



El Módulo 7 explica los servicios preventivos cubiertos por Medicare

Este módulo de capacitación fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y el Mercado de Seguros Médicos facilitado por el gobierno federal.

La información en este módulo fue corregida a partir de mayo de 2015. Para confirmar si hay una versión actualizada, visite [CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html](https://www.cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html).

El Programa de Capacitación Nacional de CMS ofrece este documento como recurso informativo para nuestros socios. No se trata de un documento legal ni tiene como finalidad estar dirigido a la prensa. Los medios de prensa se pueden comunicar con la Oficina de Medios de CMS a press@cms.hhs.gov. Las normas oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Objetivos de la sesión

Esta sesión explica lo siguiente:

- Qué servicios preventivos están cubiertos
- Quién es elegible para recibirlos
- Cuánto se paga
- En qué lugar obtener más información

Esta sesión sobre servicios preventivos de Medicare explica lo siguiente:

- Qué servicios preventivos están cubiertos
- Quién es elegible para recibirlos
- Cuánto se paga
- En qué lugar obtener más información

Lección 1 – Introducción

- Servicios preventivos de Medicare
 - Detecte en forma temprana problemas de salud, cuando el tratamiento funciona mejor
- Cubierto por Medicare Parte B (Seguro Médico)
 - Si obtiene cobertura de
 - Medicare/Medicare Original
 - Plan Medicare Advantage
 - Otros planes de salud de Medicare
- La cobertura para servicios preventivos está basada en la edad, el género y el historial médico

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

3

Los servicios preventivos pueden detectar en forma temprana problemas de salud, cuando el tratamiento funciona mejor. Medicare Parte B cubre servicios preventivos, por ejemplo exámenes, diagnósticos, visitas de bienestar, pruebas de laboratorio y vacunas para ayudar a prevenir, detectar y controlar problemas médicos.

Debe contar con Medicare Parte B para Medicare a fin de cubrir estos servicios.

Estos servicios están cubiertos si tiene cobertura de Medicare Original, un plan de Medicare Advantage (MA) u otro plan de salud de Medicare. No obstante, las normas que rigen el monto que usted paga por estos servicios pueden variar. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que contrata a Medicare para que preste beneficios de la Parte A y la Parte B (y algunas veces la Parte D) a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Los planes de salud de Medicare incluyen todos los planes Medicare Advantage, los planes de Costos de Medicare, los programas piloto/de prueba y lo(s) Programa(s) de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).

Hable con su médico sobre qué servicios preventivos necesita, con qué frecuencia los necesita para ayudarlo a conservar la salud y pregunte si reúne los criterios de cobertura basados en su edad, género e historial médico.

Pago de servicios preventivos en 2015

- En Medicare Original usted
 - No paga nada por la mayoría de los servicios preventivos si su proveedor acepta la "asignación**"
 - Puede tener que pagar más si el proveedor no acepta la asignación
 - Es posible que tenga un copago
 - Si el médico realiza otros servicios que no forman parte de los beneficios preventivos cubiertos o
 - Para *ciertos* servicios preventivos

*La asignación es un acuerdo entre su médico, proveedor o suplidor que va a ser pagado directamente por Medicare, para aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total por los servicios cubiertos y no cobrarle más que el deducible y el coseguro de Medicare.

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

4

Con Medicare Original usted no paga nada para la mayoría de los servicios preventivos si recibe los servicios de un médico o de otro proveedor que acepta la asignación.

La asignación es un acuerdo entre su médico, proveedor o suplidor que va a recibir el pago directamente de Medicare, que acepta la cantidad aprobada por Medicare como pago total por los servicios cubiertos y no le cobrará a usted más que el deducible y el coseguro de Medicare.

Usted no paga nada por ciertos servicios preventivos. No obstante, si su médico u otro proveedor de atención de salud realizan pruebas o servicios adicionales durante la misma visita que no están cubiertos dentro de los beneficios preventivos, es posible que deba pagar un copago y que se aplique el deducible de la Parte B. Más adelante, analizaremos qué servicios preventivos requieren un copago.

La Sección 4104 de la Ley de Asistencia Accesible eximió de los deducibles, copagos o coseguros vigentes para la fecha de servicio o posteriores al 1 de enero de 2011 a los siguientes servicios preventivos cubiertos por Medicare:

- Examen físico preventivo inicial (IPPE) o (visita preventiva "Bienvenido a Medicare")
- Visita anual de "Bienestar" y
- Esos servicios preventivos que
 - Fueron identificados con el grado A o B por el Grupo Operativo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) para cualquier indicación o población y
 - Son apropiados para el beneficiario

Lección 2 - ¿Qué cubre?

- Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"
- Visita anual de "Bienestar"
- Estudio para la detección de aneurisma aórtico abdominal
- Estudio y consejería para el mal uso del alcohol
- Densitometría ósea
- Estudio para detectar el cáncer de seno (mamografía)
- Visita para la reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (CVD)
- Estudios para detectar enfermedades cardiovasculares
- Estudio para detectar cáncer cervical y vaginal
- Estudios para detectar cáncer colorrectal
 - Prueba para detectar sangre oculta en heces
 - Sigmoidoscopia flexible
 - Colonoscopia
 - Enema de bario
 - Prueba de ADN en heces con múltiples objetivos **INUEVO!**
- Detección de depresión
- Pruebas de diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Vacunas para la gripe (inyectable)
- Pruebas de detección de glaucoma
- Vacunas contra la Hepatitis B (inyección)
- Prueba para detectar Hepatitis C **INUEVO!**
- Pruebas para VIH
- Exploración para cáncer de pulmón **INUEVO!**
- Servicios de terapia médica nutricional
- Pruebas y consejería para obesidad
- Vacunas antineumocócicas **ACTUALIZAR**
- Exploración para cáncer de próstata
- Estudio y consejería para infecciones de transmisión sexual
- Consejería para abandonar el uso del tabaco

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

5

Lección 2 — Esta lección explicará qué servicios preventivos están cubiertos por Medicare. Medicare cubre muchos servicios preventivos para ayudarlo a mantenerse saludable. Hable con su proveedor de servicios de salud sobre cuál de estos servicios es correcto para usted.

Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"

- Una vez dentro de los primeros 12 meses de recibir la Parte B
- El médico o el proveedor de atención médica
 - Revisará su historial médico y social
 - Le tomará la presión, medirá su altura, peso e índice de masa corporal
 - Realizará una prueba de visión simple
 - Revisará los factores de riesgo para la depresión
 - Revisará su habilidad funcional y seguridad
 - Educará y le aconsejará cómo ayudarse a permanecer bien
 - Le recomendará exámenes adicionales si los necesita
- Usted no paga nada si el médico acepta la asignación
 - Las pruebas de laboratorio no están incluidas

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

6

La visita preventiva "Bienvenido a Medicare" es una excelente forma de obtener información actualizada sobre exámenes y vacunas importantes y para revisar su historial médico. Solo se ofrece 1 vez dentro de los primeros 12 meses de recibir Medicare Parte B.

Durante su visita preventiva, su médico o proveedor de atención médica prestará los siguientes servicios:

- Revisará su historial médico y social
- Le tomará la presión, medirá su altura, peso e índice de masa corporal
- Realizará una prueba de visión simple
- Revisará los factores potenciales (de riesgo) para la depresión
- Revisará la habilidad funcional y el nivel de seguridad, lo que implica una evaluación del deterioro auditivo, la capacidad para realizar actividades de la vida diaria de manera exitosa, el riesgo de caídas y la seguridad en el hogar.

Recibirá consejos para ayudarlo a evitar la enfermedad, mejorar su salud y permanecer bien. También se llevará un breve plan escrito (como una lista de control) que le indicará qué exámenes y otros servicios preventivos necesita.

No tiene costo si su médico acepta la asignación de Medicare.

IMPORTANTE: Este servicio es una visita preventiva y **no** un "control físico de rutina". La visita preventiva "Bienvenido a Medicare" no incluye pruebas clínicas de laboratorio

Si desea más información, visite [CMS.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm7079.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm7079.pdf).

Visita anual de "Bienestar"

- No puede efectuarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare"
- El enfoque es en el "bienestar"
 - No se trata de un "control físico de rutina"
- Disponible una vez cada 12 meses
 - Después de haber tenido Parte B durante no más de 12 meses
 - No pagará nada por este examen si el médico acepta la asignación

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

7

Una vez que tuvo Parte B durante no más de 12 meses, puede realizar una visita anual de "Bienestar" para desarrollar o actualizar un plan de prevención exclusivo para usted. Medicare cubre 1 visita anual de "Bienestar" cada 12 meses.

No es necesario que realice una visita preventiva "Bienvenido a Medicare" antes de tener una visita anual de "Bienestar". Si realizó una visita preventiva "Bienvenido a Medicare", tendrá que esperar 12 meses antes de realizar su primera visita anual de "Bienestar".

Medicare cubrirá una visita anual de "Bienestar" sin ningún costo para usted. Puede trabajar con su médico para desarrollar y actualizar su plan de prevención personalizado. Este beneficio proporciona un foco permanente en la prevención que se puede adaptar a medida que surgen los cambios con el tiempo.

No pagará nada por este examen si el médico acepta la asignación.

IMPORTANTE: Esta visita anual de "Bienestar" es una visita de bienestar preventiva y **no** un "control físico de rutina".

Si desea más información, visite [CMS.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm7079.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm7079.pdf).

La visita inicial de "Bienestar" anual que proporciona servicios del plan de prevención personalizada

- Incluye
 - Evaluación de riesgo de salud
 - Revisión de la capacidad funcional y el nivel de seguridad
 - Medidas de la presión arterial, altura, peso e índice de masa corporal
 - Revisión de los factores potenciales para la depresión
 - Plan de prevención personalizado
 - Programa de estudios escrito
 - Recomendación de salud personalizada
 - Referidos para educación de salud y consejería preventiva para ayudarlo a permanecer bien
 - Lista de proveedores médicos
 - Detección de discapacidades cognitivas

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

8

Su profesional de la salud le realizará algunas preguntas antes de su visita. Esto se llama evaluación de riesgo de salud. Sus respuestas a las preguntas le ayudarán a usted y a su profesional de la salud a sacar el mayor provecho de su visita anual de "Bienestar".

Durante su visita, el profesional de atención de la salud

- Registrará su presión sanguínea, altura y peso
- Revisará los factores potenciales (de riesgo) para la depresión
- Revisará sus habilidades funcionales y nivel de seguridad, que incluye evaluar su
 - Audición
 - Capacidad para realizar actividades de la vida diaria (como caminar, comer, etc.)
 - Riesgo de caídas
 - Seguridad en el hogar

También recibirá consejos para ayudarlo a evitar la enfermedad, mejorar su salud y permanecer bien. Se llevará un breve plan escrito, como una lista de control, que le indicará qué estudios y otros servicios preventivos necesitará durante los próximos 5 a 10 años.

Visitas anuales subsiguientes de "Bienestar"

■ Incluyen

- Actualizaciones a su historial médico/familiar
- Mediciones de peso, presión arterial y otros valores de rutina
- Actualizaciones a su lista de proveedores médicos
- Detección de discapacidades cognitivas
- Actualizaciones a su programa escrito de estudios médicos según lo acordado en la visita inicial anual de "Bienestar" con ajustes de sus factores de riesgo y condiciones
- Recomendación de salud personalizada
- Referidos para educación de salud y consejería preventiva para ayudarlo a permanecer bien
- Evaluación de riesgo de salud actualizada

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

9

Las visitas anuales de "Bienestar" posteriores ofrecen servicios del plan de prevención personalizada (PPPS) e incluyen:

- Actualizaciones a su historial médico/familiar
- Mediciones del peso (circunferencia de cintura), presión sanguínea y otros valores de rutina que se consideren apropiados, en función de su historial médico y familiar.
- Actualizaciones a la lista de sus actuales proveedores y suplidores médicos que participan en forma habitual de su atención médica, según lo acordado en la primera visita anual de "Bienestar" que produjo un PPPS
- Detección de cualquier daño cognitivo que pueda presentar
- Actualizaciones a su plan escrito de estudios médicos según lo acordado en su primera visita anual de "Bienestar" que produjo un PPPS
- Actualizaciones a su lista de factores y condiciones para los que se recomiendan o ya está recibiendo intervenciones primarias, secundarias o terciarias, según lo acordado en su primera visita anual de "Bienestar" que produjo un PPPS
- Recomendación de salud personalizada y referido, según corresponda, a servicios o programas de consejería preventiva o educación
- Una evaluación de riesgo de salud actualizada

Estudio para la detección de aneurisma aórtico abdominal

- Aneurismas aórticos abdominales (zonas abultadas y débiles)
- Ecografía por única vez
- Factores de riesgo
 - Historia familiar de aneurismas aórticos u
 - Hombres de 65 a 75 que han fumado más de 100 cigarrillos
 - En su vida
- Sin copago ni deducible con Medicare Original
- Ya no necesita el referido de la visita preventiva "Bienvenido a Medicare"
 - Puede contar con un referido de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista clínico de enfermería en cualquier momento

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

10

La aorta es la arteria más larga del cuerpo. Transporta la sangre hacia afuera del corazón. Cuando llega al abdomen, se llama aorta abdominal.

La aorta abdominal suministra sangre a la parte inferior del cuerpo. Cuando un área débil de la aorta abdominal se expande o se hincha, se llama aneurisma aórtico abdominal. Los aneurismas se desarrollan muy lentamente durante muchos años y suelen no presentar síntomas. Si un aneurisma se expande rápidamente, se desgarran (ruptura del aneurisma) o pierde sangre por la pared del vaso (disección aórtica), de pronto se pueden desarrollar síntomas graves.

Para realizarse una ecografía por única vez, debe recibir un referido de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista clínico de enfermería.

Con vigencia a partir del 1 de enero de 2014, no necesita ningún referido durante la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" para realizarse un estudio para la detección de aneurisma aórtico abdominal. Todos los demás límites a la elegibilidad y frecuencia permanecen sin cambios.

Se lo considera en riesgo si alguno de los siguientes casos se aplica a usted:

- Tiene un historial familiar de aneurismas aórticos abdominales
- Es hombre de 65 a 75 que ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida

Si alguno de estos casos se aplica a usted, Medicare cubrirá una ecografía abdominal para detectar aneurismas aórticos abdominales sin deducibles ni copagos si el médico acepta la asignación.

Estudio y consejería para el mal uso del alcohol

- Pruebas anuales
 - Hasta 4 sesiones de consejería presencial si
 - Hace un mal uso el alcohol
 - No tiene dependencia del alcohol
 - Es competente y estaba alerta cuando recibió la consejería
 - Se debe suministrar consejería
 - A cargo de un proveedor de asistencia primaria calificado
 - En un entorno de atención primaria
- Medicare no identifica herramientas de detección específicas
- Ningún costo si el proveedor acepta la asignación

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

11

Medicare cubre una prueba anual para detectar el mal uso del alcohol. Están disponibles varias herramientas de detección para identificar el mal uso del alcohol. Medicare no identifica herramientas de detección específicas para el mal uso del alcohol. Por el contrario, la decisión de utilizar una herramienta específica está a cargo del médico clínico en el entorno de atención primaria.

Para aquellos que tienen un resultado positivo, Medicare cubre hasta 4 intervenciones presenciales de consejería conductual breves (15 minutos) por año para los beneficiarios de Medicare (incluso embarazadas) que cumplen los siguientes requisitos:

- Mal uso del alcohol, pero con niveles o patrones de consumo que no cumplen con los criterios de dependencia del alcohol (definida como al menos 3 de los siguientes: tolerancia, síntomas de abstinencia; control de deterioro; preocupación por la adquisición y/o el uso; deseo persistente o esfuerzos infructuosos por dejar; incapacidad social, laboral o recreativa sostenida, el uso continúa a pesar de las consecuencias adversas)
- Está competente y alerta al momento en que se proporciona la consejería
- La consejería es provista por médicos de atención primaria calificados u otros profesionales de atención primaria en un entorno de atención primaria

Se define como entorno de atención primaria a aquel en el cual se ofrecen servicios de atención médica integrados, servicios de salud accesibles por parte de médicos que son responsables de tratar la gran mayoría de las necesidades de atención médica personal, desarrollar una asociación sostenida con los pacientes y realizar su práctica médica en el contexto de la familia y la comunidad. Los departamentos de emergencia, entornos de internación en hospitales, centros de cirugía ambulatoria, centros de pruebas de diagnóstico independientes, centros de enfermería especializada, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospicios no se consideran centros de atención primaria según esta definición.

Densitometría ósea

- Mide la densidad ósea
 - La osteoporosis puede debilitar los huesos (volverlos frágiles)
- Cubierta si usted cumple criterios específicos
 - Tiene riesgo de osteoporosis basado en su historial médico
 - Se observan posibles problemas en sus radiografías
 - Toma prednisona u otros medicamentos de tipo esteroideo
 - Tiene hiperparatiroidismo
 - Está siendo monitoreado para evaluar su respuesta a un tratamiento farmacológico de la osteoporosis aprobado por la FDA
- Cada 24 meses (con mayor frecuencia si fuese necesario por razones médicas)
- Sin copago ni deducible con Medicare Original

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

12

Medicare cubre la densitometría ósea para medir la densidad de los huesos. Estos resultados de pruebas le ayudan a usted y a su médico a elegir la mejor manera de mantener los huesos fuertes.

La osteoporosis es una enfermedad en la cual los huesos se vuelven débiles y es muy probable que se quiebren. Es una enfermedad silenciosa, lo que significa que usted puede no saber que la tiene hasta que se rompe un hueso.

La densitometría ósea está cubierta cada 24 meses, o con mayor frecuencia si fuese necesaria por razones médicas, si usted está dentro de 1 de las siguientes categorías por lo menos:

- Mujer con deficiencia de estrógeno y en riesgo de sufrir osteoporosis con base en su historial médico
- Personas con alteraciones vertebrales
- Personas que reciben tratamiento con esteroides (o prevén recibirlo) durante más de 3 meses
- Personas con hiperparatiroidismo
- Personas que están siendo monitoreadas para evaluar su respuesta al tratamiento farmacológico de la osteoporosis aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.

En Medicare Original no hay deducibles ni copagos

Estudio para detectar el cáncer de seno (mamografía)

- Cubierto para todas las mujeres con Medicare
 - Una mamografía de referencia
 - Entre los 35 y los 39 años
 - Una vez por año a partir de los 40
- Sin copago ni deducible con Medicare Original

AVISO: Las mamografías de diagnóstico están cubiertas si tiene signos/síntomas o historial de enfermedad mamaria

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

13

El cáncer de seno es el cáncer no cutáneo de diagnóstico más frecuente en mujeres y sólo se ve superado por el cáncer de pulmón, que es la causa principal de muerte por cáncer entre las mujeres en los Estados Unidos. Toda mujer está en riesgo y el riesgo aumenta con la edad. El cáncer de seno también se produce en hombres.

Una mamografía es un procedimiento radiológico, una radiografía de los senos, usada para la detección temprana del cáncer de seno en mujeres que no tienen signos ni síntomas de la enfermedad e incluye la interpretación de los resultados por parte de un médico.

Medicare brinda la cobertura de una mamografía exploratoria anual para todas las mujeres beneficiarias de 40 años o más. Medicare también brinda la cobertura de 1 mamografía exploratoria de referencia para todas las mujeres beneficiarias de 35 a 39 años.

Usted no necesita ningún referido del médico, pero el prestador de rayos X tendrá que enviarle los resultados del estudio a un médico.

En Medicare Original, no hay deducible ni copago si el médico o el proveedor de atención médica calificado aceptan la asignación.

Las mamografías de diagnóstico se hacen para controlar el cáncer de seno en hombres y mujeres después de la detección de un bulto o de algún otro signo de cáncer encontrado, si usted tiene un historial de cáncer de seno, o si su médico lo cree conveniente según su historial y otros factores significativos. El coseguro o copago y el deducible de la Parte B se aplica para mamografías de diagnóstico.

Visita para la reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (CVD)

- Una visita para la reducción de riesgo de CVD (también conocida como enfermedad cardiovascular) por año
 - Terapia conductual
 - Suministrada por un proveedor de atención primaria en un entorno de atención primaria
- La visita incluye los siguientes componentes
 - Recomendación del uso de aspirina si los beneficios superan los riesgos
 - Examen para detectar alta presión sanguínea
 - Consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

14

Medicare cubre una terapia conductual intensiva para tratar la enfermedad cardiovascular (mencionada como visita para la reducción de riesgo de CVD)

Medicare cubre 1 visita presencial para la reducción de riesgo de CVD por año para beneficiarios de Medicare que sean competentes y estén alertas al momento de ofrecer la consejería y cuando este servicio sea provisto por médicos de atención primaria calificados u otros profesionales de atención primaria en un entorno de atención primaria.

Se define como entorno de atención primaria a aquel en el cual se proporcionan servicios de atención médica integrados, servicios de salud accesibles por parte de médicos que son responsables de tratar la gran mayoría de las necesidades de atención médica personal, desarrollar una asociación sostenida con los pacientes y realizar su práctica médica en el contexto de la familia y la comunidad. Los departamentos de emergencia, entornos de internación en hospitales, centros de cirugía ambulatoria, centros de pruebas de diagnóstico independientes, centros de enfermería especializada, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospicios no se consideran centros de atención primaria según esta definición.

La visita para la reducción del riesgo de CVD consta de los siguientes componentes:

- Recomendación del uso de aspirina para la prevención primaria de CVD cuando los beneficios superan los riesgos en hombres entre 45 y 79 y mujeres entre 55 y 79
- Examen para detectar alta presión sanguínea en adultos de 18 años o más
- Consejería conductual intensiva para promocionar una dieta saludable en adultos con hiperlipidemia, hipertensión, edad avanzada y otros factores de riesgo conocidos para enfermedad cardiovascular y enfermedad crónica relacionada con la dieta.

Solo una pequeña porción de la población de Medicare (alrededor del 4%) tiene menos de 45 (hombres) o 55 (mujeres), por lo tanto, la gran mayoría de los beneficiarios debe recibir los 3 componentes. Se recomienda encarecidamente una consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable y cubrir cerca del 100% de la población debido a la prevalencia de los factores de riesgo conocidos.

Estudios para detectar enfermedades cardiovasculares

- Análisis de sangre para la detección temprana de los riesgos
 - Enfermedad cardíaca
 - Accidente cerebrovascular
- Medicare cubre las pruebas de
 - Colesterol total
 - Lipoproteínas de alta densidad
 - Triglicéridos
- Se cubre una vez cada 5 años
- Sin copago ni deducible con Medicare Original

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

15

Medicare cubre estudios para detectar enfermedades cardiovasculares que controlan su nivel de colesterol y de grasas (lípidos) en sangre. Los niveles elevados de colesterol pueden aumentar el riesgo de padecer enfermedad cardíaca y accidente cardiovascular.

Las pruebas para el nivel de colesterol total, lipoproteína de alta densidad (HDL) y triglicéridos se cubren una vez cada 5 años para todas las personas con Medicare que no presentan signos o síntomas aparentes de enfermedad cardiovascular.

Las personas con Medicare Original no pagan copago ni deducible para estos exámenes.

Estudio para detectar cáncer cervical y vaginal

- Pruebas de Pap y exámenes pélvicos con examen clínico del seno
 - Las pruebas de Pap ayudan a detectar el cáncer cervical y vaginal
 - El examen pélvico de diagnóstico ayuda a detectar cánceres fibroides y de ovario
- Examen clínico del Seno
 - Ayuda a detectar masas, bultos y cáncer de seno

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

16

Medicare cubre las pruebas de Pap, los exámenes pélvicos y exámenes clínicos del seno.

- La prueba de diagnóstico Pap (frotis de Papanicolaou) cubierta por Medicare es una prueba de laboratorio que consiste en una citología exfoliativa de rutina (prueba de Papanicolaou) que se realiza con el fin de detectar el cáncer cervical en forma temprana. Incluye la recolección de una muestra de células cervicales y una interpretación de la prueba por parte del médico.
- Se realiza una exploración pélvica de diagnóstico para detectar precánceres, cánceres genitales, infecciones, enfermedades de transmisión sexual (STD), otras anomalías del sistema reproductivo y problemas genitales y vaginales.
- Además, una exploración pélvica de diagnóstico cubierta por Medicare incluye un examen clínico del seno, que se puede usar como herramienta para detectar, prevenir y tratar masas y bultos en los senos y el cáncer de seno.

Estudio para detectar cáncer cervical y vaginal Continuación

- Prueba de Pap y examen pélvico con examen clínico del seno
- Cubierto para todas las mujeres
 - Una vez cada 24 meses
 - Una vez cada 12 meses, si usted
 - Tiene alto riesgo de cáncer cervical o vaginal
 - O está en edad fértil y tuvo un Pap anómalo en los últimos 36 meses
- Usted no paga nada por la prueba de laboratorio del Pap y la recolección de la muestra ni por los exámenes pélvico y de seno si el médico acepta la asignación

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

17

Estas pruebas son servicios cubiertos para todas las mujeres con Medicare y en general se realizan durante la misma consulta médica. Estos servicios están cubiertos una vez cada 24 meses para la mayoría de las mujeres. Sin embargo, pueden estar cubiertos cada 12 meses si se aplica alguna de las siguientes circunstancias:

- Usted posee un riesgo elevado de cáncer cervical o vaginal (en función de su historial médico u otros hallazgos)
- Usted está en edad fértil y tuvo un Pap anómalo en los últimos 36 meses

Entre los factores de alto riesgo de cáncer cervical o vaginal se incluye lo siguiente:

- Inicio temprano de la actividad sexual (antes de los 16)
- Varias parejas sexuales (5 o más en la vida)
- Historial de enfermedades de transmisión sexual (incluye virus de inmunodeficiencia adquirida)
- Menos de 3 Pap negativos o ningún Pap dentro de los 7 años anteriores
- Hijas expuestas a DES (dietilestilbestrol) de mujeres que tomaron DES durante el embarazo

Usted no paga nada por la prueba de laboratorio del Pap y la recolección de la muestra ni por los exámenes pélvico y de seno si el médico acepta la asignación

Estudios para detectar cáncer colorectal

- Ayuda a evitar o detectar el cáncer en forma temprana
- Ayuda a encontrar crecimientos precancerosos
- Es posible que estén cubiertas una o más de las siguientes pruebas:
 - Prueba para detectar sangre oculta en heces
 - Sigmoidoscopia flexible
 - Colonoscopia
 - Enema de bario
 - Prueba de ADN en heces con múltiples objetivos (Cologuard™)

¡NUEVO!

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

18

En los Estados Unidos, el cáncer colorrectal es la cuarta causa más frecuente de cáncer en hombres y mujeres. Si se detecta en forma temprana, suele ser curable.

Para ayudar a encontrar crecimientos precancerosos y a prevenir o detectar el cáncer en forma temprana, cuando el tratamiento es más eficaz, su médico puede pedir alguna de las siguientes pruebas si usted cumple ciertas condiciones: prueba para detectar sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible, colonoscopia o enema de bario (como alternativa a una sigmoidoscopia flexible o a una colonoscopia cubiertas) o una prueba de ADN en heces con múltiples objetivos (Cologuard™).

Medicare define a una persona con alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal a quien presenta 1 o más de los siguientes factores de riesgo:

- Pariente cercano (hermano/a, padre/madre o hijo/a) que tuvo cáncer colorrectal o pólipos;
- Historial familiar de pólipos;
- Historial personal de cáncer colorrectal;
- Historial personal de enfermedad inflamatoria del intestino, que incluye enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.

Para los beneficiarios de Medicare con alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, la frecuencia de las pruebas de diagnóstico cubiertas varía con respecto a la frecuencia de las pruebas cubiertas para quienes no están considerados con alto riesgo.

AVISO: Si se encuentra y se elimina un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia de diagnóstico, es posible que deba pagar 20% del monto aprobado por Medicare por los servicios del médico y un copago en un entorno de pacientes ambulatorios de hospital.

Estudios para detectar cáncer colorrectal

Prueba de diagnóstico	Si el riesgo es normal cubierta una vez cada	Si el riesgo es alto cubierta una vez cada	Usted paga
Prueba para detectar sangre oculta en heces 50 o más	12 meses	12 meses	Ningún deducible ni copago para esta prueba
Sigmoidoscopia flexible 50 o más	4 años o 10 años después de la anterior colonoscopia	4 años	Ningún deducible ni copago para esta prueba
Colonoscopia No hay edad mínima	10 años (en general) o 4 años después de la anterior sigmoidoscopia flexible	24 meses (a menos que se realice una sigmoidoscopia flexible, luego cada 4 años)	Ningún deducible ni copago para esta prueba
1/mayo/2015	Servicios preventivos de Medicare		19

Todos los beneficiarios de Medicare de 50 años o más que **no** tienen alto riesgo de cáncer colorrectal tienen cobertura para los siguientes estudios:

- Prueba para detectar sangre oculta en las heces todos los años
- Sigmoidoscopia flexible una vez cada 4 años o después de 47 meses (a menos que se haya realizado una colonoscopia, entonces Medicare es posible que cubra una sigmoidoscopia después de 10 años o de al menos 119 meses)
- Colonoscopia cada 10 años (a menos que se haya realizado una sigmoidoscopia flexible, y entonces es posible que Medicare cubra una colonoscopia después de que hayan pasado 4 años) (sin mínimo de edad)

Todos los beneficiarios de Medicare de 50 años o más que tienen alto riesgo de cáncer colorrectal tienen cobertura para los siguientes estudios:

- Prueba para detectar sangre oculta en las heces todos los años
- Sigmoidoscopia una vez cada 4 años (o después de que hayan pasado 47 meses)
- Colonoscopia cada 2 años (a menos que se haya realizado una sigmoidoscopia flexible, y entonces es posible que Medicare cubra una colonoscopia después de que hayan pasado 47 meses)

Las personas con Medicare Original no pagan un copago ni un deducible por las pruebas para detectar sangre oculta en las heces, sigmoidoscopia flexible y colonoscopia.

AVISO: Si durante el transcurso de una colonoscopia, se detecta una lesión o crecimiento que termina en una biopsia o eliminación del tejido crecido, esta se convierte en un procedimiento de diagnóstico (G0105). El procedimiento puede estar sujeto a un copago.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 1

¿Qué declaración es cierta sobre la visita preventiva "Bienvenido a Medicare"?

- a. Es necesario que esta visita esté cubierta para las visitas anuales de "Bienestar".
- b. Puede recibir esta visita solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B.
- c. No se paga nada por la visita si el proveedor acepta la asignación, pero se aplica el deducible de la Parte B.
- d. Todas las pruebas de laboratorio están incluidas en la visita sin ningún costo adicional.

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

21

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 1

¿Qué declaración es cierta sobre la visita preventiva "Bienvenido a Medicare"?

- a. Es necesario que esta visita esté cubierta para las visitas anuales de "Bienestar".
- b. Puede recibir esta visita solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B.
- c. No se paga nada por la visita si el proveedor acepta la asignación pero se aplica el deducible de la Parte B.
- d. Todas las pruebas de laboratorio están incluidas en la visita sin ningún costo adicional.

RESPUESTA: b. Puede recibir esta visita solamente dentro de los primeros 12 meses de tener Parte B. Recuerde que no necesita hacer la visita "Bienvenido a Medicare" primero para calificar para las visitas anuales de "Bienestar" en años posteriores. No tiene costo siempre que su proveedor acepte la asignación y que no se aplique el deducible de la Parte B. Las pruebas de laboratorio no están incluidas en la visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Si su proveedor considera que necesita una prueba de laboratorio, usted la paga por separado.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 2

Con Medicare Original no paga nada por la mayoría de los servicios preventivos si su proveedor acepta la asignación.

- a. Verdadero
- b. Falso

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

22

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 2

Con Medicare Original no paga nada por la mayoría de los servicios preventivos si su proveedor acepta la asignación.

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: a. Verdadero. Recuerde, asignación significa que su médico, proveedor o suplidor ha firmado un acuerdo con Medicare (o que se le exige por ley que acepte el monto aprobado por Medicare como pago completo por los servicios cubiertos). La mayoría de los médicos, proveedores y suplidores aceptan la asignación, pero siempre debe comprobarlo para asegurarse, porque algunos profesionales inscritos en Medicare no aceptan asignaciones.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 3

Usted debe obtener un referido durante su visita preventiva "Bienvenido a Medicare" para tener cubierto el beneficio del estudio para la detección de aneurisma aórtico abdominal.

- a. Verdadero
- b. Falso

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

23

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 3

Usted debe obtener un referido durante su visita preventiva "Bienvenido a Medicare" para tener cubierto el beneficio del estudio para la detección de aneurisma aórtico abdominal.

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: b. Falso. Con vigencia a partir del 1 de enero de 2014, no necesita obtener ningún referido durante la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" para realizarse un estudio para la detección de aneurisma aórtico abdominal. Puede obtener un referido en cualquier momento, ya sea del médico, del asistente del médico, un enfermero practicante o un especialista clínico en enfermería.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 4

Martha tiene 57 y Medicare Original. Su colonoscopia terminó en biopsia. ¿Qué afirmación es verdadera?

- a. Ella paga 20% del monto aprobado por Medicare
- b. No está cubierta porque no tiene 65 años o más
- c. El procedimiento se considera de diagnóstico y tiene que pagar coseguro o copago
- d. a y c

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

24

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 4

Martha tiene 57 y Medicare Original. Su colonoscopia terminó en biopsia. ¿Qué afirmación es verdadera?

- a. Ella paga 20% del monto aprobado por Medicare
- b. No está cubierta porque no tiene 65 años o más
- c. El procedimiento se considera de diagnóstico y tiene que pagar coseguro o copago
- d. a y c

RESPUESTA: a y c.

Si una colonoscopia termina en biopsia o en eliminación de una lesión o un crecimiento durante la visita, el procedimiento se considera diagnóstico y es posible que deba pagar coseguro o copago. Pero el deducible de la Parte B no se aplica. Puesto que es diagnóstico, debe pagar un coseguro de 20%.

DetECCIÓN DE DEPRESIÓN

- Este estudio anual se debe realizar en un entorno de atención primaria
 - Con apoyo de atención para la depresión asistido por el personal
 - Para garantizar diagnóstico preciso, tratamiento eficaz y seguimiento
- Varias herramientas de diagnóstico están disponibles
 - La elección de la herramienta es a discreción del médico clínico
- Sin copago ni deducible con Medicare Original

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

25

Medicare cubre un estudio anual para diagnóstico de depresión (hasta 15 minutos) para personas con Medicare en entornos de atención primaria que ya cuentan con apoyo de atención para la depresión asistido por el personal para asegurarse un diagnóstico preciso, tratamiento eficaz y seguimiento.

Están disponibles varias herramientas para diagnosticar la depresión. CMS no identifica herramientas de detección específicas para diagnosticar la depresión. Por el contrario, la decisión de utilizar una herramienta específica está a cargo del médico clínico en el entorno de atención primaria.

La cobertura está limitada a los servicios de diagnóstico y no incluye opciones de tratamiento para la depresión ni para ninguna enfermedad, complicación o condición crónica que surja de una depresión, ni tampoco aborda intervenciones terapéuticas como farmacoterapia (tratamiento con medicamentos), terapias combinadas (consejería y medicación) u otro tipo de intervenciones para la depresión.

Entre las personas mayores de 65 años, 1 de cada 6 sufre de depresión. La depresión en los adultos mayores se estima en el 25% de quienes padecen otras enfermedades, como cáncer, artritis, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar crónica y enfermedad cardiovascular. Otros eventos estresantes, como la pérdida de amigos y de seres queridos, también son factores de riesgo para la depresión. Se pierden oportunidades de mejorar los resultados de salud cuando se subestima la enfermedad mental y no es tratada adecuadamente en el entorno de asistencia primaria.

Los adultos mayores tienen el más alto riesgo de suicidio en todos los grupos etarios. Se estima que entre el 50 y el 75% de los adultos mayores que cometieron suicidio visitaron a su médico durante el mes anterior para atención médica general y el 39% fueron atendidos durante la semana anterior a su muerte. Los síntomas de depresión grave que se experimentan casi todos los días incluyen, entre otros, sentirse triste o vacío; menos interés en las actividades diarias; pérdida o aumento de peso sin hacer dieta; menos capacidad para pensar o concentrarse; llanto; sentimiento de inutilidad; y pensamientos de muerte o suicidio.

No debe pagar nada por esta prueba si el médico u otro proveedor de atención médica calificado aceptan la asignación. Si le realizan las pruebas para detectar la depresión y otros servicios, es posible que tenga que pagar el 20% del monto aprobado por Medicare para el otro servicio y también es posible que se aplique el deducible de la Parte B.

Prueba de diabetes

- Para personas con riesgo de
 - Hipertensión
 - Nivel alto de colesterol y triglicéridos
 - Obesidad
 - Historial de azúcar elevada en sangre
 - Historial familiar de diabetes
- Las pruebas incluyen el análisis en ayunas de glucosa en sangre
- Hable con su médico sobre la frecuencia
 - Hasta dos veces en un período de 12 meses
 - Existiendo ciertos factores de riesgo o si se es prediabético
 - Si no tiene riesgo, se cubre una vez en un período de 12 meses
- Sin copago ni deducible con Medicare Original

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

26

La diabetes es una enfermedad en la cual la glucosa, o los niveles de azúcar en sangre son demasiado altos. La glucosa proviene de los alimentos que se ingieren. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre en las células para darles energía.

Con la diabetes de tipo 1, el cuerpo no fabrica insulina. Con la diabetes de tipo 2, el tipo de diabetes más común, el cuerpo no fabrica o no utiliza bien la insulina. Sin la suficiente insulina, la glucosa se queda en la sangre.

Con el tiempo, tener demasiada glucosa en la sangre puede causar graves problemas. Puede dañar los ojos, los riñones y los nervios. La diabetes es la causa principal de ceguera adquirida entre los adultos en Estados Unidos. La diabetes también puede causar enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares e incluso la necesidad de cortar un miembro. Las mujeres embarazadas también pueden padecer un tipo de diabetes llamada diabetes gestacional.

Otras personas en riesgo son aquellas que tienen hipertensión, altos niveles de colesterol y triglicéridos, obesidad, historial de azúcar elevada en sangre e historial familiar de diabetes.

Medicare cubre pruebas de diabetes para todas las personas con Medicare y ciertos factores de riesgo de diabetes o con diagnóstico de prediabetes. La prueba de diagnóstico de diabetes incluye un análisis en ayunas de glucosa en sangre.

Hable con su médico sobre la frecuencia con la que debe realizarse los análisis. Para personas con prediabetes, Medicare cubre un máximo de 2 análisis de diagnóstico de diabetes dentro de un período de 12 meses (pero con no menos de 6 meses de distancia). Para personas sin diabetes, que no han sido diagnosticadas como prediabéticas o que jamás han sido analizadas, Medicare cubre 1 análisis de diagnóstico de diabetes dentro de un período de 12 meses. Un nivel de azúcar en sangre normal en ayunas de 100 mg/dL. El diagnóstico de diabetes se produce con 126 mg/dL y una persona con lecturas de azúcar en sangre entre 101 y 125 mg/dL se considera prediabético.

Medicare proporciona cobertura por pruebas de diabetes como beneficio de Medicare Parte B después de que un médico o un profesional no médico calificado entrega un referido a una persona con riesgo de diabetes. Usted no paga nada por esta prueba (no existe coseguro ni copago y ningún deducible para este beneficio).

Suministros cubiertos para diabetes

- Suministros para las pruebas del azúcar en sangre
- Suministros de insulina y otros relacionados
 - Bombas de insulina
 - Zapatos ortopédicos
- En Medicare Original
 - Usted paga 20% después de un deducible de la Parte B si el proveedor/suplidor acepta la asignación
- Cobertura Medicare de suministros y servicios para la diabetes (Producto CMS No. 11022)

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

27

Medicare cubre bombas de insulina, cuidado especial del pie y zapatos ortopédicos para personas con diabetes que los necesitan.

La insulina asociada con una bomba de insulina está cubierta por Medicare Parte B. La insulina inyectable no asociada con el uso de una bomba de infusión de insulina está cubierta por la cobertura de Medicare para recetas médicas (Parte D).

En Medicare Original, usted paga 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible anual de la Parte B para un glucómetro, lancetas y tiras reactivas.

Medicare proporciona cobertura por suministros y equipo médico durable relacionados con la diabetes (DME) como parte de un beneficio de Medicare Parte B. Se aplica el deducible y el coseguro o copago de Medicare Parte B. Si el proveedor o suplidor no acepta la asignación, el monto que usted paga puede ser mayor. En este caso, Medicare le entregará un pago por el monto aprobado por Medicare.

Si desea obtener más información, revise la Cobertura Medicare de Suministros y Servicios de Diabetes (Producto CMS No. 11022) en [Medicare.gov/Pubs/pdf/11022.pdf](https://www.Medicare.gov/Pubs/pdf/11022.pdf).

Servicios cubiertos para diabetes

- **Capacitación en autocontrol de diabetes (hasta 10 horas por año)**
 - Instrucción en el autocontrol de la glucosa en sangre
 - Educación sobre dieta y ejercicio
 - Plan de tratamiento de insulina
 - En Medicare Original usted paga 20% después del deducible Parte B
- **Exámenes y tratamiento del pie**
 - Para daños neurológicos relativos a la diabetes
 - En Medicare Original usted paga 20% después del deducible Parte B
 - En un entorno de paciente ambulatorio de hospital, usted también paga un copago de hospital

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

28

Medicare proporciona cobertura de capacitación en autocontrol de diabetes para beneficiarios que han sido recientemente diagnosticados con diabetes, que tenían la confirmación de estar en riesgo de complicaciones por la diabetes, o que fueron diagnosticados previamente con diabetes antes de cumplir con los requisitos de elegibilidad de Medicare y desde entonces han resultado elegibles dentro del programa de Medicare.

Medicare Parte B cubre hasta 10 horas de capacitación en autocontrol de pacientes externos con diabetes durante el año calendario. Incluye educación sobre la manera en que debe monitorear su azúcar en sangre, dieta, ejercicio y medicación. Usted debe obtener una orden de su médico o proveedor calificado que esté tratando su diabetes.

Cada sesión dura un mínimo de 30 minutos y se imparte en un grupo de 2 a 20 personas.

Excepción: Usted puede realizar sesiones individuales si no hay ninguna sesión de grupo disponible, o si su médico o proveedor calificado dice que usted tiene necesidades especiales que le evitarían participar eficazmente en la capacitación grupal.

También puede reunir los requisitos para hasta 2 horas de capacitación de seguimiento todos los años si se aplica alguna de las siguientes circunstancias:

- Su médico o proveedor calificado lo pidió como parte de su atención médica
- Se cumple un año calendario después del año en el que realizó su capacitación inicial

Se aplica el deducible y coseguro o copago de Medicare Parte B. Algunos proveedores deben aceptar la asignación.

Medicare también cubre exámenes y tratamientos del pie si existe daño en los nervios producto de la diabetes y/o reúne ciertas condiciones. Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare y se aplica el deducible de la Parte B. En un entorno de paciente ambulatorio de hospital, usted también paga un copago al hospital.

Vacuna contra la gripe (influenza)

- Influenza, también conocida como gripe
 - Medicare suele cubrir la vacuna contra la gripe una vez por temporada de gripe
- Todas las personas de Medicare son elegibles
- Ningún copago ni deducible para la vacuna con Medicare Original si el proveedor acepta la asignación

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

29

Influenza, también conocida como gripe, es una enfermedad contagiosa causada por los virus de la influenza que generalmente ocurre durante los meses de invierno. Ataca las vías respiratorias en seres humanos (nariz, garganta y pulmones). La influenza puede conducir a la neumonía.

Medicare Parte B proporciona la cobertura de 1 vacuna contra la gripe estacional por temporada de gripe para todos los beneficiarios. Esto puede significar que un beneficiario puede recibir más de 1 vacuna contra la gripe estacional en un período de 12 meses. Medicare puede proporcionar cobertura para más de 1 vacuna contra la gripe estacional por temporada de gripe si un médico determina y documenta en su historia clínica que la vacuna adicional es razonable y necesaria por razones médicas. Por ejemplo, si alguien recibe una vacuna contra la gripe al final de la temporada de gripe, en enero de 2015, esa persona también puede estar cubierta si recibe una vacuna en octubre, noviembre o diciembre de 2015, ya que es el inicio de una nueva temporada de gripe.

Usted no paga ningún coseguro y ningún deducible de la Parte B con Medicare Original por la vacuna si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

Prueba de detección de glaucoma

- El glaucoma es causado por presión intraocular elevada
- Se cubre el estudio una vez cada 12 meses si tiene riesgo alto
 - Diabetes
 - Historial familiar de glaucoma
 - Afroamericano y de 50 años o más
 - Hispánico y de 65 años o más
- En Medicare Original usted paga
 - 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B se aplica para la visita al médico
 - Un copago en un entorno de paciente ambulatorio de hospital

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

30

El glaucoma es una enfermedad ocular causada por una presión intraocular superior a la normal. En general daña el nervio óptico y es posible que se pierda gradualmente la vista sin tener síntomas. Puede producir ceguera, especialmente sin tratamiento. La mejor manera de protegerse que tienen las personas con alto riesgo de glaucoma es realizarse exámenes oculares periódicamente.

Se considera que usted tiene un alto riesgo de padecer glaucoma y es elegible para que Medicare cubra la prueba de glaucoma si se aplican las siguientes circunstancias:

- Tiene diabetes
- Tiene un historial familiar de glaucoma
- Es afroamericano y tiene 50 años o más
- Es hispánico y tiene 65 años o más

Un médico oftalmólogo con autorización legal del estado debe realizar la prueba. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B se aplica para la visita al médico. En un entorno de paciente ambulatorio de hospital, usted paga un copago.

AVISO: Medicare no brinda cobertura para mediciones de agudeza visual de rutina.

Vacunas contra la Hepatitis B (inyección)

- La hepatitis es una enfermedad grave (el virus ataca el hígado)
 - Puede causar una infección de por vida que produzca
 - Cirrosis (cicatrices) en el hígado
 - Cáncer de hígado, insuficiencia hepática
 - Muerte
- Cubierta para personas con riesgo medio a alto que incluyen, entre otras circunstancias, las siguientes:
 - Enfermedad Renal en Etapa Final, hemofilia y diabetes mellitus
 - Condiciones que bajan la resistencia a la infección
 - Ciertos profesionales de atención en salud
- Sin copago ni deducible con Medicare Original

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

31

La Hepatitis B es una enfermedad grave causada por el virus de la Hepatitis B (VHB). El virus puede afectar a las personas de todas las edades. La Hepatitis B ataca el hígado y puede causar infección crónica (para toda la vida) y generar una cirrosis (cicatrices en el hígado), cáncer de hígado, insuficiencia hepática y muerte.

Medicare brinda cobertura para la vacuna contra la Hepatitis B (serie de inyecciones) y su administración para los beneficiarios con riesgo intermedio o alto de contraer VHB.

Los grupos de alto riesgo identificados actualmente incluyen lo siguiente:

- Personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)
- Personas con hemofilia que recibieron Factor VIII o IX
- Personas con diabetes mellitus
- Clientes de instituciones para personas con discapacidad del desarrollo
- Personas que viven en la misma casa que un portador de VHB
- Hombres homosexuales
- Usuarios de drogas ilegales inyectables

Los grupos de riesgo intermedio identificados actualmente incluyen lo siguiente:

- Personal de instituciones para personas con discapacidad del desarrollo
- Personal profesional de la salud que tiene contacto frecuente con sangre o fluidos corporales derivados de la sangre durante su trabajo de rutina

Las personas con Medicare Original no pagan copago ni deducible para esta vacuna si su proveedor acepta la asignación.

Prueba para detectar Hepatitis C ¡NUEVO!

- El virus de la hepatitis C (VHC) produce una enfermedad grave (el virus ataca el hígado)
 - Puede causar insuficiencia hepática crónica
 - Cirrosis (cicatrices en el hígado)
 - Cáncer de hígado, insuficiencia hepática e incluso la muerte
- Cubierta cuando está indicada por un profesional de atención primaria en un entorno de atención primaria
 - Solteros, prueba para detectar VHC una única vez si nacieron entre 1945 y 1965
 - Anualmente, si la persona tiene un alto riesgo y pruebas anteriores negativas para VHC
- Sin copago ni deducible con Medicare Original

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

32

- El virus de la hepatitis C (VHC) produce una infección que ataca el hígado y es la principal causa de enfermedad hepática crónica. La inflamación prolongada durante largos períodos de tiempo (usualmente décadas) puede causar cicatrices que se llaman cirrosis. Un hígado cirrótico no realiza las funciones hepáticas normales, lo que produce insuficiencia hepática. Los hígados cirróticos son más proclives a convertirse en cancerosos y la insuficiencia hepática produce graves complicaciones, incluso la muerte.

Con vigencia desde el 2/junio/2014, este estudio está cubierto cuando lo indica un profesional de atención primaria dentro de un entorno de atención primaria para beneficiarios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:

- Se cubre una prueba por única vez en la vida para adultos que no cumplen con la determinación de alto riesgo y nacieron entre 1945 y 1965.
- La repetición del estudio está cubierta una vez por año para personas con alto riesgo, únicamente para quienes son usuarios permanentes de drogas ilícitas inyectables desde la prueba anterior negativa.
 - Identificar la determinación de "alto riesgo de VHC" está a cargo del médico o profesional de atención primaria que evalúa el historial del paciente, que forma parte de toda historia clínica completa, en general dentro de la visita anual de "Bienestar" y se tiene en cuenta en el desarrollo de un plan de prevención integral. La historia clínica debe ser un reflejo del servicio suministrado.

Usted no paga nada por la prueba de diagnóstico si el médico u otro proveedor de atención médica aceptan la asignación. Medicare solo cubrirá las pruebas para detectar la hepatitis C si están indicadas por un médico o profesional de atención primaria.

Prueba para el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)

- Excepto en el caso de embarazadas, Medicare cubre una prueba anual, voluntaria de VIH para sus beneficiarios que tienen
 - Entre 15 y 65 años de edad, sin tener en cuenta el riesgo percibido
 - Menos de 15 y más de 65 años, quienes tienen un riesgo aumentado según la definición correspondiente.
- Para las beneficiarias de Medicare que están embarazadas, están cubiertas hasta 3 pruebas voluntarias durante el embarazo
- Ningún costo para la prueba si el proveedor acepta la asignación
- Paga 20% del monto aprobado por Medicare para la visita

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

33

El virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) es el virus que causa el SIDA. El VIH ataca el sistema inmunológico destruyendo un tipo de glóbulos blancos que es vital para combatir las infecciones. Una vez infectado, el desarrollo de una enfermedad reconocible puede llevar años. Así una persona puede estar infectada con VIH durante años antes de que se sospeche de una condición médica.

Salvo en el caso de las embarazadas, Medicare cubre 1 prueba voluntaria anual de VIH para beneficiarios entre los 15 y los 65 años sin tener en cuenta el riesgo percibido. Salvo en el caso de las beneficiarias embarazadas, Medicare también cubrirá 1 prueba anual voluntaria para personas menores de 15 o mayores de 65 años que tengan un riesgo aumentado de tener la infección.

Salvo en el caso de las beneficiarias embarazadas, Medicare cubre 1 prueba voluntaria anual de VIH para personas con Medicare entre los 15 y los 65 años sin tener en cuenta el riesgo percibido. Salvo en el caso de las beneficiarias embarazadas, Medicare también cubrirá 1 prueba anual voluntaria para personas menores de 15 o mayores de 65 años que tengan un riesgo aumentado de tener la infección. Las siguientes personas se consideran con riesgo aumentado de infección por VIH:

- Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres
- Hombres y mujeres que tienen relaciones sexuales sin protección
- Usuarios actuales o anteriores de drogas inyectables
- Hombres y mujeres que ofrecen sexo a cambio de dinero o drogas o que tienen parejas sexuales que lo hacen
- Personas cuyas parejas sexuales actuales o anteriores estuvieron infectadas con VIH, son bisexuales o usuarios de drogas inyectables
- Personas que han adquirido o necesitan pruebas de otras enfermedades infecciosas de transmisión sexual
- Personas con historial de transfusión de sangre entre 1978 y 1985
- Personas que exigen la prueba de VIH a pesar de no informar ningún factor de riesgo individual
- Personas con nuevas parejas sexuales
- Personas cuyo historial médico individualizado, según la evaluación y documentación adecuadas de un profesional de la salud idóneo, indica un riesgo aumentado de la enfermedad

Para las beneficiarias de Medicare que están embarazadas, están cubiertas hasta 3 pruebas voluntarias durante el embarazo.

No existe costo para la prueba, pero en general se debe pagar 20% del monto aprobado por Medicare para la visita al médico.

Exploración para cáncer de pulmón

¡NUEVO!

- Medicare cubre la exploración para detectar cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis, una vez al año para las personas con Medicare que cumplen todos estos criterios:
 - Entre 55 y 77 años
 - Ser fumador en la actualidad o haber dejado de fumar dentro de los últimos 15 años
 - Tener un historial de consumidor de tabaco de por lo menos 30 "años paquete"
 - Tener orden escrita del médico o de un profesional no médico calificado

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

34

- Medicare cubre la exploración para detectar cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis, una vez al año para las personas con Medicare que cumplen todos estos criterios:
 - Entre 55 y 77 años
 - Ser fumador en la actualidad o haber dejado de fumar dentro de los últimos 15 años
 - Tener un historial de fumador de al menos 30 "años paquete" (un promedio de un paquete por día durante 30 años).
 - Tener orden escrita del médico o de un profesional no médico calificado.
 - Antes de realizar su primera exploración para cáncer de pulmón, es necesario que programe una cita con el médico para analizar los riesgos y beneficios de este tipo de exploración. Usted y su médico pueden decidir si la exploración para cáncer de pulmón es adecuada para usted.

No debe pagar nada por este servicio si el médico de cabecera u otro profesional calificado de atención primaria aceptan la asignación.

Pruebas y consejería para obesidad

- Obesidad = índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m²
- La terapia conductual intensiva consta de
 - Pruebas para obesidad usando la medición del IMC
 - Evaluación dietaria (nutricional)
 - Consejería y terapia conductual intensiva
 - Un entorno de atención primaria
- La cobertura incluye
 - Una visita presencial por semana durante el primer mes
 - Luego semana de por medio del mes 2 al 6
 - Luego una vez por mes del mes 7 al 12
 - Deber perder 6.6 libras los primeros 6 meses para poder continuar
- No tiene costo si el médico/profesional de atención primaria acepta la asignación

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

35

La evidencia clínica indica que la terapia conductual intensiva para la obesidad, definida como un índice de masa corporal (IMC) de ≥ 30 kg/m², es razonable y necesaria para la prevención o detección temprana de enfermedades o incapacidades y es adecuada para personas con derecho a recibir los beneficios de la Parte A o inscritas en la Parte B. Medicare puede cubrir hasta 22 sesiones de consejería intensiva presencial durante un período de 12 meses.

La terapia conductual intensiva para la obesidad consiste en lo siguiente:

- Pruebas de obesidad en adultos usando mediciones de IMC calculado a partir de dividir el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (se expresa en kg/m²)
- Evaluación dietaria (nutricional)
- Terapia y consejería conductual intensivas para promover la pérdida de peso sostenida a través de intervenciones de alta intensidad con dietas y ejercicio

Para beneficiarios de Medicare con obesidad, que sean competentes y estén alertas al momento de ofrecer la consejería y cuando este servicio sea provisto por médicos de atención primaria calificados u otros profesionales de atención primaria en un entorno de atención primaria, CMS cubre una visita presencial

- Una vez por semana durante el primer mes
- Semana de por medio del mes 2 al 6
- Una vez por mes del mes 7 al 12, si el beneficiario cumple con el requisito de pérdida de peso de 3 kg (6.6 libras) según lo indicado a continuación

En la visita del mes 6, se debe realizar una reevaluación de la obesidad y una determinación de la cantidad de peso perdida. Para ser elegible para más visitas presenciales una vez por mes por 6 meses adicionales, los beneficiarios deben haber logrado reducir por lo menos 3 kg (6.6 libras) de peso en el transcurso de los primeros 6 meses de tratamiento intensivo. Esta determinación debe estar documentada en los registros del consultorio del médico para los beneficiarios aplicables conforme a la práctica habitual. Para los beneficiarios que no logran bajar por lo menos 3 kg durante los primeros 6 meses de tratamiento intensivo, se indica una reevaluación de su predisposición al cambio y del IMC después de un período adicional de 6 meses.

Vacunas antineumocócicas ACTUALIZAR

- A partir del 19/septiembre/2014, Medicare cubre
 - Una vacuna antineumocócica inicial para todos los beneficiarios de Medicare que nunca hayan recibido la vacuna dentro de Medicare Parte B y
 - Una segunda vacuna antineumocócica diferente 1 año después de que se administró la primera vacuna (11 meses completos desde el mes en que se administró la última vacuna antineumocócica)
- Todas las personas de Medicare son elegibles
- Ningún copago ni deducible para las vacunas con Medicare Original si el proveedor acepta la asignación

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

36

A partir del 19/septiembre/2014, Medicare cubre lo siguiente:

- Una vacuna antineumocócica inicial para todos los beneficiarios de Medicare que nunca hayan recibido la vacuna dentro de Medicare Parte B y
- Una segunda vacuna antineumocócica diferente 1 año después de que se administró la primera vacuna (11 meses completos desde el mes en que se administró la última vacuna antineumocócica)

Puesto que las recomendaciones actualizadas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización son específicas del tipo de vacuna y la secuencia de vacunación, se debe tener en cuenta el historial de vacunación antineumocócica anterior. Por ejemplo, si el beneficiario que tiene 65 años o más recibió la vacuna antineumocócica polisacárida 23-valente (PPSV23) hace un año o más, entonces se debe administrar a continuación la vacuna antineumocócica conjugada 13-valente (PCV13) como la segunda de la serie de las 2 vacunas antineumocócicas recomendadas. En general, no se recomienda recibir múltiples vacunas del mismo tipo de vacuna. Lo ideal sería que los proveedores tengan acceso directo al historial de vacunas, como los registros de salud electrónicos, para asegurarse de recibir las vacunas antineumocócicas necesarias y razonables.

Medicare no exige que un doctor en medicina o un osteópata indique las vacunas; por lo tanto, el beneficiario puede recibir la vacuna a pedido sin que ningún médico lo indique y sin la supervisión de un médico.

Medicare Parte B cubre estas vacunas. Usted no paga ningún coseguro y ningún deducible de la Parte B con Medicare Original por la vacuna si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

Exploración para cáncer de próstata

- Todos los hombres tienen riesgo de padecer cáncer de próstata
- Cubierta para todos los hombres con Medicare una vez cada 12 meses
 - Comenzando el día después del cumpleaños número 50
- Las pruebas incluyen
 - Prueba de antígenos prostáticos específicos (PSA) en sangre
 - Examen dígito-rectal
- En Medicare Original usted paga
 - Nada para la prueba de PSA (laboratorio) en sangre
 - 20% después del deducible de la Parte B para el examen dígito-rectal
 - En un entorno de paciente ambulatorio de hospital, se aplica el copago hospitalario

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

37

Todos los hombres tienen riesgo de padecer cáncer de próstata. Sin embargo, las causas del cáncer de próstata todavía no se entienden con claridad. A través de la investigación, se han identificado algunos factores que aumentan su riesgo e incluyen los siguientes:

- Historia personal de cáncer de próstata
- Hombres de 50 o más
- Dieta de carnes rojas y lácteos sin desgrasar
- Tabaquismo

Medicare brinda cobertura de pruebas/procedimientos de diagnóstico del cáncer de próstata para la detección temprana de la enfermedad una vez cada 12 meses a todos los hombres con Medicare de 50 o más (la cobertura comienza el día después del cumpleaños número 50). Los 2 estudios más comunes utilizados por los médicos para detectar el cáncer de próstata es el análisis de antígenos específicos de la próstata (PSA) y la exploración dígito-rectal.

El análisis de PSA debe ser indicado por un médico. Usted no paga nada por el análisis de PSA en sangre (no hay coseguro ni copago, tampoco deducible de Medicare Parte B para este beneficio) aunque es posible que se aplique un copago en un entorno de paciente ambulatorio de hospital. El deducible y el copago de Medicare Parte B se aplican al examen dígito-rectal.

Enfermedades de transmisión sexual (STI) Estudios y consejería

- Cubre los estudios STI para clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B
- Se cubren para embarazadas y para ciertas personas que están en riesgo
- Se cubren una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo
- Se cubren hasta 2 sesiones presenciales de consejería conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos por año
- Ningún costo si el proveedor acepta la asignación

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

38

Medicare cubre los estudios para la detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos estudios están cubiertos para personas con Medicare que están embarazadas y ciertas personas que tienen un riesgo aumentado de adquirir STI, cuando los análisis son indicados por un médico de atención primaria u otro profesional de atención primaria. Medicare cubre estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.

Medicare cubre hasta 2 sesiones presenciales de consejería conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con un riesgo aumentado de STI. Medicare cubrirá únicamente estas sesiones de consejería si son provistas por un médico de atención primaria u otro profesional y se realizan en un entorno de atención primaria (como un consultorio médico). La consejería realizada en un entorno de internación, como un centro de enfermería especializada, no se cubrirá como servicio preventivo.

No debe pagar nada por estos servicios si el médico de cabecera u otro profesional calificado de atención primaria aceptan la asignación.

Consejería para dejar de fumar y consumir tabaco

- Medicare cubre la consejería para la cesación de fumar
 - Dos intentos de hasta 8 visitas presenciales en un período de 12 meses
 - Pacientes internados o ambulatorios
 - Intermedio o intensivo
- En Medicare Original usted paga
 - No hay copagos ni deducibles por estos servicios si el médico u otro proveedor de atención médica calificado aceptan la asignación

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

39

El uso del tabaco continúa siendo la causa principal de enfermedades prevenibles y muerte en los Estados Unidos. Fumar puede contribuir o empeorar la enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar, cáncer, diabetes, hipertensión, osteoporosis, degeneración macular, aneurismas aórticos abdominales y cataratas. Fumar daña prácticamente todos los órganos del cuerpo y en general disminuye la salud de los fumadores.

Medicare cubre consejería para evitar el uso del tabaco en beneficiarios que son pacientes ambulatorios y hospitalizados:

- Que usan tabaco, independientemente de si tienen o no signos o síntomas de enfermedades relacionadas con su consumo
- Que están competentes y alertas al momento en que se ofrece la consejería
- Que reciben consejería por parte de un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare

Medicare cubre 2 intentos de cesación de fumar por año. Cada intento puede incluir hasta 4 sesiones de consejería, con un beneficio total anual que cubre hasta 8 sesiones en un período de 12 meses.

Los servicios de consejería para dejar de fumar pueden recibirse en el hospital o como paciente ambulatorio. No obstante, los servicios de consejería para dejar de fumar no se cubren si la razón primaria para estar internado es la cesación de fumar. Debe recibir consejería por parte de un proveedor calificado de Medicare (médico, asistente del médico, profesional de enfermería, especialista en enfermería clínica o psicólogo clínico).

No se cobra ni el copago ni el deducible si las sesiones de consejería son proporcionadas por un médico u otro proveedor de atención médica que acepta la asignación.

Un copago se puede aplicar en un entorno de paciente ambulatorio de hospital.

El beneficio de recetas médicas de Medicare Parte D también cubre agentes para dejar de fumar y de consumir tabaco prescritos por un médico.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 5

Oliver posee Medicare Original y tiene dudas sobre un estudio de diabetes. ¿Qué afirmación NO es verdadera?

- a. No pagará nada por esta prueba cubierta si el médico acepta la asignación
- b. En general no pagará nada de su bolsillo
- c. El deducible de la Parte B no se aplica
- d. Según los resultados de su prueba, puede ser elegible para 4 estudios de diabetes por año

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

40

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 5

Oliver posee Medicare Original y tiene dudas sobre el estudio de diabetes. ¿Qué afirmación NO es verdadera?

- a. No pagará nada por esta prueba cubierta si el médico acepta la asignación.
- b. En general no pagará nada de su bolsillo.
- c. El deducible de la Parte B no se aplica.
- d. Según los resultados de su prueba, puede ser elegible para 4 estudios de diabetes por año.

RESPUESTA: d. La respuesta incorrecta es la d porque Medicare cubre hasta 2 estudios para detectar diabetes por año si su médico determina que tiene riesgo de padecer la enfermedad.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 6

Medicare ha identificado herramientas de detección específicas para diagnosticar la depresión que son las que un médico clínico de atención primaria debe usar.

- a. Verdadero
- b. Falso

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

41

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 6

Medicare ha identificado herramientas de detección específicas para diagnosticar la depresión que son las que un médico clínico de atención primaria debe usar.

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: b. Falso. Están disponibles varias herramientas para diagnosticar la depresión. CMS no identifica qué herramienta debe ser usada. Por el contrario, la decisión de utilizar una herramienta específica está a cargo del médico clínico en el entorno de atención primaria.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 7

¿Con qué frecuencia Medicare cubre una vacuna contra la gripe para todas las personas con Medicare?

- a. Una vez por año
- b. Cada 2 años
- c. Una vez por cada temporada de gripe
- d. Una vez, al cumplir 65 años

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

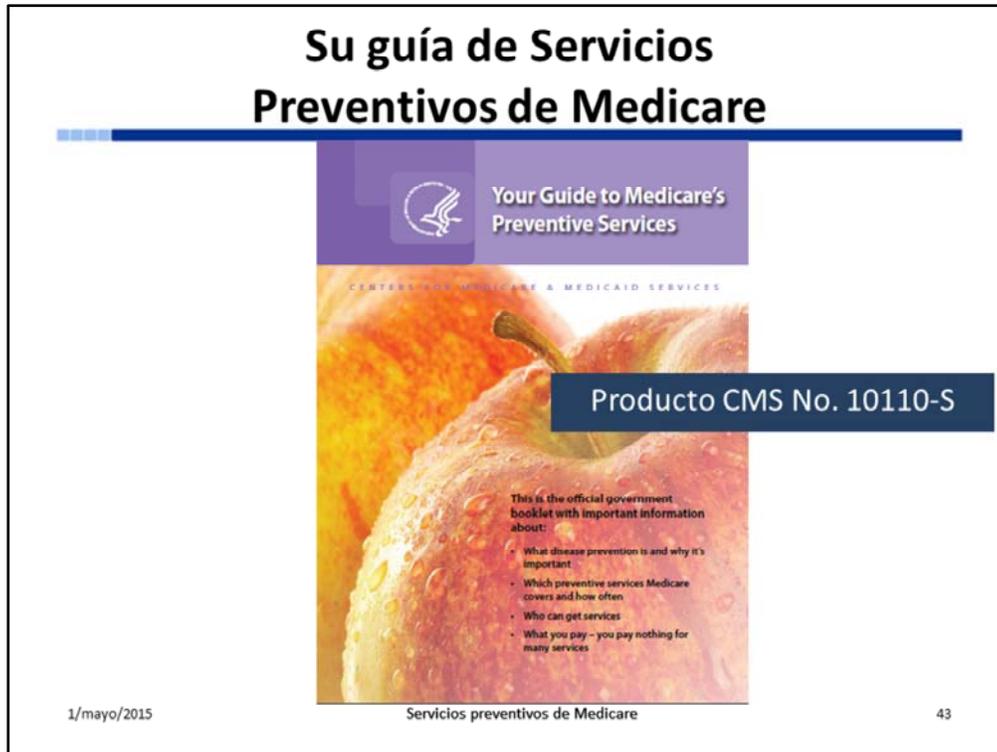
42

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 7

¿Con qué frecuencia Medicare cubre una vacuna contra la gripe para todas las personas con Medicare?

- a. Una vez por año
- b. Cada 2 años
- c. Una vez por cada temporada de gripe
- d. Una vez, al cumplir 65 años

RESPUESTA: c. Medicare proporciona la cobertura de una vacuna contra la gripe estacional por temporada de gripe para todos los beneficiarios. Esto puede significar que un beneficiario puede recibir más de una vacuna contra la gripe estacional en un período de 12 meses. Medicare puede proporcionar cobertura para más de 1 vacuna contra la gripe estacional por temporada de gripe si un médico determina y documenta en su historia clínica que la vacuna adicional es razonable y necesaria por razones médicas. Medicare Parte B (Seguro Médico) cubre una vacuna contra la gripe por temporada de gripe. Por ejemplo, si alguien recibe una vacuna contra la gripe al final de la temporada de gripe, en enero de 2015, esa persona también puede estar cubierta si recibe una vacuna en octubre, noviembre o diciembre de 2015, ya que es el inicio de una nueva temporada de gripe.



"Su guía de Servicios Preventivos de Medicare" es una publicación escrita en lenguaje sencillo de modo que las personas con Medicare puedan entender mejor los beneficios que están cubiertos, los criterios para quiénes están cubiertos, la frecuencia de cobertura y los costos asociados con estos servicios. Esta publicación está disponible en [Medicare.gov/Pubs/pdf/10110.pdf](https://www.Medicare.gov/Pubs/pdf/10110.pdf).

Lista de control de Servicios Preventivos

¿Está Al Día Con Sus Servicios Preventivos?

Medicare cubre una amplia gama de servicios preventivos para ayudarle a mantenerse sano y a encontrar problemas a tiempo, cuando el tratamiento es más eficaz.

Pregúntele a su médico cuál de estos servicios es el adecuado para usted.



✓	Servicio Preventivo	Fecha	Notas
	Servicio preventivo "Bienvenido a Medicare" ofrecido una sola vez dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare		
	Visita "Anual de Bienestar"—obtenga este servicio 12 meses después de su servicio "Bienvenido a Medicare" o 12 meses después de su inscripción a la Parte B		
	Evaluación Cardiovascular (pruebas de colesterol, lípidos, triglicéridos)		
	Enfermedad Cardiovascular (Terapia de conducta)		
	Examen de VIH		
	Evaluación para la detección de Aneurisma Abdominal Aórtico		
	Evaluación y asesoramiento sobre el Consumo Indebido del Alcohol		
	Examen para la Detección del Cáncer Colorrectal		
	Mamografía (evaluación para el cáncer del seno)		
	Examen Papanicolau y Examen Pélvico (incluye el examen clínico de los senos)		

Producto CMS No. 11420-S

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

44

Las personas con Medicare tienen a su disposición una lista de control útil. Esta lista enumera los servicios preventivos cubiertos por Medicare y sirve para llevar un registro cuando se reciben esos servicios para los que se cumplen los requisitos. Se puede encontrar la lista en Medicare.gov/Pubs/pdf/11420.pdf.

Red de aprendizaje de Medicare en CMS.gov

La página de Servicios Preventivos ofrece productos educativos para los profesionales de la salud, que incluyen cobertura, codificación, facturación, reembolso e información sobre presentación de reclamaciones.

The screenshot shows the Medicare Learning Network (MLN) Preventive Services page. At the top, there is a navigation bar with tabs for Medicare, Medicaid/CHIP, Medicare-Medicaid Coordination, Private Insurance, Innovation Center, Regulations & Guidance, Research, Statistics, Data & Systems, and Outreach & Education. Below the navigation bar, the breadcrumb trail reads: Home > Outreach and Education > MLN Products > Preventive Services. The main content area is titled "Preventive Services" and features the Medicare Learning Network logo. Below the logo, there is a brief description: "The Medicare Learning Network® (MLN) Preventive Services page provides educational products for health care professionals. These products contain coverage, coding, billing, reimbursement, and claim filing information." A list of services covered by Medicare is provided, including: Abdominal Aortic Aneurysm Screening; Adult Immunizations; Annual Wellness Visit, including Personalized Prevention Plan Services; Bone Mass Measurements; Cancer Screenings; Cardiovascular Screening; Diabetes Screening; Diabetes Self-Management Training; Diabetes Supplies; Glaucoma Screening; HIV Screening; Initial Preventive Physical Exam ("Welcome to Medicare" Physical Exam); Intensive Behavioral Therapy for Cardiovascular Disease; Intensive Behavioral Therapy for Obesity; and Medical Nutrition Therapy (for Medicare beneficiaries with diabetes or renal disease). On the left side of the page, there is a sidebar menu with links to various MLN products, including MLN Catalog, Web-Based Training (WBT), Preventive Services, MLN Provider Compliance, Ophthalmology Resource Information, Advanced Practice Registered Nurses, Acupuncture Assistants, and Physician Assistants, Health Care Professional Frequently Used Web Pages, MLN Demon Page, MLN Publications, and MLN Multimedia.

1/mayo/2015

Servicios preventivos de Medicare

45

Esta página de Servicios preventivos de la Red de aprendizaje de Medicare se encuentra en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/PreventiveServices.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/PreventiveServices.html). La página de Servicios preventivos ofrece productos educativos para los profesionales de la salud, que incluyen cobertura, codificación, facturación, reembolso e información sobre presentación de reclamaciones.

Guía de Recursos de Servicios Preventivos

Recursos		Productos Medicare
<p>Medicare.gov Medicare.gov 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-466-2048)</p>	<p>Instituto Nacional del Cáncer cancer.gov 1-800-4-CANCER (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-332-8615)</p>	<p>Manual "Medicare y usted" CMS (Producto No. 10050)</p>
<p>Programa Estatal Local de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) Medicare.gov/contacts</p>	<p>Sociedad Americana contra el Cáncer cancer.org 1-800-ACS-2345 (1-800-227-2345)</p>	<p>Su guía de Servicios Preventivos de Medicare (Producto CMS No. 10110)</p>
<p>Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC.gov</p>	<p>Asociación Americana de Diabetes diabetes.org/</p>	<p>Cobertura Medicare de Suministros y Servicios para la Diabetes (Producto CMS No. 11022)</p>
<p>Información sobre la gripe FLU.gov</p>	<p>1-800-DIABETES (1-800-342-2383)</p>	<p>Bienvenido a Medicare Q&A – Servicios Preventivos (Producto CMS No. 11532)</p>
<p>Recursos para dejar de fumar de los departamentos de Salud y Servicios humanos (Health and Human Services, HHS) surgeongeneral.gov/initiatives/tobacco/index.html</p>	<p>Asociación Americana del Pulmón lungusa.org 202-785-3355</p>	<p>Mantenerse saludable (Producto CMS No. 11100)</p>
<p>Medline Plus nlm.nih.gov/medlineplus</p>	<p>Fundación Nacional del Riñón kidney.org 1-800-622-9010</p>	<p>6 cosas que debe saber (Producto CMS No. 11533)</p>

Vea y solicite copias individuales en Medicare.gov.
Solicite varias copias (solo socios) en productordering.cms.hhs.gov/.
Debe registrar su organización.

Programa Nacional de Capacitación (NTP) de CMS

Si desea ver el material de capacitación de NTP o suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite

[CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html)

Si desea hacer preguntas sobre productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov

Este módulo de capacitación está suministrado por el Programa de Capacitación Nacional (NTP) de CMS

Si desea visualizar todos los materiales NTP de CMS, incluso los módulos de capacitación adicional, ayudas laborales, actividades educativas y cronogramas de seminarios y talleres, o suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite: [CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram](https://www.cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram). Si desea formular preguntas sobre productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov