

Medicamentos específicos que cubre la Parte B

- **Antígenos:** Medicare cubre algunos antígenos cuando son preparados por un médico y administrados por una persona debidamente adiestrada (que podría ser el paciente) bajo la supervisión adecuada.
- **Factores de coagulación de la sangre:** si una persona con Medicare tiene hemofilia, Medicare cubre los factores de coagulación que ellos mismos se inyectan.
- **Medicamentos de equipo médico duradero (DME):** Medicare cubre los medicamentos con infusión de DME, como una bomba de infusión o un nebulizador.
- **Medicamentos inyectables y de infusión:** Medicare cubre la mayoría de los medicamentos inyectables y de infusión cuando los administra un proveedor médico certificado, ya que estos tipos de medicamentos generalmente no se autoadministran.
- **Medicamentos inyectables para la osteoporosis:** Medicare cubre un medicamento inyectable para mujeres con osteoporosis que cumplen con los criterios de cobertura para el beneficio de salud en el hogar de Medicare y tienen una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica. Un médico debe certificar que la mujer no puede aprender a inyectarse el medicamento por sí misma. El enfermero o asistente de salud en el hogar no estará cubierto para administrar la inyección a menos que la familia y/o los cuidadores no puedan o no quieran administrar el medicamento mediante inyección.
- **Inmunoglobulina intravenosa (IGIV) administrada en el hogar:** Medicare cubre la IVIG para una persona diagnosticada con inmunodeficiencia primaria. Un médico debe decidir si es medicamento apropiado que la IVIG se administre en el hogar del paciente. La Parte B cubre la IVIG en sí, pero actualmente no paga otros artículos y servicios relacionados con el paciente que recibe la IVIG en su hogar. Sin embargo, las personas pueden solicitar el reembolso de estos artículos y servicios a través de la demostración de inmunoglobulina intravenosa (IVIG) de Medicare. Visite [Innovation.cms.gov/innovation-models/ivig](https://www.innovation.cms.gov/innovation-models/ivig) (en inglés) para obtener más detalles y presentar su solicitud. (A partir de 2024, Medicare cubrirá otros artículos y servicios relacionados con el paciente que recibe la IVIG en su hogar).
- **Insulina usada con bombas de insulina:** Medicare puede cubrir las bombas de insulina que se usan fuera del cuerpo (externas), incluida la insulina que se usa con la bomba, para algunas personas con la Parte B que tienen diabetes y cumplen con ciertas condiciones. Ciertas bombas de insulina se consideran equipos médicos duraderos (DME). Para la insulina que se usa con una bomba de insulina tradicional que está cubierta por el beneficio de DME de Medicare, una persona paga el 20% de la cantidad aprobado por Medicare después de alcanzar el deducible de la Parte B. A partir del 1 de julio de 2023, los costos de una persona no pueden superar los \$35 por el suministro mensual de insulina de la Parte B. El deducible de la Parte B no se aplicará a la insulina. La persona pagará el 100% de los suministros relacionados con la insulina (como jeringas, agujas, hisopos con alcohol y gasas) según la Parte B. Se aplican reglas diferentes a la insulina que se administra según la Parte D.

Medicamentos específicos que cubre la Parte B (continuación)

- **Medicamentos orales contra las náuseas:** Medicare ayuda a pagar los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer. Los medicamentos deben administrarse inmediatamente antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, y deben usarse como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.
- **Medicamentos orales contra el cáncer:** Medicare ayuda a pagar algunos medicamentos contra el cáncer que una persona toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o es un profármaco del medicamento inyectable. Un profármaco es una forma oral de un medicamento que, al ingerirlo, se descompone en el mismo ingrediente activo de la forma inyectable.
- **Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda):** Medicare ayuda a pagar ciertos nutrientes para una persona que no puede absorber la nutrición a través de su tracto intestinal o que no puede ingerir alimentos por vía oral.
- **Medicamentos para diálisis renal para personas con enfermedad renal en etapa final (ESRD) o lesión renal aguda (AKI):**
 - **Agentes estimulantes de la eritropoyesis:** Medicare cubre la inyección de eritropoyetina si una persona con Medicare tiene ESRD y necesita este medicamento para tratar la anemia. Medicare también puede cubrir estos medicamentos para tratar la anemia de una persona que no tiene ESRD.
 - **Medicamentos inmunosupresores:** Medicare cubre la terapia con medicamentos inmunosupresores si Medicare ayudó a pagar el trasplante de órganos de la persona.
 - Si una persona tiene Medicare sólo debido a ESRD, su cobertura de Medicare finalizará 36 meses después del mes de un trasplante de riñón exitoso, a menos que sea elegible para Medicare. (**Nota:** las personas sin ciertos tipos de otra cobertura de seguro que pierden Medicare 36 meses después de un trasplante de riñón exitoso pueden inscribirse en un nuevo beneficio que **sólo cubre sus medicamentos inmunosupresores. No es un sustituto de la cobertura de salud completa.** Visite es.medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease para obtener más información sobre este beneficio).
 - La Parte D puede cubrir otros medicamentos inmunosupresores que la Parte B no cubre. Una persona con ESRD puede obtener cobertura de la Parte D inscribiéndose en Medicare Original y uniéndose a un plan de medicamentos de Medicare, o inscribiéndose en un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos.

Medicamentos específicos que cubre la Parte B (continuación)

▪ **Medicamentos para diálisis renal para personas con enfermedad renal en etapa final (ESRD) o lesión renal aguda (AKI):**

- **Medicamentos orales para diálisis renal:** Medicare ayuda a pagar algunos medicamentos orales para diálisis renal si un medicamento similar para diálisis renal está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. Por ejemplo, la Parte B cubre medicamentos calcimiméticos, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. Una persona con Medicare debe obtener estos medicamentos en su centro de ESRD o en una farmacia con la que trabaje el centro.

▪ **Vacunas:**

- **Vacuna COVID-19 actualizada:** la vacuna actualizada se dirige a la cepa viral COVID-19 original y 2 variantes de Omicron (BA.4/BA.5). Una persona puede recibir la vacuna actualizada al menos 2 meses después de completar su serie de vacunación primaria (2 dosis de Pfizer-BioNTech, Moderna o Novavax, o una dosis de Johnson & Johnson), independientemente de cuántos refuerzos originales de la vacuna COVID-19 hayan recibido hasta ahora.
- **Vacunas contra la gripe:** en general, una vacuna contra la gripe por temporada de gripe. Las vacunas contra la gripe generalmente se administran antes del comienzo de la temporada de gripe, a fines del verano, el otoño o el invierno, pero algunas personas pueden recibir la vacuna en la primavera. Esto significa que una persona con Medicare a veces puede recibir esta vacuna preventiva dos veces en el mismo año calendario. (**Nota para personas mayores de 65 años:** CDC recomienda que reciban una dosis más alta o una vacuna contra la gripe con adyuvante. Visite [spanol.cdc.gov/flu/highrisk/65over.htm](https://www.cdc.gov/flu/highrisk/65over.htm) para obtener detalles. Si una de estas vacunas no está disponible, las personas mayores de 65 años deben recibir una dosis estándar de vacuna inactivada contra la gripe sin adyuvante. No deberían recibir una vacuna en aerosol nasal).
- **Vacunas neumocócicas:** para ayudar a prevenir infecciones neumocócicas (como ciertos tipos de neumonía). Esta vacuna protege contra diferentes cepas de la bacteria. Medicare cubre una vacuna de dosis única además de una serie de 2 dosis. Una persona con Medicare debe hablar con su médico u otro proveedor de atención médica para determinar qué vacuna debe recibir según su edad, historial médico y antecedentes de vacunación.
- **Vacunas contra la hepatitis B:** una serie de vacunas cubiertas sólo para una persona con riesgo alto o medio de contraer hepatitis B. El riesgo de contraer hepatitis B aumenta si tiene hemofilia, ESRD (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón) o ciertas afecciones que aumentan el riesgo de infección de la persona. Otros factores también pueden aumentar el riesgo de hepatitis B. Para averiguar si es elegible para la cobertura, una persona con Medicare debe consultar con su médico para ver si tiene un riesgo alto o medio de contraer hepatitis B.

Medicamentos específicos que cubre la Parte B (continuación)

▪ **Vacunas:**

- **Otras vacunas:** Algunas otras vacunas cuando están directamente relacionadas con el tratamiento de una lesión o enfermedad (como la vacuna contra el tétanos después de pisar un clavo).

¿La Parte B cubre los medicamentos autoadministrados en un entorno ambulatorio, como un departamento de emergencias o la unidad de observación de un hospital?

Generalmente, no. Los “medicamentos autoadministrados” son medicamentos que normalmente tomaría por su cuenta, como los medicamentos que toma todos los días para controlar la presión arterial o la diabetes. La cobertura de la Parte D de una persona **puede** cubrir estos medicamentos en determinadas circunstancias. Es posible que una persona deba pagar estos medicamentos de su bolsillo y presentar un reclamo a su plan para que le devuelvan el dinero. Deben llamar a su plan para más información.

¿Qué medicamentos cubre la Parte D?

En general, un medicamento cubierto por la Parte D debe cumplir con todas estas condiciones:

- Disponible sólo con receta
- Aprobado o autorizado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA)
- Usado y vendido en los EE. UU.
- Se utiliza para una indicación médicamente aceptada, tal como se define en la Ley del Seguro Social
- No estar cubierto por la Parte A o la Parte B para esa persona
- Incluido en la lista de medicamentos de la Parte D del plan (también llamado formulario) o cobertura aprobada a través del proceso de excepciones o apelaciones

¿La Parte D paga las inyecciones (vacunas)?

Sí. Los planes de medicamentos de Medicare deben cubrir todas las vacunas disponibles comercialmente, como la vacuna contra la culebrilla, en sus listas de medicamentos (formularios). Las personas con la Parte D no pagan nada de su bolsillo por las vacunas para adultos que recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, como la vacuna contra la culebrilla. La Parte D no cubre las vacunas que cubre la Parte B, como la vacuna contra la gripe o el neumococo (vea la página 4). El miembro del plan o proveedor puede comunicarse con el plan de Medicare para obtener más información sobre la cobertura.

¿Hay ciertos medicamentos que la Parte D no paga?

Sí. Por ley, la Parte D no puede pagar los medicamentos que cubren la Parte A o la Parte B. Estos medicamentos tampoco se pueden incluir en la cobertura básica de la Parte D:

- Medicamentos utilizados para bajar o ganar peso
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, a menos que estos medicamentos se utilicen para tratar una afección distinta de la disfunción sexual o eréctil, para la cual los medicamentos hayan sido aprobados por la FDA
- Medicamentos utilizados para el alivio sintomático de la tos y los resfriados
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Vitaminas y minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y productos preparados con fluoruro
- Medicamentos sin receta

Algunos planes pueden optar por cubrir estos medicamentos como parte de los beneficios complementarios del plan. Sin embargo, cualquier cantidad gastada en estos medicamentos no se cuenta para el límite de gastos de bolsillo de la persona.

¿Qué medicamentos cubren los planes Medicare Advantage?

Los planes Medicare Advantage deben cubrir todos los medicamentos que cubren la Parte A y la Parte B. Algunos planes Medicare Advantage también cubren los medicamentos de la Parte D.

¿Los planes Medicare Advantage cubren los medicamentos de la Parte D?

- **Planes de Organización para el mantenimiento de la salud (HMO), Punto de servicio de HMO (HMOPOS) y Organización de proveedores preferidos (PPO):** cubren los medicamentos recetados en la mayoría de los casos. Pregúntele al plan para estar seguro. Si una persona se inscribe en un HMO, HMOPOS o PPO sin cobertura de medicamentos, no puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- **Planes privados de pago por servicio (PFFS):** pueden cubrir medicamentos recetados. Si un plan PFFS no ofrece cobertura de medicamentos, una persona puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare independiente (Parte D) para obtener cobertura.

¿Los planes Medicare Advantage cubren los medicamentos de la Parte D? (continuación)

- **Planes para necesidades especiales (SNP):** todos los SNP deben brindar cobertura de medicamentos de Medicare.
- **Planes de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare:** no brindan cobertura de medicamentos de Medicare. Si una persona se inscribe en un plan MSA de Medicare y quiere cobertura de medicamentos de Medicare, debe inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare por separado.

¿Los planes de costos de Medicare cubren los medicamentos de la Parte D?

Los planes de costos de Medicare pueden ofrecer cobertura de medicamentos de Medicare. Incluso si el plan de costos ofrece cobertura de medicamentos, una persona puede optar por obtener cobertura de medicamentos de un plan de medicamentos de Medicare separado.

¿Pueden las personas apelar una decisión de cobertura de medicamentos?

Sí. Las personas con Medicare tienen derecho a apelar las decisiones sobre la cobertura o el pago de los servicios de atención médica. La forma en que las personas presenten una apelación dependerá de qué parte de Medicare esté involucrada. Las personas con Medicare deben revisar cuidadosamente sus avisos de decisión de cobertura para obtener instrucciones sobre cómo presentar una apelación. Visite [es.medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal](https://www.es.medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal) para obtener más información.

¿Dónde pueden las personas obtener más información o ayuda?

- Visite [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Comuníquese con un Programa Estatal de Asistencia con el Seguros de Médico (SHIP) para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros de salud. Para obtener el número de teléfono de un estado en particular, visite [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) o llame al 1-800-MEDICARE.

Usted 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 siente que ha sido discriminado. Visite es.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para 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.

