

## **Materiales educativos del programa Medicare Minute – Noviembre de 2024**

### **Servicios preventivos de Medicare**

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

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

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

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

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

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

Para averiguar si Medicare cubre su prueba, servicio o artículo, puede visitar la página de Medicare.gov en [Servicios de prevención y control](#), llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o leer su manual *Medicare y usted*. También puede comunicarse con 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.

Algunos ejemplos de los servicios preventivos cubiertos por Medicare incluyen:

- Pruebas de Papanicolau, exploraciones pélvicas y exámenes de mama
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal (por ejemplo, colonoscopias)
- Mastografías
- Pruebas de detección de cáncer de próstata
- Densitometrías óseas

- Terapia de nutrición médica
- Pruebas de detección de VIH
- Evaluaciones de depresión
- Prueba de detección de diabetes

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

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

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

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

#### **5. ¿Qué es la visita anual de bienestar?**

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

Durante su primera visita anual de bienestar, su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) desarrollará un plan personalizado de prevención. Su PCP también puede:

- Revisar su estatura, peso, presión arterial y otras mediciones de rutina.
- Darle una evaluación de riesgos de salud.
  - Esto puede incluir un cuestionario que debe completar antes o durante la visita. El cuestionario le pregunta sobre su estado de salud, riesgos de lesiones, riesgos del comportamiento y necesidades urgentes de salud.
- Revisar su capacidad funcional y nivel de seguridad.
  - Esto incluye una prueba de detección de discapacidades auditivas y su riesgo de caídas.
  - Su médico también debe evaluar su capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana (como bañarse y vestirse) y su nivel de seguridad en el hogar.
- Aprender sobre su historial médico y familiar.

- Hacer una lista de sus proveedores, distribuidores de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y medicamentos actuales.
  - Los medicamentos incluyen medicamentos recetados, además de las vitaminas y los suplementos que pueda estar tomando.
- Crear o actualizar un calendario o lista de verificación por escrito de las pruebas de detección en un plazo de 5 a 10 años.
  - Su PCP debe tomar en cuenta su estado de salud, historial de pruebas y elegibilidad para los servicios preventivos cubiertos por Medicare adecuados para su edad.
- Hacer pruebas para detectar deterioro cognitivo, incluyendo enfermedades como el Alzheimer y otras formas de demencia.
  - Medicare no requiere que los médicos usen una prueba para evaluarlo(a). En cambio, se les pide a los médicos que utilicen sus observaciones y/o la información que usted y otras personas compartan.
- Realizar una evaluación de depresión.
- Brindar consejos de salud y referencias a educación sobre la salud y/o servicios de consejería preventiva con el fin de reducir los factores de riesgo identificados y promover el bienestar.
  - La educación de salud y la consejería de prevención pueden estar relacionadas con la pérdida de peso, la actividad física, dejar de fumar, la prevención de las caídas, la nutrición y mucho más.

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

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

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

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

- **Pruebas de detección de cáncer colorrectal:** Medicare Parte B cubre diferentes pruebas de detección de cáncer colorrectal y cada una tiene requisitos de elegibilidad diferentes. Tome en cuenta que usted puede tener un alto riesgo de cáncer colorrectal si tiene un historial familiar relacionado con la enfermedad, ha tenido cáncer colorrectal o pólipos colorrectales, o si ha tenido una enfermedad intestinal inflamatoria.

- Examen de sangre oculta en las heces: una vez al año (cada 12 meses) si tiene 50 años de edad o más.
  - Sigmoidoscopia flexible: una vez cada cuatro años (48 meses) si tiene 50 años de edad o más y tiene alto riesgo, o una vez cada 10 años después de una colonoscopia si tiene 50 años o más y no tiene alto riesgo.
  - Colonoscopia: una vez cada dos años (24 meses) si tiene alto riesgo de cáncer colorrectal, o una vez cada 10 años si no tiene alto riesgo (pero no dentro de los 48 meses siguientes a una prueba de sigmoidoscopia flexible).
  - Enema de bario: una vez cada dos años si tiene 50 años de edad o más y tiene alto riesgo, o una vez cada cuatro años si tiene 50 años o más y no tiene alto riesgo (pero no dentro de los 48 meses siguientes a una prueba de sigmoidoscopia flexible). Medicare cubre el 80 % de la cantidad aprobada por Medicare para los enemas de bario.
  - Pruebas multiobjetivos de ADN de las heces: una vez cada tres años si tiene entre 50 y 85 años de edad, no muestra síntomas de enfermedad colorrectal y no tiene alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal.
  - Exámenes de sangre con marcadores biológicos: una vez cada tres años si tiene entre 50 y 85 años de edad, no muestra síntomas de enfermedad colorrectal y no tiene alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal.
- **Pruebas de detección de cáncer de pulmón:** Medicare Parte B cubre una prueba de detección de cáncer de pulmón al año y una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés, también llamada TC de dosis baja) del tórax para las personas con ciertos factores de riesgo. Antes de su primera LDCT, usted debe tener una consulta con su proveedor de atención primaria para hablar sobre los beneficios y los riesgos de la tomografía. Su PCP también le dará consejos sobre la importancia de dejar de fumar o de evitar fumar, además de información sobre los servicios para dejar de fumar, cuando corresponda. Después de su primera tomografía, no se requiere una consulta de consejería separada antes de recibir su LDCT anual. Medicare Parte B solo cubre estos servicios si usted:
    - Tiene entre 55 y 77 años
    - Fuma actualmente o dejó de fumar en los últimos 15 años
    - Ha fumado un promedio de una cajetilla de cigarrillos al día durante al menos 30 años
    - No tiene síntomas de cáncer de pulmón
    - Y recibe la prueba y la LDCT en un centro de radiología aprobado por Medicare
  - **Mastografías:** si no tiene síntomas o un historial previo de cáncer de mama, Medicare Parte B cubre las mastografías preventivas: una mastografía de base para las mujeres entre 35 y 39 años, y una mastografía de detección cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años. Medicare no cubre las mastografías preventivas para los hombres. Medicare cubre las mastografías de diagnóstico para todos. Su médico puede recomendar una mastografía de diagnóstico si su prueba muestra una anomalía o si un examen físico detecta un bulto. Medicare cubre todas las mastografías de diagnóstico que sean necesarias, pero solo cubre el 80 % de la cantidad aprobada por Medicare, mientras que las mastografías preventivas están cubiertas al 100 % de la cantidad aprobada por Medicare. Nota: Medicare solo cubre los ultrasonidos de mama necesarios por razones médicas si su proveedor de atención de salud los ordena.

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

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

## 7. ¿Qué son las evaluaciones de depresión?

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

La evaluación anual de depresión incluye un cuestionario que usted completa por sí mismo(a) o con la ayuda de su médico. Este cuestionario está diseñado para indicar si usted está en riesgo o si tiene síntomas de depresión. Si los resultados muestran que usted pueden estar en riesgo de depresión, su proveedor realizará una evaluación exhaustiva y lo(a) remitirá a la atención de salud mental para darle seguimiento a su caso, si corresponde. En la mayoría de los casos, usted debe recibir su evaluación de depresión cuando tenga una consulta programada con su médico. Sin embargo, su proveedor puede elegir evaluarlo(a) durante una consulta por separado.

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

## 8. ¿Qué servicios de prevención del VIH cubre Medicare?

A partir del 30 de septiembre de 2024, Medicare cubre la siguiente atención preventiva relacionada con el VIH:

- Profilaxis previa a la exposición (PrEP) con antirretrovirales aprobada por la FDA
- 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 para usted. Usted no debe pagar ningún deducible, copago o coseguro.

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

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

- **Vacuna contra la influenza:** Medicare Parte B cubre una vacuna contra la influenza cada temporada de influenza. La temporada de influenza generalmente va de noviembre a abril. Dependiendo de cuándo elija vacunarse contra la influenza, Medicare puede cubrir una vacuna contra la influenza dos veces en un año natural. Por ejemplo, si se vacunó en enero de 2024 para la temporada de influenza 2023/2024, usted podría ponerse otra vacuna en noviembre de 2024 para la temporada de influenza 2024/2025.
- **Vacuna contra la neumonía:** Medicare Parte B cubre dos vacunas separadas contra la neumonía. Actualmente, hay dos vacunas separadas contra la neumonía disponibles. La Parte B cubre la primera vacuna si usted nunca antes ha recibido cobertura de la Parte B para una vacuna contra la neumonía. Usted tiene cobertura para una segunda vacuna diferente un año después de haber recibido la primera vacuna. Usted no necesita proporcionar un historial de vacunación cuando recibe la vacuna contra la neumonía. Puede decirle al profesional de atención de salud que le ponga la vacuna si usted ha recibido vacunas en el pasado o cuándo.
- **Vacuna contra la hepatitis B:** Medicare Parte B cubre la vacuna contra la hepatitis B si usted tiene riesgo moderado o alto de contraer hepatitis B. Si su riesgo de hepatitis B es bajo, la vacuna estará cubierta bajo la Parte D, el beneficio de medicamentos recetados de Medicare. Medicare considera que usted tiene un riesgo moderado o alto si:

- Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)
  - Tiene hemofilia
  - Es cliente o miembro del personal de una institución que atiende a personas con discapacidades del desarrollo
  - Vive en el mismo hogar que un portador de hepatitis B
  - Tiene sexo sin protección con múltiples parejas o con alguien que tenga hepatitis B
  - Consume ciertas drogas o sustancias prohibidas a nivel federal
  - Es un profesional de atención de la salud y tiene contacto frecuente con sangre u otros fluidos corporales durante su trabajo de rutina
- **Vacuna contra el COVID-19:** Medicare cubre las vacunas contra el COVID. Si tiene Medicare original, no pagará ningún costo compartido (deducible, copago o coseguro) si va con un proveedor que acepta Medicare. Si tiene un Plan Medicare Advantage, tampoco debe pagar ningún costo compartido si va con un proveedor dentro de la red.

## 10. ¿Cubre Medicare las pruebas de COVID-19?

Medicare original cubre las pruebas de COVID-19 sin costos compartidos (sin deducibles, coseguros o copagos) cuando un médico u otro profesional de atención de salud ordena la prueba. Los dos tipos de pruebas cubiertas son:

- Pruebas PCR, las cuales identifican material genético
- Pruebas de antígenos, a las cuales se les suele llamar pruebas rápidas

Los Planes Medicare Advantage también deben cubrir las pruebas de COVID-19 que su médico u otro proveedor de atención de salud ordena. Sin embargo, puede haber costos de su propio bolsillo a partir del 11 de mayo de 2023. Contacte a su plan para obtener más información sobre los costos potenciales.

Medicare original **no** cubre las pruebas en casa de venta libre a partir del 11 de mayo de 2023. Los Planes Medicare Advantage pueden seguir cubriendo las pruebas en casa de venta libre sin costo alguno, pero no están obligados a hacerlo. Comuníquese con su plan para averiguar si ofrece este beneficio suplementario y cómo acceder a este.

Nota: A partir del 26 de septiembre de 2024, los grupos familiares residenciales en EE. UU. son elegibles para pedirle al gobierno federal cuatro pruebas gratuitas en casa de COVID-19. [Puede pedir sus pruebas rápidas de antígenos de COVID-19 para su grupo familiar en el sitio web de USPS.](#)

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

Si cree que le cobraron por un servicio preventivo que no deberían haberle cobrado, comuníquese primero con su proveedor de atención de salud. Algunos proveedores no están familiarizados con la lista completa de servicios preventivos cubiertos por Medicare y pueden haber cometido un simple error debido a su falta de conocimientos acerca de los beneficios. Si no puede solucionar el problema comunicándose con su proveedor de atención de salud, llame a 1-800-MEDICARE (633-4227) para obtener ayuda. También puede comunicarse con su SHIP local y un asesor le ayudará a presentar este asunto ante Medicare. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

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

- Puede tener que pagar costos por una parte de la visita de atención preventiva si su médico realiza un diagnóstico durante la visita o realiza pruebas o procedimientos adicionales. Los médicos realizan pruebas y procedimientos de diagnóstico cuando los pacientes tienen síntomas distintivos de una afección o un historial de dicha afección. Por ejemplo, si su médico encuentra y extirpa un pólipo durante una colonoscopia, la colonoscopia incluye atención de diagnóstico y se aplicarán costos.
- Usted puede tener que pagar una comisión por servicios, dependiendo de dónde reciba el servicio de atención preventiva. Por ejemplo, ciertos hospitales a menudo cobran comisiones separadas por servicios cuando usted está recibiendo un servicio preventivo.

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

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

## **12. ¿Qué son el fraude y el abuso relacionados con las pruebas genéticas?**

El fraude o el abuso relacionado con las pruebas genéticas puede ocurrir cuando Medicare recibe una factura por exámenes o pruebas genéticas que no son necesarias por razones médicas y que no fueron ordenadas por el médico tratante de un beneficiario. A menudo, vemos que los estafadores ofrecen pruebas con hisopo bucal para obtener la información de Medicare de un beneficiario, la cual pueden usar para facturar fraudulentamente o robar su identidad médica. Las pruebas genéticas a menudo se comercializan como una de las siguientes:

- Examen/prueba genética cardíaca/cardiovascular
- Examen/prueba de ADN
- Examen/prueba de detección de cáncer
- Examen/prueba de detección de cáncer hereditario
- Examen/prueba de detección de demencia
- Examen/prueba de detección de Parkinson
- Farmacogenética (metabolización de medicamentos)

Estas son las señales de advertencia a las que debe poner atención con respecto al fraude y abuso relacionado con las pruebas genéticas:

- Una compañía le ofrece pruebas "gratuitas" sin que su médico tratante las haya pedido.
- Una compañía usa "telemedicina" para ofrecerle pruebas por teléfono y organizar que un médico o "telemédico" no relacionado ordene las pruebas.
- Se le factura a Medicare (a menudo miles de dólares) por una amplia gama de pruebas genéticas que usted no solicitó o que posiblemente no recibió.

- Se le factura a Medicare por pruebas farmacogenómicas (para determinar la forma en que usted metaboliza los medicamentos) que no están cubiertas por Medicare o que no aplican a su situación.
- Una compañía le pide su número de Medicare en una feria de salud, centro para adultos mayores, centro de vida asistida, centro comercial, mercado de agricultores o evento de bienestar patrocinado por una iglesia.

Para prevenir el fraude y el abuso relacionado con las pruebas genéticas, asegúrese de trabajar con su proveedor de atención de salud de confianza en su salud preventiva. No comparta su información personal ni acepte servicios de pruebas de detección de una persona o compañía que conoció en un evento público o por teléfono. Siempre lea sus estados de cuenta de Medicare y ponga atención a palabras como "gene analysis" (análisis genético), "molecular pathology" (patología molecular) o "laboratory" (laboratorio) que pueden indicar pruebas genéticas dudosas. Por último, si le hicieron una prueba con hisopo bucal o genética que no era necesaria por razones médicas, reporte sus preocupaciones a su SMP local. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

### **13. ¿Con quién debo comunicarme acerca de los servicios preventivos cubiertos por Medicare?**

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

**1-800-MEDICARE:** comuníquese con Medicare si tiene preguntas sobre qué servicios preventivos cubre Medicare y con qué criterios de elegibilidad debe cumplir para ciertos servicios. Puede llamar a Medicare a 1-800-MEDICARE (800-633-4227).

**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés):** comuníquese con su SHIP si desea obtener más información sobre la forma en que Medicare cubre los servicios preventivos o si no sabe por qué un proveedor le está cobrando por la atención preventiva. Los asesores del SHIP son personas capacitadas de confianza que pueden brindar asesoría imparcial sobre Medicare. Pueden darle asesoría individual para darle apoyo en una situación específica. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

**Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés):** comuníquese con su SMP si cree que un proveedor le ha facturado de manera fraudulenta por los servicios preventivos o si ha experimentado un fraude o abuso relacionado con las pruebas genéticas. Las SMP habilitan y ayudan a los beneficiarios de Medicare, a sus familias y a los cuidadores a prevenir, detectar y reportar fraudes, errores y abusos relacionados con la atención de salud. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

### **Estudio de caso práctico de SHIP**

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

### ¿Qué debe saber y hacer Janet?

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

### Estudio de caso práctico de la SMP

Manuel tiene un Plan Medicare Advantage. Recibe una llamada de un número desconocido y la persona que llama le dice que trabaja para una compañía que se ha asociado con su Medicare para ofrecer pruebas gratuitas de detección de demencia. La persona que llama le explica que la compañía le enviará un kit de prueba a Manuel, Manuel completará la prueba al tomar una muestra del interior de su mejilla con un hisopo y luego enviará de regreso el kit de prueba a la compañía. Manuel está interesado en la prueba de detección de demencia y dice que le gustaría que le enviaran el kit de prueba. La persona que llamó le dice que necesitará recopilar información de Manuel, como su nombre completo, dirección postal y número de Medicare. Sin embargo, Manuel no puede encontrar su tarjeta de Medicare, así que dice que le devolverá la llamada pronto. Mientras busca su tarjeta, le menciona a su esposa la prueba gratuita de detección de demencia, quien parece no creer que esto sea real.

### ¿Qué debe hacer Manuel?

- Manuel debe tener cuidado con las llamadas de las personas que ofrecen servicios o artículos médicos "gratuitos" a cambio de su información personal y número de Medicare.
- Manuel debe reportar esto a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores local, la cual puede ayudar a reportar esto ante las autoridades correspondientes, según corresponda.
  - Si Manuel no sabe cómo comunicarse con su SMP local, puede llamar al 877-808-2468 o visitar [www.smpresource.org](http://www.smpresource.org).
  - Si Manuel hubiera compartido su información con la persona que llamó, de todos modos debe llamar a la SMP lo antes posible para reportar el incidente.
- Manuel debe proteger su información personal y su número de Medicare al no compartir dicha información por teléfono.
- Manuel debe trabajar con su proveedor de atención de salud de confianza para hablar sobre sus necesidades de atención preventiva.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
<p><b>Línea gratuita de SHIP:</b> 800-247-4422</p> <p><b>Correo electrónico del SHIP:</b> idahoshiba@doi.idaho.gov</p> <p><b>Sitio web del SHIP:</b> shiba.idaho.gov</p> <p><b>Para encontrar un SHIP en otro estado:</b> Llame al 877-839-2675 y diga “Medicare” cuando se lo pidan o visite <a href="http://www.shiphelp.org">www.shiphelp.org</a>.</p>	<p><b>Línea gratuita de la SMP:</b> 800-247-4422</p> <p><b>Correo electrónico de la SMP:</b> idahoshiba@doi.idaho.gov</p> <p><b>Sitio web de la SMP:</b> <a href="https://aging.idaho.gov/stay-safe/senior-medicare-patrol-fraud-prevention">https://aging.idaho.gov/stay-safe/senior-medicare-patrol-fraud-prevention</a></p> <p><b>Para encontrar una SMP en otro estado:</b> Llame al 877-808-2468 o visite <a href="http://www.smpresource.org">www.smpresource.org</a>.</p>
<p><i>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.</i></p>	
<p>Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675   <a href="http://www.shiphelp.org">www.shiphelp.org</a>   <a href="mailto:info@shiptacenter.org">info@shiptacenter.org</a>            Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468   <a href="http://www.smpresource.org">www.smpresource.org</a>   <a href="mailto:info@smpresource.org">info@smpresource.org</a>            © 2024 Medicare Rights Center   <a href="http://www.medicareinteractive.org">www.medicareinteractive.org</a></p>	
<p><i>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.</i></p>	