

Recomendaciones sobre la consejería – Marzo de 2022

Cobertura de Medicare de los servicios preventivos

1. ¿Cuáles son los costos asociados con la atención preventiva?

La atención preventiva es la atención que usted recibe para prevenir enfermedades, detectar afecciones médicas y mantener su salud. Si usted cumple con los requisitos de elegibilidad y los lineamientos para un servicio preventivo, la Parte B de su Medicare original o su Plan Medicare Advantage debe cubrir dicho servicio. Bajo Medicare original, usted no debe pagar nada (ningún deducible o coseguro) por los servicios preventivos recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force) si va con un proveedor de atención de salud que acepte asignaciones. Si tiene un Plan Medicare Advantage, usted no debe pagar nada por dichos servicios, siempre y cuando vaya con un proveedor dentro de la red.

En algunos casos, pueden cobrarle por los servicios que reciba que estén relacionados con su servicio preventivo, incluso si se cubre el servicio preventivo al 100 % de la cantidad aprobada por Medicare. Durante el transcurso de su visita de prevención, su proveedor puede descubrir y necesitar investigar o tratar un problema nuevo o existente. Esta atención adicional puede ser diagnóstica, es decir, su proveedor le está dando tratamiento debido a ciertos síntomas o factores de riesgo. Usted puede ser responsable por los costos compartidos relacionados con cualquier atención de diagnóstico que reciba, incluso durante una visita de prevención. También puede tener que pagar una comisión por servicios, dependiendo de dónde reciba el servicio.

2. ¿Cuál es la diferencia entre la atención preventiva y la atención de diagnóstico?

Un servicio se considera preventivo si usted no tiene ningún síntoma previo a una enfermedad. Por ejemplo, una colonoscopia se considera atención preventiva para una persona que no ha tenido signos previos de cáncer de colon o pólipos sospechosos. En algunos casos, Medicare solo cubre los servicios de atención preventiva si usted tiene ciertos factores de riesgo. En cambio, los servicios de diagnóstico abordan los síntomas o afecciones que usted ya tiene. Muchos servicios preventivos se proporcionan junto con la atención de diagnóstico u otros servicios de atención de salud. Clasificar los servicios como preventivos o como de diagnóstico es importante porque esto afecta los costos que paga de su propio bolsillo. Generalmente, usted debe pagar un copago, coseguro y/o deducible por los servicios de diagnóstico. Por ejemplo, la visita anual de bienestar es un servicio preventivo cubierto por Medicare y no aplica ningún costo compartido. Sin embargo, si su proveedor investiga o trata un síntoma que usted está experimentado durante su visita anual de bienestar, esta atención adicional no es parte de la visita anual de bienestar y aplicarán costos compartidos (como un coseguro o copago).

3. ¿Cómo puedo saber qué servicios preventivos cubre Medicare?

Para averiguar si Medicare cubre su prueba, servicio o artículo, puede visitar la página de Medicare.gov en [Servicios de prevención y control](#), llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o leer su manual *Medicare y usted* de 2022. También puede comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener más información sobre los servicios preventivos. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

Algunos ejemplos de los servicios preventivos cubiertos por Medicare incluyen:

- Pruebas de Papanicolau, exploraciones pélvicas y exámenes de mama

- Pruebas de detección de cáncer colorrectal (por ejemplo, colonoscopias)
- Mastografías
- Pruebas de detección de cáncer de próstata
- Mediciones de la masa ósea
- Terapia de nutrición médica
- Pruebas de detección de VIH
- Evaluaciones de depresión
- Prueba de detección de diabetes

4. ¿Qué es la visita preventiva "Le damos la bienvenida a Medicare"?

La visita preventiva "Le damos la bienvenida a Medicare" es una cita única que puede elegir recibir cuando es miembro nuevo de Medicare. El objetivo de la visita es promover la salud general y ayudar a prevenir enfermedades. Medicare Parte B cubre su visita preventiva única "Le damos la bienvenida a Medicare" y usted debe recibir esta visita dentro de los primeros 12 meses de su inscripción en la Parte B. La visita preventiva "Le damos la bienvenida a Medicare" no es un examen físico de pies a cabeza.

Durante el transcurso de su visita preventiva "Le damos la bienvenida a Medicare", su proveedor debe:

- Revisar su estatura, peso, presión arterial, índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) y vista.
- Revisar su historial médico y social.
- Revisar su potencial de depresión y otras enfermedades de salud mental.
- Revisar su capacidad para funcionar de forma segura en el hogar y en la comunidad.
- Proporcionarle educación, consejería y referencias relacionadas con sus factores de riesgo y otras necesidades de salud.
- Darle una lista de verificación y/o plan escrito con información sobre otros servicios preventivos que puede necesitar.

5. ¿Qué es la visita anual de bienestar?

La visita anual de bienestar (AWV, por sus siglas en inglés) es una cita anual con su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) con el fin de crear o actualizar un plan personalizado de prevención. Este plan puede ayudar a prevenir enfermedades según su salud y factores de riesgo actuales. Tome en cuenta que la AWV no es un examen físico de pies a cabeza. Asimismo, este servicio es similar a la visita preventiva única "Le damos la bienvenida a Medicare" (consulte la pregunta 4), pero es un servicio aparte. Medicare Parte B cubre la visita anual de bienestar si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses y no ha recibido una AWV en los últimos 12 meses. Asimismo, usted no puede tener una AWV en el mismo año que su visita preventiva "Le damos la bienvenida a Medicare".

Durante su primera visita anual de bienestar, su PCP desarrollará un plan personalizado de prevención. Su PCP también puede:

- Revisar su estatura, peso, presión arterial y otras mediciones de rutina.

- Darle una evaluación de riesgos de salud.
 - Esto puede incluir un cuestionario que debe completar antes o durante la visita. El cuestionario le pregunta sobre su estado de salud, riesgos de lesiones, riesgos del comportamiento y necesidades urgentes de salud.
- Revisar su capacidad funcional y nivel de seguridad.
 - Esto incluye una prueba de detección de discapacidades auditivas y su riesgo de caídas.
 - Su médico también debe evaluar su capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana (como bañarse y vestirse) y su nivel de seguridad en el hogar.
- Aprender sobre su historial médico y familiar.
- Hacer una lista de sus proveedores, distribuidores de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y medicamentos actuales.
 - Los medicamentos incluyen medicamentos recetados, además de las vitaminas y los suplementos que pueda estar tomando.
- Crear o actualizar un calendario o lista de verificación por escrito de las pruebas de detección en un plazo de 5 a 10 años.
 - Su PCP debe tomar en cuenta su estado de salud, historial de pruebas y elegibilidad para los servicios preventivos cubiertos por Medicare adecuados para su edad.
- Hacer pruebas para detectar el deterioro cognitivo, incluidas enfermedades como el Alzheimer y otras formas de demencia.
 - Medicare no requiere que los médicos usen una prueba para evaluarlo(a). En cambio, se les pide a los médicos que utilicen sus observaciones y/o la información que usted y otras personas compartan.
- Realizar una evaluación de depresión.
- Brindar consejos de salud y referencias a educación sobre la salud y/o servicios de consejería preventiva con el fin de reducir los factores de riesgo identificados y fomentar el bienestar.
 - La educación de salud y la consejería de prevención pueden estar relacionadas con la pérdida de peso, la actividad física, dejar de fumar, la prevención de las caídas, la nutrición y mucho más.

Las AWV después de su primera visita pueden ser diferentes. En las AWV subsecuentes, su médico debe:

- Revisar su peso y su presión arterial.
- Actualizar la evaluación de riesgos de salud que usted completó.
- Actualizar su historial médico y familiar.
- Actualizar su lista de proveedores y distribuidores médicos actuales.
- Actualizar su calendario escrito de pruebas.
- Realizar pruebas para detectar problemas cognitivos.
- Proporcionar consejos de salud y referencias a la educación de salud y/o a los servicios de consejería preventiva.

6. ¿Qué tipos de pruebas de detección de cáncer cubre Medicare sin costos compartidos?

Medicare cubre el 100 % de la cantidad aprobada por Medicare para las pruebas de detección preventivas para diferentes tipos de cáncer, lo cual quiere decir que si usted cumple con los requisitos de elegibilidad, no tendrá que pagar nada (ningún deducible ni coseguro). Si recibe pruebas de diagnóstico o si, durante el transcurso de la prueba, su proveedor descubre un problema nuevo o existente y necesita tratarlo, es muy probable que se

apliquen cargos a su visita. Las siguientes pruebas de detección están cubiertas sin costos compartidos, a menos que se indique lo contrario:

- **Pruebas de detección de cáncer colorrectal:** Medicare Parte B cubre diferentes pruebas de detección de cáncer colorrectal y cada una tiene requisitos de elegibilidad diferentes. Tome en cuenta que usted puede tener un alto riesgo de cáncer colorrectal si tiene un historial familiar relacionado con la enfermedad, ha tenido cáncer colorrectal o pólipos colorrectales, o si ha tenido una enfermedad intestinal inflamatoria.
 - Examen de sangre oculta en las heces: una vez al año (cada 12 meses) si tiene 50 años de edad o más.
 - Sigmoidoscopia flexible: una vez cada cuatro años (48 meses) si tiene 50 años de edad o más y tiene alto riesgo, o una vez cada 10 años después de una colonoscopia si tiene 50 años o más y no tiene alto riesgo.
 - Colonoscopia: una vez cada dos años (24 meses) si tiene alto riesgo de cáncer colorrectal, o una vez cada 10 años si no tiene alto riesgo (pero no dentro de los 48 meses siguientes a una prueba de sigmoidoscopia flexible).
 - Enema de bario: una vez cada dos años si tiene 50 años de edad o más y tiene alto riesgo, o una vez cada cuatro años si tiene 50 años o más y no tiene alto riesgo (pero no dentro de los 48 meses siguientes a una prueba de sigmoidoscopia flexible). Medicare cubre el 80 % de la cantidad aprobada por Medicare para los enemas de bario.
 - Pruebas multiobjetivos de ADN de las heces: una vez cada tres años si tiene entre 50 y 85 años de edad, no muestra síntomas de enfermedad colorrectal y no tiene alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal.
 - Exámenes de sangre con marcadores biológicos: una vez cada tres años si tiene entre 50 y 85 años de edad, no muestra síntomas de enfermedad colorrectal y no tiene alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal.

- **Pruebas de detección de cáncer de pulmón:** Medicare Parte B cubre una prueba de detección de cáncer de pulmón al año y una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés, también llamada TC de dosis baja) del tórax para las personas con ciertos factores de riesgo. Antes de su primera LDCT, usted debe tener una consulta con su proveedor de atención primaria para hablar sobre los beneficios y los riesgos de la tomografía. Su PCP también le dará consejos sobre la importancia de dejar de fumar o de evitar fumar, además de información sobre los servicios para dejar de fumar, cuando corresponda. Después de su primera tomografía, no se requiere una consulta de consejería separada antes de recibir su LDCT anual. Medicare Parte B solo cubre estos servicios si usted:
 - Tiene entre 55 y 77 años
 - Fuma actualmente o dejó de fumar en los últimos 15 años
 - Ha fumado un promedio de una cajetilla de cigarrillos al día durante al menos 30 años
 - No tiene síntomas de cáncer de pulmón
 - Y recibe la prueba y la LDCT en un centro de radiología aprobado por Medicare

- **Mastografías:** si no tiene síntomas o un historial previo de cáncer de mama, Medicare Parte B cubre las mastografías preventivas: una mastografía de base para las mujeres entre 35 y 39 años, y una mastografía de detección cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años. Medicare no cubre las

mastografías preventivas para los hombres. Medicare cubre las mastografías de diagnóstico para todos. Su médico puede recomendar una mastografía de diagnóstico si su prueba muestra una anomalía o si un examen físico detecta un bulto. Medicare cubre todas las mastografías de diagnóstico que sean necesarias, pero solo cubre el 80 % de la cantidad aprobada por Medicare, mientras que las mastografías preventivas están cubiertas al 100 % de la cantidad aprobada por Medicare.

- **Pruebas de Papanicolau, exploraciones pélvicas y exámenes físicos de mama:** las pruebas de Papanicolau pueden detectar el cáncer cervical o vaginal en su etapa temprana. También pueden detectar enfermedades de transmisión sexual, fibromas y varios tipos de problemas genitales y vaginales, incluyendo el cáncer. La exploración pélvica incluye un examen de mama/del pecho, la cual puede ayudar a detectar síntomas de cáncer de mama/pecho. Medicare cubre estos servicios cada 24 meses. Usted puede ser elegible para estas pruebas de detección cada 12 meses si tiene un alto riesgo de cáncer cervical o vaginal, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolau anormal en los últimos 36 meses. Medicare puede considerar que usted está en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal si:
 - Se volvió sexualmente activa antes de los 16 años
 - Ha tenido cinco parejas sexuales o más
 - Ha tenido una enfermedad de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés)
 - Su madre tomó el medicamento dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo
 - Ha recibido menos de tres pruebas de Papanicolau o ninguna prueba de Papanicolau en los últimos siete años.
- **Pruebas de detección de cáncer de próstata:** Medicare Parte B cubre una prueba anual de detección de cáncer de próstata para las personas de 50 años de edad o más. Las pruebas de detección de cáncer de próstata incluyen un examen rectal digital (DRE, por sus siglas en inglés) y una prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).

Nota: Algunas pruebas de detección de cáncer y otros servicios están asociados con géneros específicos en los materiales y las reglas de Medicare, pero están cubiertos independientemente del indicador de género en su registro del Seguro Social, siempre y cuando la prueba de detección sea clínicamente adecuada para usted. Medicare tiene modificadores específicos de facturación que su proveedor debe usar al enviar reclamos para los servicios en los que el indicador de género en su registro del Seguro Social pueda ocasionar una denegación incorrecta de la cobertura.

7. ¿Qué son las evaluaciones de depresión?

La depresión es una afección de salud mental que afecta el estado de ánimo. Su proveedor de atención primaria (PCP) u otro profesional médico de confianza debe realizar las evaluaciones de depresión para asegurarse de que usted reciba el diagnóstico y el tratamiento correctos. Medicare Parte B cubre una evaluación anual de depresión. Usted no necesita tener signos o síntomas de depresión para ser elegible para la evaluación. Sin embargo, la evaluación debe llevarse a cabo en un entorno de atención primaria, como un consultorio médico. Esto quiere decir que Medicare no cubrirá su evaluación si se realiza en una sala de emergencias, en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) o en un hospital.

La evaluación anual de depresión incluye un cuestionario que usted completa por sí mismo(a) o con la ayuda de su médico. Este cuestionario está diseñado para indicar si usted está en riesgo o si tiene síntomas de depresión.

Si los resultados muestran que usted pueden estar en riesgo de depresión, su proveedor realizará una evaluación exhaustiva y lo(a) remitirá a la atención de salud mental para darle seguimiento a su caso, si corresponde. En la mayoría de los casos, usted debe recibir su evaluación de depresión cuando tenga una consulta programada con su médico. Sin embargo, su proveedor puede elegir evaluarlo(a) durante una consulta por separado.

Nota: Su proveedor debe revisar su potencial de depresión y otras afecciones de salud mental durante su visita "Le damos la bienvenida a Medicare" (consulte la pregunta 4) y su primera visita anual de bienestar (consulte la pregunta 5). Sin embargo, su proveedor no está obligado a realizarle una evaluación formal de depresión durante estas visitas. Durante una revisión, su proveedor debe hablar sobre sus factores de riesgo de depresión, como un historial familiar, pero usted no recibirá un cuestionario de evaluación.

8. ¿Qué reglas debo seguir con respecto a las vacunas cubiertas por la Parte B que se consideran servicios preventivos?

La Parte D cubre muchas vacunas. Sin embargo, hay ciertas vacunas que la Parte B cubre:

- **Vacuna contra la influenza:** Medicare Parte B cubre una vacuna contra la influenza cada temporada de influenza. La temporada de influenza generalmente va de noviembre a abril. Dependiendo de cuándo elija vacunarse contra la influenza, Medicare puede cubrir una vacuna contra la influenza dos veces en un año natural. Por ejemplo, si se vacunó en enero de 2022 para la temporada de influenza 2021/2022, usted podría ponerse otra vacuna en noviembre de 2022 para la temporada de influenza 2022/2023.
- **Vacuna contra la neumonía:** Medicare Parte B cubre dos vacunas separadas contra la neumonía. Actualmente, hay dos vacunas separadas contra la neumonía disponibles. La Parte B cubre la primera vacuna si usted nunca antes ha recibido cobertura de la Parte B para una vacuna contra la neumonía. Usted tiene cobertura para una segunda vacuna diferente un año después de haber recibido la primera vacuna. Usted no necesita proporcionar un historial de vacunación cuando recibe la vacuna contra la neumonía. Puede decirle al profesional de atención de salud que le ponga la vacuna si usted ha recibido vacunas en el pasado o cuándo.
- **Vacuna contra la hepatitis B:** Medicare Parte B cubre la vacuna contra la hepatitis B si usted tiene riesgo moderado o alto de contraer hepatitis B. Si su riesgo de hepatitis B es bajo, la vacuna estará cubierta bajo la Parte D, el beneficio de medicamentos recetados de Medicare. Medicare considera que usted tiene un riesgo moderado o alto si:
 - Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)
 - Tiene hemofilia
 - Es cliente o miembro del personal de una institución que atiende a personas con discapacidades del desarrollo
 - Vive en el mismo hogar que un portador de hepatitis B
 - Tiene sexo sin protección con múltiples parejas o con alguien que tenga hepatitis B
 - Consume ciertas drogas o sustancias prohibidas a nivel federal
 - Es un profesional de atención de la salud y tiene contacto frecuente con sangre u otros fluidos corporales durante su trabajo de rutina
- **Vacuna contra el COVID-19:** Medicare original Parte B cubre las vacunas contra el COVID-19, sin importar si usted tiene Medicare original o un Plan Medicare Advantage. La Administración de

Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) ha aprobado una dosis adicional, o refuerzo, de la vacuna contra el COVID-19 para las personas de 12 años o más. Medicare cubre la dosis adicional o vacuna de refuerzo sin ningún costo compartido. Hable con su médico para obtener más información sobre cómo obtener una tercera dosis o vacuna de refuerzo.

9. ¿Cubre Medicare las pruebas de COVID-19?

Medicare Parte B cubre una prueba de coronavirus sin una orden de un médico u otro proveedor calificado de atención de salud. Para otras pruebas, Medicare requiere que usted obtenga una orden de su proveedor. Medicare original cubre el 100 % de la cantidad aprobada por Medicare para las pruebas del coronavirus y las consultas médicas relacionadas cuando usted recibe el servicio con un proveedor participante. Esto quiere decir que usted no debe pagar nada (ningún deducible ni coseguro). Los Planes Medicare Advantage deben cubrir las pruebas del coronavirus sin aplicar deducibles, copagos ni coseguros cuando usted va con un proveedor de la red.

A partir del 15 enero de 2022, muchas personas con un plan privado de salud individual o grupal pueden obtener en línea, o en una farmacia o tienda, una prueba casera de diagnóstico de COVID-19 de venta libre, autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés), sin costo alguno a través de su seguro. Los Planes Medicare Advantage pueden participar, pero no están obligados a hacerlo. En este momento, los beneficiarios de Medicare original no tienen acceso a pruebas caseras cubiertas por el seguro, pero los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) anunciaron que tienen planes de poner pruebas de COVID-19 de venta libre a disposición de las personas con Medicare sin costo alguno a principios de la primavera. De acuerdo con la agencia, "bajo la nueva iniciativa, los beneficiarios de Medicare podrán tener acceso a un máximo de ocho pruebas de COVID-19 de venta libre al mes, de forma gratuita. Las pruebas estarán disponibles a través de farmacias y otras entidades participantes elegibles". Hasta que el programa entre en vigor, las personas con Medicare pueden obtener pruebas gratuitas a través del sitio web federal (www.covidtests.gov), los centros de salud comunitaria y las clínicas de salud certificadas por Medicare. Para obtener más información y actualizaciones futuras, visite la [página de preguntas frecuentes de los CMS sobre las pruebas caseras de COVID y Medicare](#).

10. ¿Qué debo hacer si creo que me cobraron incorrectamente por un servicio?

Si cree que le cobraron por un servicio preventivo que no deberían haberle cobrado, comuníquese primero con su proveedor de atención de salud. Algunos proveedores no están familiarizados con la lista completa de servicios preventivos cubiertos por Medicare y pueden haber cometido un simple error debido a su falta de conocimientos acerca de los beneficios. Si no puede solucionar un problema al comunicarse con su proveedor de atención de salud, comuníquese con su SHIP local y un asesor del SHIP le ayudará. (La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE para obtener ayuda.

Pueden cobrarle tarifas adicionales por ciertos servicios relacionados con la atención preventiva. Por ejemplo:

- Puede tener que pagar costos por una parte de la visita de atención preventiva si su médico realiza un diagnóstico durante la visita o realiza pruebas o procedimientos adicionales. Los médicos realizan pruebas y procedimientos de diagnóstico cuando los pacientes tienen síntomas distintivos de una

afección o un historial de dicha afección. Por ejemplo, si su médico encuentra y extirpa un pólipo durante una colonoscopia, la colonoscopia es atención de diagnóstico y aplicarán costos.

- Usted puede tener que pagar una comisión por servicios, dependiendo de dónde reciba el servicio de atención preventiva. Por ejemplo, ciertos hospitales a menudo cobran comisiones separadas por servicios cuando usted está recibiendo un servicio preventivo.

Si tiene un Plan Medicare Advantage, su plan no puede cobrarle por los servicios de atención preventiva que son gratuitos para las personas con Medicare original, siempre y cuando usted vaya con proveedores dentro de la red. Si va con proveedores que no son parte de la red de su plan, generalmente se aplicarán cargos.

Si su proveedor de atención de salud le factura a Medicare por servicios que nunca recibió, usted puede ser una víctima de fraude o abuso contra Medicare. Puede ayudar a detectar fraudes al revisar cuidadosamente sus estados de cuenta de atención de salud de Medicare o de su Plan Medicare Advantage. Los resúmenes de reclamos y las facturas médicas pueden ser confusas, así que, generalmente, es buena idea hacerle preguntas a su proveedor (por ejemplo, "¿Por qué me facturaron por este servicio?") antes de reportar una actividad como fraudulenta. Si cree que ha sido víctima de fraude o abuso, o si tiene más preguntas acerca de esto, puede llamar a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) local. La información de contacto de su SMP se encuentra en la última página de este documento.

11. ¿Con quién debo comunicarme acerca de los servicios preventivos cubiertos por Medicare?

Su médico u otro proveedor de atención de salud: si desea programar una visita anual de bienestar (AWV, por sus siglas en inglés), una visita "Le damos la bienvenida a Medicare" o cualquier otro servicio preventivo, comuníquese con su médico o proveedor de atención de salud. Asimismo, comuníquese primero con su médico o proveedor de atención de salud si cree que le cobraron incorrectamente por un servicio preventivo.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SHIP si desea obtener más información sobre la forma en que Medicare cubre los servicios preventivos o si no sabe por qué un proveedor le está cobrando por la atención preventiva. Los asesores del SHIP están certificados y capacitados para proporcionar información personalizada e imparcial sobre Medicare. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento.

Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SMP si cree que un proveedor le está facturando de forma fraudulenta por los servicios preventivos. Las SMP habilitan y ayudan a los beneficiarios de Medicare, a sus familias y a los cuidadores a prevenir, detectar y reportar fraudes, errores y abusos relacionados con la atención de salud.

1-800-MEDICARE: Medicare responde preguntas sobre qué servicios preventivos cubre Medicare, con qué criterios de elegibilidad se debe cumplir para ciertos servicios y cómo encontrar un proveedor participante de Medicare. Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (800-633-4227) o visitar medicare.gov. (Si tiene un Plan Medicare Advantage, comuníquese con su plan para obtener información acerca de los proveedores de su red).

Estudio de caso práctico de SHIP

Janet tiene Medicare original. Se hace una prueba de Papanicolau, una exploración pélvica y un examen físico de mama cada dos años, aunque no ha tenido síntomas de cáncer de mama, cervical ni vaginal. Durante su examen físico de mama este año, su médico notó algo anormal y le dijo que debería hacerse una mastografía de diagnóstico. Janet desea saber cuánto tendrá que pagar por estos servicios.

¿Qué debe hacer Janet?

- Janet debe comunicarse con su SHIP para hablar con un asesor que pueda explicarle los costos de los servicios preventivos más a fondo.
 - Si no sabe cómo encontrar su SHIP, puede visitar www.shiphelp.org o llamar al 877-839-2675 y decir "Medicare" cuando se lo pidan.
- El asesor del SHIP debe explicarle la diferencia entre los servicios preventivos y de diagnóstico. El asesor puede decirle a Janet que su primera prueba de detección fue preventiva, lo cual quiere decir que no tenía síntomas previos de la enfermedad para la cual le estaban haciendo una prueba. Siempre y cuando Janet haya ido con un proveedor participante, no debe pagar ningún costo compartido por la prueba de detección.
- El asesor del SHIP puede decirle a Janet que la mastografía es de diagnóstico, es decir, aborda los síntomas o afecciones que ya tiene. Ya que Medicare Parte B cubre los servicios preventivos y de diagnóstico de forma diferente, es probable que Janet no tenga que pagar nada por la primera prueba de detección, pero deberá pagar el costo compartido normal de Medicare por la mastografía de diagnóstico. Debido a que Janet tiene Medicare original, debe esperar pagar un coseguro del 20 % por la mastografía de diagnóstico.

Estudio de caso práctico de la SMP

Estela tiene 68 años de edad y está inscrita en un Plan Medicare Advantage. Este mes, recibió una factura de parte de su nuevo proveedor de atención primaria por su visita anual de bienestar. Estela está confundida porque sabe que Medicare debe cubrir el costo total de esta visita anual, siempre y cuando no haya recibido atención de diagnóstico o servicios no preventivos durante la misma. Cuando Estela se comunicó con su plan, descubrió que se denegó su visita porque su exproveedor de atención primaria ya le había facturado a Medicare por la visita. Estela no ha visitado a su exproveedor de atención primaria este año y le preocupa que pueda ser víctima de un fraude.

¿Qué debe hacer Estela?

- Estela debe comunicarse con su exproveedor de atención primaria para averiguar si el consultorio cometió un error de facturación.
- Si Estela sospecha que el consultorio médico anterior puede haberle facturado a Medicare de forma fraudulenta, debe comunicarse con su SMP para obtener ayuda.
 - Si Estela no sabe cómo comunicarse con su SMP, puede llamar al 877-808-2468 o visitar www.smpresource.org.
 - El representante de la SMP ayudará a Estela a reportar su caso ante las autoridades correspondientes y se asegurará de que los CMS hayan corregido el error, si corresponde.

Información de contacto del SHIP local

Información de contacto de la SMP local

Mesa County RSVP
970-243-9839, ext. 1
www.mesacountyrsvp.org

Para encontrar un SHIP en otro estado:
Llame al 877-839-2675 o visite www.shiphelp.org.

Para encontrar una SMP en otro estado:
Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org.

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiphelp.org | info@shiphelp.org
Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org
© 2022 Medicare Rights Center | www.medicareinteractive.org |

El Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center) es autor de ciertas secciones del contenido en estos materiales, pero no es responsable por ningún contenido que el Centro de Derechos de Medicare no haya creado. Este documento recibió apoyo parcial de los números de subvención 90SATC0002 y 90MPRC0002, de parte de la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Washington, D.C. 20201. Se insta a los beneficiarios que llevan a cabo proyectos con el patrocinio gubernamental a expresar libremente sus hallazgos y conclusiones. Por lo tanto, los puntos de vista o las opiniones no necesariamente representan la política oficial de la Administración para la Vida en Comunidad.