CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

Medicare y los Beneficios de Hospicio

Esta publicación oficial del gobierno incluye información sobre los beneficios de hospicio de Medicare:

- ★ Quién es elegible para el cuidado de hospicio
- ★ Cuáles son los servicios incluidos en el cuidado de hospicio
- ★ Cómo encontrar un programa de hospicio
- ★ Dónde obtener más información

Bienvenido

La elección de iniciar el cuidado de hospicio es una decisión difícil. La información de esta publicación y el apoyo que recibe de su médico y de un equipo capacitado en cuidados de hospicio pueden ayudarle a elegir la opción de salud más adecuada para una persona con una enfermedad terminal.

La información en esta publicación era correcta al momento de su impresión y describe el Programa de Medicare. Tal vez se hayan hecho cambios después de su impresión. Visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Pagado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Contenido

El cuidado de hospicio 4
Cuidados paliativos 4
Cuidados para una condición que no sea su enfermedad terminal 5
Cómo funcionan sus beneficios de cuidado de hospicio de Medicare 6
Cómo encontrar un programa de hospicio 7
Quién es elegible para el beneficio de hospicio 7
Lo qué cubre Medicare 8
Cuidado de relevo 8
Lo que no cubre Medicare en su cuidado de hospicio 9
Cuidado de hospicio si tiene un Plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare 9
Información sobre las pólizas del seguro suplementario de Medicare (Medigap) . . 10
Lo que paga por el cuidado de hospicio 11
Por cuánto tiempo puede obtener cuidado de hospicio 12
Cómo cancelar el cuidado de hospicio 12
Sus derechos de Medicare 13
Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado 13
Para más información 14
Definiciones 15

El cuidado de hospicio

El cuidado de hospicio es un programa de atención y apoyo para las personas con una enfermedad terminal. A continuación, ofrecemos algunos datos importantes sobre este tipo de servicio:

- Ayuda a las personas con una enfermedad terminal a vivir de la manera más cómoda posible.
- Estos servicios no son solo para personas con cáncer.
- Los servicios se concentran en la comodidad del paciente en lugar de curar la enfermedad.
- Un equipo de profesionales y proveedores de cuidados especialmente capacitados ofrecen cuidados de hospicio a la "persona en su totalidad", lo que incluye su bienestar físico, emocional, social y espiritual.
- El cuidado de hospicio puede incluir cuidados de enfermería, servicios médicos, medicamentos, equipos y suministros para la enfermedad terminal y otras condiciones relacionadas.
- Por lo general, el cuidado de hospicio se ofrece en el hogar.
- Los proveedores de cuidados familiares también pueden recibir servicios de apoyo. Cuidados para una condición que no sea su enfermedad terminal

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son parte del cuidado de hospicio centrados en ayudar a las personas que tienen una enfermedad terminal y a sus familias a mantener su calidad de vida. Si tiene una enfermedad terminal, los cuidados paliativos pueden ayudar sus necesidades físicas, intelectuales, emocionales, sociales y espirituales. Los cuidados paliativos protege su independencia, acceso a la información y capacidad para tomar decisiones sobre su cuidado médico.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 15–16.

Cuidados para una condición que no sea su enfermedad terminal

Su beneficio de hospicio cubre el cuidado de su enfermedad terminal y condiciones relacionadas. Una vez que empiece a recibir cuidado de hospicio, sus beneficios de hospicio deben cubrir todo lo que necesite relacionado con su enfermedad terminal, incluso si permanece en un plan de Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare.

Después de que empiece sus beneficios de hospicio, todavía puede obtener servicios cubiertos para condiciones no relacionadas con su enfermedad terminal. El Medicare Original pagará los servicios cubiertos por cualquier problema de salud que no es parte de su enfermedad terminal y condiciones relacionadas. Sin embargo, usted debe pagar la cantidad del deducible y del coseguro por todos los servicios cubiertos por Medicare que reciba para tratar problemas de salud que no son parte de su enfermedad terminal y condiciones relacionadas.

Importante: Si estaba en un Plan Medicare Advantage antes de comenzar su Cuidado de hospicio y decide quedarse en ese plan, puede obtener Servicios cubiertos para cualquier problema de salud que no sea parte de su Enfermedad terminal y condiciones relacionadas. Puede elegir estos servicios de su plan o del Medicare Original. Para más información sobre el cuidado de hospicio si está inscrito en un Plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare, vea la página 10.

Notas: Si comienza a recibir cuidados paliativos para el 1 de octubre de 2020 o después, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos una lista de artículos, servicios y medicamentos que hayan determinado no relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas. Esta lista debe incluir por qué tomaron esa determinación. Su proveedor de cuidados paliativos también debe proporcionar esta lista a sus proveedores que no son de cuidados paliativos o a Medicare si así lo solicitan.

Cómo funcionan sus beneficios de cuidado de hospicio de Medicare

Si califica para el cuidado de hospicio, usted y su familia trabajarán con el equipo de hospicio para elaborar un plan de cuidado que satisfaga sus necesidades. Para obtener información más detallada sobre un plan de cuidado de hospicio, comuníquese con su organización. Visite Medicare.gov/contacts, o llame al 1-800-MEDICARE para encontrar el número de su organización de hospicio estatal.

Usted y su familia son parte de un equipo que también puede incluir:

- Médicos
- Enfermeros o profesionales de enfermería
- Consejeros
- Asistentes sociales
- Farmacéuticos
- Terapeutas físicos y ocupacionales
- Patólogos del habla
- Ayudantes de hospicio
- Ayudantes de tareas domésticas
- Voluntarios

Además, hay un(a) enfermero(a) y médico de hospicio disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, para ofrecerle a usted y a su familia apoyo y cuidado cuando lo necesiten.

El médico del hospicio es parte de su equipo médico. Usted puede optar por incluir a su médico de cabecera , enfermera práctica o profesional médico.

El beneficio de hospicio le permite a usted y a su familia permanecer juntos en la comodidad de su hogar a menos que necesite recibir atención médica en una institución de hospitalización. Si el equipo de su hospicio determina que necesita cuidados de hospicio de hospitalización, el equipo de su hospicio se encargará de coordinar su internación.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 15–16.

Cómo encontrar un programa de hospicio

Para encontrar un programa de hospicio, hable con su médico o llame a su organización estatal de hospicios. Visite Medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para encontrar el número de su Organización estatal de hospicio.

Medicare sólo cubre por su cuidado de hospicio si el proveedor de cuidados está aprobado por Medicare. Visite Medicare.gov/care-compare para encontrar proveedores de cuidados paliativos aprobados por Medicare en su área.

También puede visitar Medicare.gov/care-compare/ para encontrar proveedores de hospicio en su área.

Si usted pertenece a un Plan Medicare Advantage y desea iniciar el cuidado de hospicio, solicite a su plan que lo ayude a encontrar un proveedor de cuidados paliativos en su área. Su plan debe ayudarle a localizar un proveedor de hospicio aprobado por Medicare en su área.

Quién es elegible para el beneficio de hospicio

Si tiene Medicare Parte A (seguro de hospital) **Y** cumple con todas estas condiciones, puede obtener un cuidado de hospicio:

- Su médico de hospicio y su médico de cabecera o practicante de enfermería (si tuviera uno) certifican que está terminalmente enfermo (con una expectativa de vida de 6 meses o menos).
- Acepta recibir cuidados paliativos (comodidades) en lugar de atención médica para curar su enfermedad.
- Firma una declaración eligiendo un cuidado de hospicio en lugar de otros tratamientos cubiertos por Medicare para tratar su enfermedad terminal y condiciones relacionadas.

Nota: Solo su médico de hospicio y su médico de cabecera o practicante de enfermería (si tuviera uno) pueden certificar que está terminalmente enfermo y que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos.

Lo qué cubre Medicare

Puede obtener una única consulta de hospicio con un director médico de hospicio o médico de hospicio para conversar sobre sus opciones de cuidado y gestión del dolor y síntomas. Puede obtener esta única consulta incluso si decide no acceder al servicio de cuidado de hospicio.

Una vez que comience su beneficio de hospicio, Medicare Original cubrirá todo lo que necesite relacionado con su enfermedad terminal, pero el cuidado debe ser de un programa de hospicio aprobado por Medicare.

El cuidado de hospicio suele ofrecerse en su hogar, pero también puede ser cubierto en un Hospicio. En función de su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, el plan de cuidado de su equipo de hospicio puede incluir algunos o todos estos servicios.

- Servicios médicos
- Cuidado de enfermería
- Equipo médico (como sillas de ruedas y andadores)
- Suministros médicos (como apósitos y catéteres)
- Medicamentos recetados
- Ayudantes de hospicio y de tareas domésticas
- Terapia física y ocupacional
- Servicios de patología del habla
- Servicios de asistentes sociales
- Asesoramiento nutricional
- Asesoramiento para usted y su familia para enfrentar el dolor y las pérdidas
- Cuidados de hospitalización a corto plazo (para gestionar el dolor y los síntomas)
- Cuidado de relevo a corto plazo
- Cualquier otro servicio cubierto por Medicare necesario para gestionar su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, como recomiende su equipo de hospicio.

Nota: Si paga de su bolsillo por un artículo o servicio que le pidió su médico, pero su proveedor de hospicio se niega a darle el servicio, puede apelar con Medicare. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) si necesita ayuda para presentar o comprender una apelación. Para más información sobre cómo presentar una reclamación o apelación, visite Medicare.gov/claims-appeals, o llame al 1-800-MEDICARE.

Cuidado de relevo

Si su proveedor de cuidados habitual (como un familiar) necesita descansar, puede solicitar el cuidado de relevo en una institución médica aprobada por Medicare (como un centro de hospitalización de hospicio, hospital u hogar de ancianos). Su proveedor de cuidado de hospicio lo coordinará con usted. Puede permanecer hasta 5 días cada vez que acceda al cuidado de relevo. Puede solicitar cuidado de relevo más de una vez, pero solo de forma esporádica.

Lo que no cubre Medicare en su cuidado de hospicio

Al elegir un cuidado de hospicio, usted está decidiendo que ya no desea que Medicare cure su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, y/o su médico ha determinado que los esfuerzos para curar su enfermedad no están dando resultados. Medicare no cubrirá ninguno de los siguientes puntos una vez que su cuidado de hospicio comience:

- **Tratamiento para curar su enfermedad terminal y/o condiciones relacionadas.** Converse con su médico si está considerando recibir un tratamiento para curar su enfermedad. Siempre tendrá derecho a abandonar el cuidado de hospicio en cualquier momento.
- **Medicamentos recetados** que **no** son para su enfermedad terminal o afecciones relacionadas.
- **Cuidado de cualquier proveedor que no sea parte del personal médico del hospicio.** Debe recibir cuidado de hospicio del proveedor de cuidado de hospicio que usted eligió. El equipo de hospicio es el encargado de ofrecerle todos los cuidados que reciba por su enfermedad terminal y condiciones relacionadas. No puede recibir el mismo tipo de cuidado de hospicio de un proveedor diferente, a menos que cambie de proveedor de cuidado de hospicio. Sin embargo, aún podrá consultar a su médico de cabecera, asistente médico o practicante de enfermería si lo ha elegido como el profesional médico.
- **Alojamiento y comidas.** Medicare no cubre el servicio de alojamiento y comidas. Sin embargo, si el equipo del hospicio determina que necesita recibir servicios de cuidado de relevo o de hospitalización a corto plazo, Medicare cubrirá su internación en una institución médica. Es posible que deba pagar un pequeño copago por la internación de relevo.
- **Cuidados que recibe como paciente ambulatorio (como en una sala de emergencias) centro de hospitalización o transporte en ambulancia,** a menos que el equipo de hospicio lo haya gestionado o que no esté relacionado con su enfermedad terminal o condiciones relacionadas.

Nota: Comuníquese con su equipo de hospicio **antes** de recibir cualquiera de estos servicios o tal vez tenga que pagarlo de su bolsillo.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 15–16.

Cuidado de hospicio si tiene un Plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare

Una vez que comience su cuidado de hospicio, Medicare Original cubrirá todo lo que necesite relacionado con su enfermedad terminal, incluso si decide permanecer en un Plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare. Si estuvo en un Plan Medicare Advantage antes de comenzar el cuidado de hospicio, **puede permanecer en ese plan siempre y cuando pague las primas de su plan**.

Usted puede optar por obtener servicios cubiertos no relacionados con su enfermedad terminal de su plan o Medicare Original.

Lo que pague dependerá del plan y de si cumple con las reglas del plan, como consultar a proveedores dentro de la red. Si su plan cubre servicios adicionales que no están cubiertos por el Medicare Original (como los beneficios dentales y de la vista), su plan continuará cubriendo estos servicios adicionales mientras continúe pagando.

Para más información sobre Medicare Original, Planes Medicare Advantage u otros planes de salud de Medicare, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Información sobre las pólizas del seguro suplementario de Medicare (Medigap)

Una póliza Medigap cubrirá sus costos de hospicio para medicamentos y cuidado de relevo. Su póliza Medigap también puede cubrir costos de cuidado de salud para problemas que no sean parte de su enfermedad terminal y condiciones relacionadas. Comuníquese con su póliza Medigap o su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para más información.

Para más información sobre Medigap, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 15–16.

Lo que paga por el cuidado de hospicio

Medicare le paga al proveedor de cuidado de hospicio por el cuidado de hospicio que usted recibe del profesional. No hay deducibles. Usted pagará:

- **Su Parte A de Medicare mensual (Seguro de Hospital)Y las primas de la Parte B de Medicare (Seguro Médico).**
- **Un copago de hasta $5 por medicina recetada para pacientes ambulatorios para gestionar el dolor y los síntomas.** En caso de que el beneficio de hospicio no cubra su medicamento, su proveedor de cuidado de hospicio deberá comunicarse con su plan de medicamentos de Medicare (si tiene uno) para ver si está cubierto.
- **5% de la cantidad aprobada por Medicare para el cuidado de relevo de hospitalización.**

Por ejemplo, si Medicare aprueba $100 por día para el cuidado de relevo de hospitalización, usted pagará $5 y Medicare pagará $95 por día. La cantidad que paga por el cuidado de relevo puede cambiar cada año.

Importante: Una vez que comience su beneficio de hospicio, Medicare Original cubrirá todo lo que necesite relacionado con su enfermedad terminal. Medicare Original también pagará por servicios cubiertos por cualquier problema de salud que no sea parte de su enfermedad terminal y condiciones relacionadas. Consulte la página 5 para más información.

Nota: Si necesita ser internado en un hospital para su enfermedad terminal y/o condiciones relacionadas, su proveedor de cuidados de hospicio **debe** hacer los arreglos. El costo como paciente interno está cubierto por sus beneficios de cuidados de hospicio, y pagado a su proveedor de cuidados de hospicio. Ellos tienen un contrato con el hospital y arreglan el pago entre ellos. Sin embargo, si va al hospital y su proveedor de cuidado de hospicio no hace los arreglos, usted podría ser responsable del costo total de su atención hospitalaria.

Por cuánto tiempo puede obtener cuidado de hospicio

El cuidado de hospicio es para personas con una expectativa de vida de 6 meses o menos (si la enfermedad sigue su curso normal). Si vive más de 6 meses, aún podrá recibir cuidado de hospicio mientras el director de hospicio u otro médico de hospicio vuelvan a certificar que tiene una enfermedad terminal.

El cuidado de hospicio se da en períodos de beneficios. Usted puede obtener atención de hospicio por dos períodos de beneficios de 90 días seguidos por un número ilimitado de períodos de beneficios de 60 días. Un período de beneficios comienza el día en que empieza a recibir cuidado de hospicio y termina cuando termina su período de beneficios de 90 días o 60 días.

Al comienzo del primer período de beneficios de 90 días, su médico de hospicio y su médico regular (si tiene uno) debe certificar que tiene una enfermedad terminal (con una esperanza de vida de 6 meses o menos).

Importante: Al comienzo de cada período de beneficios después del primer período de beneficios de 90 días, el director médico de hospicio u otro médico de hospicio debe recertificar su enfermedad terminal, para que pueda continuar recibiendo atención de hospicio. Una vez que comience su beneficio de hospicio, no necesita "volver a elegir" lel cuidado de hospicio para cada nuevo período de beneficios.

Nota: Usted tiene el derecho de cambiar su proveedor de hospicio una vez durante cada período de beneficio.

Cómo cancelar el cuidado de hospicio

Si su salud mejora o su enfermedad entra en remisión, es posible que ya no necesite el cuidado de hospicio. Siempre tendrá derecho a abandonar el cuidado de hospicio en cualquier momento, por cualquier razón. Si decide cancelar el cuidado de hospicio, se le pedirá que firme un documento que incluye la fecha de terminación de su cuidado.

No deben pedirle firmar ningún documento sobre la cancelación de su cuidado de hospicio al inicio del mismo. Cancelar su cuidado de hospicio es una decisión que sólo usted puede hacer y no debería firmar ningún documento antes del día en que quiera terminar su cuidado de hospicio.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 15–16.

Si tuvo en un Plan Medicare Advantage cuando comenzó hospicio, puede permanecer en ese plan, mientras recibe cuidado de hospicio, al continuar pagando las primas de su plan. Si suspende el cuidado de hospicio, sigue siendo un miembro de su plan y puede obtener cobertura de Medicare de su plan después de suspender el cuidado de hospicio. Si no tuvo un Plan Medicare Advantage cuando comenzó a recibir servicios de hospicio y decide suspender el cuidado de hospicio, puede continuar en Medicare Original. Si es elegible, puede volver a recibir el cuidado de hospicio en cualquier momento.

Sus derechos de Medicare

Como persona con Medicare, usted tiene ciertos derechos garantizados, incluyendo:

- El derecho a recibir atención que cumpla con las normas reconocidas profesionalmente. Si cree que el cuidado que obtiene está por debajo de este estándar y no está satisfecho con la forma en que su proveedor de cuidados paliativos ha respondido a su preocupación, tiene derecho a comunicarse con una Organización para Mejoras de Calidad para el Cuidado Centralizado de Beneficiarios y la Familia (BFCC-QIO). Visite Medicare.gov/contacts, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de su BFCC-QIO. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- El derecho a solicitar una revisión de su caso. Si su proveedor de cuidados paliativos o su médico cree que ya no es elegible para el cuidado de hospicio porque su condición ha mejorado y usted no está de acuerdo, usted tiene el derecho de pedir una revisión de su caso. Su proveedor de cuidados paliativos debe darle un aviso que explique su derecho a una revisión rápida (rápida) por un BFCC-QIO. Si no recibe este aviso, pídalo. Este aviso enumera la información de contacto de su BFCC-QIO y explica sus derechos.

Para ver una lista completa de sus derechos, visite Medicare.gov/claims-appeals/your-medicare-rights, o llame al 1-800-MEDICARE.

Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado

Si usted o su cuidador tienen una queja sobre la calidad del cuidado que recibe de su proveedor de cuidados paliativos, puede presentar una queja directamente con su proveedor de cuidados paliativos. Si no se siente cómodo presentando una queja con su proveedor de cuidados paliativos, o si no está satisfecho con la forma en que su proveedor de cuidados paliativos ha respondido a su queja, puede presentar una queja ante su BFCC-QIO visitando Medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/filing-a-complaint-about-your-quality-of-care, o llamando al 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1877-486-2048.

Para más información

Para más información sobre la elegibilidad, cobertura y costos de Medicare y obtener publicaciones y recursos oficiales de Medicare, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.

Para obtener ayuda encontrando un proveedor de cuidados paliativos/hospicio:

- Visite Medicare.gov/care-compare.
- Hable con su médico.
- Llame a su organización estatal de hospicios.

Visite Medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE para encontrar el número de su organización estatal de hospicios.

Para obtener asesoramiento gratuito sobre seguros de salud y asistencia personalizada sobre preguntas de seguros, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP en inglés). Para obtener información de contacto de su SHIP, visite shiptacenter.org o llame al 1-800-MEDICARE.

Para más información sobre hospicios, comuníquese con estas organizaciones:

- **Organización Nacional de Hospicios y Cuidados Paliativos (NHPCO en inglés)**: Visite nhpco.org o llame al 703-837-1500.
- **Asociación Nacional de Cuidados en el Hogar y Hospicio**: Visite nahc.org o llame al 202-547-7424.
- **VNAA**: Visite vnaa.org o llame al 202-508-9498.
- **Fundación de Hospicio de America (HFA en inglés)** Visite hospicefoundation.org o llame al 1-800-854-3402.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 15–16.

Definiciones

Copago—Una 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 recetado.

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

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

Medicare Parte A (seguro de hospital)—La Parte A cubre internaciones, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados de hospicio y algunos cuidados de la salud en el hogar.

Medicare Parte B (seguro médico)—La Parte B cubre ciertos servicios del médico, la atención ambulatoria, los insumos médicos y los servicios preventivos.

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).

Organización de Mejoramiento de la Calidad del Centro de Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)—Un tipo de Organización para el Mejoramiento de Calidad (una organización de médicos y otros expertos en cuidado de salud bajo contrato con Medicare) que hace que los médicos y otros expertos en cuidado de salud revisen las quejas y la calidad del cuidado a los miembros de Medicare. La BFCC-QIO se asegura de que haya coherencia en el proceso de revisión de casos y toma en cuenta factores y necesidades locales, incluyendo la calidad general del cuidado y la necesidad médica.

Plan de salud de Medicare—Generalmente es un plan ofrecido por una empresa privada que hace contratos con Medicare para brindarle los beneficios de Medicare Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Los planes de salud de Medicare incluyen a todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los Programas de Demostración/ Piloto y los Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE) son planes especiales de Medicare que pueden ser ofrecidos por entidades públicas o privadas y proporcionar la Parte D y otros beneficios además de la parte A y beneficios de la Parte B.

Plan Medicare Advantage (Parte C)—El Plan Medicare Advantage es un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare Los planes Medicare Advantage brindan todos los beneficios de la Parte A y Parte B. Los planes Medicare Advantage incluyen:

- Organizaciones de mantenimiento de la salud
- Organizaciones de proveedores preferidos
- Planes privados de pago por servicio
- Planes por necesidades especiales
- Planes de cuentas de ahorro médico de Medicare

Si usted está inscrito en el plan Medicare Advantage:

- Posee cobertura de los servicios de Medicare a lo largo del plan
- No se paga a través del Medicare Original

La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos recetados.

Póliza Medigap—Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las “brechas” de la cobertura de Medicare original.

Prima—El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de servicios de salud para obtener cobertura de salud o medicamentos recetados.

Notas

Comunicaciones accesibles de CMS

Para ayudar a garantizar que las personas con incapacidades tengan la misma oportunidad de participar en nuestros servicios, actividades, programas y otros beneficios, brindamos comunicaciones en formatos accesibles. 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 correo electrónico:** to altformatrequest@cms.hhs.gov.
3. **Enviar un fax:** 1-844-530-3676
4. **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 de medicamentos recetados de Medicare, comuníquese con su plan para solicitar su información en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con su oficina estatal o local de Medicaid.

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 recetados 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.
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

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
Penalidad por uso privado, $300

CMS Producto No. 02154-S
Revisado en noviembre 2020

This booklet is available in English.
To get your copy, call
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
TTY users should call 1-877-486-2048.