Materiales educativos del programa Medicare Minute – abril de 2025
Diferencias entre los medicamentos de la Parte B y la Parte D

1. ¿Cómo cubre Medicare los medicamento recetados?
Aunque Medicare Parte D cubre sus medicamentos recetados en la mayoría de las situaciones, hay ciertas circunstancias en las que sus medicamentos están cubiertos bajo la Parte A o la Parte B.

La Parte A cubre los medicamentos que usted necesita durante una estancia cubierta por Medicare en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés).

- Nota: Si usted está recibiendo atención en un SNF y la estancia no está cubierta por la Parte A, sus medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D.

La Parte B cubre la mayoría de los medicamentos administrados por su proveedor o en un centro de diálisis, cuando el proveedor o centro compra y administra los medicamentos. La Parte B también cubre algunos medicamentos recetados ambulatorios, principalmente ciertos medicamentos contra el cáncer bucal (quimioterapia). La Parte D no puede pagar por ningún medicamento cubierto por la Parte B.

La Parte D cubre la mayoría de los medicamentos recetados ambulatorios (medicamentos que usted obtiene en una farmacia con una receta). Revise la lista de medicamentos cubiertos de su plan para averiguar si cubre los medicamentos que usted necesita.

Nota: Hay algunos medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D, dependiendo de las circunstancias (consulte la pregunta 7).

2. ¿Cómo cubre Medicare los medicamentos inyectables?
La Parte B cubre un medicamento inyectable si, por lo general, no puede autoadministrarse y su médico le proporciona y administra el medicamento. Medicare original cubre el 80 % de la cantidad aprobada por Medicare para estos medicamentos ambulatorios, es decir, siempre y cuando usted vaya con un proveedor que acepta asignaciones de Medicare, usted será responsable por un coseguro del 20 %. Si necesita más información sobre si su medicamento está cubierto por Medicare original, llame a 1-800-MEDICARE. Si tiene un plan Medicare Advantage, llame a su plan para obtener más información sobre sus costos y requisitos de cobertura para los medicamentos inyectables.

La Parte D cubre un medicamento inyectable si usted lo compra en la farmacia y se lo administra su médico o se lo administra usted mismo(a). Comuníquese con su plan de la Parte D para obtener más información sobre los costos y las reglas de cobertura para los medicamentos inyectables que usted necesita.

3. ¿Están cubiertas las vacunas por la Parte B o la Parte D?
Medicare Parte D cubre la mayoría de las vacunas. Las únicas excepciones, cubiertas por la Parte B, son las vacunas contra la influenza, el COVID, la neumonía y la hepatitis B, y ciertas vacunas que usted recibe después de que se expone a un virus o enfermedad peligrosa (consulte lo siguiente). Los planes de la Parte D deben incluir la mayoría de las vacunas comercialmente disponibles en sus listas de medicamentos cubiertos, incluyendo la vacuna contra el herpes zóster.

A partir de enero de 2023, todas las vacunas cubiertas por Medicare y recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) deben ser gratuitas para usted. Esto quiere decir que usted no debe pagar ningún costo compartido, por ejemplo, un copago, coseguro o deducible, por sus vacunas cubiertas. Para evitar problemas de facturación, se recomienda que usted confirme que su proveedor de atención de salud o farmacia que está administrando la vacuna le enviará una factura a su plan de la Parte D. Cuando le apliquen una vacuna en el consultorio de su médico, pídale a su proveedor que llame primero a su plan de la Parte D para averiguar si puede facturarle directamente a su plan de la Parte D.

La Parte B cubre las vacunas contra la influenza, la neumonía y la hepatitis B en las siguientes situaciones:

- Vacunas 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 usted se vacuna en enero de 2025 para la temporada de influenza 2024/2025, puede vacunarse otra vez en octubre de 2025 para la temporada de influenza 2025/2026.

- Vacunas contra el neumococo (neumonía): Medicare Parte B cubre las vacunas contra la neumonía. Hable con su médico para averiguar qué vacunas contra la neumonía necesita usted con base en su edad y cualquier vacuna que ya se haya puesto.

- Vacunas contra la hepatitis B: Medicare Parte B cubre la vacuna contra la hepatitis B si usted tiene un riesgo moderado o alto de padecer hepatitis B. 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 para 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
    - Usa ciertas drogas inyectables
    - Es un profesional de la salud que tiene contacto frecuente con sangre u otros fluidos corporales durante su trabajo de rutina

  Nota: Si usted tiene un riesgo bajo de padecer hepatitis B, la Parte D cubrirá la vacuna.

- Vacuna contra el COVID-19: Medicare Parte B cubre las vacunas contra el COVID-19.

Si usted es elegible para estas vacunas, Medicare original cubre el 100 % de la cantidad aprobada por Medicare cuando usted recibe el servicio con un proveedor participante. Esto quiere decir que usted no paga nada (no hay deducible ni coseguro). Los Planes Medicare Advantage deben cubrir estas vacunas sin aplicar deducibles, copagos o coseguros cuando usted va con un proveedor dentro de la red y cumple con los requisitos de elegibilidad de Medicare para el servicio.

La Parte B también cubre las vacunas que se utilizan como tratamiento, no como prevención, después de que usted se expone a un virus o enfermedad peligrosa. Por ejemplo, la Parte B cubre la vacuna contra el tétanos si usted pisa un clavo oxidado o la vacuna contra la rabia si lo muerde un perro. Los costos compartidos normales aplican a las vacunas utilizadas como tratamiento.

4. ¿Cómo cubre Medicare la insulina?
La forma en que Medicare cubre la insulina depende de cómo la toma usted.

La Parte D puede cubrir la insulina y los suministros médicos relacionados utilizados para inyectar la insulina (jeringas, gasa e hisopos con alcohol) si usted tiene una receta de su médico. Su plan de medicamentos debe cubrir los medicamentos y suministros que usted necesita para tratar la diabetes en el hogar, siempre y cuando estén incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del plan. Los copagos para la insulina cubierta por la Parte D están limitados a $35 dólares al mes, sin un deducible. Comuníquese con su plan de la Parte D para obtener información sobre sus costos exactos y las reglas de cobertura para la insulina.

Los suministros médicos usados para inyectar insulina (jeringas, plumas rellenables, bombas de parche no duraderas, como el Omnipod, gasas e hisopos con alcohol) pueden estar cubiertos por la Parte D con una receta médica, siempre y cuando estén incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del plan. Este equipo no está sujeto al límite de $35 dólares al mes y puede aplicar un deducible. El límite de $35 dólares aplica a la insulina que se usa con estos suministros.

Si usted usa una bomba de insulina, la insulina y la bomba pueden estar cubiertas bajo la Parte B como equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés). La Parte B cubre el 80 % de la cantidad aprobada por Medicare para el DME, pero, a partir de julio de 2023, los copagos para los productos de insulina cubiertos por la Parte B tienen un límite de $35 dólares al mes, sin un deducible. Si tiene preguntas sobre la cobertura de la Parte B de la insulina y sobre si su bomba de insulina está cubierta bajo el beneficio de DME de Medicare, llame a 1-800-MEDICARE.

5. ¿Cómo cubre Medicare los medicamentos inmunosupresores?
Después de que usted recibe un trasplante de riñón, necesitará tomar medicamentos inmunosupresores por el resto de su vida para prevenir que el cuerpo rechace el órgano donado. Medicare cubre estos medicamentos de manera diferente, dependiendo de sus circunstancias.

Cobertura de la Parte B de duración limitada
Si usted recibe un trasplante de riñón en un centro aprobado por Medicare, Medicare Parte B cubrirá sus medicamentos inmunosupresores durante 36 meses después de que salga del hospital si usted:

- Tenía la Parte A al momento del trasplante
- Tiene Medicare Parte B cuando surte su medicamento
- Y solo es elegible para Medicare por ESRD
    - Si su trasplante de riñón fue exitoso, su cobertura de Medicare terminará 36 meses después del mes de su trasplante.

Nota: Si usted no tenía Medicare cuando recibió el trasplante, puede inscribirse de manera retroactiva en la Parte A en un plazo de un año a partir del trasplante.

Cobertura de la Parte B por el resto de su vida
Si usted recibe un trasplante de riñón en un centro aprobado por Medicare, la Parte B cubrirá los medicamentos inmunosupresores por el resto de su vida si:

- Tenía la Parte A al momento del trasplante
- Tiene Medicare Parte B cuando surte su medicamento
- Y es elegible para Medicare debido a la edad o una discapacidad.

Cobertura de la Parte B-ID
Si sus beneficios de Medicare por ESRD terminan 36 meses después de su trasplante, puede ser elegible para la cobertura de la Parte B-ID de sus medicamentos inmunosupresores si:

- Es elegible para la cobertura de la Parte B de los medicamentos inmunosupresores antes de perder Medicare por ESRD
- No tiene Medicaid u otro seguro de salud público o privado que cubra los medicamentos inmunosupresores

Es posible que la cobertura de la Parte B-ID no sea la mejor opción si hay otros seguros de salud disponibles para usted. Esta cobertura solo cubre los medicamentos inmunosupresores y no incluye cobertura para ningún otro beneficio o servicio de la Parte B. Tampoco permite que usted tenga acceso a la Parte A.

Cobertura de la Parte D
Si usted no tiene la Parte A cuando recibe un trasplante, la Parte D cubrirá sus medicamentos inmunosupresores después del trasplante. La cobertura de la Parte D para este tipo de medicamento suele tener costos más altos y restricciones adicionales, por ejemplo, tener que ir a farmacias específicas dentro de la red para obtener los medicamentos.

Todas las listas de medicamentos cubiertos de la Parte D deben incluir medicamentos inmunosupresores. La terapia en etapas no está permitida una vez que usted esté estabilizado(a) en su medicamento inmunosupresor. Sin embargo, la autorización previa puede aplicar. Esto podría significar que su plan verificará que la Parte B no cubrirá sus medicamentos antes de proporcionar cobertura. Puede buscar planes que tengan las menores restricciones de cobertura y que incluyan a la farmacia que usted quiere usar dentro de su red, además de tener costos compartidos preferibles disponibles para minimizar los costos y las interrupciones.

Cobertura del plan grupal de salud (GHP, por sus siglas en inglés)
Si usted tiene un plan grupal de salud (GHP, por sus siglas en inglés: cobertura a través de un empleo, para jubilados o COBRA), su plan debe cubrir sus medicamentos inmunosupresores durante el periodo de coordinación de 30 meses. Medicare es el pagador secundario durante este periodo. Después de 30 meses, Medicare será su pagador principal y la Parte D debe cubrir sus medicamentos inmunosupresores.

Vitaminas para los pacientes de diálisis
Si usted recibe diálisis, generalmente necesita tomar varias vitaminas después de cada sesión para reponer las vitaminas en su sangre. Medicare no suele cubre los suplementos vitamínicos, pero algunos planes de la Parte D pueden ofrecer cobertura mejorada que incluye vitaminas. Los planes mejorados de la Parte D suelen ser más costosos. Revise la lista de medicamentos cubiertos del plan antes de inscribirse para ver si sus vitaminas están cubiertas.

6. ¿Cómo cubre Medicare la PrEP?
A partir del 30 de septiembre de 2024, Medicare Parte B cubre la Profilaxis previa a la exposición (PrEP, por sus siglas en inglés) aprobada por la FDA, usando medicamentos antirretrovirales para prevenir el VIH en personas con mayor riesgo. Tome en cuenta que la Parte D seguirá cubriendo la PrEP para las personas que tienen VIH y que toman PrEP para tratar su VIH.

La Parte B también cubre la siguiente atención preventiva relacionada con el VIH:

- Administración de PrEP inyectable
- Suministrar o dispensar medicamentos de PrEP (orales o inyectables)
- Consejería individual (hasta 8 consultas cada 12 meses), la cual puede incluir evaluación de riesgo de VIH, reducción de riesgo de VIH y adherencia a los medicamentos
- Pruebas de detección de VIH (hasta 8 veces cada 12 meses)

Medicare cubrirá los servicios de prevención del VIH si usted tiene un riesgo incrementado de infección por VIH. Su proveedor de atención de salud puede evaluar su historial individual para determinar si usted está en riesgo incrementado por VIH. De ser elegible, la Parte B cubre estos servicios sin costo alguno para usted. Usted no debe pagar ningún deducible, copago o coseguro.

7. ¿Qué medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D, dependiendo de las circunstancias?
Hay otros medicamentos que la Parte B o la Parte D puede cubrir, dependiendo de su uso y de cómo se administran**:**

Medicamento	Cobertura bajo la Parte B	Cobertura bajo la Parte D
Antígenos	Administrado por su médico o autoadministrado.	No cubierto.
Eritropoyetina (Epoetin Alfa o Epogen)	Si usted tiene la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), está recibiendo diálisis y necesita este medicamento para tratar la anemia. Puede ser administrado por su médico o centro de ESRD o usted puede administrarlo si se le selecciona para un programa de terapia en el hogar. Si padece alguna enfermedad distinta a la ESRD y su médico administra el medicamento.	Si padece alguna enfermedad distinta a la ESRD y lo compra en la farmacia.
Factores de coagulación de la hemofilia	Usted debe tener hemofilia. Solo se cubre si se autoadministra.	No cubierto.

Medicamentos de infusión	Medicamentos administrados a través de una bomba implantable de infusión o Medicamentos administrados a través de una bomba externa de infusión que usted usa en casa y su contratista local de DME los cubre bajo la Parte B.	Medicamentos administrados a través de una bomba externa de infusión fuera del hogar (es decir, centro de enfermería especializada u hospital) y su estancia no está cubierta por la Parte A o usted no tiene la Parte A. Medicamentos administrados a través de una bomba externa de infusión que usted usa en casa, pero su contratista local de DME no los cubre bajo la Parte B para su uso en el hogar. Medicamentos de infusión administrados en el hogar sin una bomba de infusión en el hogar. Un ejemplo de esto es el empuje intravenoso.
Medicamentos de inhalación (proporcionados a través de un distribuidor de equipo médico duradero/infusión)	Medicamentos usados con un nebulizador en el hogar	Medicamentos usados con un nebulizador en un centro de enfermería especializada o como paciente internado en un hospital cuando la estancia no está cubierta por la Parte A o usted no tiene la Parte A. Medicamentos administrados sin un nebulizador. Por ejemplo, inhaladores dosificadores, inhaladores de polvo en seco, inhaladores por aerosol nasal. En algunos casos, el inhalador también puede estar cubierto por su plan de la Parte D.
Medicamentos inyectables para la osteoporosis para las mujeres que cumplen con ciertas condiciones	Usted recibe beneficios de asistencia médica a domicilio de Medicare y tiene una fractura de hueso relacionada con la osteoporosis posmenopáusica. Además, usted no debe ser capaz de autoadministrarse el medicamento y la agencia de asistencia médica a domicilio de Medicare le proporciona el medicamento.	Usted no recibe beneficios de asistencia médica a domicilio de Medicare o cumple con los requisitos para la cobertura de la Parte B, pero compra el medicamento directamente en la farmacia.

Inmunoglobulina intravenosa	Si usted la usa para tratar una enfermedad de inmunodeficiencia y se usa en el hogar.	Si usted la usa para tratar condiciones que no sean una enfermedad de inmunodeficiencia y se usa en el hogar.
Medicamentos orales contra el cáncer	Es un medicamento oral contra el cáncer que antes solo estaba disponible como inyección y estaba cubierto por Medicare. Usted o su médico puede administrar el medicamento. Debe usarse para tratar el cáncer.	Usted usa el medicamento para tratar una condición que no es cáncer.
Medicamentos orales contra las náuseas (antieméticos)	Deben estar relacionados con el cáncer, ser usados como reemplazo total del tratamiento intravenoso y administrados dentro de las siguientes 48 horas al tratamiento contra el cáncer. Usted o un médico puede administrarlos.	El medicamento se usa para condiciones que no son cáncer. Se usa cuando han transcurrido 48 horas después del tratamiento contra el cáncer o no es un reemplazo total del tratamiento intravenoso.
Nutrición parenteral (administrada por infusión)	Si usted no puede absorber nutrición a través de sus intestinos.	Si se usa por razones distintas a un tubo digestivo que no funciona.
Profilaxis previa a la exposición (PPrE) con medicamentos antirretrovirales	Para prevenir el VIH en personas con mayor riesgo de contraer VIH.	Para un beneficiario que tiene VIH actualmente y utiliza medicamentos antirretrovirales para tratar el VIH.

8. ¿Qué es el fraude de farmacia?

El fraude de farmacia puede ocurrir de muchas formas diferentes, pero, la mayoría de las veces, vemos el fraude de farmacia cuando:

- La farmacia le factura a Medicare por un medicamento que usted no recibió.
- Una farmacia le da un medicamento diferente o una cantidad menor de medicamento de lo que su médico recetó.

Es importante que lea sus estados de cuenta de Medicare para detectar errores o cargos sospechosos. Esto incluye revisar sus estados de cuenta para asegurarse de que los medicamentos que recogió en la farmacia son el tipo y la cantidad que le recetaron.

Si nota algo preocupante en sus estados de cuenta de Medicare o con sus medicamentos, contacte a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) local. Su SMP puede ayudar y reportar el posible fraude y abuso ante las autoridades correspondientes. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

Otras señales de advertencia relacionadas con el fraude de farmacia incluyen cuando:

- Una farmacia le entrega intencionalmente medicamentos vencidos.
- Una farmacia le entrega y factura por un medicamento compuesto costoso, como una crema analgésica, cuando su médico le recetó un medicamento menos costoso.
- Una farmacia le ofrece medicamentos recetados "gratuitos" o "con descuento" sin una receta de su médico, y luego se los factura a Medicare.
- Una farmacia vuelve a surtir una receta que usted ya no necesita sin informarle. Usted no recogió la receta, pero su farmacia de todos modos le envía una factura a Medicare.
- Una farmacia le ofreció tarjetas de regalo u otro pago para que usted cambiara sus medicamentos recetados a esa farmacia.

9. ¿Qué debo hacer si estoy teniendo problemas para acceder a mi medicamento?

Si está teniendo problemas para acceder a su medicamento, tome las siguientes medidas:

Familiarícese con la forma en que su medicamento está cubierto: use la información anterior o llame a 1-800-MEDICARE (633-4227) para obtener información sobre qué parte de Medicare debe cubrir su medicamento. Si es un medicamento de la Parte D, revise que esté en la lista de medicamentos cubiertos de su plan y averigüe si hay alguna restricción de cobertura impuesta por su plan.

Pida a su farmacéutico o proveedor que envíe los reclamos a la parte correcta de Medicare: si su farmacéutico está teniendo problemas para facturarle a Medicare o a su plan de la Parte D, o si le están denegando cobertura para un medicamento, es posible que se esté facturando el medicamento incorrectamente. Si su proveedor no sabe cómo enviar estos reclamos, dígale que puede comunicarse con su plan o con Medicare para recibir ayuda.

- Si es un medicamento cubierto por la Parte D, el proveedor debe llamar a su plan de la Parte D.
- Si es un medicamento cubierto por la Parte B y usted tiene un Plan Medicare Advantage, el proveedor debe llamar a su Plan Medicare Advantage.
- Si es un medicamento cubierto por la Parte B y usted tiene Medicare original, el proveedor debe comunicarse con el Contratista Administrativo de Medicare de su región.

Si la cobertura del medicamento depende de las circunstancias en que usted lo utiliza, asegúrese de que su proveedor o farmacéutico tenga la documentación que necesita. Por ejemplo, si la Parte B debe cubrir su insulina debido a que usted utiliza una bomba de infusión para tomarla, Medicare puede necesitar que usted proporcione evidencia de que tiene una bomba de insulina (especialmente si usted compró la bomba antes de que fuera elegible para Medicare).

Si se deniega el pago, apele la denegación. Usted tiene derecho a apelar la denegación de Medicare o de su plan. Pida a su médico que le ayude a comprobar que el medicamento es necesario por razones médicas y que usted cumple con los criterios de cobertura. Si necesita ayuda para apelar una denegación de cobertura de su medicamento ante Medicare o su plan de la Parte D, contacte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés). La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

Esté al pendiente del fraude de farmacia. Si nota cualquier comportamiento o cargo sospechoso de su farmacia, comuníquese con su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés). La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

Estudio de caso práctico de SHIP
Tere se vacunó contra la hepatitis B después de que su médico se lo sugirió. Sin embargo, después de vacunarse, Tere recibió un Resumen de Medicare que indicaba que la cobertura de la vacuna se había denegado bajo la Parte B.

¿Qué debe hacer Tere?

- Tere debe contactar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener información sobre cómo Medicare cubre los servicios.
    - Si Tere no sabe cómo comunicarse con su SHIP, debe llamar al 877-839-2675 o visitar www.shiphelp.org.
- El asesor del SHIP ayudará a Tere a entender la forma en que la vacuna debería haberse cubierto.
    - Si Tere tiene un riesgo moderado o alto de hepatitis B (consulte la pregunta 2), la Parte B debería haber cubierto la vacuna.
        - De ser el caso, Tere debe obtener la ayuda de su médico para apelar la denegación. Su médico debe enviar evidencia de que Tere cumple con los criterios de cobertura, es decir, que tiene un riesgo moderado o alto de contraer hepatitis B.
    - Si Tere tiene un bajo riesgo de hepatitis B, la vacuna debería haber estado cubierta por la Parte D.
        - Tere debe hablar con su médico para que este envíe el reclamo a su plan de la Parte D. Si Tere o su médico tienen alguna pregunta sobre los costos relacionados o la cobertura, deben comunicarse directamente con el plan de Tere.

Estudio de caso práctico de la SMP
Georgina fue a la farmacia a recoger su medicamento. Cuando llegó a casa, empezó a organizarlo en su pastillero. Fue ahí donde se dio cuenta de que el farmacéutico le dio menos pastillas de las que debería haber recibido. El frasco de pastillas dice que la receta es para 30 pastillas, pero Georgina cuenta solo 28. Georgina recuerda que esto también ocurrió hace algunos meses. La última vez que esto ocurrió, llamó a la farmacia y arreglaron el error. Sin embargo, se pregunta si están haciendo esto a propósito.

¿Qué debe hacer Georgina?

- Georgina debe llamar a su farmacia para informarles sobre el error y pedirles que lo arreglen.
- Georgina debe llamar a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda.
    - Si no sabe cómo comunicarse con su SMP local, puede llamar al 877-808-2468 o visitar www.smpresource.org.

- La SMP escuchará la experiencia de Georgina con esta farmacia y le ayudará a reportarla ante las autoridades correspondientes, de ser necesario. Los errores continuos de la farmacia podrían considerarse abuso.
- Georgina podría considerar cambiar de farmacias si ya no confía en esta.
    - Debe revisar la red de farmacias de su plan de la Parte D para elegir una que esté dentro de la red y que tenga costos compartidos preferidos para obtener los mejores precios.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
Línea gratuita de SHIP: **Correo electrónico del SHIP:** **Sitio web del SHIP:** **Para encontrar un SHIP en otro estado:** Llame al 877-839-2675 y diga "Medicare" cuando se lo pidan o visite www.shiphelp.org.	**Línea gratuita de la SMP:** **Correo electrónico de la SMP:** **Sitio web de la SMP:** **Para encontrar una SMP en otro estado:** Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org.

Este documento está respaldado por la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), como parte de una concesión de ayuda económica con un total de $2,534,081, de los cuales el 100 por ciento está financiado por ACL/HHS. El contenido pertenece al autor o autores y no representa necesariamente los puntos de vista oficiales, ni el respaldo, de ACL/HHS ni del gobierno estadounidense.

Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiphelp.org | info@shiptacenter.org
Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org
© 2025 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.