

# Los Planes Medicare Advantage



Esta es la guía oficial del gobierno que contiene información importante sobre:

- Cómo los planes Medicare Advantage son diferentes de Medicare Original
- Cómo funcionan los planes Medicare Advantage
- Cómo se puede inscribir en un plan Medicare Advantage



**“Los planes de Medicare Advantage”** no es un documento legal. Las pautas legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

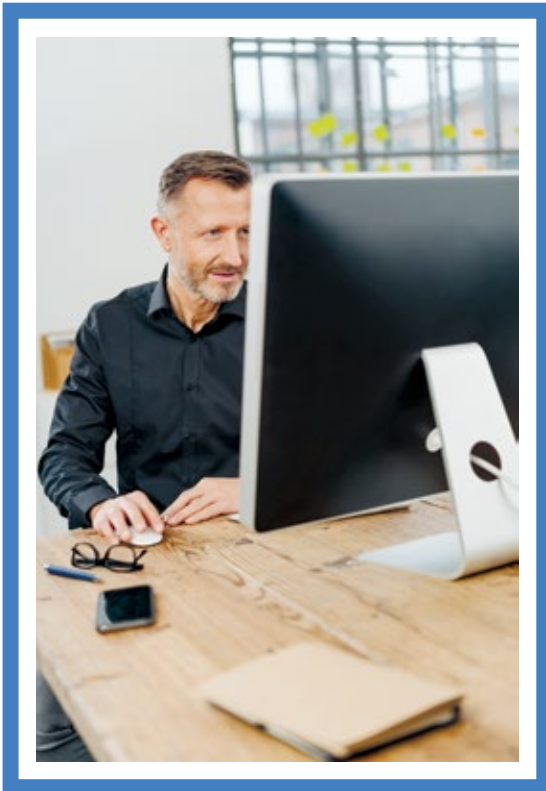
La información de esta publicación describe el programa de Medicare al momento de su impresión. Pueden surgir modificaciones posteriores a la impresión. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

# Contenido



Introducción . . . . .	4
¿Cuáles son las diferencias entre Medicare Original y Medicare Advantage?. . . . .	5
¿Qué son los planes Medicare Advantage? . . . . .	9
Cómo funcionan los planes Medicare Advantage . . . . .	9
¿Qué cubren los planes Medicare Advantage? . . . . .	9
¿Cuáles son mis gastos? . . . . .	10
¿Quién puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage?. . . . .	12
¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o desafiarme de un plan de Medicare Advantage?. . . . .	13
¿Cómo puedo inscribirme en un plan Medicare Advantage? . . . . .	15
Tipos de planes Medicare Advantage. . . . .	17
Compare los planes Medicare Advantage . . . . .	24
¿Qué ocurre si tengo una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)? . . . . .	25
¿Dónde puedo obtener más información? . . . . .	26

## Introducción



Cuando se inscribe en Medicare por primera vez y durante ciertas épocas del año, puede elegir cómo quiere recibir su cobertura de Medicare.

Tiene 2 formas principales de obtener Medicare:

- **Medicare Original** es un plan médico de pago por servicio que tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y 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). Si quiere la cobertura de medicamentos (Parte D), puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.
- **Medicare Advantage (también conocido como “Parte C”)** Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare. Estos planes incluyen Parte A, Parte B y, por lo general, Parte D. Los planes pueden ofrecer beneficios adicionales que el Medicare Original no cubre.

Sus decisiones sobre el plan de salud de Medicare afectan cuánto pagará por la cobertura, cuáles servicios obtendrá, cuáles médicos podrá usar y la calidad del cuidado.

Aprendiendo sobre opciones de cobertura de Medicare, obteniendo ayuda de personas de confianza y comparando los diferentes planes le ayudará a entender todas las opciones disponibles para usted.

## ¿Cuáles son las diferencias entre Medicare Original y Medicare Advantage?

### Medicare Original

- El Medicare Original incluye la Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) de Medicare.
- Si desea cobertura de medicamentos, tendrá que inscribirse en un plan separado de la Parte D.
- Puede acudir a cualquier médico u hospital que acepte Medicare, en cualquier lugar de los Estados Unidos.
- También es posible que necesite comprar cobertura suplementaria para ayudar con los costos de su bolsillo en el Medicare Original (como su deducible y 20% del coseguro).

**Parte A**



**Parte B**



**Puede agregar:**

**Parte D**



**También puede agregar:**

**Cobertura suplementaria**



Esto incluye el Seguro Suplementario de Medicare (Medigap). O puede utilizar la cobertura de Medicaid o un antiguo empleador o sindicato.

### Medicare Advantage (también conocido como la Parte C)

- Medicare Advantage es un plan aprobado por Medicare de una empresa privada que ofrece una alternativa al Medicare Original para su salud y cobertura de medicamentos. Este "conjunto" de planes incluyen las Partes A, B y usualmente la Parte D.
- En la mayoría de los casos, sólo puede usar médicos que estén en la red del plan.
- En muchos casos, es posible que deba obtener la aprobación de su plan antes de que cubra ciertos medicamentos o servicios.
- Algunos planes pueden tener costos de su bolsillo más bajos que el Medicare Original.
- Algunos planes ofrecen beneficios adicionales que el Medicare Original no cubre—como la visión, audición y cuidado dental.

**Parte A**



**Parte B**



**La mayoría de los planes incluyen:**

**Parte D**



**Beneficios adicionales**

**Algunos planes también incluyen:**

**Costos/Gastos de su bolsillo más bajos**

## Medicare Original vs. Medicare Advantage

### Su elección de médico y hospital

Medicare Original	Medicare Advantage
Usted puede consultar <b>con cualquier médico que acepte Medicare, en cualquier parte de los Estados Unidos.</b>	En muchos casos, sólo puede usar <b>médicos y otros proveedores que estén en la red y el área de servicio</b> del plan (para cuidado que no sea de emergencia). Algunos planes ofrecen cobertura que no es de emergencia fuera de la red, pero por lo general, a un costo mayor.
En la mayoría de los casos <b>no se necesita</b> un referido para ver a un especialista.	Puede que <b>necesite</b> un referido para ver a un especialista

### Costo

Medicare Original	Medicare Advantage (Parte C)
Para los servicios cubiertos por la Parte B, <b>generalmente paga el 20% de la cantidad aprobada</b> por Medicare después de haber pagado su deducible. Esta cantidad se llama coseguro.	<b>Los gastos directos de su bolsillo varían</b> —los planes pueden tener pocos o más gastos de su bolsillo.
Usted <b>paga una prima (pago mensual) por la Parte B.</b> Si elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, pagará una prima aparte por su cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D).	Usted paga la <b>prima mensual de la Parte B</b> y es posible que también deba <b>pagar la prima del plan.</b> Algunos planes pueden tener una prima de \$0 y pueden ayudar a pagar la totalidad o parte de su prima de la Parte B. La mayoría de los planes incluyen la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D).
<b>No hay un límite</b> de cuánto paga de su bolsillo, a menos que tenga cobertura suplementaria (como una póliza Medigap).	Los planes tienen un <b>límite anual</b> de lo que usted paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y B de Medicare. Una vez alcance el límite de su plan, usted no paga por los servicios cubiertos por el resto del año.
Puede <b>comprar</b> Medigap para ayudar con los gastos directos de su bolsillo (deducibles y 20% de copagos). O, puede usar la cobertura de un empleador o sindicato anterior, o Medicaid.	<b>No puede comprar y no necesita Medigap.</b>

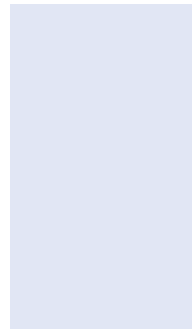
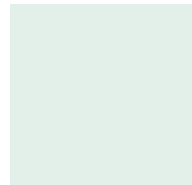
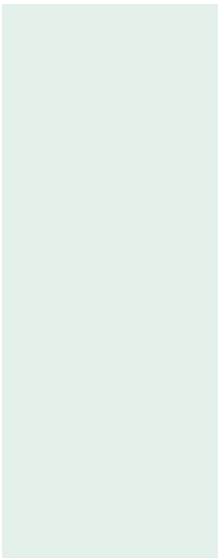
## Medicare Original vs. Medicare Advantage (continuación)

### Cobertura

Medicare Original	Medicare Advantage
Medicare Original cubre los servicios médicos y suministros en hospitales, consultorios médicos y otros entornos de atención médica. Medicare Original no cubre algunos beneficios como exámenes de la vista, la mayoría de los cuidados dentales y exámenes de rutina.	Los planes deben cubrir todos los servicios y suministros que cubre el Medicare Original. <b>Los planes pueden ofrecer algunos beneficios adicionales que Medicare Original no cubre</b> , como servicios dentales, de la vista y auditivos.
Puede inscribirse en un <b>plan de medicamentos de Medicare (Parte D) aparte</b> para obtener cobertura de medicamentos.	<b>La cobertura de medicamentos (Parte D) está incluida en la mayoría de los planes.</b> En la mayoría de los tipos de planes Medicare Advantage, no puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.
En la mayoría de los casos, no necesita autorización previa para que el Medicare Original cubra los servicios o suministros.	En muchos casos, necesita consultar con el plan antes de obtener un servicio o suministro para que el plan lo cubra.

### Viaje al extranjero

Medicare Original	Medicare Advantage
El Medicare Original, por lo general, <b>no cubre cuidado médico fuera de los Estados Unidos.</b> Es posible comprar una póliza Medigap que cubra el cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos.	Los planes usualmente <b>no cubren el cuidado fuera de los Estados Unidos.</b> Algunos planes pueden ofrecer un beneficio suplementario que cubre servicios de emergencia y de urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos.





# Planes Medicare Advantage

## ¿Qué son los planes Medicare Advantage?

Un plan Medicare Advantage es otra forma de obtener su cobertura de las Partes A y B de Medicare. Los planes Medicare Advantage, a veces llamados “Parte C o “planes MA”, son ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare que deben seguir las reglas establecidas por Medicare. La mayoría de los planes Medicare Advantage incluyen cobertura de medicamentos (Parte D). Hay varios tipos de planes Medicare Advantage (vea la página 17). Cada uno de estos tipos de planes Medicare Advantage tiene reglas especiales sobre cómo obtener los servicios de las Partes A y B cubiertos por Medicare y los beneficios adicionales de su plan. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, seguirá teniendo Medicare, pero obtendrá la mayor parte de la cobertura de la Parte A y la Parte B de su plan Medicare Advantage, no de Medicare Original.

Debe usar la tarjeta de su plan Medicare Advantage para obtener sus servicios cubiertos por Medicare. Guarde su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro porque la necesitará para ciertos servicios y si alguna vez regresa al Medicare Original.

## Cómo funcionan los planes Medicare Advantage

Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, Medicare paga una cantidad fija cada mes a la compañía que ofrece su plan Medicare Advantage para su cobertura. Las empresas que ofrecen planes Medicare Advantage deben seguir las reglas establecidas por Medicare. Sin embargo, cada plan Medicare Advantage puede cobrarle diferentes costos de su bolsillo y tener diferentes reglas sobre cómo obtener los servicios (como si necesita un referido para ver a un especialista o si tiene que ir a médicos, centros o proveedores que pertenecen a la red del plan para atención que no sea de emergencia o de urgencia). Estas reglas pueden cambiar cada año. El plan debe notificarle sobre cualquier cambio antes del inicio del próximo año de inscripción.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, tendrá los mismos derechos y protecciones que tendría con Medicare Original.

## ¿Qué cubren los planes Medicare Advantage?

Los planes Medicare Advantage suplen todos sus beneficios de las Partes A y B, excluyendo los ensayos clínicos (estudios de investigación clínica), los servicios de hospicio y, por tiempo limitado, algunos beneficios nuevos que provienen de la legislación o las determinaciones de cobertura nacional. Asegúrese de comunicarse con su plan si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos.

## ¿Qué cubren los planes Medicare Advantage? (continuación)

La mayoría de los planes de Medicare Advantage ofrecen cobertura para algunas cosas que el Medicare Original no cubre, como servicios de la vista, audición, dentales y otros programas de salud y bienestar (como membresías o descuentos en gimnasios). Los planes tienen un **límite anual** en lo que usted paga de su bolsillo para servicios cubiertos bajo las Partes A y B de Medicare. Una vez que haya alcanzado el límite de su plan, usted no pagará nada por los servicios cubiertos bajo las Partes A y B.

### **Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)**

La mayoría de los planes de Medicare Advantage incluye la cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D). En ciertos tipos de planes que no incluyen cobertura de medicamentos (como planes de Cuentas de Ahorros Médicos y algunos planes particulares de Pago por Servicio), usted podría inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Sin embargo, si se inscribe en un plan de Organización de Mantenimiento de la Salud o de Organización de Proveedores Preferidos que no cubre medicamentos, no puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte. Vea las páginas 18–19 para más información.

**Nota:** Si está en un plan que no ofrece cobertura de medicamentos y no tiene un plan de medicamentos de Medicare, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Visite [Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty) para aprender más sobre la multa por inscripción tardía en la Parte D.

## ¿Cuáles son mis gastos?

Cada año, los planes fijan las cantidades que cobrarán en concepto de primas, deducibles y servicios. El plan (no Medicare) decide cuánto pagará usted por los servicios cubiertos que obtenga. Lo que paga al plan podrá cambiar solamente una vez al año, el 1ro de enero.

Usted debe pagar la prima de la Parte B. En 2022, la cantidad estándar de la prima de la Parte B es de \$170.10 (o más según su ingreso). Algunas personas con beneficios del Seguro Social pagan menos (\$130, en promedio).

Al calcular sus gastos de bolsillo en un plan de Medicare Advantage, además de su prima, deducible, copagos y coseguro, también debería considerar:

- Los tipos de servicios de cuidado médico que usted necesita y con qué frecuencia los recibe.
- Si usted se hace ver con un médico que acepta la asignación. La asignación significa que su médico o proveedor acuerda (o está obligado por ley) a aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago completo por los servicios cubiertos.
- Si el plan ofrece beneficios adicionales (además de los beneficios del Medicare Original) que requieren un costo adicional.
- Si usted tiene Medicaid o recibe ayuda de su estado a través de un Programa de Ahorros de Medicare para pagar sus costos de Medicare.
- El límite máximo de gastos de su bolsillo establecido por su plan.

## ¿Cuáles son mis gastos? (continuación)

### ¿Qué es la diferencia entre un deducible, coseguro, copago y límite máximo de gastos de su bolsillo?

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

**Coseguro**—La cantidad que usted podría tener que pagar por su parte de los costos de los servicios, después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro generalmente es un porcentaje (por ejemplo, un 20%).

**Copago**—La cantidad que podría tener que pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta al médico, una visita como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. En general, el copago es una cantidad fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

**Límite Máximo de Gastos de su Bolsillo**—La cantidad máxima que debe pagar por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B si se inscribe en un plan Medicare Advantage.

### Más detalles sobre costos bajo cada plan

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage, revise las siguientes notificaciones que recibirá de su plan cada año:

- **Aviso Anual de Cambios:** Incluye todos los cambios de cobertura, costos y más que entrarán en efecto a partir del mes de enero. Su plan le enviará una copia impresa para el 30 de septiembre.
- **Evidencia de Cobertura:** Le brinda detalles sobre lo que el plan cubre, cuánto paga usted y más en el próximo año. Su plan le enviará una notificación (o una copia impresa) para el 15 de octubre, la cual incluirá información de cómo tener acceso al EOC vía electrónica o solicitar una copia impresa.

### Determinaciones de la organización

Usted o su proveedor pueden obtener una decisión, ya sea verbal o por escrito, de su plan por adelantado para ver si cubre un servicio, medicamento o suministro. También puede averiguar cuánto deberá pagar. **Esto se denomina una “determinación de la organización”**. En ocasiones, debe hacerlo a modo de autorización previa para que se cubra el servicio, el medicamento o el suministro.

Usted, su representante o su médico pueden solicitar una determinación de la organización. Un representante es alguien que puede nombrar para que lo ayude. Su representante puede ser un familiar, amigo, defensor, abogado, asesor financiero, médico o cualquier otra persona que actúe en su nombre. Según sus necesidades de salud, usted, su representante o su médico pueden solicitar una decisión rápida sobre la solicitud de determinación de su organización. Si su plan se rehúsa a brindar la cobertura, debe informarle a usted por escrito, y usted tiene derecho a una apelación.

## ¿Cuáles son mis gastos? (continuación)

Si un proveedor del plan lo deriva a un servicio o a un proveedor fuera de la red, pero no obtiene una determinación de la organización por adelantado, **eso se llama “atención dirigida por el plan”**. En la mayoría de los casos, no tendrá que pagar más que los costos compartidos habituales. Consulte con su plan para más información sobre esta protección.

## ¿Quién puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage?

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, debe:

- Tener la Parte A y Parte B.
- Vivir en el área de servicio del plan.
- Ser ciudadano o estar legalmente presente en los Estados Unidos.

### ¿Qué hago si tengo una condición preexistente?

Puede inscribirse en un plan Medicare Advantage incluso si tiene una afección preexistente.

### ¿Qué hago si tengo una enfermedad renal en etapa final (ESRD)?

Si tiene ESRD, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante la Inscripción Abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para la cobertura que comienza el 1 de enero, durante su Período de Inscripción Inicial cuando es elegible por primera vez para Medicare, o durante un Período Especial de Inscripción si califica para uno.

En muchos de los planes Medicare Advantage, sólo puede usar proveedores que participen en la red y el área de servicio del plan. Antes de inscribirse, es posible que desee consultar con sus proveedores y el plan que está considerando para asegurarse de que los proveedores que visita actualmente (como su centro de diálisis o su médico de riñón), o desea ver en el futuro (como un especialista en trasplantes), están en la red del plan. Si ya está inscrito en un plan Medicare Advantage, consulte con sus proveedores para asegurarse de que seguirán siendo parte de la red del plan. Lea los materiales del plan o comuníquese con el plan que está considerando para obtener más información.

### ¿Qué debo hacer si tengo otra cobertura?

Hable con su patrono, sindicato u otro administrador de beneficios sobre sus reglas antes de inscribirse en un plan de Medicare Advantage. En determinados casos, si usted se inscribe en un plan de Medicare Advantage, aún podría usar la cobertura de su patrono o sindicato junto con el plan de Medicare Advantage. En otros casos, al inscribirse en un plan de Medicare Advantage, podría perder la cobertura del patrono o sindicato para usted, su cónyuge y sus dependientes.

**Nota:** En determinadas situaciones (por ejemplo, si usted se muda), podrá afiliarse, cambiar, o desafiliarse de planes en otros momentos.]

## ¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o desafiliarme de un plan de Medicare Advantage?

Sólo puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan Medicare Advantage durante los siguientes períodos de inscripción:

**Período de Inscripción Abierta**—Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, cualquier persona con Medicare puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan Medicare Advantage. Su cobertura comenzará el 1 de enero (siempre y cuando el plan reciba su solicitud antes del 7 de diciembre).

**Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**—Entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año, puede realizar estos cambios:

- Si tiene un plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos), puede cambiarse a otro Plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
- Puede cancelar su plan Medicare Advantage y regresar al Medicare Original. También podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.

Durante la Inscripción Abierta de Medicare Advantage, si tiene Medicare Original **no podrá**:

- Cambiar de Medicare Original a un plan de Medicare Advantage.
- Inscribirse en un plan de medicamentos si tiene Medicare Original.
- Cambiar de un plan de medicamentos de Medicare a otro.

**Sólo podrá hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage, y todo cambio que haga entrará en efecto el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud.** Si regresa al Medicare Original y se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare aparte, no es necesario que se comunique con su plan MA para cancelar su inscripción. La cancelación de la inscripción ocurrirá automáticamente al inscribirse en el plan de medicamentos. Si ya tiene cobertura de la Parte A y se inscribe en la Parte B por primera vez entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año, también puede inscribirse en un plan Medicare Advantage al mismo tiempo. En esta situación, su cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud.

## ¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o desafiliarme de un plan de Medicare Advantage? (continued)

**Período de Inscripción Inicial**—Cuando se vuelve elegible por primera vez para Medicare, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante su Período de Inscripción Inicial. Para muchos, este es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes de cumplir 65 años, incluye el mes en que cumple 65 y termina 3 meses después del mes de cumplir 65. **Si tiene menos de 65 años y tiene una incapacidad**, recibirá automáticamente la Parte A y Parte B después de recibir los beneficios por incapacidad del Seguro Social o ciertos beneficios por incapacidad de la Junta de Retiro Ferroviario durante 24 meses.

Si se inscribe durante los primeros 3 meses de su Período de Inscripción Inicial, en la mayoría de los casos, su cobertura comenzará el primer día del mes de su cumpleaños. Sin embargo, si su cumpleaños es el primer día del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes anterior.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage durante el mes en que cumple 65 años o durante los últimos 3 meses de su Período de Inscripción Inicial, se atrasará la fecha de inicio de su cobertura.

**Nota:** A partir del 1 de enero de 2023, si se inscribe durante los últimos 3 meses de su Período de Inscripción Inicial, su cobertura comienza el primer día del mes posterior a su inscripción.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage durante su Período de Inscripción Inicial, podrá cambiarse 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 de tener Medicare.

**Período Especial de Inscripción**—En la mayoría de los casos, si se inscribe en un plan Medicare Advantage, debe mantenerlo durante el año calendario a partir de la fecha en que comienza su cobertura. Sin embargo, en ciertas situaciones, como si se muda o pierde otra cobertura médica, es posible inscribirse, cambiar o cancelar un plan Medicare Advantage durante un Período Especial de Inscripción.

**Nota:** A partir del 1 de enero de 2023, puede ser elegible para un Período Especial de Inscripción para inscribirse en Medicare (e inscribirse en un plan MA) si pierde un período de inscripción debido a ciertas circunstancias excepcionales, como verse afectado por un desastre natural o una emergencia. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o consulte con su plan para más información.

## ¿Cómo puedo inscribirme en un plan Medicare Advantage?

No todos los planes Medicare Advantage funcionan de la misma manera. Antes de inscribirse, usted puede encontrar y comparar planes de salud de Medicare en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) o llamando al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Una vez que usted haya comprendido las reglas y costos del plan, inscríbese de una de las siguientes maneras:

- Visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) y busque por código postal para encontrar un plan e inscribirse. También puede iniciar sesión para obtener resultados personalizados. Si tiene preguntas sobre un plan, seleccione “Detalles del plan” para obtener la información de contacto del plan.
- Llame o visite el sitio web del plan para ver si puede inscribirse en línea.
- Llene un formulario de inscripción impreso. Comuníquese con el plan para obtener un formulario de inscripción; luego, llénelo y envíeselo al plan. Todos los planes deben ofrecer esta opción.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Cuando se inscribe en un plan de Medicare Advantage, tendrá que proporcionar los siguientes datos de su tarjeta de Medicare:

- Su número de Medicare.
- La fecha en que comenzó su cobertura bajo la Parte A y/o la Parte B de Medicare.

Recuerde que, cuando se inscribe en un plan de Medicare Advantage, en la mayoría de los casos, **usted deberá usar la tarjeta de su plan de Medicare Advantage** para obtener los servicios cubiertos por Medicare. Para algunos servicios (como el cuidado de hospicio), se le puede pedir que muestre su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.





# Tipos de planes Medicare Advantage

## **Existen diferentes tipos de planes de Medicare Advantage:**

- Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés): Vea la página 17.
- Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO, en inglés): Vea la página 19.
- Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS, en inglés): Vea las páginas 20–21.
- Planes de Necesidades Especiales (SNP, en inglés): Vea las páginas 21–23.
- Planes de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA, en inglés): Vea las páginas 24–25.

El área donde vive puede tener algunos o ninguno de estos tipos de planes disponibles. Además, es posible que haya varios planes del mismo tipo disponibles en su área, si las empresas privadas deciden ofrecerlos. Para ver los planes Medicare Advantage disponibles, visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare), lea su manual “Medicare y Usted” o llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## **Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés)**

Un HMO es un tipo de plan Medicare Advantage que generalmente brinda cuidado médico por médicos, otros proveedores de la salud u hospitales dentro de la red de su plan, (salvo en situaciones de cuidado de emergencia o cuidado de urgencia o diálisis fuera del área).

Una red es un grupo de médicos, hospitales e instalaciones médicas que contratan con un plan para proporcionar servicios. La mayoría de las HMO además requieren que usted obtenga un referido de su médico de cabecera para cuidado de especialistas, para que su cuidado sea coordinado.

### **¿Puedo obtener cuidado médico de cualquier médico, otro proveedor de la salud u hospital?**

No. Por lo general, debe obtener su cuidado y servicios de médicos, otros proveedores de la salud u hospitales que estén dentro de la red del plan (salvo para cuidado de emergencia, cuidado urgente fuera del área o diálisis temporal fuera del área, que es cubierto ya sea que se brinde dentro de la red del plan o fuera de la red del plan). Sin embargo, algunos planes HMO, conocidos como planes de Punto de Servicio de HMO (HMOPOS), ofrecen un beneficio fuera de la red para ciertos o todos los beneficios cubiertos.

## Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

### Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés) (continuación)

Si recibe cuidado médico que no sea de emergencia fuera de la red del plan sin autorización, es posible que tenga que pagar el costo completo. Es importante que usted siga las reglas del plan, como obtener aprobación previa para un servicio determinado cuando sea necesario. En la mayoría de los casos, tendrá que elegir un médico de cabecera. Ciertos servicios, como las mamografías anuales, no necesitan referidos. Su plan le notificará si su médico u otro proveedor abandonan la red del plan. Usted podrá elegir otro médico dentro de la red del plan.

Planes de Punto-de-Servicio de HMO (HMOPOS, en inglés) son planes de HMO que **podrían permitir que usted obtenga algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto**. Es importante que usted siga las reglas del plan, como obtener aprobación previa para un servicio determinado cuando sea necesario.

#### **¿Están cubiertos los medicamentos recetados?**

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados son cubiertos bajo los planes de HMO de Medicare. Si desea cobertura de medicamentos, usted deberá inscribirse en un plan de HMO que incluya cobertura de medicamentos recetados. Si se inscribe en una HMO que no incluye cobertura de medicamentos, no podrá obtener un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) aparte.

### **Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO)**

Un plan de una organización de Proveedor Preferido (PPO, en inglés) es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores de la salud a los que usted puede acudir.

#### **¿Puedo obtener cuidado médico de cualquier médico, otro proveedor de la salud u hospital?**

Sí. También puede usar proveedores fuera de la red para servicios cubiertos, generalmente por un costo más alto, si el proveedor acepta tratarlo y no se ha excluido de Medicare (para artículos y servicios de la Parte A y Parte B de Medicare). Siempre estará cubierto para el cuidado de emergencia y urgencia.

Antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que desee solicitar una determinación de cobertura de la organización de su PPO para garantizar que los servicios sean médicamente necesarios y que su plan los cubra. Consulte la página 11 para más información sobre las determinaciones de la organización.

#### **¿Están cubiertos los medicamentos recetados?**

En la mayoría de los casos, sí. Si piensa inscribirse en un PPO y quiere cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), debe inscribirse en un plan PPO que ofrezca cobertura de medicamentos de Medicare. Si se inscribe en un PPO sin cobertura de medicamentos, no podrá inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos aparte.

## Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

### Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS)

Un plan privado de Pago por Servicio (PFFS, en inglés) es un plan de Medicare Advantage que una compañía de seguros privada ofrece. Un plan de PFFS no es lo mismo como Medicare Original o una póliza suplementaria de Medicare (Medigap).

#### ¿Puedo obtener cuidado médico de cualquier médico, otro proveedor de la salud u hospital?

Puede visitar a cualquier proveedor aprobado por Medicare, como un médico, otro proveedor de la salud u hospital que acepte los términos de pago del plan y esté de acuerdo en brindarle tratamiento. Si se inscribe en un plan de PFFS que tiene una red, también puede hacerse ver con todos los proveedores de la red que hayan acordado a siempre tratar a los miembros del plan. Además, puede elegir un médico, hospital u otro proveedor fuera de la red que acepte los términos del plan, pero podría tener que pagar más. Por lo general, su tarjeta de identificación del plan le dice a su proveedor que usted pertenece a un plan PFFS.

Si su proveedor acepta los términos y condiciones de pago del plan, debe seguirlos y facturar al plan por sus servicios. Sin embargo, su proveedor puede decidir en cualquier visita futura dejar de tratarlo.

Si su proveedor no está de acuerdo con los términos y condiciones de pago del plan, el plan solo debe pagar a su proveedor por los servicios de emergencia, los servicios de urgencia y diálisis fuera del área. Para otros servicios cubiertos, deberá encontrar otro proveedor que acepte el plan PFFS.

Sin embargo, si su proveedor decide tratarlo, solo puede facturarle los costos compartidos permitidos por el plan. Deben facturar al plan por sus servicios cubiertos. Solo debe pagar el copago o coseguro que el plan permite para sus servicios cuando los recibe. Luego, el proveedor le facturará al plan la cantidad de los servicios cubiertos.

**Nota:** Un PFFS también puede permitir la “facturación de saldo”, lo que significa que un proveedor puede cobrar hasta un 15% adicional de la cantidad que paga Medicare y facturarle esa cantidad.

Si su plan permite la facturación del saldo, es posible que deba pagar tanto el copago o coseguro del plan como la diferencia entre lo que cobró el proveedor y la cantidad que paga Medicare.

#### ¿Están cubiertos los medicamentos recetados?

A veces. Si el plan de PFFS no ofrece cobertura de medicamentos, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) aparte para obtener esa cobertura.

## Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

### Planes de Necesidades Especiales (SNP, en inglés)

Un plan de Necesidades Especiales (SNP, en inglés) proporciona beneficios y servicios para personas con enfermedades, necesidades de salud específicas o que también tienen cobertura de Medicaid. Los SNP adaptan sus beneficios, opciones de proveedores y formularios de medicamentos para mejor satisfacer las necesidades específicas de los grupos a que sirven.

Los SNP son tipos de planes HMO, PPO o HMOPOS y cubren los mismos beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare que todos los planes Medicare Advantage cubren. Sin embargo, los SNP podrían cubrir servicios adicionales para los grupos especiales a que sirven. Por ejemplo, si usted padece de una afección grave o crónica, como cáncer o insuficiencia cardíaca crónica, y necesita ser internado en el hospital, un SNP podría cubrir días adicionales en el hospital. Los SNP también deben proporcionar cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D).

Cada SNP limita su membresía a personas en uno de estos grupos, o un subconjunto de uno de estos grupos. Solo puede permanecer inscrito en un SNP si continúa cumpliendo con las condiciones especiales que ofrece el plan.

Puede calificar para un SNP si vive en el área de servicio del plan y cumple con los requisitos para uno de los 3 tipos de SNP:

**1. Condición Crónica SNP (o C-SNP):** Tiene una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes específicas, como:

- Dependencia crónica de alcohol y otras drogas
- Ciertos trastornos autoinmunes
- Cáncer (excluyendo condiciones precancerosas)
- Ciertos trastornos cardiovasculares
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia
- Diabetes mellitus
- Enfermedad hepática en etapa terminal
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis (cualquier modo de diálisis)
- Ciertos trastornos hematológicos graves
- VIH/SIDA
- Ciertos trastornos pulmonares crónicos
- Ciertas condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Ciertos trastornos neurológicos
- Derrame cerebral

## Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

**2. SNP Institucional (o I-SNP):** Vive en la comunidad, pero necesita el nivel de cuidado que ofrece un centro, o si vive (o se espera que viva) durante al menos 90 días seguidos en un centro como:

- Asilo de ancianos
- Centro de cuidado intermedio
- Centro de enfermería especializada
- Hospital de rehabilitación
- Hospital de cuidado a largo plazo
- Hospital con cama basculante
- Hospital psiquiátrico
- Otro centro que ofrece servicios de cuidado médico a largo plazo similares y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los residentes de los centros enumerados anteriormente

**3. SNP con doble elegibilidad (o D-SNP):** Es elegible tanto para Medicare como para Medicaid. Los D-SNP tienen un contrato con su programa estatal de Medicaid para ayudar a coordinar sus beneficios de Medicare y Medicaid.

### **¿Puedo obtener cuidado médico de cualquier médico, otro proveedor de la salud u hospital?**

Si su SNP es un HMO, generalmente debe obtener su cuidado y servicios de médicos, otros proveedores u hospitales en la red del plan (salvo en casos de cuidado de emergencia, cuidado urgente fuera del área o servicios de diálisis fuera del área). Los SNP podrán requerir que tenga un médico de cabecera.

Sin embargo, si su SNP es un PPO, puede obtener servicios de cualquier proveedor u hospital calificado, pero generalmente a un costo más alto que el que pagaría por los servicios de un proveedor de la red.

Los SNP suelen tener especialistas en las enfermedades o condiciones que afectan a sus miembros. Tanto un HMO como un PPO SNP pueden requerir que tenga un coordinador del cuidado para ayudarle con su cuidado médico. Un coordinador del cuidado es alguien que ayuda a asegurarse de que las personas reciben el cuidado e información correcta. Por ejemplo, un SNP para personas con diabetes podría usar un coordinador de cuidado para ayudar a los miembros a vigilar el azúcar en la sangre y seguir sus dietas.

### **¿Están cubiertos los medicamentos?**

Todos los SNP deben ofrecer cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D).

## Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

### Planes de Cuentas de Ahorros Médicos

Los planes de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA, en inglés) combinan un plan de seguro de deducible alto con una cuenta de ahorros médicos que usted puede usar para pagar los costos de su cuidado médico.

1. **Plan de salud de deducible alto:** La primera parte de un plan de MSA es una forma especial de un plan de Medicare Advantage de deducible alto. El plan solamente comenzará a cubrir sus costos una vez que usted satisfaga un deducible anual alto, el cual varía según el plan.
2. **Cuenta de Ahorros Médicos (MSA, en inglés):** La segunda parte de un plan de MSA es una forma especial de una cuenta de ahorros.

Una vez que haya decidido cuál plan de MSA usted desea, tendrá que comunicarse con el plan para la información de inscripción y para inscribirse. Una vez se haya inscrito, el plan le avisará cómo establecer su cuenta con un banco elegido por el plan. Usted deberá establecer esta cuenta antes de que se pueda procesar su inscripción. Después de recibir una carta del plan avisándole cuándo comenzará su cobertura. Una vez se inscriba, tiene cobertura:

- Medicare entrega al plan una cantidad de dinero cada año para su cuidado médico.
- El plan deposita dinero en su cuenta en nombre de usted. Usted no puede depositar su propio dinero.
- Usted puede usar el dinero de la cuenta para pagar los costos de su cuidado, incluidos los costos de cuidado médico no cubierto por Medicare.
- Si usa todo el dinero de su cuenta y tiene gastos de bolsillo adicionales, tendrá que pagar por los servicios cubiertos por Medicare de su propio bolsillo hasta satisfacer el deducible de su plan.
- Durante el tiempo en que usted paga del bolsillo para servicios antes de satisfacer el deducible, los médicos y otros proveedores no le pueden cobrar más de la cantidad aprobada por Medicare.
- Luego de satisfacer su deducible, su plan pagará los servicios cubiertos por Medicare.
- El dinero aún está en su cuenta al final del año permanece en la cuenta, y se podrá usar para gastos de cuidado médico en años futuros. Si usted mantiene el mismo plan de MSA el año siguiente, el depósito nuevo se añadirá a la cantidad restante del año anterior.

## Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

### Planes de Cuentas de Ahorros Médicos (continuación)

#### **Planes de MSA y sus impuestos**

Si usted usa fondos de su cuenta, deberá incluir el Formulario del IRS 8853 con información sobre cómo usó el dinero de su cuenta al presentar sus impuestos.

Cada año, usted debería recibir un formulario 1099-SA de su banco que incluye todos los retiros de su cuenta. Usted tendrá que mostrar que tuvo Gastos médicos calificados de esta cantidad o más, o podría tener que pagar impuestos y multas adicionales.

Para una lista de servicios y productos que califican como Gastos médicos calificados y para otra información sobre los impuestos, visite [irs.gov/forms-pubs/about-publication-969](https://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969) (en inglés) para obtener una copia gratuita de la publicación del IRS #969 para el año fiscal correspondiente para obtener más información acerca del formulario de impuestos 8853.

Comuníquese con su asesor financiero personal (si tiene uno) para asesoramiento y consejos acerca de cómo elegir un plan de MSA podría afectar su situación económica.

#### **¿Puedo obtener cuidado médico de cualquier médico, otro proveedor de la salud u hospital?**

Por lo general, los planes MSA no tienen una red de proveedores de la salud. Sin embargo, puede obtener los servicios de la Parte A y B de Medicare de cualquier proveedor elegible de Medicare en los estados unidos o sus territorios.

#### **¿Están cubiertos los medicamentos?**

No. Si se inscribe en un plan MSA de Medicare y necesita cobertura de medicamentos (Parte D), tendrá que inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.

Sin embargo, si usted se inscribe en un plan MSA y ya cuenta con una póliza de Medigap con cobertura de medicamentos (algunas pólizas que se vendieron antes del 1ro de enero de 2006 ofrecían cobertura de medicamentos), usted puede seguir usando esta cobertura para pagar una parte de sus medicamentos.

## Compare los planes de Medicare Advantage

La tabla a continuación muestra información básica sobre cada tipo de plan de Medicare Advantage.

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
<b>Prima</b> ¿Cobran los planes una prima mensual?	<b>Sí</b> Muchos cobran una prima adicional a la prima mensual de la Parte B.	<b>Sí</b> Muchos cobran una prima adicional a la prima mensual de la Parte B.	<b>Sí</b> Muchos cobran una prima adicional a la prima mensual de la Parte B.	<b>Sí</b> Muchos cobran una prima adicional a la prima mensual de la Parte B.	<b>No</b> No tendrá que pagar una prima mensual aparte, pero seguirá pagando la prima mensual de la Parte B.
<b>Medicamentos</b> ¿El plan ofrece cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)?	<b>Usualmente</b> Si se inscribe en una HMO que no ofrece cobertura de medicamentos, no podrá obtener un plan de Medicare para medicamentos por separado.	<b>Usualmente</b> Si se inscribe en un plan de PPO que no ofrece cobertura de medicamentos, no podrá obtener un plan de Medicare para medicamentos aparte.	<b>Usualmente</b> Si se inscribe en un plan de PFFS que no ofrece cobertura de medicamentos, podrá obtener un plan de Medicare para medicamentos aparte.	<b>Sí</b> Todos los SNP deberán ofrecer cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D).	<b>No</b> Tendrá que inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos aparte. Si ya cuenta con una póliza de Medigap con cobertura de medicamentos, podrá seguir usando esta cobertura.
<b>Proveedores</b> ¿Puedo usar cualquier médico u hospital que acepta Medicare por los servicios cubiertos?	<b>A veces</b> Por lo general, deberá hacerse ver con médicos, otros proveedores de servicios de salud u hospitales que se encuentran en la red del plan (salvo en caso de cuidado de emergencia, cuidado urgente o diálisis fuera del área).  En un HMOPOS, podría obtener <b>algunos</b> servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.	<b>Sí</b> Cada plan tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores que usted puede usar. Sus costos podrán ser más altos si usa proveedores fuera del plan.	<b>Sí</b> Puede visitar a cualquier médico aprobado por Medicare, otro proveedor de servicios de salud u hospital <b>que acepte los términos de pago del plan y esté de acuerdo en brindarle tratamiento</b> . Si el plan tiene una red, usted puede usar cualquiera de los proveedores de la red (si se hace ver con un proveedor de fuera de la red que acepta los términos del plan, podría pagar más).	<b>A veces</b> Si su SNP es un HMO, deberá obtener su cuidado y servicios de médicos u hospitales de la red del SNP (salvo en el caso de emergencia, cuidado urgente o necesita diálisis fuera del área). Sin embargo, si su SNP es un PPO, puede obtener servicios cubiertos por Medicare fuera de la red.	<b>Sí</b> Los planes MSA no tienen una red de proveedores. Usted puede elegir cualquier proveedor aprobado por Medicare para obtener los servicios cubiertos por el Medicare Original.
<b>Referidos</b> ¿Necesito un referido de mi médico para hacerme ver con un especialista?	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No</b>	<b>Quizá</b> Si el SNP es un HMO, necesita un referido. Si el SNP es un PPO, usted no necesita un referido.	<b>No</b>



## ¿Qué ocurre si tengo una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)?

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, no puede comprar Medigap. Sin embargo, si tiene una póliza Medigap existente, existen varias excepciones (según el estado) que pueden permitirle mantener esta póliza. Por ejemplo, si ya tenía un plan Medigap cuando se inscribe en una MSA, puede conservar su póliza Medigap y usarla para la cobertura de medicamentos recetados. Consulte con el Departamento Estatal de Seguros si desea mantener una póliza Medigap e inscribirse en un plan Medicare Advantage. No puede usar Medigap para pagar los copagos, deducibles y primas de su plan Medicare Advantage.

Si desea cancelar su póliza Medigap, comuníquese con su compañía de seguros. En la mayoría de los casos, si cancela su póliza Medigap para inscribirse en un plan Medicare Advantage, es posible que no pueda recuperar la misma póliza. Si tiene Medicare Advantage, es ilegal que alguien le venda una póliza Medigap a menos que regrese al Medicare Original. Si no piensa cancelar su plan Medicare Advantage y alguien trata de venderle una póliza Medigap, repórtelo a su Departamento Estatal de Seguros.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage por primera vez y decide que el plan no es el indicado para usted, tendrá un derecho especial (que se denomina un “derecho de prueba”), bajo ley federal, para comprar una póliza de Medigap y un plan de Medicare para medicamentos. Tiene este derecho si vuelve a Medicare Original dentro de 12 meses de haberse inscrito.

- Si se inscribió en un plan Medicare Advantage cuando fue elegible por primera vez para Medicare (y no está satisfecho con el plan), puede elegir entre cualquier póliza de Medigap dentro del primer año de inscribirse.
- Si tenía una póliza de Medigap antes de inscribirse, es posible que pueda recuperar la misma póliza si la compañía todavía la tiene en venta. Si no está disponible, puede adquirir otra póliza de Medigap.

Los planes Medigap vendidos a personas recientemente elegibles para Medicare no pueden cubrir el deducible de la Parte B. Para más información sobre los planes Medigap, consulte “Selección de una Póliza Medigap: La Guía para las Personas con Medicare”.

## ¿Dónde puedo obtener más información?

- **Encuentre un plan de Medicare**

Compare los planes de salud y de medicamentos para encontrar la cobertura adecuada. También puede ingresar sus medicamentos para obtener costos más precisos para los planes en su área. Visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para buscar y comparar los planes apropiados.

- **1-800-MEDICARE**

1-800-MEDICARE puede ayudarle con preguntas específicas relativa a la facturación, reclamaciones, expedientes médicos, gastos y más. Llame al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, en inglés)**

Los SHIP son programas estatales que reciben dinero del gobierno federal para brindar asesoría gratuita sobre seguros de salud locales a personas con Medicare. Los SHIP no están relacionados con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los voluntarios de los SHIP pueden ayudarle con las siguientes preguntas o dudas acerca de Medicare:

- Sus derechos con Medicare
- Problemas de facturación
- Querellas sobre su cuidado médico o tratamiento
- Opciones de planes
- Cómo funciona Medicare con otros seguros
- Buscando ayuda para pagar costos de cuidado médico

Puede obtener el número de teléfono del SHIP de su estado visitando [shiphelp.org](https://shiphelp.org) o llamando al 1-800-MEDICARE.

- **Planes de Medicare Advantage**

Comuníquese con los planes que le interesan para información detallada sobre los costos y la cobertura.

## 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 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:** [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







# 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. 12026-S

Revisado: Julio 2022

## Explicando los Planes Medicare Advantage

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

Do you need a copy in English?

Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

