego, Medicare paga la parte que le corresponde y usted paga la suya (el **coseguro/copago**) por los servicios y suministros cubiertos. **No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo** a menos que tenga otro seguro (como **Medigap**, **Medicaid** o cobertura de jubilado, empleador o sindicato).
- Generalmente paga la **prima** mensual de la Parte B, que puede cambiar cada año.
- Por lo general, usted no envía sus reclamaciones a Medicare. Los proveedores tienen que presentar las reclamaciones a Medicare por los servicios y suministros que usted recibe.

¿Cuánto me corresponde pagar?

Los gastos directos de su bolsillo en el **Medicare Original** dependerán de:

- La mayoría de los beneficiarios tienen las Partes A y/o B.
- Si su médico o proveedor acepta la “**asignación**” (páginas 63–64).
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si recibe servicios o suministros que Medicare no cubre, en cuyo caso deberá ser usted quien pague por esos servicios a menos que tenga otro seguro.
- Si su otro seguro funciona con Medicare (página 21).
- Si tiene todos los beneficios de Medicaid o recibe ayuda estatal para pagar por los costos de Medicare a través de un Programa de Ahorros de Medicare (páginas 95–96).
- Si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare).
- Si usted y su médico u otro proveedor de la salud firman un contrato privado (página 64).

¿Cómo puedo saber cuánto paga Medicare?

Si está inscrito en el Medicare Original, recibirá por correo un “Resumen de Medicare” (MSN, en inglés) cada 3 meses, enumera los servicios facturados a Medicare. También puede inscribirse para recibir su Aviso mensualmente de forma electrónica. El MSN no es una factura. Revise su MSN para asegurarse de haber recibido todos los servicios, suministros o equipos mencionados. Si no está de acuerdo con la decisión de Medicare de no pagar (cubrir) un servicio, el MSN le informará cómo apelar. Consulte la página 103 para más información sobre cómo presentar una apelación.

Recibirá este aviso por correo cada 4 meses, a menos que se registre para recibirlo electrónicamente.

Si necesita cambiar la dirección en su MSN, visite [SSA.gov/personal-record/update-contact-information](https://ssa.gov/personal-record/update-contact-information). Si recibe los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), llámelos al 1-877-772-5772 (TTY: 1-312-751-4701).

Su MSN le informará si está inscrito en el Programa para Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB, en inglés). Si está en el programa QMB, los proveedores de Medicare no pueden cobrarle por los **deducibles**, **coseguro** o **copagos** de la Parte A y/o Parte B de Medicare. En algunos casos, se le puede cobrar un pequeño copago a través de **Medicaid**, si aplica. Para más información sobre QMB y los pasos a seguir si se le factura por estos costos, consulte la página 91.

¡Importante! Obtenga su “Resumen de Medicare” electrónicamente. Visite es.Medicare.gov para ingresar o crear una cuenta. Si se inscribe en el eMSN, le enviaremos un correo electrónico mensualmente informándole que su eMSN está disponible en su cuenta electrónica de Medicare.

Usted tiene opciones para obtener la información de Medicare:

- Consultar su MSN para obtener información sobre reclamaciones.
- A través de su cuenta en es.Medicare.gov y comparta esta información con médicos, farmacias y otros visitando “Verificar reclamaciones”.
- A través de las aplicaciones conectadas de Medicare. Las aplicaciones conectadas son aplicaciones o sitios web aprobados por Medicare creados por un tercero (no Medicare). Cuando se conecta a una aplicación e inicia sesión con la información de su cuenta de es.Medicare.gov, puede utilizar los servicios de la aplicación sin ingresar su información de salud. Estos terceros sólo pueden tener acceso a sus datos de Medicare si usted decide compartirlos con ellos. Es su elección si acepta conectarse (o permanecer conectado) a una aplicación de terceros (página 78).

¿Qué es la asignación?

La **asignación** significa que su médico o proveedor acepta (o debe aceptar por ley) la **cantidad aprobada por Medicare** como pago total por los servicios brindados. La mayoría de los médicos, proveedores y suplidores aceptan la asignación, pero siempre verifique para asegurarse de que los suyos acepten la asignación.

Si su médico o proveedor acepta la asignación:

- Los gastos directos de su bolsillo pueden ser menores.
- Sólo le pueden cobrar el deducible y el coseguro y generalmente esperan hasta que Medicare pague su parte.
- Todos los médicos o proveedores tienen que enviar su factura directamente a Medicare y no pueden cobrarle por hacerlo.

¿Y si mi proveedor no acepta la asignación?

Algunos proveedores no han acordado y no están obligados por ley a aceptar asignaciones para todos los servicios cubiertos por Medicare, pero aún pueden elegir aceptar **asignaciones** para servicios individuales. Proveedores que no aceptan la asignación de todos los servicios se consideran “no participantes”. Es posible que tenga que pagar más por sus servicios si no aceptan la asignación del cuidado que le brindan. Si su médico o proveedor no acepta la asignación:

- **Tal vez tenga que pagar por el servicio cuando lo reciba.** Su médico o proveedor deben enviar la reclamación a Medicare por cada servicio que le brinden. Si no presentan la reclamación después de que usted lo haya pedido, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).
- **Pueden cobrarle más de la cantidad aprobada por Medicare, pero no puede ser más de cierto límite conocido como “carga límite”.**

Para averiguar si alguien acepta la asignación o participa en Medicare:



es.Medicare.gov/care-compare

Para saber si un proveedor de equipos médicos acepta la asignación:



es.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers

También puede llamar al 1-800-MEDICARE para recibir ayuda gratuita sobre estos temas. Su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) también puede ayudarle. El teléfono para su SHIP aparece en las páginas 114–117 o visite shiphelp.org.



Compare: Si tiene **Medicare Original**, puede consultar a cualquier proveedor que acepte Medicare, en cualquier parte de los Estados Unidos. Si tiene un **plan Medicare Advantage**, en muchos casos, deberá utilizar los médicos y proveedores que se encuentran en la red del plan.

¿Qué sucede si tengo un proveedor que “opta por no participar” en Medicare?

Ciertos médicos y otros proveedores que no desean trabajar con el programa de Medicare pueden “optar por no participar” en Medicare. Medicare no pagará, excepto en caso de emergencia o necesidad urgente, por los artículos o servicios cubiertos que reciba de un médico u otro proveedor no participante. Si aún desea usar un proveedor de “exclusión voluntaria”, usted y su proveedor pueden establecer condiciones de pago que ambos acuerden mediante un contrato privado.

Un médico u otro proveedor que decida darse de baja lo hará por dos años, el cual se renovará automáticamente cada dos años a menos que el proveedor solicite no renovar su estado de exclusión. Usted puede recibir cuidado de estos proveedores, pero deben tener un contrato privado con usted (a menos que necesite cuidado de emergencia o de urgencia).

Si no está seguro de si un proveedor optó por no participar en Medicare, verifique de antemano si tendrá que pagar de su bolsillo por su cuidado.



Las páginas 10–12 ofrecen un resumen de sus opciones de Medicare.

Sección 4:

Los planes Medicare Advantage (MA) y otras opciones

¿Qué son los planes Medicare Advantage?

Un **plan Medicare Advantage** es otra forma de obtener cobertura de las Partes A y B de Medicare. Los planes Medicare Advantage son planes aprobados por Medicare, ofrecidos por compañías privadas, y deben cumplir con las normas establecidas por Medicare. Estos planes, también llamados “Parte C” o “Planes MA”, a veces pueden tener nombres que no incluyen las palabras “Medicare” o “Medicare Advantage”. La mayoría incluyen cobertura de medicamentos recetados (Parte D). Es posible que necesite usar a los proveedores que participan en la red del plan, a menos que el plan ofrezca cobertura fuera de la red, pero pueden costar más. Estos planes establecen un límite en lo que tendrá que pagar de su bolsillo cada año por los servicios cubiertos. En algunos casos, tendrá que obtener la aprobación de su plan antes de que cubra ciertos medicamentos o servicios. Por lo general, tendrá que obtener la aprobación (autorización previa) de su plan antes de que cubra ciertos medicamentos o servicios. En ciertos casos, necesitará un **referido** para ver a un especialista.

Recuerde, debe usar la tarjeta de su plan MA para obtener los servicios cubiertos por Medicare. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro, ya que la necesitará más adelante.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, seguirá teniendo Medicare, pero su plan MA le proveerá la mayor parte de su cobertura (Partes A y B).

Hay varios tipos de planes Medicare Advantage (MA)

- **Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO):** Página 70.
- **Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA):** Página 71.
- **Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO):** Página 72.
- **Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS):** Página 72.
- **Planes para Necesidades Especiales (SNP):** Página 73.

¡Importante! En es.Medicare.gov/plan-compare, puede verificar si sus médicos y proveedores participan en la red de los planes que está considerando. También puede consultar directamente con su proveedor para confirmarlo.



¿Deficiones? Consulte las páginas 119-122.

¿Qué cubren los planes Medicare Advantage?

Los **planes Medicare Advantage** brindan casi todos los beneficios **medicamente necesarios** y suministros que cubre el **Medicare Original**. Pero si está en un plan Medicare Advantage, Medicare Original aún lo ayudará a cubrir los costos de los cuidados paliativos y algunos costos de los estudios de investigación clínica y nuevos servicios según la leyes o decisiones políticas de Medicare. Si no está seguro de si un servicio está cubierto, consulte con su proveedor antes de recibir el servicio. Si no está de acuerdo con una determinación de cobertura, puede apelar (páginas 102-105).

Los planes pueden ofrecer algunos beneficios adicionales

Los planes Medicare Advantage pueden cubrir algunas cosas que Medicare Original no cubre. Estas pueden ser membresías o descuentos en gimnasios, servicios de la vista, audición y odontología, como chequeos o limpiezas. Algunos planes cubren traslados a las visitas al médico, medicamentos de venta libre que la Parte D no cubre y otros servicios médicos. Consulte con el plan antes de inscribirse para averiguar qué ofrece y si existen límites. Estos planes brindarán beneficios personalizados para condiciones específicas. Aunque puede consultar con un plan Medicare Advantage antes de inscribirse para ver si ofrecen estos beneficios adicionales, tendrá que esperar hasta que se inscriba en el plan para ver si califica.

Los Planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare, pero tienen flexibilidad para gestionar cómo se brinda el cuidado

Medicare paga a las compañías que ofrecen estos planes una cantidad fija cada mes. Los planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare. Sin embargo, cada plan MA puede tener gastos del bolsillo diferentes, así como normas diferentes sobre cómo obtener sus servicios (por ejemplo si necesita un **referido** para usar un especialista o si debe atenderse con médicos, proveedores y en hospitales de la red del plan para los servicios que no sean de emergencia o urgentes). Estas normas pueden cambiar cada año. El plan tiene que notificarle estos cambios antes de que comience el nuevo período de inscripción.

Los proveedores pueden asociarse o abandonar la red de proveedores de un plan en cualquier momento durante el año. Su plan también puede cambiar los proveedores de la red en cualquier momento durante el año. Si esto sucede, es posible que necesite elegir un nuevo proveedor. Normalmente no puede cambiar de plan durante el año si esto sucede.

¡Importante! Aunque la red de proveedores puede cambiar durante el año, el plan debe darle acceso a médicos y especialistas calificados. Su plan le avisará que su proveedor dejará su plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo. Recibirá este aviso si se trata de un proveedor primario o conductual y ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años. Si cualquiera de sus otros proveedores abandona su plan, recibirá este aviso en ciertas situaciones.

Si la red del plan cambia, su plan también debe:

- Ayudarle a elegir un nuevo proveedor para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Ayudarle a continuar con el cuidado necesario que ya está en curso.
- Avisarle sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y opciones que pueda tener para cambiar de plan.

Lea sus avisos detenidamente para estar al tanto de cualquier cambio y pueda revise sus avisos cuidadosamente por cualquier cambio. Si no está conforme con su cobertura, puede cambiar de plan durante un período de inscripción disponible, si califica (páginas 75-76).

Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o no puede satisfacer sus necesidades médicas, la mayoría de los planes le ayudarán a obtener cualquier cuidado **médicamente necesario** fuera de la red de proveedores (al costo compartido dentro de la red).



Compare: Por lo general, usted no necesita un **referido** para usar a un especialista **si tiene Medicare Original** y no necesita autorización previa para usar un beneficio cubierto (página 61).

¡Importante! Lea la información de su plan.

Si tiene un **plan MA**, revise la Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés) y el Aviso Anual de Cambio (ANOC, en inglés) que el plan le envía cada año.

- **ANOC:** Incluye cambios hechos a la cobertura, costos y más que comienzan en enero. Su plan le enviará una copia impresa o electrónica antes del 30 de septiembre.
- **EOC:** Brinda detalles sobre la cobertura del plan, lo que tiene que pagar y más para el próximo año. Su plan le enviará un aviso (o copia impresa) antes del 15 de octubre, que incluye información de cómo recibirlo electrónicamente o por correo.

Si no ha recibido estos documentos importantes, comuníquese con su plan.

Considere la versión electrónica de “Medicare y Usted” en es.Medicare.gov/go-digital. Recibirá información sobre costos y cobertura de su plan Medicare Advantage.

Más sobre los Planes Medicare Advantage (MA)

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, debe:

- Tener la Parte A y Parte B.
- Vivir en el **área de servicio** del plan.
- Ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, residente permanente legal, inmigrante cubano-haitiano o migrante bajo el Pacto de Libre Asociación.

Inscripción y cancelación

- Usted puede inscribirse en un plan MA aun si tiene un problema de salud preexistente.
- **Usted sólo puede inscribirse o cancelar un plan durante ciertos períodos del año** (páginas 74–76).
- Cada año los planes MA pueden abandonar el programa Medicare o hacer cambios de cobertura, costos, **área de servicio** y más. Si el plan deja de participar en el programa Medicare, tendrá que inscribirse en otro **plan Medicare Advantage** o regresar al **Medicare Original** (página 102).
- Los planes MA deben cumplir ciertas normas cuando le estén proporcionando información para inscribirse. Consulte las páginas 109–110 para más información sobre estas normas y cómo proteger su información personal.

¿Qué pasa si padezco de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)?

Si tiene ESRD, puede elegir entre Medicare Original o un plan Medicare Advantage. Antes de inscribirse, verifique que sus proveedores estén en la red del plan y revise la cobertura de medicamentos, los costos y requisitos de autorización previa. Si califica para Medicare solo por tener ESRD y recibe un trasplante de riñón, su cobertura de Medicare terminará 36 meses después del trasplante. Para más información, visite [es.Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease).

Cobertura de medicamentos (Parte D)

La mayoría de los planes Medicare Advantage incluyen la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D). En ciertos tipos de planes que no incluyen la cobertura de medicamentos (como los planes de Cuentas de Ahorros Médicos y algunos planes Privados de Pago por Servicio), puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte. Sin embargo, si se inscribe en un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud o de Organización de Proveedores Preferidos que no cubre medicamentos, no podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.

En este caso, deberá usar otra cobertura de medicamentos recetados (como cobertura de empleador o sindicato) o quedarse sin cobertura de medicamentos. Si decide no obtener la cobertura de medicamentos de Medicare cuando es elegible por primera vez, y su otra **cobertura no es válida**, pagará una multa por inscripción tardía agregada a su **prima** mensual (páginas 86–89) si se inscribe en un plan de la Parte D más adelante.

Si tiene otra cobertura

Hable con su administrador de beneficios, empleador o sindicato sobre las normas que se aplican antes de inscribirse en un plan Medicare Advantage. **En algunos casos, si tiene la cobertura de un empleador o sindicato y se inscribe en un plan MA puede que pierda dicha cobertura.** Recuerde que si esto ocurre, su cónyuge y dependientes pueden perder la cobertura. En otros casos, si se inscribe en un plan MA y tiene cobertura de un empleador o sindicato, puede seguir usando esta cobertura junto con la de su plan. Su empleador o sindicato también puede patrocinar un plan MA para jubilados. Usted solo puede estar inscrito en un plan Medicare Advantage a la vez.

¿Qué sucede si tengo un seguro suplementario de Medicare (Medigap)?

¡Importante! Si tiene **Medigap** y se inscribe en un **plan Medicare Advantage**, necesita cancelar su póliza Medigap. **Tenga en cuenta que, si deja de tener Medigap para inscribirse en un plan Medicare Advantage, y decide regresar al Medicare Original, no podrá recuperar o pagar más por su póliza Medigap según las reglas de inscripción de Medigap de su estado y su situación.** Para más detalles sobre cómo cancelar su póliza Medigap, visite es.Medicare.gov/health-drug-plans/medigap/ready-to-buy/change-policies.

No puede comprar Medigap mientras esté en un plan Medicare Advantage a menos que regrese al **Medicare Original**. No puede usar Medigap para pagar los **copagos**, **deducibles** y **primas** de su plan Medicare Advantage.

¿Cuánto cuesta?

Los gastos directos de su bolsillo en un plan Medicare Advantage dependerán de:

- **Si el plan le cobra una prima mensual.** Algunos de los planes MA no cobran una prima (pero aún puede pagar la prima de la Parte B). Si se inscribe en un plan que cobra una prima, usted paga ésta y la prima de la Parte B y la Parte A si no tiene Parte A libre de prima).
- **Si el plan paga alguna parte de la prima mensual de la Parte B.** Como beneficio adicional, algunos planes MA ayudarán a pagar la totalidad o parte de su prima de la Parte B. Este beneficio a veces se conoce como la “reducción de la prima de la Parte B de Medicare”.
- **Si el plan cobra un deducible anual o cualquier deducible adicional.**
- **La cantidad que paga por cada visita o servicio, como su copago o coseguro.** Los **planes Medicare Advantage** no pueden cobrar más que el Medicare Original por ciertos servicios, como quimioterapia, diálisis y atención en **centros de enfermería especializada** (página 31).
- **El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.**
- **Si usa proveedores de la red del plan o de un proveedor que no tiene contrato con el plan.** Si acude a un médico, proveedor o centro que no pertenece a la red del plan para servicios médicos que no sean de emergencia o de urgencia, es posible que sus servicios no estén cubiertos o que sus costos sean más altos.
- **Si se atiende con un médico o proveedor que acepta la asignación (si usted está inscrito en un PPO, PFFS, o MSA y usa los servicios fuera de la red del plan).** Revise las páginas 63–64 para más información.
- **Si el plan ofrece beneficios adicionales** (además de los beneficios del Medicare Original) y si necesita pagar más para obtenerlos.
- **El límite anual para los gastos directos de su bolsillo para todos los servicios cubiertos por las Partes A y B.** Una vez que haya llegado al límite, ya no tendrá que pagar por los servicios cubiertos.
- **Si tiene Medicaid o recibe ayuda de su estado** a través del Programa de Ahorros de Medicare (páginas 95–96).

Para más información sobre los costos de un plan Medicare Advantage específico, llame al plan o visite es.Medicare.gov/plan-compare.

¿Cómo sé lo que está cubierto?

Usted o su proveedor pueden obtener una decisión (escrita o verbal) de su plan por adelantado para saber si un servicio, medicamento o suministro está cubierto. También puede averiguar cuánto tendrá que pagar. **Esto se llama “determinación de la organización”**. A veces, debe hacerlo como autorización previa para que se cubra el servicio, el medicamento o el suministro.

¡Nuevo!

A partir del 1 de enero de 2027, algunos planes podrán procesar las autorizaciones previas electrónicamente. Consulte con su médico si utiliza estas herramientas y cómo tener acceso a las decisiones a través del portal del paciente.

A partir del 1 de enero de 2027, algunos planes podrán procesar las autorizaciones previas electrónicamente. Consulte con su médico si utiliza estas herramientas y cómo tener acceso a las decisiones a través del portal del paciente.

Usted, su representante o su médico pueden solicitar una determinación (escrita o verbal) de la organización. También tiene la opción de solicitar una decisión rápida, según sus necesidades de salud. Si su plan niega la cobertura, el plan debe informarle por escrito y usted tiene derecho a una apelación (páginas 102-104).

Si un proveedor del plan lo refiere para un servicio cubierto o a un proveedor fuera de la red, pero no recibe una determinación de la organización por adelantado, **esto se llama “cuidado dirigido por el plan”**. En la mayoría de los casos, pagará el costo compartido habitual del plan. Consulte con su plan para más información sobre esta protección.

Los tipos de planes Medicare Advantage**HMO****Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)****¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?**

No. Por lo general debe recibirlos de médicos y hospitales de la red del plan (excepto en emergencias, atención urgente o diálisis temporal que esté cubierta por el plan dentro o fuera del área). Sin embargo, algunos planes HMO, conocidos como Planes de Punto de Servicio de HMO (HMOPOS), ofrecen un beneficio fuera de la red para algunos o todos los beneficios cubiertos por un **copago** o coseguro más alto.

¿Cubre los medicamentos recetados?

En la mayoría de los casos los cubre. Si desea esta cobertura (Parte D) debe inscribirse en un HMO que la ofrezca. Si se inscribe en un plan HMO sin cobertura de medicamentos, no puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.

¿Debo escoger un **médico de cabecera?**

En la mayoría de los casos, debe hacerlo.

¿Necesito un **referido de mi médico para consultar un especialista?**

Sí, en la mayoría de los casos. Ciertos servicios como las mamografías anuales no lo necesitan.

¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?

- Si recibe servicios (que no sean de emergencia) fuera de la red del plan sin autorización, tendrá que pagar el costo total del servicio.
- Si su médico u otro proveedor médico abandona la red del plan, este se lo notificará. Puede elegir otro médico en la red del plan. Consulte la página 62 para más información sobre los cambios en la red del plan.
- Es importante seguir las normas del plan, como obtener una autorización previa cuando se la requieran.
- Visite es.Medicare.gov o consulte con el plan para más información.

MSA**Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)****¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico, proveedor u hospital?**

Si. Puede acudir a cualquier médico, otro proveedor u hospital aprobado por Medicare que acepte tratarlo y que no haya optado por no participar en Medicare (para artículos y servicios de las Partes A y B de Medicare). Los planes MSA no siempre tienen una red de médicos, otros proveedores de la salud y hospitales.

¿Cubre los medicamentos recetados?

No. Si se inscribe en un plan MSA de Medicare y desea cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), tendrá que inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.

¿Debo escoger un [médico de cabecera](#)?

No.

¿Necesito un [referido](#) de mi médico para consultar un especialista?

No.

¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?

El plan deposita dinero en una cuenta de ahorros especial. La cantidad del depósito varía según el plan. Puede usar este dinero para pagar los costos cubiertos por Medicare antes de alcanzar el [deducible](#). El dinero restante en su cuenta al final del año permanece en su cuenta. Si mantiene su plan el año siguiente, el nuevo depósito se agregará a la cantidad restante. Si abandona el plan antes de que termina el año, no se agregará más dinero a su cuenta. Deberá reembolsarle a Medicare parte del depósito anual más reciente (según los meses restantes del año calendario en curso).

- Los planes MSA no cobran una [prima](#), pero debe continuar pagando su prima de la Parte B.
- El plan comenzará a cubrir sus costos para las Partes A y B una vez que alcance un deducible anual, que varía según el plan.
- Algunos planes pueden cubrir varios beneficios adicionales, como servicios para la visión, audición y dentales. Puede pagar una prima si utiliza estos servicios.
- Los planes MSA y HSA son similares, pero difieren en los requisitos de financiación y elegibilidad.
- Visite es.Medicare.gov o consulte con el plan para más información.

PPO Organización de Proveedores Preferidos (PPO)**¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?**

Los planes PPO tienen una red de médicos y hospitales pero usted también puede atenderse con proveedores que no pertenecen a la red, generalmente pagando un poco más y si el proveedor acepta tratarlo y no ha optado por no participar en Medicare (para los artículos y servicios de las Partes A y B de Medicare). El cuidado de emergencia y urgente siempre está cubierto.

¿Cubre los medicamentos recetados?

En la mayoría de los casos los cubre. Si desea esta cobertura debe inscribirse en un PPO que la ofrezca. Si se inscribe en un plan PPO sin cobertura de medicamentos, no puede inscribirse en un plan Medicare para medicamentos aparte.

¿Debo escoger un **médico de cabecera?**

No.

¿Necesito un **referido de mi médico para consultar un especialista?**

En la mayoría de los casos no. Pero si usa especialistas del plan (dentro de la red), sus costos por los servicios cubiertos generalmente serán más bajos que si usa los especialistas que no pertenecen al plan (fuera de la red).

¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?

- Puede ahorrar dinero usando los proveedores “preferidos” del plan.
- Visite [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov) o consulte con el plan para más información.

PFFS Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS)**¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?**

Usted puede atenderse con cualquier médico o proveedor aprobado por Medicare, o en cualquier hospital que acepte tratarlo, acepte el pago del plan y no ha optado por no participar en Medicare (para artículos y servicios de las Partes A y B de Medicare). Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red de proveedores, puede atenderse con un médico, hospital o proveedor que no pertenezca a la red y que acepte tratar a los miembros del plan, pero tendrá que pagar más.

¿Cubre los medicamentos recetados?

A veces. Si el PFFS no ofrece esta cobertura tendrá que inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos recetados (Parte D).

¿Debo escoger un médico de cabecera?

No.

¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?

No.

¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?

- El plan decide cuánto le corresponde pagar por los servicios. El plan le informará sobre su participación de costos compartidos en los documentos del “Aviso Anual de Cambio” (ANOC) y “Evidencia de Cobertura” (EOC) que se envía cada año (página 63).

- Algunos PFFS tienen un contrato con proveedores de la red que aceptan tratarlo siempre, inclusive si no lo han atendido antes.
- Los médicos, hospitales y proveedores que no pertenecen a la red, pueden decidir en cada caso, si lo tratan o no, aun si usted ya era paciente de ellos.
- Asegúrese de mostrar su tarjeta del plan antes de recibir tratamiento.
- En una emergencia, los proveedores y hospitales deben atenderlo.
- Visite [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov) o consulte con el plan para más información.

SNP**Planes para Necesidades Especiales (SNP)**

Un Plan de Necesidades Especiales (SNP) brinda beneficios y servicios a las personas con enfermedades específicas, ciertas necesidades de atención médica o que también tienen cobertura de [Medicaid](#). Los SNPs incluyen servicios de coordinación de cuidado y adaptan sus beneficios, opciones de proveedores y [formularios](#) de medicamentos para satisfacer las necesidades específicas de los grupos a los que sirven.

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico, otro proveedor de la salud u hospital?

Algunos SNP cubren servicios fuera de la red y otros no. Verifique con el plan si cubren servicios fuera de la red y, de ser así, cómo afectan sus costos.

¿Cubre los medicamentos recetados?

Sí. Todos los SNP deben ofrecer la cobertura de medicamentos (Parte D).

¿Debo escoger un [médico de cabecera](#)?

Algunos SNP requieren médicos de cabecera y otros no. Consulte con el plan si necesita elegir un médico de cabecera.

¿Necesito un [referido](#) de mi médico para consultar un especialista?

Algunos SNP requieren referidos y otros no. Ciertos servicios, como las mamografías anuales, no requieren un referido. Consulte con el plan si necesita un referido.

¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?

Hay tres tipos de SNP (que se muestran a continuación). Puede ser elegible para un SNP si cumple con ciertas condiciones:

- **SNP Elegible Dual (D-SNP):** Es elegible para Medicare y Medicaid. Los D-SNP tienen un contrato con su programa estatal de Medicaid para ayudar a coordinar sus beneficios de Medicare y Medicaid. Algunos D-SNP (D-SNP integrados) pueden combinar los servicios de Medicaid y Medicare en sólo plan. Llame a su oficina estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para verificar su elegibilidad para Medicaid.

Si tiene Medicare y recibe todos los beneficios de Medicaid, es posible inscribirse o cambiar a un D-SNP integrado una vez al mes calendario. Para más información, visite [es.Medicare.gov/special-enrollment-periods](https://www.es.Medicare.gov/special-enrollment-periods) y seleccione “Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid”.

- **Condición Crónica SNP (C-SNP):** Padece de uno o más problemas de salud crónicos o que los incapaciten (como diabetes, enfermedad renal en etapa final, insuficiencia cardíaca, demencia o VIH/SIDA). Los planes pueden limitar aún más a los miembros que aceptan.

- **SNP Institucional (I-SNP):** Vive en la comunidad (en lugar de una instalación) pero necesita el nivel de atención que ofrece una instalación, o vive (o se espera que viva) durante al menos 90 días seguidos en una instalación como un asilo de ancianos o un **centro de enfermería especializada**.

Si es elegible y decide buscar y comparar los planes SNP en su área, visite [es.Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). Puede filtrar los resultados de su búsqueda por “Planes para Necesidades Especiales (SNP)”.

¿Cuándo puedo inscribirme, cambiarme o cancelar un plan Medicare Advantage?

Recuerde que debe tener la Parte A y B para inscribirse en un **plan Medicare Advantage** durante estos períodos:

Período Inicial de Inscripción (página 17)	Cuando sea elegible para Medicare por primera vez	Cuando sea elegible por primera vez para Medicare, puede inscribirse en Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos). Si se inscribió en un plan Medicare Advantage durante su Período Inicial de Inscripción, puede cambiar a otro plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) o regresar al Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos) dentro de los primeros 3 meses de tener Medicare.
Período General de Inscripción (página 18)	1 de enero al 31 de marzo	Si tiene la Parte A y obtiene la Parte B por primera vez durante este período, usted puede inscribirse en Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos). Tendrá 2 meses después de agregar la Parte B para inscribirse en un plan. Su cobertura comienza el mes después de inscribirse.
Período de Inscripción Abierta	15 de octubre al 7 de diciembre	Puede inscribirse, cambiar o cancelar Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) durante el Período de Inscripción Abierta. Su cobertura comienza el 1 de enero (siempre y cuando el plan reciba la solicitud antes del 7 de diciembre). Si se inscribe en un plan Medicare Advantage durante este período, pero cambia de opinión, puede regresar al Medicare Original o cambiar a un plan MA diferente (dependiendo de la cobertura que funcione mejor para usted) durante la Inscripción Abierta de Medicare Advantage (1 de enero al 31 de marzo) descrito en la página siguiente.

Período de Inscripción Abierta Medicare Advantage	1 de enero al 31 de marzo	Si tiene Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos), durante este período usted puede: • Cambiar a otro plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos). • Dejar Medicare Advantage y regresar al Medicare Original. También puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte. Durante este período, no puede: • Cambiar del Medicare Original a un plan MA. • Inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte si tiene Medicare Original. • Cambiar de un plan de medicamentos de Medicare a otro si tiene Medicare Original. Sólo puede hacer un cambio durante este período y cualquier cambio que haga entrará en vigencia el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud. Si regresa al Medicare Original y se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare aparte, no necesita comunicarse con su plan Medicare Advantage para cancelar su inscripción. La cancelación de la inscripción ocurrirá automáticamente cuando se inscriba en el plan de medicamentos.
Período Especial de Inscripción (página 17)	Calificación Evento de vida	En la mayoría de los casos, si se inscribe en un plan MA, debe permanecer inscrito durante todo el año a partir de la fecha en que comienza la cobertura. Sin embargo, en ciertas situaciones, como si se muda o pierde otra cobertura médica, es posible inscribirse, cambiar o cancelar un plan MA durante un Período Especial de Inscripción (página 80).
Período Especial de Inscripción de 5 estrellas	8 de diciembre al 30 de noviembre del próximo año Nota: Sólo puede cambiar de plan una vez durante este período.	Medicare usa calificaciones de estrellas del 1 al 5 para ayudarle a comparar planes según la calidad y el rendimiento. Si un plan MA, un plan de medicamentos o un Plan de Costos de Medicare con una calificación de 5 estrellas está disponible en su área, puede usar el Período Especial de Inscripción de 5 estrellas para cambiar de su plan actual a un plan de Medicare con una calificación de calidad de 5 estrellas. Visite es.Medicare.gov para más información.

¡Importante! Si desea cancelar su póliza **Medigap** para inscribirse en un **plan MA**, hay ciertos aspectos importantes que debe considerar (página 82).

Nota: Por lo general, cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, debe conservar ese plan durante el resto del año, a menos que regrese al **Medicare Original** dentro de los 12 meses posteriores a la inscripción en el plan Medicare Advantage. Puede darse de baja o cambiar de plan Medicare Advantage durante el Período de Inscripción Abierta, o el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage, o si califica para un Período Especial de Inscripción (página 72).

Ofrece Medicare otros tipos de planes y programas además de Medicare Advantage

Sí. Varios planes ofrecen la cobertura de las Partes A (seguro de hospital) y B (seguro médico), mientras otros sólo ofrecen la cobertura de la Parte B. Algunos ofrecen la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D). Estos planes funcionan de un modo similar y con algunas de las mismas normas que los planes Medicare Advantage. Sin embargo, cada tipo de plan tiene sus normas especiales y excepciones. Si desea información detallada, debe comunicarse con el plan que le interesa.

Planes Medicare de Costo

Los Planes Medicare de Costo son un tipo de plan disponible en ciertas zonas limitadas del país. Estos planes funcionan de la manera siguiente:

- Puede inscribirse aun si sólo tiene la Parte B.
- Si tiene las Partes A y B y se atiende con un proveedor que no pertenece a la red del plan, Medicare Original cubrirá el servicio. Usted tendrá que pagar el **coseguro** y **deducibles** de las Partes A y B.
- Puede inscribirse en cualquier momento mientras el plan esté aceptando nuevos miembros.
- Puede cancelar este plan en cualquier momento y regresar al Medicare Original.
- Puede obtener la cobertura de medicamentos (Parte D) del plan (si la ofrece). Puede optar por obtener un plan de medicamentos de Medicare aparte incluso si el Plan de Costos ofrece cobertura de medicamentos de Medicare. Sólo puede agregar o cancelar la cobertura de medicamentos en ciertas ocasiones (páginas 80 y 81).

Para más información sobre los Planes Medicare de Costo, visite es.Medicare.gov/plan-compare o llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). El teléfono para su SHIP aparece en las páginas 114–117 o visite shiphelp.org. Un agente o corredor de confianza puede ayudarle.

Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, en inglés)

PACE es un programa de Medicare y **Medicaid** ofrecido en muchos estados, para que las personas que de otro modo necesitarían el nivel de cuidado que reciben en un asilo para ancianos, permanezcan en sus comunidades, como una casa, apartamento u otro lugar apropiado. Para calificar para el programa PACE debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Tener 55 años o más.
- Vivir en el **área de servicio** de la organización PACE.
- Debe tener una certificación de su estado indicando que necesita el nivel de cuidado que se ofrece en un asilo para ancianos.
- Al momento de inscribirse usted debe estar en condiciones de vivir en su comunidad de manera segura con la ayuda de los servicios de PACE.

PACE cubre todo el cuidado y los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid, y otros servicios que el equipo de profesionales de la salud de PACE decidan son necesarios para mejorar y mantener su salud y bienestar. Esto incluye medicamentos, así como cualquier otro cuidado **necesario por razones médicas**, como visitas al médico o proveedor de la salud, transporte, cuidado en el hogar, visitas al hospital e incluso estadías en un asilo de ancianos cuando sea necesario. El equipo personaliza su cuidado según sus necesidades y preferencias médicas, físicas, sociales y emocionales.

Si tiene Medicaid no tendrá que pagar una **prima** mensual por la parte del beneficio de PACE. Si tiene Medicare pero no tiene Medicaid, se le cobrará una prima mensual por la cobertura de la Parte D. La cantidad que pague dependerá si tiene la Parte A y B o ambas. Sin embargo, en PACE usted no paga ni un **deducible** ni **copago** por los servicios o medicamentos aprobados por el equipo de profesionales de la salud de PACE.

Visite [es.Medicare.gov/pace](https://www.es.Medicare.gov/pace) para buscar un PACE que ofrezca servicios en su comunidad.

Modelos de innovación de Medicare (demostraciones y programas piloto)

Entre los ejemplos de modelos innovadores actuales, **demostraciones** y proyectos piloto incluyen innovaciones en el cuidado primario, cuidado relacionado con procedimientos específicos (como reemplazos de cadera y rodilla), cuidado para el cáncer, demencia, **centro de enfermería especializada** o rehabilitación, y para personas con enfermedad renal crónica y Enfermedad Renal en Etapa Final. Medicare también explora las innovaciones a través de las **Organizaciones Responsables de la Salud (ACOs)** (páginas 25-26).

**Promoción para el Cuidado de Enfermedades Crónicas Mediante Soluciones Eficaces y Escalables (ACCESS, en inglés)**

Medicare ofrece un nuevo modelo diseñado para ayudar a las personas a mejorar su salud, así como a prevenir y controlar enfermedades crónicas (como la diabetes, obesidad y la depresión). **Se trata de un modelo voluntario para las personas inscritas en el Medicare Original.** Este modelo conecta a su médico con otros proveedores participantes para administrar su salud. También contribuye a mejorar el acceso a nuevas opciones del cuidado respaldadas por tecnología (como la monitorización remota, monitores de presión arterial y detectores de insulina portátiles, y otras herramientas prácticas que puede utilizar desde su hogar), además de hacer que su cuidado de salud resulte más accesible. Este modelo entró en vigor en julio de 2026 y estará disponible durante un periodo de 10 años.

Pregúntele a su médico si participa en algún modelo, demostración, programa piloto o en una ACO, y pregúntele qué implicaciones tiene esto para su cuidado médico. Para más información sobre los modelos, proyectos y programas piloto de Medicare vigentes, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).

No se olvide de revisar las aplicaciones conectadas de Medicare

Las aplicaciones conectadas son aplicaciones o sitios web aprobados por Medicare que crea un tercero (no Medicare). Cuando se conecta a una aplicación e inicia sesión con la información de su cuenta de es.Medicare.gov, puede usar los servicios de la aplicación sin ingresar manualmente su información de salud. Estos terceros sólo pueden tener acceso a sus datos de Medicare si decide compartirlos con ellos. Siempre es su elección si desea conectarse (o permanecer conectado) a una aplicación de terceros.

Con estas aplicaciones, puede:

- Compartir su información de salud con médicos, cuidadores y otras personas.
- Revisar sus registros médicos en un solo lugar (como hospitalizaciones, resultados de laboratorio y medicamentos).
- Enviar su información de salud para participar en estudios de investigación clínica.

Nota: Si está inscrito en un [plan Medicare Advantage](#), sólo la información de la Parte D está disponible a través de las aplicaciones conectadas a Medicare. Para los datos de la Parte A y Parte B, consulte con su plan.

Recuerde: Trate su información personal y médica de la misma manera que trata otra información confidencial.

Para más información sobre cómo usar las aplicaciones conectadas a Medicare para guardar la información de su reclamación, visite:

- es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/claims/share-your-medicare-claims
- es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/claims/share-your-medicare-claims/connected-apps

Sección 5:

Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

¿Cómo funciona?

El **Medicare Original** no paga todos los servicios médicos e insumos. **Medigap** es un seguro, vendido por compañías de seguros privadas, que complementa a Medicare y puede ayudarle a pagar los costos restantes de servicios y suministros cubiertos que el Medicare Original no cubre, como los **copagos**, **coseguro** y **deducibles**. Por lo general, necesita tener la Parte A y B para comprar Medigap.

Algunos planes Medigap cubren otros beneficios que el Medicare Original no cubre, como la atención médica cuando está de viaje fuera de los Estados Unidos. Por lo general, Medigap no cubre el cuidado a largo plazo (como en un asilo de ancianos), visión, cuidado dental, audífonos, anteojos o una enfermera privada.

Las pólizas Medigap están estandarizadas

Medigap debe cumplir las leyes federales y estatales promulgadas para protegerlo y debe indicar claramente que es un “Seguro Suplementario a Medicare”. Las compañías de seguro sólo pueden venderle planes “estandarizados” identificados en la mayoría de los estados por letras A-D, F-G, K-N. Todas las pólizas deben ofrecer la misma cobertura básica y algunas ofrecen beneficios adicionales para que usted escoja la que más le convenga. Compare los beneficios de cada plan con letras para ayudarle a encontrar el que satisfaga sus necesidades. En Massachusetts, Minnesota y Wisconsin, están estandarizados de manera diferente. Para más información o encontrar pólizas Medigap en su área, visite:



es.Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans.

También puede visitar es.Medicare.gov/publications para revisar el folleto, “Selección de una Póliza Medigap: La Guía para las Personas con Medicare”.

¡Importante! No todas las personas pueden adquirir los Planes Medigap C y F. Su elegibilidad depende de la fecha en que obtuvo la elegibilidad para Medicare por primera vez.

- **Si fue elegible para Medicare antes del 1 de enero de 2020**, es posible que aún pueda comprar los Planes C o F, incluso si todavía no se ha inscrito.

Estos le ofrecen los mismos beneficios que los Planes C y F, con la excepción de la cobertura del deducible de la Parte B (solo los Planes C y F ofrecen dicha cobertura).

- **Si obtuvo la elegibilidad para Medicare el 1 de enero de 2020 o después de esa fecha**, no podrá comprar los Planes C o F. Sin embargo, es posible que pueda comprar los Planes D o G.



¿Deficiones? Consulte las páginas 119-122.

¿Cómo puedo comparar los planes Medigap?

El cuadro a continuación le brinda información básica sobre los distintos beneficios que cubren los planes **Medigap** para el 2026. Si aparece un porcentaje, significa que Medigap paga ese porcentaje del beneficio y usted paga el resto.

Los planes Medigap pueden cubrir:	Planes Medigap:									
	A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
El coseguro y costos de hospital de la Parte A de Medicare	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Coseguro o copago de la Parte B de Medicare	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Sangre (las 3 primeras pintas)		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
El coseguro o copago del cuidado de hospicio de la Parte A de Medicare			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
El coseguro en un centro de enfermería especializada	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
El deducible de la Parte A de Medicare	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%***
El deducible de la Parte B de Medicare			100%		100%		100%**	100%**		
Cargos en exceso de la Parte B de Medicare					100%	100%				
Emergencia en el extranjero (hasta el límite del plan)			80%	80%	80%	80%			80%	80%

* Los planes F y G ofrecen un plan de deducible alto en algunos estados. Usted tendrá que pagar los costos cubiertos por Medicare (coseguro, copagos y deducibles) hasta que haya cubierto el deducible de \$2,950 para el 2026, antes de que su póliza comience a pagar. **Nota:** Algunos planes Medigap (como el Plan F) no están disponibles para las personas recientemente elegibles para Medicare a partir o después del 1 de enero de 2020 (página 79).

** Para los Planes K y L, después de cumplir con el límite anual de gastos de su bolsillo y deducible anual de la Parte B (\$283 en 2026), Medigap pagará el 100% de los servicios cubiertos por el resto del año del plan. El límite de gastos de bolsillo para el Plan K es de \$8,000 y para el Plan L es de \$4,000 en 2026.

*** El plan N paga el 100% del coseguro de la Parte B. Usted paga un copago de hasta \$20 por algunas consultas médicas y hasta \$50 por la visita a la sala de emergencia a menos que lo admitan al hospital.

¿Qué más debo saber sobre Medigap?

Antes de comprar un plan **Medigap**, necesita tener las Partes A y B de Medicare. Tendrá que pagar la **prima** mensual de Medigap a la compañía privada de seguros y seguirá pagando la prima mensual de la Parte B a Medicare. **Si está pensando en comprar Medigap, asegúrese de comparar las pólizas. Costos pueden variar entre los planes ofrecidos por diferentes compañías para exactamente la misma cobertura y pueden aumentar a medida que envejece. Algunos estados limitan los costos de las primas de Medigap.** Una póliza Medigap sólo cubre a una persona. Los cónyuges deben comprar una cobertura por separado.

Nota: En algunos estados, es posible que pueda comprar otro tipo de póliza Medigap llamada Medicare SELECT. Esto requiere que use hospitales y (en algunos casos) médicos dentro de su red para ser elegible para los beneficios completos del seguro (excepto en una emergencia). Si compra Medicare SELECT, tiene derecho a cambiar de opinión dentro de los 12 meses y cambiar a Medigap estándar.

¿Puedo comprar Medigap y un plan de medicamentos de Medicare por separado de la misma compañía?

Sí. Pero es posible que deba hacer 2 pagos de primas por separado. Comuníquese con la compañía para averiguar cómo pagar sus primas.

¿Puedo tener cobertura de medicamentos de Medigap y de mi plan de medicamentos de Medicare?

No. Vaya a la página 89 para más información.

¿Cuándo comienza una póliza Medigap?

Generalmente, su póliza Medigap comenzará el primer día del mes posterior a su solicitud, a menos que solicite una fecha diferente.

¿Cuándo debo comprar una póliza Medigap?

- El mejor momento para comprar Medigap es durante el Período de Inscripción Abierta. Este período de 6 meses comienza el primer día del mes en que cumpla 65 años o más **y** esté inscrito en la Parte B (algunos estados pueden tener períodos de inscripción adicionales). **Después del Período Inicial de Inscripción, sus opciones para comprar Medigap pueden ser limitadas y le pueden costar más.** En ciertas situaciones, es posible que tenga derecho a comprar una póliza Medigap (derechos de emisión garantizados), fuera de su Período de Inscripción Abierta de Medigap.
- Si retrasa su inscripción en la Parte B porque tiene la cobertura médica de su empleador o sindicato (o el de su cónyuge), su Período de Inscripción Abierta de Medigap no comenzará hasta que obtenga la Parte B.
- La ley federal no obliga a las compañías de seguro a que le vendan Medigap a los beneficiarios menores de 65 años. Si tiene menos de 65 años, no podrá comprar Medigap hasta que cumpla 65 años. Sin embargo, algunos estados permiten que las compañías vendan pólizas Medigap a personas menores de 65 años. Si puede comprar una, es posible que le cueste más.

Consulte con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) (páginas 114-117) o visite shiphelp.org o con el Departamento de Seguros del Estado para más información sobre sus derechos para comprar una póliza Medigap. Un agente o corredor de confianza también puede ayudarle.

¿Puedo tener Medigap y un Plan Medicare Advantage?

- Si tiene un **plan Medicare Advantage**, es ilegal que cualquier persona le venda **Medigap** a menos que usted esté regresando al **Medicare Original**. Si no piensa cancelar su inscripción en Medicare Advantage y tratan de venderle Medigap comuníquese con su Departamento Estatal de Seguro.
- Si tiene Medigap y se inscribe en un plan MA tal vez le convenga cancelar Medigap. Usted **no** puede usar Medigap para pagar los **copagos, deducibles** y las **primas**.
- Si cancela una póliza Medigap para inscribirse en un plan MA por primera vez, tendrá un período de 12 meses (su período de prueba) para recuperar su póliza Medigap si la **misma compañía de seguros aún la vende** una vez regrese al Medicare Original. Si no está disponible, puede comprar ciertas pólizas Medigap, según la ley estatal y si es nuevo en Medicare a partir del 1 de enero de 2020. También puede tener la oportunidad de inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¡Importante! Si decide cancelar su Medigap, debe llamar a su compañía de seguros. La mayoría de las pólizas Medigap no se cancelan automáticamente al inscribirse en un plan Medicare Advantage. Si cancela su Medigap para inscribirse en un plan MA, pero decide regresar al Medicare Original, en la mayoría de los casos **no podrá recuperar la misma póliza (o en algunos casos, cualquier póliza Medigap)** a menos que abandone su plan MA durante su período de prueba.

- Si se inscribió en un plan Medicare Advantage cuando fue elegible por primera vez para Medicare a los 65 años, puede elegir entre cualquier póliza Medigap que una compañía de seguros venda en su estado cuando cambie al Medicare Original dentro del primer año de su inscripción. Los tipos de pólizas Medigap que puede comprar dependen de si era nuevo a Medicare el 1 de enero de 2020 o después. También tiene la oportunidad de inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare durante este período.
- Algunos estados brindan derechos especiales adicionales para comprar una póliza Medigap.

Para más información

- Comuníquese con el Departamento Estatal de Seguro. Visite content.naic.org/state-insurance-departments para obtener el número de teléfono.
- Visite es.Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans para las pólizas y precios disponibles en su zona.
- Visite es.Medicare.gov/publications para consultar el folleto “Selección de una Póliza Medigap: La Guía para las Personas con Medicare”.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). El teléfono para su SHIP aparece en las páginas 114–117 o visite shiphelp.org.
- Un agente o corredor de confianza en su área puede ayudarle.

Sección 6:

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)

¿Cómo funcionan los planes Medicare de medicamentos (Parte D)?

La cobertura de medicamentos (Parte D) es un beneficio opcional y está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Aun si no toma medicinas es importante que obtenga este tipo de cobertura. Si decide no inscribirse en un plan de la Parte D cuando es elegible por primera vez y no tiene otra **cobertura válida de medicamentos** (como cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato), o si no recibe **Ayuda Adicional le podrán cobrar una multa agregada a su prima mensual si decide inscribirse más tarde**. Por lo general, pagará esta multa durante el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (páginas 83–84). Para conseguir esta cobertura debe inscribirse en uno de los planes aprobados por Medicare. Cada plan varía en cuanto a los costos y a los medicamentos que cubre. Visite [es.Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare), para más información sobre los planes en su área.

Hay 2 maneras de obtener la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D):

- **Plan Medicare de medicamentos.** Estos planes añaden cobertura al **Medicare Original**, a ciertos Planes Medicare de Costo, algunos Planes MA Privados de Pago por Servicio y Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare Advantage. Para inscribirse, debe tener las Partes A **y/o** B de Medicare.
- **Plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos.** Usted recibirá todos los beneficios de Medicare (Partes A y B) y la cobertura de medicamentos (Parte D) a través estos planes. Para inscribirse en un plan MA debe tener las Partes A **y** B de Medicare. **Nota:** No todos los planes ofrecen cobertura para medicamentos recetados. Si se inscribe en plan sin cobertura de medicamentos, no podrá agregar un plan Medicare de medicamentos aparte.

En ambos casos, debe vivir en el **área de servicio** del plan de medicamentos en el que quiere inscribirse y estar presente legalmente en los Estados Unidos.

A ambos planes se les conoce como “cobertura de medicamentos de Medicare”.

¡Importante! Si tiene cobertura de su empleador o sindicato Llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio o de inscribirse en otro plan. El inscribirse en otra cobertura podría causarle la pérdida de su cobertura de salud y medicamentos de su empleador o sindicato para usted y sus dependientes. Si pierde la cobertura de su empleador o sindicato, es posible que no pueda recuperarla. Para más información, revise las páginas 92–94.



¿Deficiones? Consulte las páginas 119–122.

¿Cuándo puedo inscribirme, cambiarme o cancelar un plan?

Usted puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan de medicamentos de Medicare o un [plan Medicare Advantage](#) con cobertura de medicamentos durante:

- **Período Inicial de Inscripción.** Puede inscribirse cuando sea elegible para Medicare por primera vez (página 17).
- **Período de Inscripción Abierta.** Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan. Su cobertura comenzará el 1 de enero (siempre que el plan reciba su solicitud antes del 7 de diciembre) (página 74).
- **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (si está inscrito en un plan MA).** Del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, puede cambiar a un plan MA diferente o cambiar al [Medicare Original](#) (puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte) una vez durante este tiempo (página 75).

Nota: Si tiene que pagar la Parte A y se inscribe en la Parte B durante el Período General de Inscripción (1 de enero – 31 de marzo), también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando se inscribe en la Parte B. Tendrá 2 meses después de inscribirse en la Parte B para obtener un plan de medicamentos. Su cobertura de medicamentos comenzará el mes después de que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Período Especial de Inscripción

Por lo general, debe permanecer en su plan durante todo el año. Sin embargo, ciertos cambios en su situación, como mudarse o perder otra cobertura, pueden permitirle cambiar de plan fuera del período regular de inscripción. Si califica, puede hacer cambios en su plan a mitad de año. El Período Especial de Inscripción puede estar disponible si está inscrito en la [Ayuda Adicional](#) o si pierde la cobertura de Medicaid. Consulte con su plan para más información. Los Períodos Especiales de Inscripción pueden estar disponibles si está inscrito en la Ayuda Adicional o pierde la cobertura de Medicaid.

¡Importante! Si se inscribe en la Parte A o la Parte B durante un Período Especial de Inscripción debido a una condición excepcional (página 18), tendrá 2 meses para inscribirse en un plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) o en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D). Su cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan MA reciba su solicitud de inscripción.

Visite es.Medicare.gov o consulte con su plan para más información.

¿Cómo cambio mi plan?

Puede cambiar la cobertura de medicamentos de Medicare simplemente inscribiéndose en otro plan durante uno de los períodos que se indican en la página 80. Su antigua cobertura de medicamentos terminará cuando comience su nueva cobertura. Recibirá una carta de su nuevo plan informándole cuando comenzará su cobertura, por lo que **no necesita cancelar su antiguo plan**. También puede cambiar de plan llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).

¿Cómo cancelo mi plan?

Si desea cancelar su plan y no quiere obtener cobertura nueva, puede hacerlo durante uno de los períodos mencionados en la página 80. Puede cancelar su inscripción llamando al 1-800-MEDICARE o enviándole una carta a su plan. Si cancela y quiere inscribirse en otro plan más adelante, tendrá que esperar al próximo período de inscripción. Tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía si no tiene **cobertura válida de medicamentos** (páginas 87-89).

Lea la información que le envía el plan

Revise la “Evidencia de Cobertura” (EOC, en inglés) y el “Aviso de Cambio Anual” (ANOC, en inglés) que su plan le envía cada año. La EOC le brinda detalles sobre lo que cubre el plan, cuánto paga y más. El ANOC incluye cambios en cobertura, costos, redes de proveedores, **área de servicio** y más de lo que comenzará en enero. Si no recibe estos documentos importantes a principios del otoño, comuníquese con su plan.

Lo que usted paga

Los costos de sus medicamentos variarán según el plan que elija. Recuerde, la cobertura y los costos del plan pueden cambiar cada año. Es posible que deba pagar una **prima**, **deducible**, **copagos** o **coseguro** durante todo el año. Obtenga más información sobre estos costos en la página siguiente.

Los gastos directos de su bolsillo para medicamentos estarán limitados a \$2,400 en 2027 (página 87).

¡Importante! Medicare está negociando precios más bajos para ciertos medicamentos de marca cubiertos por las Partes B y D. Los precios para los primeros 10 medicamentos entraron en vigor el 1 de enero de 2026. Los siguientes 15 medicamentos entrarán en vigor el 1 de enero de 2027. Comuníquese con su plan para más información.

Los medicamentos negociados incluyen Linzess®, Otezla®, Otezla XR®, Xtandi® y otros más. Visite es.Medicare.gov/how-drug-plans-work para una lista completa.

Los precios reales variarán dependiendo de:

- Los medicamentos que tome y si están en el **formulario** del plan (lista de medicamentos) (página 89).
- En qué “nivel” se encuentra el medicamento (página 89).
- En qué fase de su beneficio de medicamentos se encuentra (como si cumplió con su deducible o no, fase de cobertura—página 87).
- La farmacia que use (ya sea que ofrezca costo compartido preferido o estándar fuera de la red del plan o de pedido por correo). Los costos de su bolsillo para sus medicamentos pueden ser menos con una farmacia preferida porque ésta tiene un acuerdo con su plan para cobrarle menos.
- Si recibe la **Ayuda Adicional** para pagar por los costos de sus medicamentos de Medicare (página 96).



Costos y cobertura: Algunas formas de reducir el costo de sus medicamentos incluyen elegir genéricos en lugar de medicamentos de marca, o biosimilares en lugar de medicamentos biológicos de marca. También puede pagar un medicamento sin utilizar su seguro mediante programas de ahorro de farmacias, descuentos del fabricante o TrumpRx (página 99). Consulte con su farmacéutico— él podrá informarle si existe una opción más económica. Consulte a su médico para asegurarse de que la opción genérica o biosimilar es su mejor opción.

Prima mensual

La mayoría de los planes de medicamentos cobran una **prima** mensual que varía según el plan. Usted paga esta cantidad además de la prima de la Parte B. Si tiene un **plan MA** o un Plan Medicare de Costo con recetas médicas, la prima mensual incluye la cobertura de los medicamentos.

Nota: Comuníquese con su plan si desea que le deduzcan la prima de su cheque del Seguro Social o RRB (puede tomar hasta 3 meses). Si no quiere que le deduzcan la prima, pídale al plan que le envíe la factura directamente. Visite es.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs para más información.

¡importante! Las personas con ingresos más altos (en 2027, es de \$111,000 por una declaración individual o \$222,000 por declaración conjunta) pueden tener que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de Medicare. La mayoría de las personas no tendrán que pagar este costo adicional.

Visite es.Medicare.gov para los límites de ingresos más recientes.

Por lo general, esa cantidad adicional se deducirá de su pago del Seguro Social o RRB. Si Medicare o RRB le envían una factura por dicha cantidad, usted debe pagarle esa cantidad a Medicare o a RRB en vez de a su plan. Si no paga, puede perder su cobertura de medicamentos. No podrá inscribirse en otro plan de inmediato y es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía (agregada a su prima mensual) por el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos.

Los pagos de la Parte D de IRMAA se pagan por separado a Medicare, y usted debe pagarlos incluso si su empleador u otro tercero (como el sistema de retiro) paga las primas de su plan (página 24).

Si tiene que la Parte D de IRMAA y está en desacuerdo (por ejemplo si pasó algo que haya disminuido su ingreso), visite SSA.gov/medicare/lower-irmaa.

Deducible anual

La cantidad que usted paga antes de que su plan de medicamentos comience a pagar la parte que le corresponde. Algunos planes no cobran un **deducible**. Para los planes que tienen un deducible, los medicamentos en algunos niveles están cubiertos antes del deducible. Si su plan tiene un deducible para medicamentos, este no excederá los \$700 en 2027.

Copagos o coseguro

La cantidad que usted paga por los medicamentos cubiertos después de pagar el **deducible** (si el plan cobra un deducible). Usted paga su parte y el plan paga la suya. Si tiene que pagar un **coseguro**, las cantidades pueden variar según el costo de los medicamentos porque los planes de medicamentos y los fabricantes pueden cambiar lo que cobran en cualquier momento durante el año. La cantidad que pague también dependerá del nivel asignado a su medicamento (página 89).

Límite de gastos de su bolsillo para los costos de medicamentos

En 2027, los gastos de su bolsillo por medicamentos cubiertos por la Parte D estarán limitados a \$2,400. Una vez que alcance (u otras personas o entidades incluida la **Ayuda Adicional**) ese límite, no pagará nada por los medicamentos cubiertos durante el resto del año.

Nota: Si recibe Ayuda Adicional, no tendrá que pagar algunos de estos costos de la Parte D (páginas 96–98).

¡Importante! Visite es.Medicare.gov/plan-compare para obtener información sobre los costos específicos de los **planes Medicare Advantage** (con o sin cobertura de medicamentos) y de medicamentos de Medicare, y llame a los planes que le interesen para más detalles. Si necesita ayuda para comparar los costos de los planes, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). El teléfono para su SHIP aparece en las páginas 114–117. Un agente o corredor de confianza también puede ayudarle.

Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare

Esta opción le permite distribuir el costo de sus medicamentos en pagos mensuales, **pero no reduce lo que paga por ellos**.

Con el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, puede pagar sus medicamentos mediante facturas mensuales en lugar de hacerlo en la farmacia. La participación es voluntaria y gratuita. Si permanece en el mismo plan de la Parte D, su inscripción se renovará automáticamente para 2027. Visite es.Medicare.gov/prescription-payment-plan para más información.

Nota: Esta opción de pago puede no ser adecuada si recibe o es elegible para la Ayuda Adicional de Medicare.

¿Qué es la multa por inscripción tardía en la Parte D?

Si tiene un lapso de 63 días seguidos o más sin **cobertura válida de medicamentos recetados** de Medicare ni otra cobertura válida, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Nota: Esta opción de pago puede no ser la mejor opción para usted si recibe o es elegible para recibir Ayuda Adicional de Medicare.

Si recibe la Ayuda Adicional, no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.

3 formas de evitar el pago de la multa:

- 1. Inscribáse en la cobertura de Medicamentos de Medicare (Parte D) cuando sea elegible por primera vez.** Aunque actualmente no tome medicamentos recetados, considere inscribirse en un plan con cobertura de medicamentos para evitar una posible multa por inscripción tardía.
- 2. Inscribáse en la cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D) si pierde otra cobertura válida.** La **cobertura válida de medicamentos** puede incluir la que tiene a través de su empleador o sindicato, TRICARE o Departamento de Asuntos de Veteranos o del Servicio Médico para Indígenas. Si pasa más de 63 días seguidos sin cobertura de medicamentos de Medicare ni otra cobertura válida, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía.
- 3. Mantenga registros comprobando otra cobertura válida de medicamentos y avísele a su plan cuando le pregunten.** Si no le informa al plan sobre su cobertura válida, podría tener que pagar una multa por el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

¿Cuánto más tendré que pagar?

El costo de la multa dependerá del período de tiempo durante el cual estuvo sin una **cobertura válida de medicamentos**. En la actualidad, la cantidad se calcula multiplicando el 1% de la “**prima básica nacional**” (\$38.99 en 2026) por el número de meses sin cobertura en los que fue elegible para inscribirse en la cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D) y no lo hizo, ni tuvo otra cobertura válida de medicamentos. La cantidad final se redondea al punto decimal más próximo (\$.10) y se agrega a su prima mensual. La “prima básica nacional del beneficiario” puede aumentar o disminuir cada año. Si eso ocurre, la cantidad de la multa también puede aumentar o disminuir. Después de obtener la cobertura de medicamentos de Medicare, el plan le informará si debe una multa y cuál será su prima.

Ejemplo: La Sra. Martínez actualmente es elegible para Medicare y su Período Inicial de Inscripción terminó el 31 de julio de 2022. La Sra. Martínez no tiene cobertura de medicamentos de ninguna otra fuente. No se inscribió antes del 31 de julio de 2022 y, en cambio, se inscribió durante la Inscripción Abierta que terminó el 7 de diciembre de 2024. Su cobertura de medicamentos comenzó el 1 de enero de 2025.

2025

Dado que la Sra. Martínez estuvo sin cobertura válida de medicamentos desde agosto 2022 hasta diciembre 2024, su multa en 2025 fue del 29% (1% por cada uno de los 29 meses) de \$36.78 (la prima básica nacional para 2025) o \$10.67. Como la multa mensual siempre se redondea al \$0.10 más cercano, se le cobró \$10.70 cada mes además de la prima mensual de su plan.

Cálculo:

.29 (29% de multa) × **\$36.78** (prima básica nacional de 2025) = **\$10.67**

\$10.67 redondeado al \$.10 más cercano = **\$10.70**

\$10.70= multa mensual por inscripción tardía de la Sra. Martínez para 2025

2026

En 2026, Medicare recalculó la multa de la Sra. Martínez utilizando la prima básica nacional de 2026 (\$38.99). La nueva multa mensual de la Sra. Martínez en 2026 es el 29% de \$38.99, o \$11.31 cada mes. Dado que la multa mensual siempre se redondea al \$0.10 más cercano, ella paga \$10.70 cada mes además de la prima mensual de su plan.

Cálculo:

.29 (29% de multa) × **\$38.99** (prima básica nacional de 2026) = **\$11.31**

\$11.31 redondeado al \$.10 más cercano = **\$11.30**

\$11.30 = multa mensual por inscripción tardía de la Sra. Martínez para 2026

Si está en desacuerdo con la cantidad de la multa

Su cobertura de medicamentos de Medicare le enviará una carta indicando que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si no está de acuerdo con su multa, puede solicitar una revisión (dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta). Tendrá que llenar el formulario de solicitud de reconsideración que recibe con su carta antes de la fecha indicada. Envíe pruebas para justificar su caso, como información sobre su [cobertura válida de medicamentos](#) anterior. Si necesita ayuda, hable con su plan.

¿Cuáles son los medicamentos que están cubiertos?

Todos los planes deben cubrir una amplia gama de medicamentos recetados para las personas con Medicare, incluyendo la mayoría de los medicamentos en ciertas “clases protegidas”, como medicamentos para tratar el cáncer, VIH/SIDA, depresión, psicosis, convulsiones o para prevenir el rechazo de trasplantes de órganos. La información sobre la lista de medicamentos cubiertos de un plan (llamada “[formulario](#)”) no se incluye en este manual porque cada plan tiene su propio formulario. **Asegúrese de revisar el formulario antes de inscribirse en un plan.** Un plan puede hacer cambios en su lista de medicamentos durante el año si sigue las pautas establecidas por Medicare. Por ejemplo, su plan puede cambiar su lista de medicamentos durante el año porque cambian las terapias con medicamentos, se lanzan nuevos medicamentos o hay nueva información médica disponible. Su plan puede aumentar el [coseguro](#) que paga por un medicamento de marca o uno genérico cuando el fabricante aumenta el precio. Su plan también puede aumentar el [copago](#) o el coseguro cuando un plan comienza a ofrecer una forma genérica de un medicamento de marca, pero usted continúa tomando el medicamento de marca. En algunos casos, el plan puede cubrir un medicamento para una condición de salud pero no para otra.

Nota: La Parte B de Medicare cubre una cantidad limitada de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (página 42). La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) incluye la buprenorfina, para tratar los Trastornos por Consumo de Opioides. También cubre medicamentos, como la metadona, cuando se recetan para el dolor (pero no están cubiertos por la Parte D para tratar los Trastornos por Consumo de Opioides).

Los planes agrupan los medicamentos en distintos niveles. En general, los medicamentos en niveles más bajos cuestan menos que los de niveles más altos.

¿Qué sucede si mi medicamento está en un nivel superior?

Si el medicamento que necesita está en un nivel más alto, es posible que pueda solicitar una excepción para pagar menos. Su plan también le notificará si realiza cambios que afecten los medicamentos que usted toma. Para más información sobre las exenciones, vaya a la página 104.

Comuníquese con su plan para obtener su formulario o visite el sitio web del plan. También puede visitar es.Medicare.gov/plan-compare o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) para averiguar si un medicamento está en la lista de su plan.

¡Importante! Cada mes que llene una receta, su plan le envía una Explicación de Beneficios (EOB, en inglés). Revise que no tenga errores. Si tiene preguntas o encontró errores, llame a su plan. Si sospecha fraude, llame al Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). Vaya a página 110.

Los planes pueden tener reglas de cobertura para ciertos medicamentos:

- **Autorización previa:** Usted o la persona que le receta el medicamento debe comunicarse con el plan antes de que pueda comprar el medicamento. Su médico tal vez tenga que demostrarle al plan que el medicamento es **necesario por motivos médicos** para que lo cubra.
Los planes también pueden usar autorización previa cuando cubren un medicamento para ciertas condiciones médicas, pero no todas las afecciones médicas para las cuales se aprueba un medicamento. Cuando esto ocurra, es probable que los planes tengan medicamentos alternos en su formulario (lista de medicamentos) para las otras afecciones médicas, para las cuales se puede recetar el medicamento.
- **Límite de cantidad:** Esto se refiere a la cantidad de píldoras que puede obtener cada vez.
- **Terapia en etapas/pasos:** Significa que antes de que el medicamento que le recetó el médico sea pagado por el plan, usted debe probar uno o más medicamentos similares de menor costo.
- **Controles de seguridad de los analgésicos opioides en la farmacia:**
Antes de que la farmacia surta sus recetas, su plan y farmacia harán revisiones adicionales de seguridad, como la verificación de interacciones farmacológicas y dosis incorrectas.
Estos controles también incluyen la verificación de cantidades peligrosas de medicamentos para el dolor con opioides y limita el primer suministro de opioides y uso al mismo tiempo que las benzodiazepinas (comúnmente utilizadas para la ansiedad y el sueño). Los analgésicos opioides (como la oxicodona y la hidrocodona) pueden ayudar con ciertos tipos de dolor, pero tienen riesgos graves como adicción, sobredosis y muerte. Estos riesgos aumentan cuando se toman opioides con ciertos medicamentos, como las benzodiazepinas, medicamentos anticonvulsivos, gabapentina, relajantes, ciertos antidepresivos y medicamentos para dormir. Consulte con su médico o farmacéutico si tiene preguntas sobre riesgos o efectos secundarios.
- **Programas de administración de medicamentos:** La cobertura de Medicare (Parte D) tiene programas para supervisar el uso de opioides y benzodiazepinas. Si su uso de opioides no es el apropiado (debido a que recibió recetas de opioides de varios médicos o farmacias, o tuvo una sobredosis), su plan se comunicará con los médicos que los recetaron para asegurarse de que sean **médicamente necesarios** y que los esté usando de forma adecuada.

Se le enviará una carta por adelantado si su plan decide que su uso de opioides o benzodiazepinas puede ser peligroso. Esta carta le informará si el plan limitará la cobertura de estos medicamentos, o si necesita las recetas de estos medicamentos de un sólo médico o farmacia. Usted y su médico tienen derecho a apelar estas limitaciones si no está de acuerdo con la decisión del plan (página 99). La carta también le indicará cómo comunicarse con el plan si tiene preguntas o desea presentar una apelación.

Las revisiones de seguridad para opioides en la farmacia y los programas de administración de medicamentos generalmente no le aplican si tiene cáncer, recibe cuidados paliativos o para los últimos momentos de la vida, reside en un hospicio o centro de cuidado a largo plazo.

Si su médico y/o usted piensan que deberían excluirlo de alguna de estas normas, puede solicitar una excepción (página 100).

Consejos importantes si le recetan opioides:

- Los opioides pueden ser una parte importante del manejo del dolor, pero también pueden tener serios riesgos para la salud si se usan incorrectamente.
- Medicare cubre medicamentos recetados, como la naloxona y el clorhidrato de nalmefeno, que su médico podría recetarle como medida de seguridad en caso de que necesite revertir rápidamente los efectos de una sobredosis de opioides. Hable con su médico sobre tener naloxona o un medicamento similar en casa.
- Hable con su médico sobre su dosis y por cuánto tiempo estará tomando opioides. Usted y su médico pueden decidir más tarde que no necesitan toda su receta.
- Hable con su médico sobre otras opciones que Medicare cubre para tratar su dolor, como terapia física, psicoterapia individual y grupal, servicios de integración del comportamiento para la salud y más.
- Nunca tome más opioides de lo recetado. Hable con su médico sobre cualquier otro medicamento que esté tomando para el dolor.
- Deseche de forma segura los opioides recetados sin usar a través del programa de devolución de medicamentos de su comunidad o farmacia.

Para más información sobre el manejo seguro y eficaz del dolor y el uso de opioides, visite es.Medicare.gov/coverage/pain-management o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).

¿Le renuevan su receta automáticamente por correo?

Los planes de medicamentos de Medicare pueden ofrecer un programa voluntario de envío automático que permite a algunas personas con Medicare recibir sus medicamentos recetados automáticamente antes de que se les agoten. Cuando comience su cobertura de medicamentos, dentro de los primeros 90 días, es posible que reciba un suministro de transición por única vez. Esto significa que obtendrá un suministro para 30 días de un medicamento que ya estaba tomando, pero que su plan normalmente no cubre o para el cual suele requerir autorización previa o terapia escalonada. Comuníquese con su plan para más información.

Servicios de Control para la Terapia de Medicamentos

Los planes Medicare con cobertura de medicamentos (Parte D) deben ofrecer servicios para el Control de la Terapia de Medicamentos (MTM, en inglés) a los miembros del plan si cumplen ciertos requisitos (página 86). Los miembros elegibles pueden obtener estos servicios gratuitos para ayudarles a entender cómo administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura. Los servicios de MTM ofrecidos pueden variar según el plan. Los servicios de MTM y generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor para revisar sus medicamentos. Comuníquese con su plan para averiguar si es elegible.

Cobertura de la Parte D para la insulina

La Parte D cubre la insulina, incluyendo insulina inyectable (insulina que se inyecta con una pluma o una aguja), la insulina inhalada y la insulina utilizada con bombas que no son equipo médico duradero (como bombas tipo parche, bombas reutilizables que usan cartuchos de insulina desechables o bombas de infusión). También cubre ciertos suministros médicos utilizados para inyectar insulina, como jeringas, gasas y toallitas con alcohol. Los productos de insulina cubiertos se incluyen en el **formulario** de su plan.

¡Importante! Los planes no pueden cobrarle más de \$35 por un suministro de un mes de cada insulina cubierta por la Parte D que tome, y no tiene que pagar un **deducible** por la insulina.

Se aplican límites similares a los costos para las bombas de insulina tradicionales (cubiertas por la Parte B). Visite es.Medicare.gov/coverage/insulin para más información.

Cobertura de la Parte D para medicamentos GLP-1

¡Nuevo!

A partir del 1 de julio de 2026, el programa Medicare GLP-1 Bridge ofrece acceso a ciertos medicamentos GLP-1 para ayudarle a perder peso y mejorar su salud, siempre que cuente con cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), no reciba ya beneficios para estos medicamentos a través de la Parte D y cumpla con otros requisitos. Usted pagará un **copago** de \$50 por un suministro mensual. Visite es.Medicare.gov/glp1bridge para obtener más información.

¿Cómo funcionan los otros seguros o programas con la cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D)?

Medicaid

Si tiene Medicare y **Medicaid**, Medicare cubre sus medicamentos recetados. Es posible que Medicaid aún cubra algunos medicamentos que Medicare no cubre.

Nota: Si tiene Medicare y Medicaid, usted califica automáticamente para la Ayuda Adicional (página 92).

Cobertura de empleador o sindicato

Cobertura de salud para usted, su cónyuge u otro familiar de su empleador anterior o actual o sindicato. Cuando tiene cobertura de empleador o sindicato u otro seguro médico (como un plan de salud para jubilados) y Medicare, existen reglas sobre si Medicare o su otra cobertura paga primero (página 21). Si tiene la cobertura de medicamentos por su empleo actual o anterior, su empleador o sindicato le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es válida.

Guarde estos avisos.

¡Importante! Obtener la cobertura de medicamentos de Medicare podría provocar la pérdida de la cobertura médica de su empleador o sindicato. Asegúrese de llamar a su administrador de beneficios para más información antes de hacer cualquier cambio en su cobertura.

COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)

La ley federal podría permitirle que mantenga la cobertura médica de un empleador o sindicato, una vez que su empleo haya terminado o después de haber perdido su cobertura como dependiente de un empleado. Hay varios motivos por los que debería aceptar la Parte B en vez de o además de COBRA (página 18). Sin embargo, si acepta COBRA y es elegible para Medicare, es posible que **COBRA sólo pague una pequeña parte de sus costos médicos** y es posible que usted tenga que pagar la mayoría de los costos. Para evitar facturas médicas inesperadas, necesita inscribirse en Medicare de inmediato.

Si tiene COBRA que incluye una **cobertura válida de medicamentos**, tendrá un Período Especial de Inscripción para obtener la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) sin pagar una multa una vez termine la cobertura de COBRA.

Si tiene preguntas sobre Medicare y COBRA, visite es.Medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/medicare-basics/working-past-65/cobra-coverage o llame al Centro de Recuperación y Coordinación de Beneficios al 1-855-798-2627 (TTY: 1-855-797-2627).

Medigap (seguro suplementario a Medicare) con cobertura de medicamentos

Ya no se pueden vender pólizas **Medigap** con cobertura de medicamentos, pero si usted tiene una póliza Medigap antigua que incluía cobertura de medicamentos, puede conservarla. Puede optar por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte porque la mayor parte de la cobertura de medicamentos de Medigap no es acreditable, y podría pagar más si se inscribe en un plan de medicamentos más tarde (página 87). Si tiene cobertura de medicamentos acreditable, guarde un registro de su información si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

No puede tener cobertura de medicamentos en Medigap y en un plan de medicamentos de Medicare al mismo tiempo. Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare aparte, infórmele a Medigap para que elimine su cobertura y ajuste sus **primas**.

Seguro Médico para Empleados Federales (FEHBP, en inglés)

Los planes FEHBP cubren a empleados y jubilados federales y sus familias. Por lo general, incluyen cobertura válida de medicamentos, por lo que no necesita inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si decide hacerlo, puede mantener su plan FEHBP y Medicare pagará primero. Para más información, visite OPM.gov/healthcare-insurance/healthcare o llame a la Oficina de Administración de Personal llamando al 1-888-767-6738 (TTY: 711). Si es un empleado federal activo, comuníquese con el funcionario de beneficios, para una lista de funcionarios visite apps.opm.gov/abo. Si tiene preguntas puede llamar a su plan.

Los empleados, jubilados y familiares elegibles del Servicio Postal de EE. UU. reciben cobertura médica a través del Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (PSHB). Visite [OPM.gov/healthcare-insurance/pshb](https://www.opm.gov/healthcare-insurance/pshb) para más información.

Beneficios para Veteranos

Seguro médico para los excombatientes y los que han pertenecido a las fuerzas militares. Tal vez pueda obtener la cobertura de sus medicamentos a través del programa del Departamento de Asuntos para Veteranos (VA). Usted puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos aparte, pero si lo hace, no podrá usar ambos tipos de cobertura para la misma receta. Para más información visite [VA.gov](https://www.va.gov) o llame al 1-800-827-1000 (TTY: 711).

Programa de Salud Civil y Médico del Departamento de Asuntos de Veteranos (CHAMPVA, en inglés)

CHAMPVA es un programa integral de cuidado médico en el que el VA comparte el costo de servicios y suministros cubiertos con las personas elegibles. Puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte, pero si lo hace, no podrá usar el programa de Medicamentos por Correo (Meds by Mail), que puede proporcionarle sus medicamentos de mantenimiento gratis (sin [primas](#), [deducibles](#) ni [copagos](#)). Para más información, visite [VA.gov/communitycare/programs/dependents/champva](https://www.va.gov/communitycare/programs/dependents/champva) o llame al 1-800-733-8387.

TRICARE (Beneficios para Militares)

Es un seguro médico para militares en servicio activo, militares jubilados y sus familias. **Las personas con TRICARE con derecho a la Parte A también deben tener la Parte B para mantener sus beneficios de medicamentos de TRICARE.** Si tiene TRICARE, no tiene que inscribirse en un plan de medicamentos. Si lo hace, el plan de medicamentos de Medicare pagará primero y TRICARE será el pagador secundario. Si se inscribe en un [plan Medicare Advantage](#) que ofrece la cobertura de medicamentos, TRICARE y el plan MA coordinarán los beneficios si la farmacia de la red del plan también es una farmacia de la red de TRICARE. Visite [tricare.mil](https://www.tricare.mil) o comuníquese con el Programa Farmacéutico de TRICARE llamando al 1-877-363-1303 (TTY: 1-877-540-6261).

Servicios de Salud para Indígenas (IHS)

El IHS es el principal proveedor para la población indígena estadounidense/nativa de Alaska que recibe cobertura de Medicare. El sistema, que consta de programas de salud tribales, urbanos y operados por el gobierno federal, ofrece varios servicios de salud clínicos y preventivos a través de una red de hospitales, clínicas y otras entidades. Muchos centros de salud indígenas participan en la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D). Si obtiene medicamentos recetados a través de un centro de salud indígena, continuará recibéndolos gratis y su cobertura no tendrá interrupción. Inscribirse en un plan de Medicare o en un plan MA con cobertura de medicamentos puede ayudar a su centro de salud indígena porque el plan le paga al centro de salud indígena el costo de sus medicamentos recetados. Hable con su coordinador local para elegir el plan adecuado.

¡Importante! Es posible que califique para programas que le ayuden a reducir sus costos médicos (página 98).

Sección 7:

Obtenga ayuda para pagar sus gastos de salud y medicamentos

Programas de ahorros de Medicare

Si usted es una persona de ingresos y recursos limitados, es posible que pueda obtener ayuda de su estado para pagar algunos de los costos de Medicare si cumple ciertos requisitos.

Hay 4 tipos de programas de ahorros:

- 1. Programa Medicare para el Beneficiario Calificado (QMB):** El programa QMB paga las **primas** de la Parte A (si no tiene la Parte A sin prima) y/o B. Además, los proveedores de Medicare no están autorizados a cobrarle servicios y artículos, **deducibles**, **coseguros** y **copagos** cubiertos por Medicare. Si recibe una factura por estos cargos, díglele a su proveedor o facturador que está en el Programa QMB y no se le pueden cobrar por los servicios o suministros, deducibles, coseguro ni los copagos cubiertos por Medicare. Si ya ha hecho pagos en una factura por servicios y artículos que cubre Medicare, tiene derecho a un reembolso. Si tiene un **plan Medicare Advantage**, comuníquese con el plan para que suspendan los cargos.

Para asegurarse de que su proveedor sepa que está en el Programa QMB, muestre su tarjeta de Medicare y **Medicaid** o QMB cada vez que reciba tratamiento. También puede darle a su proveedor una copia de su Resumen de Medicare (MSN). Su MSN mostrará que está en el programa QMB y no tiene que pagar. Ingrese a [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov) para ver su MSN o inscribáse para recibir sus MSNs de manera electrónica.

Si su proveedor no deja de facturarle, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048). Podemos confirmar que está en el programa QMB.

- 2. Programa Medicare para los Beneficiarios de Bajos Ingresos (SLMB):** Sólo le ayuda a pagar la prima de la Parte B.
- 3. Programa de Medicare para los Individuos Calificados (QI):** Paga la prima de la Parte B. QI sólo está disponible para personas que no califican para ninguna otra cobertura o beneficio de Medicaid.
- 4. Programa para los Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI):** Paga la prima de la Parte A. Usted puede calificar para el programa si está incapacitado y perdió sus beneficios del Seguro Social y la Parte A (libre de prima) porque regresó a trabajar.



¿Deficiones? Consulte las páginas 119-122.

Si se inscribe en el beneficio de medicamentos inmunosupresores (página 55) y tiene ingresos y recursos limitados con cobertura parcial de **Medicaid**, puede ser elegible para recibir ayuda con los costos a través de un programa QMB, SLMB o QI. Comuníquese con su Oficina de Asistencia Médica Estatal (Medicaid) para solicitar.

Si es elegible para un programa QMB, SLMB o QI, automáticamente califica para la **Ayuda Adicional** (descrita a continuación).

¡Importante! Los Programas de Ahorros de Medicare están disponibles a través de su estado. Los nombres de estos programas y la manera en que funcionan pueden variar según el estado. Los Programas de Ahorros no están disponibles en Puerto Rico, Guam, las Islas Marianas del Norte, Samoa Americana ni las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

¿Cuáles son los requisitos?

- En la mayoría de los casos, sus ingresos y recursos deben estar por debajo de cierto límite para calificar para un Programa de Ahorros de Medicare. Los límites de ingresos y recursos varían según el estado.
- Incluso si piensa que no reúne los requisitos, llene una solicitud. Comuníquese con la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para comenzar.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) o visite [Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip](https://www.Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip) para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado.

¿Qué puedo hacer si necesito ayuda para pagar mis medicamentos?

Si tiene ingresos y recursos limitados, puede calificar para Ayuda Adicional, un programa que ayuda con costos de medicamentos. Si califica y se inscribe en plan de medicamentos de Medicare aparte o en plan MA con cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), no pagará la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Puede calificar para la Ayuda Adicional si su ingreso anual y otros recursos están por debajo de estos límites en 2026:

	Ingresos anuales	Recursos
Persona soltera	menos de \$23,940	menos de \$18,090
Persona casada que vive con su cónyuge y sin otros dependientes	menos de \$32,460	menos de \$36,100

Usted podría ser elegible incluso si su ingreso es más alto (por ejemplo, sigue trabajando, vive en Alaska o Hawái o tiene dependientes que viven con usted).

Recursos

- **Incluyen** dinero que tenga en una cuenta corriente o de ahorros, acciones y bonos, Cuentas de Retiro Individual (IRA, en inglés).
- **No incluyen** su vivienda, automóvil, sepultura y hasta \$1,500 para gastos de entierro (por persona), muebles y otros artículos del hogar o seguro de vida.

Nota: La **Ayuda Adicional** no está disponible en Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, las Islas Marianas del Norte o Samoa estadounidense. Pero hay otros programas disponibles en estas áreas para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados (página 99).



Costos y cobertura: La mayoría de las personas con Medicare sólo pueden hacer cambios a su cobertura de medicamentos durante ciertas épocas del año. Si recibe **Medicaid** o Ayuda Adicional, podrá hacer cambios cada mes. Si hace un cambio, este entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Para más información, visite es.Medicare.gov/special-enrollment-periods y seleccione “Tengo Medicare y Medicaid, o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare”.

Usted puede obtener la Ayuda Adicional automáticamente si tiene Medicare y cumple con alguna de estas condiciones:

- Tiene la cobertura completa de Medicaid.
- Recibe ayuda de Medicaid para pagar las **primas** de la Parte B y otros costos de Medicare (páginas 95–96).
- Recibe los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés).

Para informarle que usted califica automáticamente para la Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta en papel morado que usted debe guardar. Si recibió la carta, no tendrá que solicitarla.

- Si aún no se ha inscrito en la cobertura de Medicare para medicamentos, debe hacerlo para obtener la Ayuda Adicional.
- Si no tiene cobertura de medicamentos, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare aparte para que pueda usar la Ayuda Adicional. Si Medicare lo inscribe en un plan, recibirá una carta en papel amarillo o verde informándole cuándo comienza su cobertura y que tendrá un Período Especial de Inscripción para cambiar de plan si desea inscribirse en un plan diferente.
- Cada plan cubre distintos medicamentos. Averigüe si el plan en el que está inscrito cubre los medicamentos que necesita y si puede comprarlos en la farmacia que desea. Visite es.Medicare.gov/plan-compare o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).
- Si tiene Medicaid y vive en una institución (como un asilo para ancianos) o recibe servicios domiciliarios o de su comunidad, usted no pagará por los medicamentos cubiertos.
- En 2027, los costos de los medicamentos para las personas que califican generalmente no serán más de \$5.80 por cada medicamento genérico y \$14.40 por cada medicamento de marca. Consulte las cartas de Ayuda Adicional que recibe o comuníquese con su plan si tiene preguntas sobre los costos.

Si no desea inscribirse en un plan Medicare de medicamentos aparte (porque por ejemplo sólo desea la cobertura de su empleador o sindicato), llame al plan mencionado en la carta o al 1-800-MEDICARE. Dígales que no quiere inscribirse en un plan de medicamentos recetados (que usted “opta por no hacerlo”). Si aún es elegible para recibir Ayuda Adicional, o si la cobertura de su empleador o sindicato es **cobertura válida de medicamentos**, no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.

¡Importante! Si tiene cobertura de su empleador o sindicato y se inscribe en Medicare Parte D, podría perder esa cobertura para usted y sus dependientes. Llame al administrador de beneficios de su empleador antes de inscribirse.

Si no es elegible automáticamente para recibir la Ayuda Adicional, puede solicitar en cualquier momento en [SSA.gov/extrahelp](https://ssa.gov/extrahelp).

Cuando solicita la Ayuda Adicional, también puede comenzar su solicitud para el Programa de Ahorros de Medicare (página 95). Estos programas estatales ayudan con otros costos de Medicare. El Seguro Social le enviará la información a su estado a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional. Visite es.Medicare.gov/extrahelp para más información.

Otras ayudas para pagar los gastos de MedicareOtras ayudas para pagar los gastos de Medicare

Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos si tiene ingresos y (en algunos casos) recursos limitados y que cumplen con otros requisitos. Ciertos beneficiarios son elegibles para Medicare y Medicaid.

¿Qué cubre Medicaid?

- Si tiene Medicare y cobertura completa de Medicaid, la mayoría de sus costos de servicios médicos están cubiertos. Puede obtener su cobertura de Medicare a través de **Medicare Original** o un **plan Medicare Advantage**, como un plan de necesidades especiales (página 73).
- Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid, Medicare cubrirá los medicamentos recetados. Usted califica automáticamente para la Ayuda Adicional (página 96). Medicaid pagará por algunos medicamentos y otros servicios que Medicare no cubre.
- Las personas con cobertura completa de Medicaid podrían obtener ciertos servicios que Medicare no cubre o sólo cubre parcialmente, como los servicios de cuidado a largo plazo en un asilo para ancianos, cuidado personal, transporte a servicios médicos, comidas a domicilio, servicios en el hogar y, la comunidad y servicios dentales, auditivos y de la vista.

¿Cuáles son los requisitos?

- Los programas Medicaid varían en cada estado, también pueden tener nombres diferentes como “Ayuda Médica” o “Medi-Cal”.
- Cada estado tiene requisitos de ingresos y recursos diferentes.
- Llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar si es elegible. Visite [Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip](https://www.Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip) o llame al 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048) para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado.

Nota: Es importante considerar cuidadosamente los beneficios que ofrece **Medicaid** en su estado antes de inscribirse en un **plan Medicare Advantage**. Si cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) local para obtener ayuda con sus opciones. El teléfono para su SHIP aparece en las páginas 114-117 o visite shiphelp.org.

Planes Medicare-Medicaid

Medicare está trabajando con algunos estados y planes médicos para ofrecer estos planes piloto (conocidos como planes Medicare-Medicaid) a ciertas personas que tienen Medicare y Medicaid. Estas **demonstraciones** incluyen cobertura de medicamentos. Si le interesa inscribirse en uno de estos planes, visite es.Medicare.gov/plan-compare ingrese su código postal y seleccione el plan Medicare Advantage (Parte C). Cuando se le pregunte si recibe ayuda con sus costos, seleccione Medicaid. Aparecerá una lista de planes disponibles y tendrán (plan Medicare-Medicaid) al lado de su nombre.

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs, en inglés)

Varios estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a ciertos beneficiarios a pagar por sus medicamentos recetados basándose en sus necesidades económicas, su edad o problema médico. Para averiguar cuáles son los SPAP en su estado y cómo trabajan, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono de su SHIP en la contracubierta o visite shiphelp.org. También puede visitar go.Medicare.gov/es-spap.

Programas de Ayuda Farmacéutica (también llamados Programas de Ayuda al Paciente)

Muchas empresas farmacéuticas ofrecen ayuda para las personas que tienen la cobertura de Medicare para medicamentos y cumplen ciertos requisitos. Encontrar Programas de Ayuda Farmacéutica, visite go.Medicare.gov/es-spap.

Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE, en inglés)

PACE es un programa de Medicare y Medicaid ofrecido en muchos estados, para que las personas que necesitan que necesitan cuidado similar al de un asilo de ancianos. Este programa ofrece servicios que les permiten permanecer en la comunidad el mayor tiempo posible (página 77).

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés)

SSI es una prestación mensual en efectivo del Seguro Social para las personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. SSI no es lo mismo que el beneficio del Seguro Social para jubilados. Es posible que pueda obtener tanto beneficios de SSI como beneficios de Seguro Social al mismo tiempo si su beneficio de Seguro Social es menor que la cantidad de SSI, debido a un historial laboral limitado, un historial de trabajo con salarios bajos o ambos. Si usted es elegible para el SSI, automáticamente califica para la **Ayuda Adicional** y, por lo general, es elegible para Medicaid.

Visite ssabest.benefits.gov y consulte el Buscador de Beneficios para averiguar si reúne los requisitos para obtener SSI u otros beneficios. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Nota: Las personas que viven en Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam o Samoa Americana no pueden obtener el beneficio de SSI.

Programas para las personas que viven en los territorios de los Estados Unidos

Hay programas en Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana que ayudan a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de Medicare. Los programas varían según el territorio. Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para más información. Visite [Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip](https://www.Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).

¡Nuevo!

TrumpRx

Compare lo que paga por sus medicamentos bajo su plan con los precios que aparecen en [TrumpRx.gov](https://www.TrumpRx.gov) para asegurarse de obtener el mejor precio. TrumpRx es un sitio web gratuito que le conecta con ofertas especiales y los mejores precios de pago directo para ciertos medicamentos recetados. Aunque no puede comprar medicamentos directamente a través de TrumpRx, puede utilizar sus cupones digitales o imprimibles en la farmacia para obtener descuentos. El uso de TrumpRx y otros tipos de tarjetas de descuento (en lugar de Medicare u otra cobertura) no se considera cobertura acreditable ni cuenta para el cumplimiento de su **deducible** o del límite máximo de gastos de su propio bolsillo.

Sección 8:

Sus derechos y protecciones de Medicare

¿Cuáles son mis derechos si tengo Medicare?

Todas las personas con Medicare tienen ciertos derechos y protecciones. Usted tiene derecho a:

- Ser tratado con cortesía, dignidad y respeto en todo momento.
- No ser discriminado.
- Que su información personal y médica sea confidencial.
- Obtener información o servicios médicos de Medicare, sus planes, proveedores y (en ciertas circunstancias) contratistas, en un lenguaje claro y sencillo.
- Obtener servicios cubiertos por Medicare en caso de emergencia.
- Obtener su información de Medicare en un formato accesible, como braille o letra grande. Consulte “Comunicaciones Accesibles” en la página 124. **Nota:** Comuníquese con su plan si necesita información en un idioma que no sea en español o formato accesible.
- Obtener respuestas a sus preguntas sobre Medicare.
- Tener acceso a médicos, especialistas, proveedores y hospitales para servicios **médicamente necesarios**.
- Ser atendido por su proveedor u otro profesional, si tiene un plan de salud grupal de su empleador, o un plan de responsabilidad pública, de responsabilidad civil o de compensación laboral que esté activo y pague primero.
- Que le expliquen sus opciones de tratamiento claramente y participar en las decisiones sobre el mismo.
- Obtener una decisión sobre el pago de cuidado médico, cobertura de artículos y servicios o cobertura de medicamentos. Cuando usted o su proveedor presenten una reclamación, recibirán un aviso informándole qué se cubrirá y qué no. Este aviso proviene de uno de estos:
 - Medicare
 - Su **plan Medicare Advantage** u otro **plan de salud de Medicare**
 - Su plan de Medicare para medicamentos (Parte D)

Si no está de acuerdo con la decisión sobre su reclamación, tiene derecho a presentar una apelación. Puede solicitar una revisión (apelación) de ciertas decisiones sobre el pago de atención médica, cobertura de artículos y servicios o la cobertura de medicamentos.



¿Deficiones? Consulte las páginas 119-122.

Si tiene inquietudes sobre la calidad del cuidado y otros servicios que recibe de un proveedor de Medicare, puede:

- Presentar una queja (a veces llamada “querella”).
- Trabajar con redes de enfermedades renales en etapa final (ESRD) y agencias estatales de encuestas para ayudarlo con las quejas sobre su cuidado de diálisis o trasplante de riñón.

Visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información sobre cómo presentar una queja.

¿Cuáles son mis derechos si mi plan deja de participar en Medicare?

Los planes de salud y medicamentos de Medicare pueden decidir que no participarán en el programa Medicare el año próximo. En estos casos la cobertura de su plan terminará después del 31 de diciembre. Antes del Período de Inscripción Abierta, su plan le enviará una carta con sus opciones. Si esto sucede:

- Podrá escoger otro plan cuya cobertura comience el 1 de enero, si se inscribe entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- **Tendrá el derecho especial bajo ley federal de inscribirse en otro plan de Medicare hasta el último día de febrero.**
- Tendrá el derecho de bajo ley federal comprar ciertas [pólizas de Medigap](#) dentro de los 63 días después de que termine su cobertura del plan. Dependiendo de su estado, también puede tener derecho a comprar una póliza Medigap si su plan decide no participar en Medicare durante el próximo año.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es un recurso que puede usar cuando no está de acuerdo con una decisión sobre el pago o cobertura de un servicio tomada por Medicare o por su plan. Usted puede apelar si Medicare o su plan le niega:

- Un servicio, suministro o medicamento recetado y usted cree que Medicare debería cubrirlo.
- El pago de un servicio o medicamento recetado que usted recibió.
- Un pedido de cambio en el precio que tiene que pagar por un servicio, insumo o medicamento.

También puede apelar:

- Si Medicare o su plan deja de pagar o de brindarle un servicio, medicamento o suministro o parte del mismo y usted piensa que aún lo necesita.
- Una determinación en riesgo realizada bajo un programa de administración de medicamentos que limita el acceso a la cobertura de medicamentos que se abusan con frecuencia, como los opioides y las benzodiazepinas (página 90).
- Si su reclamación es denegada debido a un registro de accidente en curso y la reclamación no está relacionada con el accidente.

¡Importante! Si tiene **Medicare Original** está en el hospital y el hospital cambia su estado de paciente internado a paciente ambulatorio con servicios de observación (página 30) tiene derecho apelar. Visite es.Medicare.gov/statuschange para más información. **Debe cumplir ciertos requisitos para apelar.**

Si decide apelar, pídale a su médico, proveedor o suplidor que le facilite cualquier información que pudiera servirle para su caso. **Guarde una copia de todos los documentos relacionados con el proceso de su apelación**, incluyendo lo que le envíe a Medicare o su plan.

¿Cómo hago para apelar una decisión?

El modo apelar depende del tipo de cobertura de Medicare que tenga.

Si tiene Medicare Original

- Obtenga el “Resumen de Medicare” (MSN) que muestra el artículo o servicio por el que está apelando (página 62).
- Haga un círculo alrededor del artículo o servicio que aparece en el “Resumen de Medicare” con el que está en desacuerdo y detalle en el MSN las razones por las que está en desacuerdo. También puede explicar los motivos en una página separada y adjuntarla al MSN.
- Incluya un número de teléfono y su número de Medicare en el MSN. Haga una copia y guárdela en su archivo personal.
- Envíe el MSN o una copia del mismo a la dirección del contratista de Medicare que aparece en el MSN. Puede enviar información que ayude a su caso. O puede llenar y enviar el Formulario 20027 de CMS al contratista mencionado en el MSN. Para obtener el formulario visite [es.Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) para que le envíen una copia por correo.
- Debe presentar su apelación antes de la fecha establecida en el MSN. Si no cumplió con la fecha límite para apelar, aún puede presentar una apelación y obtener una decisión si puede demostrar una buena causa para no cumplir con la fecha límite (por ejemplo, si sufrió una enfermedad o accidente que retrasó su envío antes de la fecha límite).
- Generalmente recibirá la decisión del Contratista Administrativo de Medicare dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. Si Medicare pagará por el servicio o artículo, el pago aparecerá en el próximo MSN.
- Es posible que tenga derecho a una apelación rápida si cree que sus servicios de Medicare en un hospital u otro centro están terminando antes de tiempo (página 104).

Si está inscrito en un plan **Medicare Advantage** u otro plan de salud de Medicare

El plazo para presentar una apelación puede ser diferente al de **Medicare Original**. Entérese cómo hacer para apelar leyendo los documentos que le manda el plan cada año, llámelos o visite [es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/medicare-health-plans](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/medicare-health-plans).

Si está inscrito en un plan Medicare de medicamentos aparte

Incluso antes de comprar un determinado medicamento, tiene derecho a:

- Obtener una explicación por escrito para las decisiones de cobertura de medicamentos (llamada “determinación de cobertura”) de su plan de medicamentos recetados. Esta es la primera decisión tomada por su plan (no por la farmacia) sobre su cobertura, que incluye si un determinado medicamento está cubierto, si ha cumplido los requisitos para recibir el medicamento recetado, cuánto debe pagar por dicho medicamento y si se puede hacer una excepción a una norma del plan tal como usted lo ha solicitado.

- Pedirle al plan una “excepción” si usted o su médico (o cualquier proveedor de la salud autorizado legalmente para recetar medicamentos) cree que necesita un medicamento que no está en el **formulario** (lista de medicamentos) del plan.
- Solicitar una “excepción” si usted o su médico creen que una norma de cobertura (como autorización previa) no debería aplicarse.
- Solicitar una “excepción” si cree que debería pagar menos por un medicamento que se encuentra en un nivel o categoría superior (más caro), porque usted o su médico piensa que no puede tomar un medicamento de un nivel inferior para tratar la misma condición.

Visite es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans para más información.

¿Cómo solicito una determinación o excepción de cobertura?

Usted o su médico deben comunicarse con el plan para solicitar una determinación de cobertura o una excepción. Si la farmacia de la red del plan no puede venderle un medicamento como fue recetado, el farmacéutico debe entregarle un aviso en el que le explica cómo comunicarse con su plan de recetas médicas para hacer el pedido. Si la farmacia no le entrega el aviso, pídaselo.

Usted o su médico pueden presentar una solicitud estándar o acelerada por teléfono o por escrito si está pidiendo una receta que aún no ha recibido. Si está pidiendo el reembolso del pago de un medicamento, usted o su médico debe solicitarlo por escrito.

Usted o su médico pueden llamar o escribirle al plan para solicitar una apelación acelerada. Su pedido se procesará en forma acelerada si el médico o el plan determinan que su vida o su salud corren peligro si tiene que esperar.

¡Importante! Para solicitar una excepción, su médico debe enviar una justificación que explica los motivos médicos por los que deberían otorgarle la excepción.

¿Dónde puedo obtener ayuda para solicitar una apelación?

Usted puede designar un representante para ayudarlo. Este puede ser un miembro de la familia, amigo, defensor, asesor financiero, abogado, médico o alguien que actúe en su nombre. Si desea información, visite es.Medicare.gov/appeals. También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) si necesita ayuda para apelar. El teléfono para su SHIP aparece en las páginas 114–117.

¿Qué derechos tengo si pienso que un servicio está terminando antes de tiempo?

Si usted recibe un servicio cubierto por Medicare en un hospital, **centro de enfermería especializada**, agencia para el cuidado de la salud en el hogar, centro de rehabilitación general u hospicio; y piensa que el servicio está terminando antes de tiempo, puede solicitar una apelación acelerada (“inmediata o rápida”). Su proveedor debe entregarle un aviso, antes de que termine el servicio, en el que le explican cómo solicitar una apelación acelerada. Lea el aviso atentamente. Si su proveedor no le ha entregado el aviso, pídaselo. Al solicitar una apelación acelerada, una organización independiente decidirá si el servicio

debe continuar o no. Puede comunicarse con su Organización para Mejoras de la Calidad para el Cuidado Centralizado de Beneficiarios y la Familia para obtener ayuda con la presentación de una apelación (página 112).

Una apelación rápida sólo cubre la decisión de terminar los servicios o darle de alta del hospital. Es posible que deba iniciar otro proceso de apelaciones para cualquier artículo o servicio que haya recibido después de la decisión de terminar los servicios. Visite es.Medicare.gov/appeals o es.Medicare.gov/publications para revisar el folleto “Apelaciones a Medicare”. Hay ciertas excepciones (detalles en el cuadro azul a continuación).

¡Importante! Si tiene **Medicare Original**, tiene derecho a solicitar una apelación rápida mientras aún se encuentre en el hospital si fue admitido como paciente internado y el hospital cambió su estado a paciente ambulatorio que recibe servicios de observación. Para más información, visite es.Medicare.gov.

Aviso Anticipado de No Cobertura para el Beneficiario (ABN, en inglés)

Si tiene Medicare Original, su médico, proveedor o suplidor puede darle un aviso llamado “Aviso Anticipado de No Cobertura” (ABN). Este aviso enumera los servicios o artículos que Medicare no pagará junto con un estimado de los costos y razones de no cobertura.

¿Qué ocurre si recibo este aviso?

- Le pedirán que decida si quiere recibir los servicios mencionados en el ABN.
- Si decide obtener dichos servicios, tendrá que pagar por ellos de su bolsillo si Medicare no lo hace.
- Le pedirán que lo firme e indique que ha leído y entendió el contenido del ABN.
- Los proveedores de servicios de salud y los suplidores no tienen (aunque pueden hacerlo) que entregarle un ABN para los servicios que Medicare nunca cubre (página 58).
- Un ABN no es una denegación oficial de cobertura de Medicare. Si el pago es denegado, puede apelar una vez tenga su “Resumen de Medicare” (MSN, en inglés). Sin embargo, usted tendrá que pagar por los artículos o servicios por los que está apelando si es que Medicare decide que dichos artículos o servicios no están cubiertos (y no tiene otro seguro que sea responsable por el pago).

¿Puedo recibir este aviso por otros motivos?

Puede recibir un “ABN” del Centro de Enfermería Especializada, cuando el centro cree que Medicare ya no cubrirá su estadía u otros artículos y servicios.

¿Qué ocurre si no recibí este aviso?

Si usted no recibió un ABN, en la mayoría de los casos, el proveedor debe reembolsarle el dinero que pagó por el servicio o suministro.

¿Dónde puedo obtener más información?

Visite es.Medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections para más información sobre los diferentes tipos de ABN y qué hacer si obtiene uno.

Nota: Si tiene un [plan Medicare Advantage](#), tiene derecho a una determinación de la organización por adelantado para ver si un servicio, medicamento o suministro está cubierto. Comuníquese con su plan para obtener una y siga las instrucciones para apelar con tiempo, si así lo desea. También puede recibir cuidado administrado por el plan. Esto es cuando un proveedor del plan lo envía para un servicio o a un proveedor fuera de la red sin obtener una determinación de la organización por adelantado (página 70).

Su derecho al acceso de su información de salud

Por ley, usted o su representante legal generalmente tienen derecho a revisar y/u obtener copias de su información médica personal de los proveedores que lo atienden y facturan a Medicare por su cuidado. También tiene derecho a obtener esta información de los planes que pagan por su cuidado, incluyendo Medicare. Revise la página 111 para más información.

Esto incluye:

- Reclamaciones y facturas
- Información relacionada con su inscripción en planes médicos, incluyendo Medicare
- Registros médicos y de administración de casos (con excepción de las notas de psicoterapia)
- Otros registros con información que los médicos o planes utilizan para tomar decisiones sobre su salud

Por lo general, usted puede obtener su información en papel o electrónicamente. Si sus proveedores o planes almacenan su información de forma electrónica, éstos pueden enviarle copias electrónicas si esa es su preferencia. Usted tiene el derecho de obtener su información a la mayor brevedad, pero puede tardar hasta 30 días para recibir una respuesta. Si su información se envía de forma electrónica, puede solicitar que la información se envíe a un tercero de su elección, como un proveedor que lo atiende, a usted, un familiar o un investigador.

Es posible que deba completar un formulario para solicitar copias de su información y pagar una tarifa. Por lo general, la tarifa no puede ser más que el costo total de:

- Mano de obra para la copia de la información solicitada
- Suministros para crear la copia
- Franqueo (si le pide a su proveedor que le envíe una copia por correo)

En la mayoría de los casos, no se le cobrará por revisar, buscar, descargar o enviar su información a través de un portal electrónico.

Para más información, visite HHS.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers.

Si necesita ayuda para obtener y usar sus registros de salud, la “Guía para Obtener y Usar sus Registros de Salud” puede enseñarle cómo. Esta guía le muestra cómo obtener su registro de salud y asegurarse de que sus registros sean precisos y completos, para que pueda recibir el máximo cuidado de salud. Visite healthit.gov/get-it-check-it-use-it para revisar la guía.

¿Cómo usa Medicare mi información personal?

Medicare protege la confidencialidad de su información médica personal. Las próximas páginas indican cómo por ley, se puede usar su información, divulgarse y cómo puede obtenerla.

Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad de Medicare Original

Este aviso describe cómo se usará o divulgará su información médica y cómo puede tener acceso a la misma. Léalo atentamente.

Por ley, Medicare debe proteger su información médica personal. También le debe entregar este aviso para explicarle cómo usará o divulgará su información médica personal.

Medicare le brindará información a:

- Usted u otra persona que actúe (designado) como su representante legal
- La Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si fuese necesario
- Cualquier otra persona que la ley designe

Medicare tiene derecho a usar o divulgar su información médica para pagar por su atención o para operar el programa Medicare. Por ejemplo:

- Contratistas Administrativos de Medicare usan su información para pagar o denegar las reclamaciones, cobrar las **primas**, compartir sus beneficios de pago con otros seguros o preparar su “Resumen de Medicare”.
- Podemos utilizar su información para que usted y otros beneficiarios obtengan atención médica de calidad, para brindar servicio al cliente, para solucionar cualquier problema que tenga o para comunicarse con usted para un proyecto de investigación.

Podemos usar o divulgar su información médica para los propósitos siguientes y en circunstancias limitadas:

- A las agencias estatales o federales que tengan derecho legal a recibir información de Medicare (por ejemplo para asegurarse que Medicare esté haciendo los pagos apropiados o para coordinar los beneficios entre programas)
- Para actividades relacionadas con la salud pública (el brote de una enfermedad)
- Para el control de actividades del gobierno relacionadas con el cuidado de la salud (por ejemplo investigaciones sobre fraude y abuso)
- Para procesos judiciales y administrativos (respuesta a una orden judicial)
- Para garantizar el cumplimiento de la ley (por ejemplo brindar información limitada para localizar una persona desaparecida)
- Para trabajos de investigación, incluidas las encuestas que cumplan con los requisitos legales de privacidad (investigación relacionada con la prevención de enfermedades o incapacidades)
- Para evitar una amenaza seria e inminente para la seguridad o la salud pública
- Para comunicarse con usted sobre nuevos beneficios o cambios en Medicare

- Para crear un banco de datos a través de los cuales no se lo pueda identificar
- A los profesionales y sus asociados para la coordinación del cuidado y para los propósitos de mejora de la calidad, como la participación en una **Organización Responsable de la Salud (ACO)**.

No vendemos ni usamos ni compartimos su información para informarle sobre productos o servicios de salud (“marketing”). Debemos obtener su permiso por escrito (una “autorización”) para usar o compartir su información para cualquier propósito que no esté descrito en este aviso.

Puede retirar (“revocar”) su permiso por escrito en cualquier momento, a menos que ya hayamos compartido información porque usted nos dio permiso.

Usted tiene derecho a:

- Revisar y pedir una copia de su información médica en poder de Medicare.
- Solicitar que hagan los cambios necesarios si la información está equivocada o si falta información y Medicare está de acuerdo. Si Medicare no está de acuerdo, usted puede agregar una declaración donde exprese su desacuerdo con su información médica personal.
- Obtener una lista de quienes recibirán de Medicare su información médica personal. La lista no indicará la información personal que se le haya proporcionado a usted o a su representante legal, la que fue divulgada para pagar por su cuidado, para el funcionamiento de Medicare o a los agentes que velan por el cumplimiento de la ley.
- Pedirle a Medicare que se comunique con usted de otra manera o en un lugar diferente (por ejemplo, enviándole materiales a un Apartado Postal [P.O. Box] en vez de a su casa).
- Pedirle a Medicare que limite el modo en que se usa o se divulga su información médica para pagar las reclamaciones y para el funcionamiento del programa Medicare. Tenga presente que tal vez Medicare no esté de acuerdo con este pedido.
- Estar informado sobre cualquier incumplimiento de su información médica.
- Obtener una copia impresa de este aviso.
- Para hablar con un representante de servicio al cliente sobre nuestro aviso de privacidad, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048.

Si piensa que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja de privacidad con:

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Visite [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE.
- El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), Oficina de Derechos Civiles (OCR). Visite [HHS.gov/hipaa/filing-a-complaint](https://www.HHS.gov/hipaa/filing-a-complaint).

El presentar una queja no afecta su cobertura de Medicare.

La ley nos obliga a cumplir con los términos de este aviso. Medicare tiene el derecho de cambiar el modo en que su información personal se usa o divulga. Si hacemos un cambio, le enviaremos un aviso por correo dentro de los 60 días del cambio.

El Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad del Medicare Original entró en vigencia el 23 de septiembre de 2013.

¿Cómo puedo protegerme del fraude y robo de identidad?

El robo de identidad médica es cuando alguien roba o usa su información personal (como su nombre, número de Seguro Social o de Medicare) para presentar reclamaciones fraudulentas a Medicare y otras aseguradoras de salud sin su permiso. Cuando reciba servicios médicos, anote las fechas y guarde los recibos y documentos que recibe del proveedor de la salud para verificar si hubo errores. Si piensa que hay un error, para averiguar lo que se facturó haga lo siguiente:

- Si tiene **Medicare Original**, revise su “Resumen de Medicare” (MSN) para averiguar son los servicios que le cobraron a Medicare. Si tiene un **plan de salud de Medicare**, pregúntele al plan.
- Inicie sesión (o cree) su cuenta segura de Medicare en **es.Medicare.gov** y revise sus reclamaciones (si está inscrito en el Medicare Original). Sus reclamaciones generalmente están disponibles dentro de las 24 horas de haber sido procesadas. También puede descargar la información usando su cuenta de **es.Medicare.gov** y seleccionando su nombre en el menú superior derecho y eligiendo “Descargar mis reclamaciones y datos” bajo “Mi Cuenta”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).
- Pídale a su médico o proveedor un informe detallado sobre cada servicio o suministro. Se lo debe entregar en un plazo de 30 días.

Si se comunicó con el proveedor y sospecha que se le está cobrando a Medicare por un servicio o insumo que no recibió o si no conoce al proveedor que figura en la reclamación llame al 1-800-MEDICARE.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE si piensa que su número de Medicare ha sido usado de manera fraudulenta.

Sólo proporcione información personal, como su número de Medicare, a médicos, compañías de seguros (y sus agentes o corredores autorizados), o planes que actúen en su nombre, o programas de asistencia estatal que trabajan con Medicare, como su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). No comparta su número de Medicare u otra información personal con nadie que se comunique con usted por teléfono, correo electrónico o en persona (a menos que le haya dado permiso de antemano). Medicare, o alguien que represente a Medicare, sólo le llamará en situaciones limitadas:

- Un **plan de Medicare** puede llamarle si ya es miembro del plan. El agente que le ayudó a inscribirse también puede llamarle.
- Un representante de servicio al cliente de 1-800-MEDICARE puede llamarle si ha llamado y ha dejado un mensaje, o un representante dijo que alguien le devolvería la llamada.
- Si presentó un informe de sospecha de fraude, es posible que reciba una llamada de un representante de Medicare para darle seguimiento a su investigación.

¡Importante! Medicare está tomando medidas para detener y prevenir el fraude, el despilfarro y el abuso del cuidado médico. Recuerde revisar sus MSN, recibos, estados de cuenta y proteger su tarjeta y número de Medicare. Visite es.Medicare.gov/basics/reporting-medicare-fraud-and-abuse o comuníquese con su programa local Senior Medicare Patrol. Obtenga más información sobre Senior Medicare Patrol y encuentre ayuda en su estado en smpresource.org, o llame al 1-877-808-2468.

Los planes deben cumplir los reglamentos de mercadeo

Los [planes de Medicare](#) deben cumplir las normas sobre la comercialización de los planes y la obtención de la información para la inscripción. Los planes no necesitan su información personal para proveerle una cotización. Los planes Medicare no pueden inscribirlo por teléfono a menos que usted los llame y se los pida.

¡Importante! Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para denunciar a cualquier plan o agente:

- Que le pida su información personal por teléfono o correo electrónico
- Que lo llame para inscribirlo en un plan
- Que le visite inesperadamente
- Que utilice información engañosa

También puede comunicarse con el Contratista de Investigaciones Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos (I-MEDIC, en inglés) llamando al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). El I-MEDIC lucha contra el fraude, las pérdidas y el abuso en los [planes Medicare Advantage](#) y planes Medicare de medicamentos.

Investigar una denuncia de fraude toma tiempo

Medicare toma seriamente cualquier denuncia de sospecha de fraude. Cuando usted denuncia un fraude, tal vez no obtenga una respuesta inmediata. Recuerde que investigar una sospecha de fraude toma tiempo, pero queremos asegurarle que su información nos ayuda a proteger a Medicare.

¿Cómo puede el Intermediario de Medicare para el Beneficiario ayudarle?

El Intermediario (Ombudsman) de Medicare le ayuda con preguntas y quejas, y se asegura de que la información de Medicare esté disponible para usted. También puede enviar comentarios al Ombudsman para ayudar a mejorar su experiencia con Medicare. Si tiene alguna inquietud que Medicare o su plan no han resuelto, solicite al 1-800-MEDICARE que remita su pregunta. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Visite es.Medicare.gov/basics/your-medicare-rights/get-help-with-your-rights-protections para más información.

Sección 9:

Contactos útiles

Ayuda personalizada

1. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); (TTY: 1-877-486-2048)
2. Charle en vivo: es.Medicare.gov/talk-to-someone
3. Escriba a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Información las 24 horas del día, incluidos los fines de semana

- Hable claramente y siga las indicaciones de voz para elegir la categoría que mejor se adapte a sus necesidades.
- Tenga a mano su tarjeta de Medicare y esté listo para dar su número de Medicare. También puede obtener su número de Medicare iniciando sesión en su cuenta segura de Medicare. Visite es.Medicare.gov/account.
- Cuando le pidan su número de Medicare, diga claramente los números y letras uno a la vez.
- Para ayuda en un idioma distinto al inglés o español, o para una publicación de Medicare en un formato accesible (como en letra grande o en braille), comuníquese con el representante de servicio al cliente.

¡Importante! Si desea que Medicare comparta su información de salud con otra persona, como un familiar, amigo o cuidador, debe completar el formulario “Autorización para divulgar información de salud personal”. Medicare debe procesar el formulario antes de que la autorización entre en vigor.

Para obtener este formulario en inglés y español, visite es.Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/other o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).

Otras maneras de obtener información sobre Medicare

Correos electrónicos de Medicare

Visite es.Medicare.gov para crear su cuenta segura de Medicare. Incluya su dirección de correo electrónico para recibir información y recordatorios importantes sobre Medicare.

Publicaciones

Visite es.Medicare.gov/publications para revisar, imprimir o descargar copias de publicaciones sobre diferentes temas de Medicare y disponibilidad de idiomas. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048). Consulte la página 129 para obtener información sobre cómo obtener publicaciones en formatos accesibles (como letra grande, libros electrónicos o braille) gratis.



¿Deficiones? Consulte las páginas 119-122.

Medios de comunicación social

Manténgase actualizado y conéctese con otros beneficiarios de Medicare al seguirnos en Facebook (facebook.com/Medicare) y X, anteriormente conocido como Twitter (x.com/MedicareGov).

Videos

Encuentre videos sobre Medicare y otros temas de cuidado médico en YouTube.com/cmshhs.gov.

Otros Contactos Útiles

Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, en inglés)

Estos son programas estatales que reciben dinero del gobierno federal para brindar asesoría local sobre seguros médicos a las personas con Medicare. Los SHIP son programas independientes que no tienen relación con ningún seguro o plan médico.

El teléfono para su SHIP aparece en las páginas 114–117 o visite shiphelp.org.

Seguro Social

Visite SSA.gov para solicitar e inscribirse en el **Medicare Original** y ver si califica para la **Ayuda Adicional** con los costos de medicamentos de Medicare. Además, cuando abre una cuenta personal en “my Social Security”, puede revisar su estado de cuenta, verificar sus ganancias, cambiar su información de depósito directo, solicitar una tarjeta de Medicare de reemplazo, actualizar su información y más. Visite SSA.gov/myaccount para abrir su cuenta personal.

Centro de Recuperación y Coordinación de Beneficios (BCRC, en inglés)

Comuníquese con el BCRC al 1-855-798-2627 (TTY: 1-855-797-2627) para cambios en la información de su seguro o para dejarle saber a Medicare si tiene otro seguro (como un plan de salud grupal de un empleador, compensación para trabajadores o cobertura de seguro de automóvil sin culpa).

Organizaciones para Mejoras de la Calidad para el Cuidado Centralizado de Beneficiarios y la Familia (BFCC-QIO, en inglés) y Agencia Estatal de Encuestas

Comuníquese con BFCC-QIO para hacer preguntas si piensa que el servicio que le brindan está terminando antes de tiempo (como si su hospital dice que debe ser dado de alta y no está de acuerdo). Usted tiene derecho a una apelación rápida. Si tiene inquietudes sobre la calidad del cuidado que usted o un ser querido recibió en un centro de atención médica certificado a nivel estatal o federal, o si no está satisfecho con la respuesta de su proveedor a su inquietud, puede presentar una queja formal directamente ante el Departamento de Salud de su estado, agencia de encuestas o la BFCC-QIO. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) para obtener el número de teléfono de su BFCC-QIO o la agencia de encuestas de su estado. Para más información, visite es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/complaints.

Departamento de Defensa

Para información sobre TRICARE For Life (TFL) y el Programa de Ayuda Farmacéutica de TRICARE.

TFL

1-866-773-0404, TDD: 1-866-773-0405

tricare.mil/tfl

tricare4u.com

Programa de Farmacia Tricare

1-877-363-1303, TDD/TTY: 1-877-540-6261

tricare.mil/pharmacy

militaryrx.express-scripts.com/

Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, en inglés)

Comuníquese con el VA si u es un veterano o ha servido en el ejército de los Estados Unidos y tiene preguntas sobre los beneficios para veteranos.

1-800-827-1000, TTY: 711

[VA.gov](https://va.gov)

Oficina de Gerencia de Personal

Para información sobre el Seguro Médico para Empleados Federales, para los empleados federales activos y retirados.

Retirados federales: 1-888-767-6738, TTY: 711

[OPM.gov/healthcare-insurance/guide-me/retirees-survivors](https://opm.gov/healthcare-insurance/guide-me/retirees-survivors)

Empleado federal activo: Comuníquese con el funcionario de beneficios.

Visite apps.opm.gov/abo para una lista de los funcionarios de beneficios.

Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés)

Si recibe beneficios de RRB, llámelos para informarles sobre cambio de domicilio o de nombre, verificar su elegibilidad, inscripción en Medicare, para reemplazar su tarjeta de Medicare o informar sobre una defunción.

1-877-772-5772, TTY: 1-312-751-4701

[RRB.gov](https://rrb.gov)

¿Tiene preguntas o comentarios sobre este manual? Envíenos un correo electrónico a medicareandyou@cms.hhs.gov.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

Visite shiphelp.org o utilice la siguiente información para ayudarle con preguntas sobre los derechos y protecciones de Medicare, apelaciones, escoger un plan de salud, comprar una póliza **Medigap** o algún otro seguro de salud.

Alabama

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-243-5463

Alaska

Medicare Information Office
1-800-478-6065
TTY: 1-800-770-8973

Arizona

Arizona State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-432-4040

Arkansas

Senior Health Insurance
Information Program (SHIIP)
1-800-224-6330

California

California Health Insurance
Counseling & Advocacy Program
(HICAP)
1-800-434-0222

Colorado

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-888-696-7213

Connecticut

Connecticut's Program for Health
Insurance Assistance, Outreach,
Information and Referral,
Counseling, Eligibility Screening
(CHOICES)
1-800-994-9422

Delaware

Delaware Medicare Assistance
Bureau
1-800-336-9500

Florida

Serving Health Insurance Needs of
Elders (SHINE)
1-800-963-5337
TTY: 1-800-955-8770

Georgia

Georgia State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-866-552-4464 (option 4)

Guam

Guam Medicare Assistance
Program (GUAM MAP)
1-671-735-7415

Hawaii

Hawaii SHIP
1-888-875-9229
TTY: 1-866-810-4379

Idaho

Senior Health Insurance Benefits
Advisors (SHIBA)
1-800-247-4422

Illinois

Senior Health Insurance Program
(SHIP)
1-800-252-8966
TRS: 711

Indiana

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-452-4800
TTY: 1-866-846-0139

Iowa

Senior Health Insurance
Information Program (SHIIP)
1-800-351-4664
TTY: 1-800-735-2942

Kansas

Senior Health Insurance
Counseling for Kansas (SHICK)
1-800-860-5260

Kentucky

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-877-293-7447

Louisiana

Senior Health Insurance
Information Program (SHIIP)
1-800-259-5300

Maine

Maine State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-262-2232

Maryland

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-243-3425

Massachusetts

Serving Health Insurance Needs
of Everyone (SHINE)
1-800-243-4636
TTY: 1-877-610-0241

Michigan

Michigan State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-803-7174

Minnesota

Minnesota State Health
Insurance Assistance Program/
Senior LinkAge Line
1-800-333-2433

Mississippi

MS State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-844-822-4622

Missouri

Missouri State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-390-3330

Montana

Montana State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-551-3191

Nebraska

Nebraska SHIP
1-800-234-7119

Nevada

Nevada Medicare Assistance
Program (MAP)
1-800-307-4444

New Hampshire

NH SHIP – ServiceLink
Resource Center
1-866-634-9412

New Jersey

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-792-8820

New Mexico

New Mexico ADRC-SHIP
1-800-432-2080

New York

Health Insurance Information
Counseling and Assistance
Program (HIICAP)
1-800-701-0501

North Carolina

Seniors' Health Insurance
Information Program (SHIIP)
1-855-408-1212

North Dakota

State Health Insurance
Counseling (SHIC)
1-888-575-6611
TTY: 1-800-366-6888

Ohio

Ohio Senior Health Insurance
Information Program (OSHIIP)
1-800-686-1578
TTY: 1-614-644-3745

Oklahoma

Oklahoma Medicare Assistance
Program (MAP)
1-800-763-2828 (para los códigos
de área estatales 405, 918 y 580)
Todos los demás códigos de área:
405-521-6628

Oregon

Senior Health Insurance Benefits
Assistance (SHIBA)
1-800-722-4134

Pennsylvania

Pennsylvania Medicare Education
and Decision Insight (PA MEDI)
1-800-783-7067

Puerto Rico

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-877-725-4300
TTY: 1-878-919-7291

Rhode Island

Senior Health Insurance Program
(SHIP)
1-888-884-8721
TTY: 401-462-0740

South Carolina

South Carolina Department on
Aging
1-800-868-9095

South Dakota

Senior Health Information &
Insurance Education (SHIINE)
1-888-854-5321

Tennessee

TN SHIP
1-877-801-0044
TTY: 1-800-848-0299

Texas

Health Information Counseling
and Advocacy Program (HICAP)
1-800-252-9240

Utah

Senior Health Insurance
Information Program (SHIP)
1-800-541-7735

Vermont

Vermont State Health Insurance
Assistance Program
1-800-642-5119

Virgin Islands

Virgin Islands State Health
Insurance Assistance Program
(VISHIP)
1-340-772-7368 St. Croix area;
1-340-714-4354 St. Thomas area

Virginia

Virginia Insurance Counseling
and Assistance Program (VICAP)
1-800-552-3402

Washington

Statewide Health Insurance
Benefits Advisors (SHIBA)
1-800-562-6900
TTY: 1-360-586-0241

Washington D.C.

DC SHIP
202-727-8370

West Virginia

West Virginia State Health
Insurance Assistance Program
(WV SHIP)
1-877-987-4463

Wisconsin

WI State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-242-1060
TTY: 711

Wyoming

Wyoming State Health Insurance
Information Program (WSHIIP)
1-800-856-4398

Notas

[illegible]

Sección 10:

Definiciones

Archivos Médicos Electrónicos (EHR, en inglés)

Un archivo que su médico y otros proveedores de la salud, el personal del consultorio o del hospital, mantienen en una computadora con la información sobre su salud o tratamientos.

- Los EHR pueden reducir las probabilidades de que se cometan errores médicos, eliminar la duplicación de exámenes y mejorar la calidad general de la atención médica.
- El EHR de su médico puede vincular a un hospital, laboratorio, farmacia, otros médicos o sistemas de información de inmunización (registros), para que las personas que lo atienden puedan tener una imagen más completa de su salud.

Área de servicio

El área en la que debe vivir para que el plan lo acepte como miembro. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Los planes pueden, y en algunos casos deben, cancelar su inscripción si se muda fuera de su área de servicio.

Asignación

Es un acuerdo por el cual su médico, suplidor, o proveedor acepta directamente el pago total de Medicare por la cantidad aprobada por Medicare para los servicios, y acepta no cobrarle al paciente más que la cantidad del deducible y el coseguro de Medicare.

Ayuda Adicional

Es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de la cobertura de sus recetas médicas, como por ejemplo las primas, deducibles y coseguro.

Cantidad aprobada por Medicare

La cantidad del pago que establece Medicare Original para un servicio o artículo cubierto. Medicare paga su parte y usted paga su parte de esa cantidad.

Centro de rehabilitación para paciente interno

Un hospital o parte de un hospital que brinda un programa intensivo de rehabilitación para los pacientes internados.

Centro de enfermería especializada

Un centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidado de enfermería especializado y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios médicos relacionados.

Cobertura válida de medicamentos recetados

Cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare. Esto podría incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato actual o anterior, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, VA o cobertura de seguro de salud individual.

Copago

La cantidad que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de los beneficios después de pagar los deducibles. Un copago es una cantidad fija, como \$30.

Coseguro

La cantidad que usted tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo el 20%).

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, en inglés)

Cuidado de enfermería especializada y de terapia brindado a diario en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado de SNF incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que sólo pueden ser administradas por una enfermera registrada o fisioterapeuta.

Deducible

La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos antes de que el Medicare Original, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Demostraciones

Proyectos especiales, a veces llamados “programa piloto” o “estudios investigativos,” que mide las mejoras en la cobertura, costos y calidad del cuidado. Por lo general, operan sólo por un tiempo limitado, para un grupo específico de personas y en ciertas zonas.

Días de reserva vitalicios

En el Medicare Original son días adicionales que Medicare pagará cuando ha estado hospitalizado por más de 90 días. Estos 60 días pueden ser usados una sola vez durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos excepto el coseguro diario.

Formulario

La lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan de medicamentos o por otro seguro que ofrezca la cobertura de las recetas médicas.

Hospital de acceso crítico

Un centro ubicado en una zona rural a más de 35 millas (o 15 millas si es terreno montañoso o en áreas con sólo caminos secundarios) desde otro hospital u hospital de acceso crítico. Este centro ofrece cuidado de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana, tiene 25 camas para pacientes internados o menos, y mantiene una estadía promedio de 96 horas o menos para los pacientes de cuidado grave.

Hospital de cuidado a largo plazo

Hospitales de atención crítica que brindan tratamiento a los pacientes que deben permanecer internados más de 25 días. La mayoría de los pacientes son transferidos de las unidades de cuidado intensivo o crítico.

Hospital de urgencia rural

Un centro que brinda servicio urgente, de observación y otros servicios médicos y de salud ambulatorios específicos a pacientes que generalmente permanecen hospitalizados menos de 24 horas.

Medicaid

Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y (en algunos casos) recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de servicios de salud están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Medicaid.

Médico de atención primaria

Es un médico que tiene una especialidad primaria en medicina familiar, medicina interna, medicina geriátrica, o medicina pediátrica; o una enfermera, enfermera clínica especializada o un asistente médico.

Médico de cabecera

Es el médico a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Es el que se encarga de que reciba la atención necesaria para mantenerse sano. También es el que lo refiere a otro proveedor de la salud y habla con otros médicos sobre su cuidado.

Medicare Original

Un plan de salud de pago por servicio que consta de dos partes: Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). Por lo general, usted paga una parte de los costos de los servicios cubiertos a medida que los obtiene. Bajo el Medicare Original, usted no tiene cobertura a través de un plan Medicare Advantage u otro tipo de plan de salud de Medicare.

Necesario por razones médicas/médicamente necesario(s)

Servicios o suministros médicos que sirven para diagnosticar o tratar su problema de salud y cumplen con los estándares locales de la buena práctica médica.

Organización Responsable de la Salud (ACO)

Grupos de médicos, hospitales y otros profesionales de la salud que trabajan juntos para brindarle un servicio y cuidado médico coordinado y de alta calidad.

Período de beneficio

La forma en que el Medicare Original mide su uso de los servicios de hospital y de Centros de Enfermería Especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el día que usted es admitido al hospital o al centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido los servicios del hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital o al SNF después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. Usted debe pagar el deducible de hospitalización para cada período de beneficio. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Plan de salud de Medicare

Planes ofrecidos por compañías privadas que tienen contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A, Parte B y, en muchos casos, la Parte D. Incluye los planes Medicare Advantage y otros tipos de cobertura (como los planes de Costos de Medicare, los programas PACE y los programas de demostración/piloto).

Plan Medicare

Se refiere a cualquier plan que no sea el Medicare Original, mediante el cual usted recibe los beneficios de salud y de medicamentos de Medicare. El término incluye todos los planes de salud y medicamentos de Medicare.

Plan Medicare Advantage (Parte C)

Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare. Los planes Medicare Advantage (MA) ofrecen todos los beneficios de la Parte A y Parte B, con algunas excepciones, por ejemplo, ciertos aspectos de ensayos clínicos que están cubiertos por el Medicare Original a pesar de que todavía están en el plan. Los planes Medicare Advantage incluyen:

- Organizaciones de Mantenimiento de la Salud
- Organizaciones de Proveedores Preferidos
- Planes Privados de Pago por Servicio
- Planes de Necesidades Especiales
- Planes de Cuentas de Ahorro Médico

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage:

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

Póliza de Medigap

Seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir los “vacíos” en la cobertura del Medicare Original.

Prima

El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan médico o de medicamentos por la cobertura.

Profesional de cuidado primario/Proveedor de cuidados primarios

Un médico con especialización en la medicina interna o cuidado familiar, geriátrico o pediatría, una enfermera clínica especializada o un asistente médico.

Recetas electrónicas

Una herramienta para que su médico, proveedor o cualquier persona autorizada para recetar, envíe su receta electrónicamente a la farmacia. Las recetas electrónicas pueden ahorrarle dinero, tiempo y lo protegen.

Referido

Una orden por escrito de su médico de cabecera para que consulte a un especialista o reciba ciertos servicios. Si no tiene un referido de su médico, es posible que el plan no pague por los servicios.

Servicios preventivos

Servicios médicos para prevenir enfermedades o hacer una detección temprana de las mismas, que es cuando con el tratamiento se obtienen los mejores resultados (por ejemplo, la prueba Papanicolaou, vacuna contra la gripe y las mamografías).

Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, niegan beneficios o discriminan contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo o edad en la admisión, participación o recibimiento de los servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, ya sean realizadas por CMS directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la cual CMS se encarga de llevar a cabo sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las formas incluidas en este aviso si tiene alguna inquietud sobre cómo obtener información en un formato que pueda usar.

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

1. En línea:

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

2. Por teléfono:

Llame al 1-800-368-1019. TTY: 1-800-537-7697.

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

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

Aviso de Comunicaciones Accesibles

Medicare brinda ayuda y servicios auxiliares para facilitar la comunicación con personas incapacitadas. La ayuda auxiliar incluye materiales en braille, CD de audio o datos, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si pide información en un formato accesible de CMS. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para realizar cualquier acción si hay un retraso en el cumplimiento de su pedido.

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

1. Llamar:

Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

Para el Mercado: 1-800-318-2596

TTY: 1-855-889-4325

2. Correo electrónico: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Enviar una carta:

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

Atención: Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente

Su pedido debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de la información que necesita (si la sabe) y la dirección postal a donde debemos enviar los materiales. Podemos comunicarnos con usted para obtener más información.

Nota: Si está inscrito en un Plan de Medicamentos Recetados o Medicare Advantage, puede comunicarse con su plan para solicitar sus documentos en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con la oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid).

¿Busca ayuda en otros idiomas?

Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre Medicare, usted tiene el derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

العربية (Arabic) إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Medicare فإن من حقك الحصول على المساعدة و المعلومات بلغتك من دون أي تكلفة. للتحدث مع مترجم إتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

հայերեն (Armenian) Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Medicare-ի մասին, ապա Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

中文 (Chinese-Traditional) 如果您，或是您正在協助的個人，有關於聯邦醫療保險的問題，您有權免費以您的母語，獲得幫助和訊息。與翻譯員交談，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

فارسی (Farsi) اگر شما، یا شخصی که به او کمک می‌رسانید سوالی در مورد اعلامیه مختصر مدیکردارید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود به طور رایگان دریافت نمایید. برای مکالمه با مترجم با این شماره زیر تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Français (French) Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions au sujet de l'assurance-maladie Medicare, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et de l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Deutsch (German) Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Medicare haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Kreyòl (Haitian Creole) Si oumenm oswa yon moun w ap ede, gen kesyon konsènan Medicare, se dwa w pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san pou pa peye pou sa. Pou w pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Italiano (Italian) Se voi, o una persona che state aiutando, volete chiarimenti a riguardo del Medicare, avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete, chiamate il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

日本語 (Japanese) Medicare (メディケア) に関するご質問がある場合は、ご希望の言語で情報を取得し、サポートを受ける権利があります (無料)。通訳をご希望の方は、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) までお電話ください。

한국어(Korean) 만약 귀하나 귀하가 돕는 어느 분이 메디케어에 관해서 질문을 가지고 있다면 비용 부담이 없이 필요한 도움과 정보를 귀하의 언어로 얻을 수 있는 권리가 귀하에게 있습니다. 통역사와 말씀을 나누시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오.

Polski (Polish) Jeżeli Państwo lub ktoś komu Państwo pomagają macie pytania dotyczące Medicare, mają Państwo prawo do uzyskania bezpłatnej pomocy i informacji w swoim języku. Aby rozmawiać z tłumaczem, prosimy dzwonić pod numer telefonu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Português (Portuguese) Se você (ou alguém que você esteja ajudando) tiver dúvidas sobre a Medicare, você tem o direito de obter ajuda e informações em seu idioma, gratuitamente. Para falar com um intérprete, ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Русский (Russian) Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы по поводу программы Медикэр (Medicare), вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Español (Spanish) Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre Medicare, usted tiene el derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tagalog (Tagalog) Kung ikaw, o ang isang tinutulongan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Medicare, ikaw ay may karapatan na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong lengguwahe ng walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagasalin ng wika, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tiếng Việt (Vietnamese) Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Medicare, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện qua thông dịch viên, gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

“Medicare y Usted” no es un documento legal. Las normas oficiales del Programa de Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

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

Copias de este producto están disponibles de forma gratuita en [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de
los Estados Unidos
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, \$300

CMS Producto No. 10050-S
Septiembre 2026

SE PROHIBE LA REVENTA

Manual Nacional de Medicare

¿Tiene un nuevo domicilio?

Si recibe beneficios del Seguro Social, visite [SSA.gov](https://www.ssa.gov) para cambiar su dirección. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), visite [RRB.gov](https://www.rrb.gov) para cambiar su dirección.

Do you need a copy of this handbook in English?

Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.



Medicare