

Cobertura de Medicare de los servicios de tratamiento contra el cáncer

es.Medicare.gov



Medicare

Tabla de contenido

Lo que cubre Medicare	1
Medicare Parte A (seguro de hospital)	1
la Parte B de Medicare (seguro médico)	2
Lo que paga por los servicios	3
Cobertura Medicare que no es Medicare Original	3
Cambio de cobertura Medicare	4
Apelación a decisiones de cobertura y de pago	6
Para más información	6
Definiciones	7
Comunicaciones Accesibles de CMS	10
Aviso sobre la discriminación	11

Este folleto explica la cobertura de Medicare de suministros, servicios y medicamentos recetados para el tratamiento del cáncer médicamente necesarios. Para más información, visite [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1- 877-486-2048.



Sección 1:

Lo que cubre Medicare

Medicare Parte A (seguro de hospital)

La Parte A cubre:

- Estadias en el hospital como paciente internado, que incluyen tratamientos contra el cáncer que reciba mientras esté hospitalizado. Podría estar en un hospital y aun así ser considerado paciente ambulatorio (también llamado estado de observación). Si no está seguro si es un paciente internado, consulte al personal del hospital.
- Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (después de una estadía de hospital relacionada de 3 días)
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar (como servicios de rehabilitación para fisioterapia, servicios para patología del habla, terapia ocupacional o cuidados en un centro de enfermería especializada).
- Sangre.
- Algunos costos de los estudios de investigación clínica mientras está internado en el hospital.

Nota: La definición de las palabras en [azul](#) se encuentran en las páginas 7-8

- Prótesis mamarias implantadas quirúrgicamente después de una mastectomía, si la cirugía se realiza en un entorno de internación.
- Cuidado de hospicio.

La Parte B de Medicare (seguro médico)

La Parte B cubre servicios y tratamientos médicamente necesarios relacionados con el cáncer brindado como paciente ambulatorio, pero para algunos servicios, debe cumplir con ciertas condiciones. Podría estar en un hospital y aun así ser considerado paciente ambulatorio (estado de observación). La Parte B también cubre algunos servicios preventivos para personas con riesgo de cáncer.

La Parte B cubre:

- Visitas médicas.
- Muchos medicamentos de quimioterapia que se administran por vía intravenosa en una clínica (de forma ambulatoria) o en el consultorio del médico.
- Algunos tratamientos de quimioterapia de administración oral.
- Tratamientos de radiación administrados en una clínica de forma ambulatoria.
- Pruebas de diagnóstico (como radiografías y tomografías computarizadas).
- **Equipo Médico Duradero (DME en inglés)** (como sillas de ruedas y andadores).
- Servicios dentales específicos que recibiría en el consultorio de un dentista u otro entorno ambulatorio si están directamente relacionados con el éxito de los tratamientos contra el cáncer cubiertos (como el cuidado dental que podría necesitar antes de la quimioterapia).
- Equipo de nutrición enteral (bomba de alimentación) como un DME recetado por su médico para el uso en su hogar y determinados nutrientes, en caso de que no pueda absorber nutrición a través de su tracto intestinal o de que no pueda ingerir alimentos por boca.
- Cirugías ambulatorias.
- Prótesis para senos (prótesis de seno externas, incluyendo un sostén quirúrgico) después de una mastectomía. La Parte B cubre prótesis mamarias implantadas quirúrgicamente, después de una mastectomía, si la cirugía tiene lugar en un entorno de paciente ambulatorio.
- En algunos casos, una segunda opinión para una cirugía que no sea de emergencia, y una tercera opinión, si la primera y la segunda opinión son diferentes.
- Servicios de salud mental, incluidos servicios que en general recibe fuera del hospital (como en una clínica, consultorio médico o consultorio del terapeuta) y servicios que recibe en un departamento de pacientes ambulatorios del hospital.
- Asesoramiento nutricional si tiene diabetes o enfermedad renal.
- Ciertos servicios preventivos y de detección.
- Algunos costos de los estudios de investigación clínica mientras sea paciente ambulatorio.

Lo que paga por los servicios

Copagos, **coseguro** o **deducibles** podrían aplicarse para cada servicio. Sus costos pueden depender de varios factores, como si su médico u otro proveedor de la salud acepta **la asignación**, el tipo de centro, otro seguro que pueda tener y el lugar donde recibe su prueba, artículo o servicio. Hable con su médico u otro proveedor de la salud para saber cómo cobran por una prueba, artículo o servicios específicos y cuánto costará.

Medicare podría tener montos máximos de pago sobre determinados tipos de servicios y podría no ofrecer cobertura para algunos servicios. Su médico u otro proveedor médico podrían recomendar que reciba servicios con más frecuencia de lo que cubre Medicare. O bien, podrían recomendar servicios que Medicare no cubre. Si esto sucediera, es posible que deba pagar alguno o todos los costos. Es importante que haga preguntas para comprender por qué su médico está recomendando determinados servicios, y para saber si Medicare los cubrirá en su totalidad o en parte.

Visite [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información sobre los costos. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Medicare no cubre:

- Alojamiento y comida en centros de asistencia para la vida diaria.
- Cuidado diurno para adultos.
- Cuidado en asilos para ancianos a largo plazo.
- Alimentos médicos o suplementos nutricionales (excepto equipos de nutrición enteral).
- Servicios que le ayudan con las actividades de la vida diaria (como bañarse y comer) que no requieren atención especializada.

Cobertura Medicare que no es Medicare Original

Planes Medicare Advantage (también conocidos como Parte C)

Medicare Advantage es un plan aprobado por Medicare de una empresa privada que ofrece una alternativa al Medicare Original para su cobertura de salud y medicamentos. Estos planes “combinados” incluyen la Parte A, la Parte B y generalmente la Parte D. Si está en un **plan Medicare Advantage** u otro tipo de plan de salud de Medicare, su plan debe brindarle al menos la misma cobertura que **Medicare Original**, pero las normas y costos podrían ser diferentes. Debido a que estos servicios pueden costar más si el proveedor no participa en su plan de salud, pregunte si su proveedor acepta su plan cuando programe su cita. Lea los materiales de su plan o llame a su plan para obtener más información sobre sus beneficios.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) de medicamentos y suministros relacionados con el cáncer

Medicare ofrece cobertura de medicamentos recetados a todas las personas con Medicare, pero esa cobertura no es automática. Para recibir **cobertura de medicamentos**, debe inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare (o inscribirse en un **plan Medicare Advantage** con cobertura de medicamentos).

La Parte D cubre la mayor parte de los medicamentos recetados y algunos medicamentos y tratamientos de quimioterapia. Si tiene Medicare Original **con un plan de medicamentos** y la Parte B no cubre un medicamento contra el cáncer, es posible que su plan de medicamentos lo cubra. Es importante consultar con su plan para asegurarse de que sus medicamentos estén en el formulario del plan (lista de medicamentos cubiertos) y verificar el nivel de cada medicamento en el formulario. Esto afecta sus gastos de bolsillo. Lea los materiales de su plan o llame a su plan para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos. Visite **es.Medicare.gov/plan-compare** para comparar planes con la cobertura de medicamentos de Medicare.

La Parte D puede cubrir estos medicamentos contra el cáncer:

- Medicamentos recetados para quimioterapia solo si se toman por vía oral.
- Medicamentos contra las náuseas.
- Otros medicamentos recetados utilizados en el curso de su tratamiento contra el cáncer, como medicamentos para el dolor.

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare)

Si tiene otro seguro que complementa a **Medicare Original**, como una póliza Medigap o un plan de salud grupal, puede pagar algunos de los costos de los servicios y suministros descritos en este folleto. Las compañías privadas venden pólizas Medigap, que ayudan a pagar ciertos costos de su bolsillo, como **deducibles, coseguro** y copagos. Para obtener más información sobre Medigap, visite **es.Medicare.gov/health-drug-plans/medigap** o comuníquese con su compañía de seguros.

Cambio de cobertura Medicare

Después de recibir un diagnóstico de cáncer, de hablar con sus proveedores de atención médica y revisar su cobertura actual de Medicare, es posible que desee considerar otras opciones de cobertura médica según sus necesidades. Sin embargo, es importante recordar que existen ciertas limitaciones con respecto a los cambios que puede hacer y cuándo puede hacerlos. Cada año, tiene la posibilidad de modificar su cobertura de salud y de medicamentos recetados, para el año siguiente. Le conviene comparar los planes disponibles en su área cada año para asegurarse de tener el plan que mejor se adapte a sus necesidades. Visite **es.Medicare.gov/plan-compare** para comparar planes. Puede hacer cambios a su cobertura de salud y medicamentos de Medicare durante estos períodos de inscripción:

Período de Inscripción Abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, con cobertura a partir del 1 de enero)

- **¿Qué puedo hacer?**

- Cambiar de Medicare Original a **Medicare Advantage**
- Cambiar de Medicare Advantage al **Medicare Original**.
- Cambiar de un plan Medicare Advantage a otro plan Medicare Advantage.
- Cambiar de un plan Medicare Advantage que no ofrece cobertura de medicamentos a un plan Medicare Advantage que ofrece cobertura de medicamentos.
- Cambiar de un plan Medicare Advantage que ofrece cobertura de medicamentos a un plan Medicare Advantage que no ofrece cobertura de medicamentos.
- Inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.
- Cambiar de un plan de medicamentos de Medicare a otro plan de medicamentos de Medicare.
- Abandonar completamente su cobertura de medicamentos de Medicare.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, con cobertura que comienza el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en el plan)

- **¿Qué puedo hacer?**

- Cambiar de un plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos), a otro plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
- Cancele su plan Medicare Advantage y regrese al Medicare Original. Si hace esto, también podrá inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.

- **¿Qué no puedo hacer?**

- Cambiar de Medicare Original a Medicare Advantage.
- Inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare (si está en Medicare Original).
- Cambiar de un plan de medicamentos de Medicare a otro (si está en Medicare Original).

Nota: Si se inscribió en un plan Medicare Advantage durante su Período de Inscripción Inicial, puede cambiar a otro plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) o regresar al Medicare Original (con o sin plan de medicamentos) dentro de los primeros 3 meses que tenga Medicare.

Para más información sobre cómo inscribirse o cambiar de plan, visite es.Medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/get-more-coverage/joining-a-plan.

Apelación a decisiones de cobertura y de pago

Usted puede apelar si está en desacuerdo con una decisión de cobertura o de pago tomada por Medicare, su plan de salud de Medicare o su plan Medicare de medicamentos. Tiene derecho a apelar, si Medicare, su plan Medicare Advantage o su Plan Medicare de Medicamentos rechaza alguna de las siguientes solicitudes:

- Una solicitud para un servicio de cuidado médico, suministro, artículo o medicamento recetado que cree que debería recibir.
- Una solicitud para el pago de un servicio de cuidado médico, suministro, artículo o medicamento recetado que ya recibió.
- Una solicitud para cambiar el monto que debe pagar por un servicio de cuidado de salud, suministro, artículo o medicamento recetado
- Cobertura o pago de todo o parte de un servicio médico, suministro, artículo o medicamento recetado que considera que aún necesita

Los planes de salud y de medicamentos Medicare también tendrán un proceso de transición si es nuevo en el plan y si está tomando un medicamento que no está incluido en el formulario del plan. El plan debe permitir que obtenga un suministro temporario de 30 días de la receta (un suministro para 91 días, si es residente en un centro de cuidado a largo plazo). Esto le da tiempo para trabajar con su médico encargado de recetar para encontrar otro medicamento que esté dentro del formulario del plan. Si no hay disponible un medicamento alternativo aceptable, usted o su médico puede solicitar una **excepción** del plan y puede apelar las solicitudes rechazadas. Visite [es.Medicare.gov/appeals](https://www.es.Medicare.gov/appeals) para más información sobre cómo presentar una apelación.

Para más información

- Visite [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov) para:
 - Obtenga más información sobre lo que cubre Medicare.
 - Encuentre y compare médicos, hospitales y otros proveedores.
 - Encuentre proveedores de **equipo médico duradero (DME)** y suministros médicos.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Consulte publicaciones sobre temas específicos en [es.Medicare.gov/publications](https://www.es.Medicare.gov/publications)
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros médicos. Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

Este folleto explica la cobertura de Medicare de suministros, servicios y medicamentos recetados para el tratamiento del cáncer médicamente necesarios en Medicare Original. (Parte A y Parte B), **planes Medicare Advantage (Parte C)** y **cobertura Medicare de medicamentos (Parte D)**. Para más información, visite [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE.



Section 2:

Definiciones

Asignación: Un acuerdo por el cual su médico acepta que Medicare le pague directamente por los servicios que usted recibió, acepta la cantidad que aprueba Medicare por el servicio y está de acuerdo en no cobrarle a usted más que el deducible y coseguro de Medicare.

Coseguro: La cantidad que usted tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo el 20%).

Copago: La cantidad que tendrá que pagar como su parte de los costos de los servicios médicos o suministros, como ser una visita médica o una receta. El copago normalmente es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o por un medicamento.

Deducible: La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos antes de que el Medicare Original, su plan de medicamentos u otro seguro comience a pagar.

Equipo médico duradero (DME en inglés): Cierta equipo médico, como un andador, silla de ruedas o camas de hospital, que son ordenado por su médico para uso en el hogar.

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura de medicamentos recetados. Un formulario de excepción es la decisión de un plan de medicamentos para cubrir un medicamento que no está en su lista de medicamentos o no aplicar una norma de cobertura. Una excepción de categoría es la decisión de un plan de medicamentos de cobrar una cantidad menor por un medicamento que está en la categoría de medicamentos no preferidos. Usted o su médico debe solicitar una excepción y su médico u otro proveedor debe proporcionar una declaración de justificación explicando los motivos médicos para la excepción.

Hospicio: Una forma especial de cuidar a personas con enfermedades terminales. El cuidado de hospicio posee un enfoque de equipo que trata las necesidades médicas, físicas, sociales, emocionales y espirituales del paciente. Las residencias para enfermos terminales también brindan apoyo a los familiares y cuidadores del paciente.

Plan Medicare Advantage (Parte C): Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare. Los planes Medicare Advantage brindan todos los beneficios de la Parte A y Parte B, con algunas exclusiones, por ejemplo, ciertos aspectos de pruebas clínicas que están cubiertas por Medicare Original aunque todavía esté en el plan. Los planes Medicare Advantage incluyen:

- Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud
- Organizaciones de Proveedores Preferidos
- Planes Privados de Pago-por-Servicio
- Planes para Necesidades Especiales
- Planes de Cuentas de Ahorro Médico de Medicare

Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage:

- La mayoría de los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan
- La mayoría de los servicios de Medicare no son pagados por el Medicare Original
- La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos recetados

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D): La Parte D agrega cobertura de medicamentos recetados a:

- Medicare Original
- Algunos Plan de Costo de Medicare
- Algunos Planes Privados de Pago por Servicio de Medicare
- Planes de Cuentas de Ahorro Médico de Medicare

Estos planes son ofrecidos por compañías de seguros y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Los planes Medicare Advantage también pueden ofrecer cobertura de medicamentos recetados que sigue las mismas reglas que los planes de medicamentos de Medicare.

Medicare Original: Medicare Original es una cobertura de salud de pago por servicio que consta de dos partes: Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). Después de pagar un deducible, Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

Niveles: Grupos de medicamentos que tienen un costo diferente para cada grupo. Generalmente, un medicamento en un nivel inferior le costará menos que un medicamento en un nivel superior.

Comunicaciones Accesibles de CMS

Medicare brinda ayuda y servicios auxiliares gratuitos, como publicaciones, documentos y comunicaciones, en braille, letra grande, CD de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible de CMS, no estará en desventaja por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para tomar cualquier medida si hay un retraso en el cumplimiento de su pedido.

Para solicitar información sobre Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede:

1. Llamar:

Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

Para el Mercado: 1-800-318-2596

TTY: 1-855-889-4325

2. Envíenos un correo electrónico: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Envíenos un fax: 1-844-530-3676

4. Enviar una carta a:

Centros de Servicios & Medicaid de Medicare

Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

ATTN: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si la conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle información adicional.

Nota: Si está inscrito en Medicare Advantage o en un plan de medicamentos de Medicare, puede comunicarse con su plan para solicitar sus documentos en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con su oficina estatal de asistencia médica de Medicaid.

Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, no niegan beneficios ni discriminan de manera alguna a ninguna persona por su raza, color, origen, incapacidad, sexo (incluyendo orientación sexual o identidad de género) o edad para la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, sean estos realizados por los CMS directamente o a través de un contratista de cualquier otra entidad con el que los CMS coordinen la realización de sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las maneras incluidas en este aviso si tiene alguna duda sobre cómo obtener información en un formato que pueda utilizar.

También puede presentar una queja si cree que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos de Medicare, oficina estatal o local de Medicaid o Planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

1. **En línea:**

[HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)

2. **Por teléfono:**

Llame 1-800-368-1019.

Usuarios TTY pueden llamar 1-800-537-7697.

3. **Por escrito:** Envíe información sobre su queja a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Blvd.

Baltimore, MD 21244-1850

Asunto Oficial

Penalidad por uso privado, \$300

¿Necesita una copia de este folleto en inglés?

Para obtener una copia gratuita de esta publicación en español, visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Esta publicación está disponible en inglés. Para obtener una copia gratuita, visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.



Medicare

La información contenida en este folleto describe el programa de Medicare al momento de su impresión. Pueden surgir cambios después de la impresión. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para la información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

La Cobertura Medicare de Servicios de Tratamiento contra el Cáncer no es un documento legal. Las pautas legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.