

Materiales educativos del programa Medicare Minute – Enero de 2026 Novedades en 2026

1. ¿Han cambiado los costos de Medicare Parte A (seguro de hospital) en 2026?

Sí, los costos relacionados con la Parte A son diferentes este año. Recuerde que Medicare Parte A cubre los servicios hospitalarios para pacientes internados, los servicios en un centro de enfermería especializada, la asistencia médica a domicilio y los hospicios. Revise su manual *Medicare y usted* de 2026 (consulte la pregunta 9) para entender los servicios que cubre la Parte A. La siguiente tabla muestra una comparación entre los costos del año pasado y los de este año.

Costos de la Parte A de Medicare original: 2025 vs. 2026		
	2025	2026
Prima de la Parte A	\$0 al mes si ha trabajado y pagado el impuesto de Medicare durante más de 10 años	\$0 al mes si ha trabajado y pagado el impuesto de Medicare durante más de 10 años
	\$285 al mes si ha trabajado y pagado el impuesto de Medicare entre 7.5 y 10 años	\$311 al mes si ha trabajado y pagado el impuesto de Medicare entre 7.5 y 10 años
	\$518 al mes si ha trabajado y pagado el impuesto de Medicare menos de 30 trimestres (7.5 años)	\$565 al mes si ha trabajado y pagado el impuesto de Medicare menos de 30 trimestres (7.5 años)
Deducible de hospital	\$1,676 en cada periodo de beneficios	\$1,736 en cada periodo de beneficios
Coseguro de hospital	\$0 al día para los días 1 a 60 una vez que haya cubierto su deducible	\$0 al día para los días 1 a 60 una vez que haya cubierto su deducible
	\$419 al día para los días 61 a 90 de cada periodo de beneficios	\$434 al día para los días 61 a 90 de cada periodo de beneficios
	\$838 al día para los días 91 a 150 (días de reserva de por vida no renovables)	\$868 al día para los días 91 a 150 (días de reserva de por vida no renovables)
Coseguro de centros de enfermería especializada	\$0 al día para los días 1 a 20 en cada periodo de beneficios (después de una estancia de un mínimo de 3 días en un hospital como paciente internado)	\$0 al día para los días 1 a 20 en cada periodo de beneficios (después de una estancia de un mínimo de 3 días en un hospital como paciente internado)
	\$209.50 al día para los días 21 a 100 en cada periodo de beneficios	\$217 al día para los días 21 a 100 en cada periodo de beneficios

Si usted tiene un Plan Medicare Advantage, su plan le proporciona la cobertura de la Parte A. Si usted tiene el mismo Plan Medicare Advantage en 2026 que tenía en 2025, su plan debe haberle enviado un Aviso Anual de Cambio (ANOC, por sus siglas en inglés) o un aviso de Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) que explique cualquier cambio para el próximo año. Revise este aviso para entender los costos, los servicios cubiertos y las reglas de su plan. Comuníquese con su plan si no recibió estos documentos en el otoño o si desea otra copia. Si elige un nuevo Plan Medicare Advantage, revise los costos relacionados con el plan para 2026.

2. ¿Han cambiado los costos de Medicare Parte B (seguro médico) en 2026?

Sí, los costos relacionados con la Parte B son diferentes este año. Recuerde que Medicare Parte B cubre los servicios médicos ambulatorios, por ejemplo, los servicios de un profesional de la salud con licencia, los servicios preventivos, la terapia ambulatoria y los servicios de asistencia médica a domicilio.

Costos de la Parte B de Medicare original: 2025 vs. 2026		
	2025	2026
Prima de la Parte B*	\$185 al mes	\$202.90 al mes
Deducible de la Parte B	\$257 al año	\$283 al año
Coseguro de la Parte B	20 % para la mayoría de los servicios	20 % para la mayoría de los servicios
* Si sus ingresos anuales son superiores a \$109,000 para una sola persona (\$218,000 para una pareja), usted pagará una prima de la Parte B más alta. Visite www.medicare.gov para ver los costos de la Parte B por ingreso anual.		

Costos del Plan Medicare Advantage: si usted tiene un Plan Medicare Advantage, su plan administra su cobertura de la Parte A y de la Parte B. Recuerde que la mayoría de las personas que tienen Medicare, ya sea Medicare original o un Plan Medicare Advantage, paga la prima mensual de la Parte B. Algunas personas con un Plan Medicare Advantage también pueden pagar una prima mensual adicional por ese plan. La cantidad que usted paga por los deducibles, los copagos y/o los coseguros del Plan Medicare Advantage varía según el plan.

Si usted tiene el mismo Plan Medicare Advantage en 2026 que tenía en 2025, su plan debería haberle enviado un Aviso Anual de Cambio (ANOC, por sus siglas en inglés) o un aviso de Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) que explique cualquier cambio para el próximo año. Revise este aviso para entender los costos, los servicios cubiertos y las reglas de su plan. Comuníquese con su plan si no recibió estos documentos en el otoño o si desea otra copia. Si eligió un Plan Medicare Advantage nuevo, debe recibir una EOC para el nuevo plan. Revise ese documento para entender los costos relacionados con el plan para 2026.

3. ¿Han cambiado los costos de Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados) en 2026?

Sí. Cada año, los planes de la Parte D hacen cambios a sus primas, deducibles y copagos. Durante el año, usted avanza por las etapas de cobertura. En cada etapa de cobertura, sus costos serán diferentes. También puede experimentar cambios en los costos de los medicamentos si toma un medicamento con precios negociados (consulte la pregunta 4). Recuerde que hay dos formas de obtener la cobertura de la Parte D: a través de un plan independiente de la Parte D o como parte de un Plan Medicare Advantage. Esta información sobre los costos de la Parte D aplica a ambos tipos de cobertura de la Parte D.

Si tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare, su plan debió haberle avisado sobre cualquier cambio en los costos de dicho plan en 2026. Los planes de la Parte D pueden cambiar los medicamentos que cubren, sus redes de farmacias y sus costos (por ejemplo, primas, copagos y deducibles) cada año. Su plan de la Parte D debe haberle enviado un ANOC o EOC para informarle sobre los beneficios, costos y medicamentos

cubiertos de su plan para 2026. Si tiene un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados, debe haber recibido una EOC que describa su cobertura de salud y de medicamentos recetados para 2026.

La siguiente tabla muestra una comparación entre los costos del año pasado y los de este año. Asegúrese de revisar los materiales de su plan para ver los cambios específicos de su plan.

Costos de Medicare Parte D: 2025 vs. 2026		
	2025	2026
Prima base de la Parte D	\$36.78	\$38.99
Deducible máximo para la Parte D	Hasta \$590 al año	Hasta \$615 al año
Límite de la cobertura contra catástrofes de la Parte D Usted paga \$0 por los medicamentos cubiertos después de que sus costos compartidos para los medicamentos cubiertos alcancen esta cantidad.	\$2,000	\$2,100

4. ¿Cuáles son los medicamentos con precios negociados este año?

La Ley de Reducción de la Inflación (IRA, por sus siglas en inglés) de 2022 le permitió a Medicare negociar precios para la mayoría de los medicamentos costosos que el programa cubre. El primer conjunto de precios negociados de medicamentos entrará en vigor en 2026 y se calcula que les ahorrará \$1,500 millones en costos del propio bolsillo a los beneficiarios de Medicare y le ahorrará \$6 mil millones al año al programa de Medicare. Los precios negociados tienen un descuento mínimo del 38 % de la lista de precios de 2023.

Los medicamentos seleccionados para la negociación deben ser medicamentos de marca que no tengan competencia y deben estar entre los que generan más gastos a Medicare. Estos son los diez medicamentos para 2026:

- Eliquis
- Jardiance
- Xarelto
- Januvia
- Farxiga
- Entresto
- Enbrel
- Imbruvica
- Stelara
- NovoLog

Estos medicamentos tratan enfermedades crónicas graves como cáncer, diabetes, coágulos sanguíneos, insuficiencia cardíaca, enfermedades autoinmunes y enfermedad renal crónica.

Todos los beneficiarios elegibles para Medicare tendrán acceso a estos precios y se añadirán nuevos medicamentos a la lista negociada cada año. El próximo conjunto de precios negociados, para 15 medicamentos adicionales, incluyendo medicamentos populares para la diabetes como Ozempic, entrarán en vigor en 2027.

Tome en cuenta que Medicare está negociando el precio total del medicamento, no la cantidad que los beneficiarios pagan como copago o coseguro. Es probable, pero no está garantizado, que los beneficiarios perciban ahorros; la cantidad dependerá de la estructura de su plan de la Parte D específico.

5. ¿Cómo será la cobertura de telesalud en 2026?

Antes de la emergencia de salud pública (PHE, por sus siglas en inglés) del COVID-19, la cobertura de telesalud de Medicare estaba muy limitada. Por ejemplo, antes de la PHE, los servicios de telesalud:

- Generalmente, solo estaban cubiertos en las áreas rurales y usted de todos modos tenía que ir a un "sitio de origen" específico (a menudo un consultorio médico o clínica diferente) para recibir telesalud.
- Generalmente, solo estaban cubiertos si se proporcionaban a través de tecnología interactiva de audio y video bidireccional
- Estaban limitados a ciertos proveedores, como médicos y personal de enfermería practicante

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.

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 proporcionará cualquier profesional de atención de salud elegible para facturar a Medicare.

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, es probable que los servicios de telesalud:

- Sigán 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

6. ¿Hay algún nuevo periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) en 2026?

Sí. Hay un nuevo SEP temporal para la información incorrecta del directorio de proveedores de MA de la herramienta de búsqueda de planes de Medicare. En otoño de 2025, la herramienta de búsqueda de planes de Medicare incorporó información al directorio de proveedores para ayudar a los beneficiarios a comparar Planes Medicare Advantage (MA). Este nuevo SEP temporal es para cualquier beneficiario que haya usado la

información del directorio de proveedores durante el primer año del directorio de proveedores de MA de la herramienta de búsqueda de planes de Medicare y, dentro de los tres meses siguientes a la fecha de entrada en vigor de dicha cobertura, se haya dado cuenta de que la información del directorio era incorrecta y su proveedor preferido no era parte de la red del plan.

Medicare otorgará un SEP a los beneficiarios que:

- Usaron el directorio de proveedores de la herramienta de búsqueda de planes de Medicare para seleccionar un Plan Medicare Advantage
- Se inscribieron en dicho plan a través de la herramienta de búsqueda de planes de Medicare
- Y, en un plazo de tres meses a partir de la fecha de entrada en vigor del plan, se dieron cuenta de que su proveedor preferido no es parte de la red del plan

Para usar este SEP, un beneficiario necesitará llamar a 1-800-MEDICARE (633-4227) para que un representante de Medicare pueda confirmar que la inscripción se realizó directamente a través de la herramienta de búsqueda de planes de Medicare y luego deberá pedir el cambio de inscripción. Los beneficiarios pueden elegir inscribirse en un Plan Medicare Advantage diferente o cambiarse a Medicare original con o sin un plan de la Parte D. El cambio solicitado entrará en vigor el primer día del siguiente mes, no de manera retroactiva.

Recuerde que este SEP es temporal y es únicamente para los beneficiarios con un Plan Medicare Advantage con fechas de entrada en vigor de entre el 1.º de enero de 2026 y el 1.º de diciembre de 2026.

7. ¿Cómo ha cambiado la elegibilidad de Medicare para las personas que no son ciudadanas?

Debido a la Gran y Hermosa Ley ("One Big Beautiful Bill Act" u OBBBA), hay nuevas restricciones de elegibilidad para los inmigrantes que se encuentran legalmente en el país. Antes de la OBBBA, las personas no ciudadanas con estatus de inmigración legal eran elegibles para Medicare si:

- Reunían los requisitos para recibir beneficios de jubilación del Seguro Social, Seguro de Discapacidad del Seguro Social o beneficios del Retiro Ferroviario
- O, eran residentes legales de 65 años o más y vivieron continuamente en Estados Unidos durante cinco años.

La OBBBA introdujo cambios a la elegibilidad de Medicare para algunos inmigrantes. La elegibilidad para los beneficios de jubilación del Seguro Social, el Seguro de Discapacidad del Seguro Social y los beneficios del Retiro Ferroviario ya no es suficiente para ser elegible para Medicare sin tomar en cuenta el estatus de inmigración.

No hay cambio para (es decir, estos grupos mantendrán su elegibilidad para Medicare):

- Residentes permanentes legales (titulares de tarjetas verdes o "green cards")
- Ciertos inmigrantes de Cuba y Haití
- Ciertos inmigrantes de los estados del Pacto de Libre Asociación (COFA, por sus siglas en inglés)

El resto de los inmigrantes con trimestres elegibles del Seguro Social, incluyendo refugiados, asilados, ciertas víctimas de abuso o de tráfico de personas, perderán la cobertura de Medicare. La Oficina Presupuestaria del Congreso calcula que esto incluye 100,000 individuos a nivel nacional.

Este cambio entra en vigor inmediatamente para las personas que aún no se inscriben. Las personas que ya están inscritas perderán su inscripción en un plazo de 18 meses (el 4 de enero de 2027). La Administración del Seguro Social debe identificar a los beneficiarios actuales cuya inscripción se cancelará.

8. ¿Tendrá Medicare original autorización previa en 2026?

En primer lugar, tenga presente que no habrá cambios en la cobertura ni la política de pago de Medicare este año. En su mayor parte, los servicios de Medicare original no estarán sujetos a una nueva autorización previa en 2026. Sin embargo, hay un programa de demostración de los CMS que probará la autorización previa solo para ciertos servicios y solo en ciertos estados.

El Modelo de Reducción de Servicios Innecesarios e Inapropiados ("Wasteful and Inappropriate Service Reduction" o WISeR) planea introducir una nueva autorización previa para algunos servicios de Medicare. Su objetivo es utilizar tecnologías como inteligencia artificial y aprendizaje automático, además de revisiones de médicos, para evaluar la necesidad médica de los servicios de Medicare identificados por la administración como proporcionados frecuentemente de manera inadecuada, peligrosos o ambos. El Modelo WISeR inicia el 1.º de enero de 2026 y tendrá una duración de seis años, hasta el 31 de diciembre de 2031. Este modelo funcionará en los siguientes estados: Nueva Jersey, Ohio, Oklahoma, Texas, Arizona y Washington. El modelo aplica únicamente a artículos y servicios selectos para el año inicial de implementación (sujeto a cambios):

- Servicios de estimulación
 - Estimuladores nerviosos eléctricos
 - Estimulación del nervio sacro para la incontinencia urinaria
 - Estimulación del nervio frénico
 - Estimulación cerebral profunda para el temblor esencial y la enfermedad de Parkinson
 - Estimulación del nervio vago
- Lesiones inducidas de los tractos nerviosos
- Inyecciones epidurales de esteroides para el control del dolor
- Aumento vertebral percutáneo (PVA, por sus siglas en inglés) para la fractura por compresión vertebral (VCF, por sus siglas en inglés)
- Fusión cervical
- Lavado y desbridamiento artroscópicos para rodillas osteoartrosis
- Estimulación del nervio hipogloso para la apnea obstructiva del sueño
- Dispositivos de control de la incontinencia
- Diagnóstico y tratamiento de la impotencia
- Descompresión lumbar percutánea guiada por imagen para la estenosis espinal lumbar
- Sustitutos de piel y tejido
 - Aplicación de sustitutos de piel creada mediante bioingeniería para las heridas crónicas que no cicatrizan en las extremidades bajas
 - Aplicación sobre heridas de productos celulares y/o basados en tejidos (CTP, por sus siglas en inglés), extremidades bajas

9. ¿Qué es el manual *Medicare y usted* (Medicare & You)? ¿Cómo puedo obtener uno?

Medicare y usted es un manual que Medicare publica cada año. El manual explica los servicios cubiertos por Medicare y los costos relacionados con Medicare original para el año que viene. Se le envía una copia de

Medicare y usted por correo postal a principios de otoño a cada beneficiario de Medicare sin importar si tiene Medicare original o un Plan Medicare Advantage. Si no recibió uno el año pasado, llame a 1-800-MEDICARE (633-4227) para pedir una copia. También puede descargar una versión general del manual en www.medicare.gov.

10. ¿Qué es una reposición de transición?

Una reposición de transición es generalmente un suministro único para 30 días de un medicamento que usted estaba tomando:

- Antes de cambiarse a un plan de la Parte D diferente (ya sea independiente o a través de un Plan Medicare Advantage)
- O antes de que su plan actual cambiara sus reglas de cobertura a principios del nuevo año natural.

Las reposiciones de transición le permiten obtener cobertura temporal para los medicamentos que no están incluidos en el recetario de su plan o que tienen ciertas restricciones de cobertura (por ejemplo, autorización previa o terapia en etapas).

Las reposiciones de transición no son para los medicamentos nuevos. Solo puede obtener reposiciones de transición para los medicamentos que ya estaba tomando antes de cambiar de planes o antes de que su plan actual cambiara sus reglas de cobertura.

Las siguientes situaciones describen cuándo puede usted obtener una reposición de transición si no vive en un asilo de ancianos (existen reglas diferentes para las reposiciones de transición para las personas que viven en asilos):

1. Su plan actual está cambiando la forma en que cubre un medicamento cubierto por Medicare que usted estaba tomando.

- Si su plan va a eliminar su medicamento del recetario o va a agregar restricciones de cobertura para el siguiente año natural por motivos no relacionados con la seguridad, el plan debe tomar una de las siguientes acciones:
 - Debe ayudarle a cambiar a un medicamento similar que esté incluido en el recetario de su plan antes del 1.º de enero.
 - O debe ayudarle a presentar una solicitud de excepción antes del 1.º de enero.
 - O debe darle una reposición de transición de 30 días dentro de los primeros 90 días del nuevo año natural, junto con un aviso sobre la nueva política de cobertura.

2. Su nuevo plan no cubre un medicamento cubierto por Medicare que usted ha estado tomando.

- Si un medicamento que usted ha estado tomando no está en el recetario de su nuevo plan, este plan debe darle una reposición de transición de 30 días dentro de los primeros 90 días a partir de la fecha en que se inscribió. También debe entregarle un aviso que explique que su reposición de transición es temporal y que le informe sobre sus [derechos de apelación](#).
- Si un medicamento que ha estado tomando está incluido en el recetario de su nuevo plan, pero tiene una restricción de cobertura, este plan debe darle una reposición de transición de 30 días sin restricciones dentro de los primeros 90 días a partir de la fecha en que se inscribió. También debe entregarle un aviso que explique que su reposición de transición es temporal y que le informe sobre sus derechos de apelación.

- En ambos casos, si un medicamento que ha estado tomando no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos de su nuevo plan, asegúrese de averiguar si su plan cubre un medicamento similar (pregunte a su médico sobre las posibles alternativas) y, de no ser así, presente una solicitud de excepción. (Si se deniega su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación).

Nota: Si presenta una solicitud de excepción y su plan no la procesa a más tardar al final del periodo de 90 días de su reposición de transición, su plan debe proporcionarle reposiciones temporales hasta que se complete la excepción.

Recuerde: Todos los planes independientes de la Parte D y los Planes Medicare Advantage que ofrecen cobertura de medicamentos deben proporcionar reposiciones de transición en los casos anteriores. Cuando usted usa su reposición de transición, su plan debe enviarle un aviso por escrito en un plazo de tres días hábiles. El aviso le informará que el suministro es temporal y que usted debe cambiarse a un medicamento cubierto o presentar una solicitud de excepción con el plan.

11. ¿Qué es el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage?

Durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés), usted puede cambiar su Plan Medicare Advantage (excluidas las Cuentas de ahorro para la salud, los planes de costos y los Programas de cuidado todo incluido para ancianos [PACE]) a otro Plan Medicare Advantage o a Medicare original, con o sin un plan independiente de medicamentos recetados. El MA OEP ocurre cada año entre el 1.º de enero y el 31 de marzo. Recuerde que solo puede usar este periodo de inscripción si tiene un Plan Medicare Advantage. Los cambios realizados durante este periodo entran en vigor el primer día del siguiente mes. Por ejemplo, si se cambia a un Plan Medicare Advantage nuevo en febrero, su cobertura nueva inicia el 1.º de marzo. A diferencia de la inscripción abierta de otoño, usted solo puede hacer un cambio único durante el MA OEP.

12. ¿Tendré otras oportunidades de cambiar mi cobertura en 2026?

Muchas personas tienen que esperar hasta la inscripción abierta de otoño para cambiar su cobertura si no están satisfechas con dicha cobertura. Sin embargo, usted puede tener la oportunidad de cambiar su cobertura antes en 2026, dependiendo de sus circunstancias.

Si tiene Medicaid, un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) o Ayuda Adicional: si tiene Medicaid, un MSP o Ayuda Adicional, tiene un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse en un plan independiente de la Parte D o para cambiar entre planes independientes de la Parte D. Este SEP está disponible una vez al mes y no puede usarse para inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Si su Plan Medicare Advantage o de la Parte D terminó al final del año: Si su plan terminó, debe haberle enviado una carta a principios de octubre que explicaba que ya no estaría disponible el próximo año. Como su plan va a terminar, usted tiene un SEP del 8 de diciembre de 2025 al 28 de febrero de 2026 para cambiar su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare.

- Los cambios que haga entre el 8 de diciembre y el 31 de diciembre entrarán en vigor el 1.º de enero.
- Los cambios que haga en enero entrarán en vigor el 1.º de febrero. Como su plan terminó el 31 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en Medicare original el 1.º de enero para que siga teniendo cobertura hasta que tome una decisión formal.

- Los cambios que haga en febrero entrarán en vigor el 1.º de marzo. Como su plan terminó el 31 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en Medicare original el 1.º de enero para que siga teniendo cobertura hasta que haya tomado una decisión formal.

De ser posible, haga cambios a su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare a más tardar el 31 de diciembre para asegurarse de que su cobertura se adapte a sus necesidades cuando el año inicie.

Si se inscribió en un plan por equivocación o debido a información errónea: si se inscribió en un Plan Medicare Advantage o en un plan de la Parte D por error o después de haber recibido información errónea, puede cancelar su inscripción y cambiar de planes. Generalmente, usted tiene derecho a cambiar de planes si:

- Se inscribió de forma accidental: puede haberse inscrito creyendo que se estaba registrando en un plan Medigap para complementar Medicare original o tenía la intención de inscribirse en un plan independiente de la Parte D, pero se inscribió sin querer en un Plan Medicare Advantage.
- Se inscribió con base en información incorrecta o errónea: es posible que lo(a) hayan engañado, por ejemplo, si un representante del plan le dijo que sus médicos son parte de la red del plan, pero en realidad no lo son, o si le prometieron beneficios que el plan no cubre realmente.
- Por un motivo ajeno a usted, se quedó o lo mantuvieron en un plan que usted no quería: usted puede hacer un cambio si trató de cambiar de planes durante un periodo de inscripción, pero lo mantuvieron en su plan anterior, o si lo inscribieron en un plan debido a un error administrativo o computacional.

Los pasos que debe tomar para cancelar su inscripción dependen de si ya utilizó los servicios y si el plan pagó por dichos servicios.

- Si usted utilizó cualquier servicio después de inscribirse en el plan (por ejemplo, vio a un médico o surtió una receta) y recibió una denegación de cobertura, debe solicitar una cancelación retroactiva de la inscripción, es decir, una cancelación de la inscripción a partir de la fecha en que se inscribió en el plan. Dependiendo de su situación, podría seleccionar Medicare original (con o sin un plan de la Parte D) o un Plan Medicare Advantage diferente. Si se le concede una cancelación retroactiva de la inscripción, asegúrese de pedirles a sus proveedores que vuelvan a presentar sus reclamos con su nuevo plan.
- Si usted no ha usado ningún servicio desde que se inscribió en el plan, puede solicitar un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para cancelar su inscripción al plan. Esta opción puede procesarse más rápidamente que una cancelación retroactiva de la inscripción. Si se concede su solicitud, se cancelará su inscripción al plan a finales del mes en el cual usted hizo la solicitud. Para prevenir interrupciones en la cobertura, regístrese en una nueva cobertura inmediatamente después de cancelar la inscripción al plan que usted no quería.

Para solicitar una cancelación retroactiva o un SEP, llame a 1-800-MEDICARE (633-4227) y explíquelo al representante de Atención al Cliente exactamente cómo se inscribió en el plan por equivocación.

Si reúne los requisitos para otro periodo especial de inscripción (SEP): Existen diferentes circunstancias en las cuales usted puede hacer cambios a su cobertura de salud/medicamentos de Medicare. Por ejemplo, usted tiene un SEP si se muda fuera del área de servicio de su plan, si su Plan Medicare Advantage eliminó una cantidad significativa de proveedores de su red o si usted se inscribió en algunos Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés).

Si necesita hacer cambios a su cobertura, pero no sabe si reúne los requisitos para un SEP, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener más información. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

13. ¿Recibiré una nueva tarjeta de Medicare en 2026?

No, usted no recibirá una tarjeta nueva de Medicare. A partir de abril de 2018, los CMS enviaron nuevas tarjetas de Medicare a todos los beneficiarios. A finales de enero de 2019, todos los beneficiarios habían recibido sus tarjetas nuevas de Medicare, las cuales estaban diseñadas para brindar una mejor protección en contra del robo de identidad al eliminar el número del Seguro Social. Aunque se ha completado la implementación de estas tarjetas actualizadas, las estafas relacionadas con las tarjetas nuevas continúan.

Por ejemplo, los estafadores pueden decirle falsamente que Medicare está emitiendo una tarjeta nueva o actualizada, tal vez una tarjeta de plástico, de metal o con un chip. Los estafadores pueden decirle que para poder enviarle su nueva tarjeta de Medicare, usted necesitará verificar su identidad. Lo que están tratando de hacer es obtener su información personal o financiera.

Estas son algunas señales de advertencia que debe tomar en cuenta:

- Llamadas no solicitadas de alguien que dice provenir de Medicare
- Cualquier persona que diga que necesita su información para enviarle una tarjeta actualizada de Medicare
- Cualquier persona que diga que su tarjeta va a vencer y que le cobrarán una multa si no obtiene una nueva
- Cualquier persona que diga que Medicare está emitiendo tarjetas nuevas y que usted necesita verificar su número de Medicare

Si cree que ha experimentado un posible fraude, 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.

14. ¿A quién debo contactar si tengo preguntas sobre mi cobertura de Medicare para 2026?

1-800-MEDICARE (800-633-4227): llame a 1-800-MEDICARE (633-4227) para pedir otra copia de su manual *Medicare y usted* o para obtener más información sobre su cobertura de 2026.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SHIP si tiene preguntas acerca de los cambios en los costos y la cobertura de su Medicare en 2026, para que le ayuden a entender los SEP o para obtener información sobre los programas que pueden ayudarle con los costos de Medicare. Los integrantes del equipo del SHIP brindan asesoría y asistencia imparcial sobre Medicare. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento.

Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SMP si cree que ha experimentado un posible fraude, error o abuso. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

Plan Medicare Advantage o plan de la Parte D: si usted tiene un Plan Medicare Advantage o plan de la Parte D, comuníquese con su plan para preguntar sobre los cambios en sus costos o cobertura para 2026.

Estudio de caso práctico de SHIP

Leonardo tiene Medicare original y un plan independiente de la Parte D. En enero de 2026, le diagnosticaron una condición que requiere que tome un nuevo medicamento recetado. Leonardo llama a su plan de la Parte D y le dicen que el medicamento no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan.

¿Qué debe hacer Leonardo?

- Leonardo puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda.
 - Si no sabe cómo comunicarse con su SHIP, puede llamar al 877-839-2675 o visitar <http://www.shiphelp.org>.
- El integrante del equipo del SHIP puede hablar con Leonardo sobre las excepciones a la lista de medicamentos cubiertos.
 - El integrante del equipo del SHIP puede ayudar a Leonardo a solicitar una excepción a la lista de medicamentos cubiertos y puede explicarle cómo pedirle a su médico que escriba una carta que respalde que, en su caso, el medicamento es necesario por razones médicas.
- El integrante del equipo del SHIP también puede informarle a Leonardo sobre las oportunidades que tiene para cambiar de cobertura el año que viene.
 - Si Leonardo tiene Medicaid, un MSP o Ayuda Adicional, puede ser elegible para un SEP para cambiar de planes de medicamentos una vez al mes.
 - También puede reunir los requisitos para un periodo especial de inscripción si, por ejemplo, se inscribe en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) o se muda fuera del área de servicio de su plan actual. El integrante del equipo del SHIP puede hablar con Leonardo sobre todos los posibles periodos especiales de inscripción para averiguar si reúne los requisitos.
 - Si hay planes de 5 estrellas donde Leo vive, el integrante del equipo del SHIP puede ayudarlo a determinar si los planes de 5 estrellas cubrirían sus medicamentos y necesidades.

Estudio de caso práctico de la SMP

Rogelio tiene 71 años de edad y tiene Medicare original. Recibió una llamada de Medicare que decía que pronto le enviarían una nueva tarjeta blanca y negra de Medicare. Sin embargo, para poder recibir esta nueva tarjeta, la persona que llamó le dijo que necesitaba proporcionar su número de Medicare y su número del Seguro Social. Rogelio se sintió incómodo, así que le dijo que le devolvería la llamada más tarde para compartir esta información. Después de colgar, Rogelio recordó que recibió una tarjeta nueva hace algunos años, así que no sabe si Medicare está emitiendo tarjetas otra vez. No puede dejar de sentir que algo está mal con la petición de la persona que llamó sin avisar.

¿Qué debe hacer Rogelio?

- Rogelio debe llamar a su SMP local.
 - Si no sabe cómo comunicarse con su SMP local, puede visitar www.smpresource.org o llamar al 877-808-2468.
- El integrante del equipo de la SMP puede decirle a Rogelio que los beneficiarios de Medicare no están recibiendo tarjetas nuevas y que es probable que la llamada sea una estafa. Medicare no le llamará sin

avisar ni le pedirá su información personal por teléfono. Si se emitiera una nueva tarjeta de Medicare, le avisarían por correo postal. Rogelio no debe devolverle la llamada a esa persona.

- El integrante del equipo de la SMP recomendará que, en el futuro, Rogelio cuelgue inmediatamente cuando reciba llamadas de personas que digan que hablan de parte de Medicare, a menos que haya solicitado recientemente a la línea de Atención al Cliente de Medicare que le devuelvan la llamada.
- El integrante del equipo de la SMP recopilará todos los detalles y alertará a las autoridades correspondientes si hay suficiente información disponible. También debe alentar a Rogelio a que siga protegiendo su información personal de las personas que llaman, como lo hizo hoy.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
<p>Línea gratuita de SHIP: 800-247-4422 Correo electrónico del SHIP: idahoshiba@doi.idaho.gov 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 Correo electrónico de la SMP: idahoshiba@doi.idaho.gov 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 © 2025 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>	