

Materiales educativos del programa Medicare Minute – abril de 2026

Cobertura de Medicare de la telesalud

1. ¿Qué es la telesalud?

La telesalud incluye servicios específicos que una persona recibe de un proveedor de atención de salud fuera de una consulta en persona. Un servicio de telesalud es una consulta completa con un proveedor usando un teléfono o tecnología de video que permite la comunicación por audio y video.

2. ¿Qué tipos de servicios cubre Medicare como telesalud?

Medicare cubre ciertos servicios cuando se proporcionan a través de la telesalud. Algunos ejemplos incluyen:

- Consultas sobre los resultados de un análisis de laboratorio o radiografía
- Seguimiento después de una cirugía
- Control de medicamentos recetados
- Exámenes de salud preventiva
- Problemas de atención de urgencia, como resfriados, tos y dolores estomacales
- Tratamiento de salud mental, incluyendo terapia y consejería en línea
- Tratamiento de afecciones recurrentes, como migrañas o infecciones del tracto urinario
- Tratamiento de afecciones cutáneas

Las personas pueden preguntarle a su médico sobre las opciones de telesalud y si obtener atención a través de la telesalud sería adecuado para sus circunstancias particulares.

3. ¿Cubre Medicare los chequeos virtuales?

Sí. La Parte B de Medicare original cubre los chequeos virtuales, también llamados "servicios de comunicación breve basados en la tecnología", con ciertos proveedores. Estos chequeos virtuales permiten a las personas comunicarse con sus proveedores a través de tecnología de comunicación de audio y video o enviando fotos o imágenes de video para una evaluación a distancia. Su médico u otro proveedor puede responder por teléfono (audio o video), mensajes de texto seguros, correo electrónico o usando un portal de pacientes.

Los chequeos virtuales son para los pacientes con una relación establecida con su proveedor y los pacientes deben dar su consentimiento verbal para recibir estos servicios. **Un chequeo virtual no es una cita completa** y Medicare paga por un chequeo virtual a una tarifa más baja que una cita en persona o de telesalud. Un chequeo cubierto no se relaciona con una consulta médica dentro de los últimos siete días y no resulta en una consulta médica en un plazo de 24 horas (o la cita más próxima disponible). Los chequeos virtuales están cubiertos al 80 % de la cantidad aprobada por Medicare después de que una persona cubre el deducible de la Parte B y la persona debe pagar un coseguro del 20 %.

4. ¿Qué diferencias hay entre una consulta de telesalud y un chequeo virtual?

Los chequeos virtuales son diferentes al beneficio de telesalud de Medicare. Por lo general, un chequeo virtual es una conversación breve (5-10 minutos) con un proveedor y una consulta completa de telesalud se trata y reembolsa de la misma forma que una consulta presencial. Las consultas de telesalud de Medicare suelen requerir comunicación en tiempo real a través de tecnología de audio y video, mientras que los chequeos virtuales utilizan una mayor variedad de métodos de comunicación, como mensajes de texto y correos electrónicos. Los chequeos virtuales también están disponibles para los beneficiarios de Medicare en todas las áreas.

5. ¿Cómo cubría Medicare la telesalud antes de la emergencia de salud pública (PHE, por sus siglas en inglés) del COVID-19?

Para entender cómo ha cambiado la cobertura de Medicare de la telesalud con el tiempo, es importante conocer primero las reglas que estaban vigentes **antes** de la PHE. Esta sección no refleja las flexibilidades actuales de cobertura (consulte la pregunta 6) ni los posibles cambios en el futuro (consulte la pregunta 7).

Antes de la emergencia de salud pública del COVID-19, **la Parte B de Medicare original** cubría la telesalud en situaciones muy limitadas.

Ubicaciones

Fuera de las flexibilidades relacionadas con la PHE, los beneficiarios de Medicare original generalmente solo podían acceder a la telesalud si vivían en un área rural y viajaban de su hogar a un centro médico local para recibir los servicios. Tenían que estar en un "sitio de origen" en un área geográfica elegible, incluyendo áreas rurales con escasez de profesionales de salud (HPSA, por sus siglas en inglés) y condados no clasificados como un área metropolitana estadística (MSA, por sus siglas en inglés). Los sitios de origen elegibles incluían consultorios de médicos y proveedores; hospitales; hospitales de acceso crítico; clínicas rurales de salud; centros de salud federalmente calificados; centros de diálisis renal en hospitales o en hospitales de acceso crítico (incluyendo satélites); centros de enfermería especializada; y centros comunitarios de salud mental.

Con estos requisitos, los beneficiarios no podían recibir servicios de telesalud en sus propios hogares y los beneficiarios de Medicare original en áreas urbanas solían no ser elegibles para la telesalud. Las limitaciones geográficas del sitio de origen solo se exentaban en circunstancias en las que:

- Las personas necesitaban servicios de telesalud para tratar un trastorno por consumo de sustancias diagnosticado o un trastorno de salud mental comórbido. Estas personas tenían la opción de acceder a los servicios de telesalud desde su casa o en un centro médico.
- Las personas necesitaban servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular agudo. Estas personas tenían la opción de acceder a los servicios de telesalud desde su casa o en un centro médico.

Requisitos de tecnología

Medicare original requería que las consultas de telesalud se realizaran con tecnología interactiva de audio y video bidireccional que permite la comunicación en tiempo real entre el médico y el beneficiario en el sitio de origen. La única excepción a este requisito de telecomunicaciones interactivas era para los programas federales de demostración de telemedicina en Alaska y Hawái, donde los beneficiarios podían enviar información médica a un proveedor, el cual la revisaba más tarde sin una interacción en tiempo real.

Proveedores

Medicare original cubría servicios de telesalud proporcionados por proveedores elegibles, incluyendo médicos, enfermeros especializados, auxiliares médicos, enfermeros clínicos especializados, parteras enfermeras certificadas, enfermeros anestesiólogos certificados, trabajadores sociales clínicos, psicólogos clínicos y dietistas registrados o profesionales de la nutrición.

Medicare Advantage (MA)

Los Planes Medicare Advantage deben cubrir todos los beneficios de telesalud incluidos en Medicare original, pero también pueden cubrir beneficios adicionales de telesalud. Los Planes MA podían ofrecer beneficios no

cubiertos por Medicare original, como consultas de telesalud proporcionadas en el hogar de un beneficiario o servicios de telesalud para las personas que viven fuera de un área rural.

6. ¿Cómo se cubre la telesalud actualmente?

Durante la PHE, la cobertura de telesalud se amplió temporalmente para incluir más flexibilidades y permitir que más personas recibieran atención desde sus hogares. Estas flexibilidades se han ampliado hasta el 31 de diciembre de 2027.

Ubicaciones

Previamente, únicamente los beneficiarios de Medicare en áreas rurales podían acceder a la telesalud y debían ir a un centro de atención de salud autorizado. Con las flexibilidades actuales, los servicios de telesalud están cubiertos para todos los beneficiarios en cualquier área geográfica y pueden recibir dichos servicios en casa, además de en entornos de atención de salud.

Requisitos de tecnología

Por lo general, los beneficiarios deben seguir usando un sistema interactivo de audio y video que permita la comunicación en tiempo real con el proveedor. Las recomendaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) permiten que los proveedores usen temporalmente cualquier tecnología a distancia no destinada al público (como FaceTime, Zoom o Skype) para comunicarse con sus pacientes.

Se pueden proporcionar servicios limitados de telesalud usando únicamente audio, a través de un teléfono con solo audio o usando un teléfono inteligente sin video. Estos servicios incluyen consejería y terapia proporcionadas por un programa de tratamiento de opioides, servicios de atención de salud del comportamiento y evaluación y administración de pacientes.

Proveedores

Anteriormente, Medicare solo cubría los servicios de telesalud proporcionados por proveedores elegibles (consulte la pregunta 5). Con las flexibilidades actuales, cualquier profesional de atención de salud que sea elegible para facturar a Medicare por servicios profesionales puede proporcionar y facturar por servicios de telesalud. Esto incluye profesionales que antes no podían recibir pagos por servicios de telesalud de Medicare, como fisioterapeutas, terapeutas ocupaciones y patólogos del habla y del lenguaje.

Servicios

Medicare original amplió la lista de servicios cubiertos de telesalud durante la PHE, incluyendo visitas al departamento de emergencia, fisioterapia y terapia ocupacional y otros servicios específicos. Por ejemplo, un médico puede usar la telesalud en lugar de consultas en persona requeridas para recetar asistencia médica a domicilio cubierta por Medicare. Si un beneficiario tiene preguntas sobre qué servicios puede recibir a través de la telesalud, debe preguntarle a su médico.

Medicare Advantage

Los Planes Medicare Advantage pueden ampliar más la cobertura o reducir o exentar los costos compartidos para los servicios de telesalud como parte del diseño general de su plan.

En resumen, hasta el 31 de diciembre de 2027, los servicios de telesalud:

- Estarán cubiertos para todos los beneficiarios en cualquier área geográfica, en su hogar, además de en entornos de atención de salud
- A veces, se proporcionarán usando audio únicamente.
- Los proporciona cualquier profesional de atención de salud elegible para facturar a Medicare

7. ¿Terminará la cobertura ampliada de telesalud después de que la ampliación venza?

Después del 31 de diciembre de 2027, la mayoría de los servicios de telesalud volverán a estar más limitados a menos que el Congreso actúe. Por ahora, solo algunos de los aspectos más generales de la cobertura de telesalud se han vuelto permanentes.

Después del 31 de diciembre de 2027, los servicios de telesalud:

- Seguirán estando disponibles independientemente del área geográfica para ciertos tipos de atención
 - Por ejemplo: atención de salud mental/del comportamiento, visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) para diálisis a domicilio, capacitación de autocontrol de la diabetes y terapia de nutrición de Medicare
- Puedan realizarse usando plataformas de comunicación solo de audio para la atención de salud mental/del comportamiento
- Estén sujetos a restricciones previas a la PHE para otros tipos de atención

Tome en cuenta que después del 31 de diciembre de 2027, los beneficiarios deberán tener una consulta en persona, no de telesalud, en un plazo de 6 meses antes de su primer servicio de salud mental a través de la telesalud. Después del primer servicio de salud mental por telesalud en el hogar del beneficiario, debe ocurrir un servicio en persona, no de telesalud, en un plazo de 12 meses a partir de cada servicio de telesalud de salud mental. Estos requisitos no aplican a los beneficiarios que estaban recibiendo servicios de salud del comportamiento vía telesalud antes del 31 de diciembre de 2027.

8. ¿Qué costos deben pagar los beneficiarios de Medicare por la telesalud?

Medicare original cubre los servicios de telesalud bajo la Parte B. Después de que los beneficiarios cubren el deducible de la Parte B (\$283 en 2026), estos pagan el 20 % de la cantidad aprobada por Medicare para el servicio con proveedores que aceptan asignaciones de Medicare. Los beneficiarios de Medicare Advantage deben comunicarse con su plan para obtener información sobre sus costos de telesalud.

9. ¿Qué es la supervisión a distancia de los pacientes?

La supervisión a distancia de los pacientes (RPM, por sus siglas en inglés) permite que los proveedores de atención de salud supervisen ciertas partes de la salud de una persona desde su hogar. Los proveedores pueden recopilar datos como el ritmo cardíaco, la glucosa en la sangre, la presión arterial o la frecuencia respiratoria, y luego usarlos para supervisar el plan de tratamiento de una persona e identificar problemas potenciales temprano. La RPM puede disminuir la necesidad de consultas en persona, reducir los costos del traslado y limitar la exposición a enfermedades, lo cual puede ser particularmente útil para las personas con enfermedades crónicas o problemas de movilidad. Mientras que la telesalud conecta a los pacientes y a los proveedores para tener consultas virtuales, la RPM proporciona información continua sobre el estado de salud de un paciente entre las citas. La RPM legítima utiliza dispositivos médicos, como básculas, monitores de glucosa, brazaletes para medir la presión arterial, dispositivos de monitorización cardíaca y otro equipo ordenado y recetado con base en una necesidad médica.

Al mismo tiempo, la RPM puede no ser adecuada o necesaria para todos los pacientes y debe usarse como parte de un plan de atención más amplio. Los pacientes deben entender qué datos se están recopilando, cómo se usarán y cualquier posible costo o implicación de facturación.

10. ¿Cuáles son los posibles riesgos y fraudes relacionados con la RPM?

Aunque la RPM puede ser una herramienta valiosa cuando se usa de manera adecuada, hay situaciones en las que se puede hacer mal uso de los servicios o facturarse incorrectamente. Algunas compañías pueden tratar de inscribir a los beneficiarios de Medicare en servicios de RPM o proporcionar dispositivos sin una necesidad médica clara o sin la comprensión total o consentimiento del paciente.

Tenga cuidado con las ofertas no solicitadas o la mercadotecnia que le presione para inscribirse en los servicios de RPM o para compartir información personal. Las posibles señales de advertencia incluyen:

- Ve cargos en sus estados de cuenta de Medicare por supervisión a distancia que usted no necesitaba, no recibió, no aceptó o que provenía de un proveedor que usted no conoce.
- Le ofrecen un dispositivo "gratuito" que cuenta sus pasos diarios, como un reloj inteligente, a cambio de su número de Medicare o de otra información personal.
- Le dicen que los servicios de RPM son gratuitos para los beneficiarios de Medicare y después le facturan a Medicare por dichos servicios.
- El consultorio de su médico le habla para preguntarle cómo le está yendo. Más tarde, usted se da cuenta de que le cobraron la llamada a Medicare como un servicio de RPM.

Para protegerse, siempre confirme que su proveedor de atención de salud de confianza ha recomendado los servicios de RPM, haga preguntas sobre los costos y la facturación y revise cuidadosamente sus estados de cuenta de Medicare.

Si cree que ha experimentado un posible fraude, error o abuso contra Medicare, 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.

11. ¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas?

Su proveedor de atención de salud: hable con su médico de confianza u otro proveedor de atención de salud para obtener información sobre los servicios de telesalud que ofrece y si son adecuados para sus necesidades de atención de salud.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SHIP si tiene preguntas acerca de la cobertura de telesalud de Medicare. 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): Contacte a su SMP si cree que ha experimentado un posible fraude, error o abuso contra Medicare. 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.

Su Plan Medicare Advantage: contacte a su Plan Medicare Advantage si tiene preguntas sobre la cobertura y los costos relacionados con los servicios de telesalud.

Ejemplo de caso del SHIP

Julia tiene Medicare original y vive en una ciudad grande. Ha estado tomando un medicamento recetado para la ansiedad en los últimos años y una enfermera especializada en salud mental psiquiátrica (PMHNP, por sus siglas en inglés) le receta el medicamento. Suelen tener dos citas al año, en las que la PMHNP se asegura de que el medicamento sigue funcionando para Julia. La cita bianual de Julia con su PMHNP es esta semana, pero Julia se está sintiendo realmente enferma y sabe que es probable que sea contagiosa. Julia preferiría quedarse en casa y descansar, pero le preocupa faltar a su cita y tener que esperar para su próxima reposición.

¿Qué debe hacer Julia?

- Julia debe comunicarse con su proveedor de atención de salud (en este caso, la PMHNP). La PMHNP podría cambiar la cita a una consulta de telesalud, para que Julia pueda quedarse en casa mientras está enferma.
 - Incluso si la PMHNP no puede ofrecer telesalud, puede volver a programar la cita y pedir la próxima reposición del medicamento recetado de Julia.
- Si Julia tiene más preguntas sobre la cobertura de Medicare de la telesalud, puede comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés).
 - Si Julia no sabe cómo comunicarse con su SHIP local, puede visitar www.shiphelp.org o llamar al 877-839-2675.
- Un asesor del SHIP puede explicarle las flexibilidades actuales relacionadas con la cobertura de Medicare de la telesalud. Incluso después de 2027, parece probable que Julia podrá seguir recibiendo cobertura de Medicare para las citas de telesalud con su PMHNP, sin importar si no vive en un área rural. Esto se debe a que el servicio es para la atención de salud del comportamiento/mental y lo proporciona una proveedora elegible.

Ejemplo de caso de la SMP

Doris recibe una llamada de una tienda local de equipo médico. El miembro de la tienda dice que están teniendo una promoción en la que ofrecen a los beneficiarios de Medicare un reloj inteligente gratuito que puede dar seguimiento a sus pasos y a su ritmo cardíaco. Doris acepta recibir el reloj y, a cambio, comparte su dirección y su número de Medicare. Le envían el reloj en breve y Doris lo utiliza con gusto. Unos meses después, Doris revisa su Resumen de Medicare y ve algunos cargos que no reconoce. Un médico sobre el que nunca ha oído hablar le ha estado cobrando a Medicare por servicios mensuales de supervisión a distancia de los pacientes. Aunque no le están cobrando nada a ella, se siente confundida e incómoda porque no sabía que se había inscrito en un servicio de supervisión.

¿Qué debe hacer Doris?

- Doris debe llamar a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) para reportar su situación.
 - Si Doris no sabe cómo comunicarse con su SMP local, puede llamar al 877-808-2468 o visitar www.smpresource.org.
- El integrante del equipo de la SMP alentará a Doris a que continúe con el buen hábito de leer sus estados de cuenta de Medicare y encontrar cargos sospechosos, además de tomar precauciones adicionales en el futuro:

- Debe hablar sobre su necesidad de equipo médico con su proveedor de atención de salud de confianza
- No debe aceptar ofertas "gratuitas" o promocionales a cambio de su información personal
- Debe proteger su número de Medicare
- El integrante del equipo de la SMP reportará la sospecha de fraude ante Medicare y las autoridades correspondientes.
- Doris no debe seguir usando el reloj inteligente, ya que podría estar vinculado con reclamos de RPM potencialmente fraudulentos.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
<p>Línea gratuita de SHIP: 800-247-4422</p> <p>Correo electrónico del SHIP: idahoshiba@doi.idaho.gov</p> <p>Sitio web del SHIP: shiba.idaho.gov</p> <p>Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 y diga "Medicare" cuando se lo pidan o visite www.shiphelp.org.</p>	<p>Línea gratuita de la SMP: 800-247-4422</p> <p>Correo electrónico de la SMP: idahoshiba@doi.idaho.gov</p> <p>Sitio web de la SMP: Medicare Fraud Prevention - Idaho Commission on Aging</p> <p>Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org.</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 \$3,000,000, 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 www.shiphelp.org info@shiptacenter.org Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468 www.smpresource.org info@smpresource.org © 2026 Medicare Rights Center www.medicareinteractive.org</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>	