

# Cobertura Medicare de Servicios de Tratamiento Contra el Cáncer



CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

**S**i usted o un ser querido han sido diagnosticados con cáncer, es posible que le preocupe qué suministros, servicios y medicamentos recetados de oncología (tratamiento contra el cáncer) cubrirá Medicare.

Este cuadernillo explica la cobertura Medicare de suministros, servicios y medicamentos recetados de tratamientos médicamente necesarios contra el cáncer en [Medicare Original](#) (Parte A y Parte B), [Planes Medicare Advantage](#) (Parte C) y [Planes Medicare de Medicamentos](#) (Parte D). Para más información, visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## Comunicaciones accesibles de CMS

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) brindan ayuda y servicios auxiliares gratuitos, incluyendo información en formatos accesibles como Braille, letra grande, archivos de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible de CMS, no se verá perjudicado 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 solicitud.

Para solicitar información de Medicare o del Mercado en un formato accesible, puede:

**1. Llamarnos:**

Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY: 1-877-486-2048

**2. Enviar un fax:** 1-844-530-3676

**3. Enviar una carta a:**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI)  
7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25  
Baltimore, MD 21244-1850

Atención: Personal de Recursos de Accesibilidad al Cliente

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si se conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Podríamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

**Nota:** Si está inscrito en un plan Medicare Advantage o un plan Medicare de medicamentos, comuníquese con su plan para solicitar su información en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con su oficina estatal o local de Medicaid.

# Lo que cubre Medicare

## Medicare Parte A (Seguro de Hospital)

### La Parte A cubre:

- Estadías hospitalarias 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 hospitalario.
- Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (después de una estadía hospitalaria 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).
- Cuidado de [hospicio](#).
- Sangre.
- Algunos costos de estudios de investigación clínica mientras esté internado en el hospital.
- Prótesis mamarias implantadas quirúrgicamente, después de una mastectomía, si la cirugía tiene lugar en un entorno de internación.

## Medicare Parte B (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.
- Numerosos medicamentos de quimioterapia que se administran por vía intravenosa en una clínica (de forma ambulatoria) o en el consultorio del médico.

## Medicare Parte B (Seguro Médico)(continuación)

### La Parte B cubre: (continuación)

- Algunos tratamientos de quimioterapia de administración oral.
- Tratamientos de radiación en una clínica de forma ambulatoria.
- Pruebas diagnósticas (como radiografías y tomografías computadas).
- **Equipo médico duradero (DME, en inglés)** (como sillas de ruedas o andadores).
- Cirugías como paciente ambulatorio.
- 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.
- Orientación nutricional, si tiene diabetes o enfermedad renal.
- Determinados servicios preventivos y pruebas de detección.
- 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.
- Algunos costos de estudios de investigación clínica mientras sea paciente ambulatorio.
- 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.

### Lo que usted paga por los servicios

Para cada servicio podrían aplicarse **copagos**, **coseguro** o **deducibles**. Hable con su médico u otro proveedor de la salud para saber cómo cobran por una prueba, artículo o servicios específicos y cuánto costará. El monto específico que deberá pagar podría depender de varios factores, como si su médico u otro proveedor aceptan la **asignación**, el tipo de centro, otro seguro que pudiera tener y los lugares donde recibe su examen, artículo o servicio.

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.

## Lo que usted paga por los servicios (continuación)

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

### **Medicare no cubre:**

- Habitación y hospedaje en centros de asistencia para la vida diaria.
- Cuidados para adultos.
- Cuidado en asilos para ancianos a largo plazo.
- Alimentos médicos o suplementos nutricionales (excepto equipo de nutrición enteral).
- Servicios que lo ayudan con actividades de la vida diaria (como bañarse o comer) que no requieren cuidados especializados.

## **Cobertura Medicare que no es Medicare Original**

### **Planes Medicare Advantage (Parte C)**

**Medicare Advantage** es una alternativa al Medicare Original para su cobertura de salud y medicamentos. Estos planes “combinados” incluyen la Parte A, Parte B y, por lo general, 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 el plan **Medicare Original**, pero las normas y los costos podrían ser diferentes. Debido a que estos servicios podrían costar más si el proveedor no participa en su plan de salud, consulte si su proveedor acepta su plan cuando programe la cita. Lea los materiales de su plan o llame a su plan a fin de obtener más información sobre sus beneficios.

### **Cobertura de medicamentos de Medicare para medicamentos y suministros relacionados con el cáncer.**

Medicare ofrece cobertura de medicamentos para todas las personas con Medicare, pero esta cobertura no es automática. Para recibir cobertura de medicamentos, debe estar inscrito en un Plan Medicare de Medicamentos (o pertenecer a un Plan Medicare Advantage con cobertura de la Parte D).

La Parte D cubre la mayor parte de los medicamentos y algunos tratamientos y medicamentos de quimioterapia. Si tiene Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare y la Parte B no cubre un medicamento contra el cáncer, es posible que su plan de medicamentos lo cubra.

## Cobertura Medicare que no es Medicare Original (continuación)

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 más información sobre su cobertura de medicamentos. Visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para comparar los planes de medicamentos de Medicare.

### **La Parte D puede cubrir estos medicamentos contra el cáncer:**

- Medicamentos recetados para quimioterapia solo disponibles para administración por vía oral
- Medicamentos contra las náuseas
- Otros medicamentos recetados usados en el curso de su tratamiento para el cáncer, como medicamentos contra el dolor

## **Pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare)**

Si tiene otro seguro que complementa a Medicare Original, como una póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) o un plan de salud grupal, algunos de los costos por los servicios y suministros mencionados en esta publicación pueden estar cubiertos por dicho seguro. Las empresas privadas venden pólizas Medigap, que ayudan a pagar determinados costos de bolsillo, como **deducibles**, **coseguro** y **copagos**. Para más información sobre Medigap, visite [Medicare.gov/supplements-other-insurance/whats-medicare-supplement-insurance-medigap](https://www.medicare.gov/supplements-other-insurance/whats-medicare-supplement-insurance-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 la salud y de revisar su cobertura actual de Medicare, quizá desee considerar otras opciones de atención médica basadas en 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. Cada año, los planes pueden cambiar sus costos y beneficios. Es beneficioso para usted comparar los planes disponibles en su área cada año, para asegurarse de contar con el plan que se adapte mejor a sus necesidades. Visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para comparar planes.

## Cambio de cobertura Medicare (continuación)

### 1. Inscripción Abierta de Medicare (15 de octubre – 7 de diciembre de cada año, con cobertura a partir del 1 de enero)

- **¿Qué puedo hacer?**

- Cambiar del [Medicare Original](#) a un [Plan Medicare Advantage](#).
- Cambiar de un Plan Medicare Advantage de regreso a 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 Medicare de Medicamentos.
- Cambiar de un Plan Medicare de Medicamentos a otra cobertura de medicamentos de Medicare.
- Abandonar completamente su cobertura de medicamentos de Medicare.

### 2. Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (del 1 de enero - 31 de marzo de cada año, con cobertura a partir del primer día del mes posterior a la 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).
- Cancelar su Plan Medicare Advantage y regresar al Medicare Original. Si hace esto, también podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare por aparte.

- **¿Qué no puedo hacer?**

- Cambiar de Medicare Original a un Plan Medicare Advantage.
- Inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos (si está en el Medicare Original).
- Cambiar de un Plan Medicare de Medicamentos a otro (si está en el Medicare Original).

Para más información sobre la inscripción en Medicare o el cambio de planes, visite: [Medicare.gov/sign-up-change-plans](https://www.Medicare.gov/sign-up-change-plans).

**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 cobertura de medicamentos) en el transcurso de los primeros 3 meses que tenga Medicare.

## 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:

- Solicitud de un servicio médico, suministro, artículo o receta que usted cree que debería recibir
- Solicitud de pago de un servicio médico, suministro, artículo o receta que ya recibió
- Solicitud de cambio de la cantidad que debe pagar por un servicio médico, 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 [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals) para más información sobre cómo presentar una apelación.

## Para más información

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para:
  - Obtener más información sobre lo que cubre Medicare
  - Encontrar y comparar médicos, hospitales y otros proveedores
  - Encontrar 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 las publicaciones específicas por tema en [Medicare.gov/publications](https://www.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](https://www.shiphelp.org), o llame al 1-800-MEDICARE.



# 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 contratos con Medicare para brindarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. 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
- Los servicios de Medicare no son pagados por el Medicare Original

La mayoría de los planes Medicare Advantage brindan cobertura de medicamentos.

**Plan Medicare de Medicamentos (Parte D):** 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 seguro y compañías privadas aprobadas por Medicare. Los planes Medicare Advantage también pueden ofrecer una 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.

## Aviso de no 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 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 de Medicaid estatal o local, o Planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

1. **En línea** en [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html).
2. **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.
3. **Por escrito:** Envíe información sobre su queja a:

Oficina de Derechos Civiles  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

*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.*

*La información de esta publicación 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.*

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

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid**

7500 Security Boulevard  
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto Oficial

Multa por Uso Privado: \$300

CMS Producto No. 11931-S

Revisado: Enero 2022

