



Medicare y el cuidado de la salud en el hogar

Esta publicación **oficial** del gobierno contiene información sobre:

- Quién es elegible
- Cuáles son los servicios cubiertos
- Cómo buscar y comparar las agencias de asistencia médica a domicilio
- Sus derechos como beneficiario de Medicare



La información en esta publicación describe el Programa de Medicare en el momento de su impresión. Tal vez se hayan hecho cambios durante la impresión. Si desea obtener la información más actualizada, visite [es.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

“Medicare y el cuidado de la salud en el hogar” no es un documento legal. Las normas oficiales del programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Contenido

Sección 1: La cobertura Medicare del cuidado de la salud en el hogar	5
Quién es elegible	5
Cómo paga Medicare por el cuidado de la salud en el hogar	7
Lo que cubre Medicare	8
Lo que Medicare no cubre	10
Lo que usted paga	10
“Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario”	10
Su derecho a una apelación acelerada	13
Sección 2: Elegir de una agencia para el cuidado de la salud en el hogar	15
Busque una agencia certificada por Medicare	15
Lista de verificación de las agencias	16
Normas especiales para las agencias de cuidado de la salud en el hogar	17
Más información sobre las agencias de cuidado de la salud en el hogar	17
Sección 3: Obtenga los servicios para el cuidado de su salud en el hogar	19
Su plan de cuidado	19
Sus derechos como beneficiario de Medicare	20
Dónde presentar una queja sobre la calidad del cuidado de la salud en el hogar	21
Lista de verificación del cuidado de la salud en el hogar	22
Sección 4: Obtenga la ayuda que necesita	23
Ayuda con sus preguntas sobre el beneficio del cuidado de la salud en el hogar	23
Lo que debe saber acerca de fraude	24
Definiciones	27



Cuidado de salud en el hogar

Muchos de los tratamientos médicos que antes sólo se realizaban en el hospital o en el consultorio médico, ahora pueden hacerse en su hogar. La atención médica que se brinda en su hogar generalmente es menos costosa, más cómoda y ser tan eficaz como la del hospital o la que recibe en un centro de enfermería especializada. En general, el objetivo del cuidado de la salud en el hogar es brindar tratamiento para una enfermedad o lesión. Cuando sea posible, el cuidado de salud en el hogar puede ayudarlo a recuperarse, recuperar su independencia y ser más autosuficiente. El cuidado médico en el hogar también puede ayudarlo a mantener su condición o nivel de función actual, o disminuir la dificultad.

Si usted reúne los requisitos, y los servicios son considerados razonables y necesarios para el tratamiento de su enfermedad o lesión, Medicare pagará por ciertos servicios para el cuidado de la salud en el hogar.

Si usted recibe sus beneficios de un **plan de salud de Medicare** (no del **Medicare Original**), consulte con su plan para conocer cuáles beneficios de cuidado de salud en el hogar están cubiertos.

Las palabras
en **rojo** están
definidas en
las páginas
27–28.

Sección 1: La cobertura Medicare del cuidado de la salud en el hogar

Quién es elegible

Si usted es un beneficiario de Medicare puede usar los servicios de cuidado de la salud en el hogar si:

- Está bajo el cuidado de un médico o profesional autorizado (incluido un enfermero practicante, un especialista en enfermería clínica y un asistente médico) y recibe servicios como parte de un plan de atención que establecido por su médico o proveedor autorizado y revisado periódicamente.
- Su médico o proveedor autorizado certifica que necesita uno o más de estos:
 - Cuidado de enfermería especializado intermitente (diferente a tomas de muestra de sangre)
 - Terapia física
 - Terapia del lenguaje/habla
 - Terapia ocupacional continuaVea la página 9 para más detalles acerca de estos servicios.
- La agencia que le brinda estos servicios está aprobada por Medicare.
- Su médico o proveedor autorizado certifica que está confinado a su hogar. Estar confinado a su hogar significa:
 - Su condición no lo permite salir de su hogar sin ayuda (por ejemplo con una silla de ruedas, un andador, con transporte especial o ayuda de otra persona) debido a una lesión o enfermedad, o no es recomendable salir su hogar debido a su condición,
 - Normalmente no puede salir de su casa porque es un gran esfuerzo.
 - La persona puede salir de su casa para un tratamiento médico o una salida corta y muy poco frecuente por motivos no médicos como un viaje ocasional al barbero,

un paseo por la cuadra, asistir a una reunión familiar, un funeral, graduación u otro evento infrecuente o único. Aún puede obtener cuidado médico en el hogar si asiste a un centro de cuidado para adultos o servicios religiosos. Usted puede continuar recibiendo los beneficios para el cuidado de la salud en el hogar si asiste a un centro diurno para adultos.

- Su médico o proveedor autorizado documenta que han tenido un encuentro presencial con usted dentro de los plazos requeridos y que como resultado se determinó que usted está confinado en su casa y necesita atención especializada.

Quien no es elegible

Si necesita servicios de enfermería especializada por más tiempo que “intermitente” no califica para cuidado de salud en el hogar. Medicare define “intermitente” como cuidado de enfermería especializada que se necesita:

- Menos de 7 días por semana
- Menos de 8 horas por día, en un período de 21 días. En algunos casos, Medicare podría extender el límite de 3 semanas en circunstancias excepcionales.

Si se espera que necesite cuidado de enfermería especializada a tiempo completo durante un período de tiempo prolongado, generalmente, no calificaría para cuidado de salud en el hogar.



Cómo paga Medicare por el cuidado de la salud en el hogar

Medicare paga los servicios de cuidado de la salud en el hogar que usted recibe durante un período de atención de 30 días. Puede tener más de un período de atención de 30 días. El pago por cada período de 30 días se basa en su condición y necesidades de atención.

Recibir servicios de una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare puede disminuir los gastos de su bolsillo. La agencia certificada por Medicare acepta las siguientes condiciones:

- que Medicare le pague
- que Medicare le pague sólo la cantidad aprobada para dichos servicios

El beneficio de cuidado de la salud en el hogar del **Medicare Original** sólo paga por los servicios que recibe de la agencia de cuidado de la salud en el hogar. Los otros servicios médicos y equipos por lo general están cubiertos como parte de sus otros beneficios de Medicare.

Nota: Antes de que comience su cuidado de salud en el hogar, la agencia de cuidado de salud en el hogar debe informarle cuánto de su factura pagará Medicare. La agencia también debe informarle si Medicare no cubre alguno de los artículos o servicios que le brindan y cuánto tendrá que pagar por ellos. Deben explicárselo tanto de forma verbal como por escrito.

Qué está cubierto

Si es elegible para de cuidado de la salud en el hogar, Medicare cubre los siguientes servicios si son razonables y necesarios para el tratamiento de su enfermedad o lesión. Medicare cubre servicios de enfermería y terapia especializados cuando su médico o proveedor autorizado determina que el cuidado que usted necesita requiere la evaluación especializada, el conocimiento y las habilidades de una enfermera o terapeuta.

- **El cuidado de enfermería especializado.** Medicare cubre cuidado de enfermería especializada cuando los servicios que necesita:
 - Requieren las habilidades de una enfermera
 - Son razonables y necesarios para el tratamiento de su enfermedad o lesión
 - Se ofrecen a tiempo parcial o intermitente (visitas para extracción de sangre no están cubiertos por Medicare). “A tiempo parcial o intermitente” significa que usted puede obtener cuidado de salud en el hogar y servicios

de enfermería especializada (combinados) cualquier cantidad de días a la semana, siempre que se brinden los servicios:

- Menos de 8 horas por día
- 28 o menos horas por semana (o hasta 35 horas a la semana en algunas situaciones limitadas)

Puede recibir los servicios de enfermería especializados por una enfermera registrada o licenciada. Si usted recibe servicios de una enfermera licenciada, su cuidado será supervisado por una enfermera registrada. Las enfermeras de cuidado de salud en el hogar brindan atención directa y le enseñan a usted y a sus familiares sobre su cuidado.

Ejemplos de cuidado de enfermería especializado incluyen: la administración de ciertos medicamentos intravenosos, inyecciones, o alimentación por un tubo; cambio de vendajes; y el entrenamiento sobre el cuidado de diabetes o los medicamentos recetados. Cualquier servicio que usted puede recibir de manera segura por una persona que no es enfermera (incluyéndolo a usted mismo) sin la supervisión de una enfermera, **no es** cuidado de enfermería especializado.

- **Servicios de la terapia física, ocupacional y del lenguaje/habla.** Sus servicios de terapia son considerados razonables y necesarios en el hogar si:
 - Son un tratamiento específico, seguro y eficaz para su condición.
 - Estos son lo suficientemente complejos como para que sólo pueda obtenerlos de manera segura y efectiva de un terapeuta calificado (o bajo la supervisión de un terapeuta calificado).
 - Su condición requiere una de las siguientes:
 - Terapia para restaurar o mejorar la función afectada por su enfermedad o lesión.
 - Un terapeuta especializado o un asistente de terapeuta para realizar de manera segura y terapia para ayudarle a mantener su condición actual o prevenir que su condición empeore.
 - La cantidad, frecuencia y duración del servicio debe ser razonable.

- **Servicios de cuidado médico en el hogar:** Medicare pagará los servicios de cuidado médico en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (como cuidado personal), si usted lo necesita para mantener su salud o tratar su enfermedad o lesión y si los ofrece su proveedor de servicios de salud en el hogar. Sin embargo, Medicare no cubre servicios de cuidado médico en el hogar a menos que también reciba cuidado especializado. Éste incluye:
 - Cuidado de enfermería especializada
 - Fisioterapia
 - Servicios de patología del habla y el lenguaje
 - Terapia ocupacional continua, si ya no necesita ninguno de lo anterior
- **Servicios de asistencia social de Medicare.** Medicare cubre estos servicios cuando son ordenados por un médico o proveedor autorizado para ayudarle con las inquietudes sociales y emotivas como consecuencia de su enfermedad. Estos servicios pueden incluir asesoría personal o ayuda para encontrar los recursos que le ofrece su comunidad.
- **Suministros médicos.** Medicare cubre suministros médicos, (como las vendas) cuando su médico o proveedor autorizado los ordene como parte de su atención.

Medicare paga de forma separada por el **equipo médico duradero** para su cuidado de salud en el hogar. El equipo debe cumplir ciertos criterios y ser ordenado por un médico o proveedor autorizado. Medicare generalmente paga el 80% de la cantidad aprobada para cierto equipo, como las sillas de ruedas o los andadores. Si la agencia no le provee el equipo directamente, el personal de la agencia normalmente hará los arreglos necesarios para que el suplidor le entregue el equipo.

La agencia de salud en el hogar debe realizar una evaluación inicial de todas sus necesidades de atención y debe comunicar esas necesidades al médico o proveedor autorizado responsable de su plan de atención. Después de eso, la agencia de salud en el hogar debe evaluar sus necesidades de manera rutinaria. La agencia de salud en el hogar es responsable de satisfacer todas sus necesidades médicas, de enfermería, de rehabilitación, sociales y de planificación del alta, como se indica en su plan de atención de salud en el hogar.

Lo que no está cubierto

Abajo hay algunos ejemplos de lo que Medicare no paga:

- Cuidado en el hogar las 24 horas del día.
- Comidas entregadas en el hogar.
- Servicios como ayuda con las compras, la limpieza, la lavandería.
- Cuidado personal o de custodia, como por ejemplo ayuda para bañarse, vestirse y usar el (baño cuando es el único tipo de servicio que necesita.)

Hable con su médico (o proveedor autorizado) o agencia de cuidado de la salud en el hogar si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de ciertos servicios. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Aviso: Si usted tiene una póliza del Seguro Suplementario a Medicare (**Medigap**) u otro seguro, asegúrese de informarle a su proveedor de atención médica para que sus cuentas sean pagadas correctamente.

Lo que usted paga

Puede que tenga que pagar por:

- Servicios y suministros que nunca son pagados por Medicare, como el cuidado de los pies de rutina.
- Los servicios médicos y suministros que Medicare usualmente paga pero no lo pagará en esta situación y usted decide pagarlo. La agencia de cuidado de la salud en el hogar le enviará una carta llamada. “Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario” (ABN en inglés) en estas situaciones.
- El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico cubierto por Medicare como las sillas de ruedas, andadores u oxígeno.

“Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario”

La agencia de cuidado de la salud en el hogar debe darle un aviso por escrito denominado como “Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario” (ABN en inglés) antes de darle un servicio o suministro de salud en el hogar que Medicare cubrirá debido a:

- El cuidado no es médicamente razonable y necesario.

- La atención es no calificada, cuidado personal, como ayuda para bañarse o vestirse.
- Usted no está confinado en su casa.
- No necesita cuidados especializados de manera intermitente

Cuando usted recibe un ABN el aviso debe describir ese servicio y/o suministro y explicarle porqué Medicare no lo pagará. El ABN le da instrucciones claras para que obtenga una decisión oficial de Medicare sobre el pago de los servicios y para presente una **apelación** de la decisión en caso de que Medicare no los pague.

En general, para obtener una decisión de pago oficial usted debe:

- Continuar recibiendo los servicios y/o suministros de salud en el hogar si piensa que los necesita. La agencia debe informarle cuánto le costarán. Hable con su médico o proveedor autorizado y con su familia sobre esta decisión.
- Entender que tal vez tenga que pagar a la agencia por dichos servicios y/o suministros.
- Pedirle a su agencia que envíe la reclamación a Medicare para que decida si paga o no. Usted tiene el derecho de pedirle a la agencia que le mande la factura a Medicare.

Si el **Medicare Original** decide pagar por los servicios que usted recibe, se le reembolsará todo el dinero que haya pagado, excepto por el coseguro o deducible, incluyendo cualquier coseguro que tenga que pagar por el **equipo médico duradero**.

La agencia de salud en el hogar también debe darle el ABN o un “Aviso de Cambio en la Asistencia Médica a Domicilio” (HHCCN en inglés) antes de que ellos reduzcan interrumpen los servicios o suministros de salud en el hogar que resulten en un cambio en su plan de atención.

Ejemplos:

- La agencia de atención médica en el hogar toma la decisión como política comercial de reducir o dejar de brindarle algunos o todos sus servicios o suministros médicos domiciliarios.
- Su médico o proveedor autorizado ha cambiado o no ha renovado sus órdenes.

Su derecho a una apelación acelerada

Cuando estén terminando todos los servicios cubiertos de la agencia de cuidado de la salud en el hogar, usted podría tener derecho a solicitar una



apelación acelerada si piensa que estos servicios están terminando antes de tiempo. Durante la apelación acelerada, una organización independiente llamada Organización para el Mejoramiento de Calidad del Centro de Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) evalúa su caso y decide si sus servicios para el cuidado de la salud en el hogar deben continuar.

Su agencia de cuidado de la salud en el hogar debe darle un aviso por escrito llamado Aviso de no cobertura de Medicare (NOMNC en inglés) por lo menos dos días antes de que terminen los servicios cubiertos. Si no le dan el aviso, pídale. Léalo con atención. El aviso contiene información importante sobre:

- La fecha en la que terminará el servicio cubierto
- Cómo solicitar una apelación acelerada
- Su derecho a obtener una explicación detallada sobre la razón por la que terminan los servicios
- Cualquiera otra información requerida por Medicare

Si solicita una apelación acelerada, la BFCC-QIO le preguntará por qué piensa que la cobertura de los servicios debe continuar. La BFCC-QIO también revisará su historial médico y hablará con su médico o proveedor autorizado. La BFCC-QIO le comunicará su decisión, generalmente 3 días después de la fecha del Aviso de No Cobertura de Medicare.

Si la BFCC-QIO decide que los servicios de salud en el hogar deben continuar, Medicare continuará cubriendo estos servicios excepto cualquier coseguro o deducible aplicable.

Si la BFCC-QIO decide que los servicios de salud en el hogar no deben continuar, usted tendrá que pagar por cualquier servicio que reciba después de la fecha del Aviso de no cobertura de Medicare donde le indican cuándo los servicios deben terminar. Su agencia de salud en el hogar debe darle un ABN con un estimado de cuánto costarán estos servicios.

Usted puede terminar los servicios antes o en la fecha del Aviso para evitar pagar por cualquier servicio futuro. Si no solicita una **apelación** rápida y desea continuar recibiendo servicios después de la fecha indicada en el Aviso, su agencia de salud en el hogar debe darle un ABN para hacerle saber lo que debe pagar.



Para obtener más información sobre su derecho a una apelación rápida y otros derechos de apelación de Medicare, o visite [es.Medicare.gov/appeals](https://www.medicare.gov/appeals). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



Sección 2: Elegir de una agencia para el cuidado de la salud en el hogar

Busque una agencia certificada por Medicare

Si su médico o proveedor autorizado indica que usted necesita servicios de salud en el hogar, usted puede escoger una agencia de la lista de agencias participantes certificadas por Medicare que prestan servicios en su zona. Estas agencias son certificadas para garantizar que cumplan con ciertos requisitos federales de salud y seguridad. Encuentre un proveedor de atención médica en el hogar en [es.Medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare).

Usted tiene voz y voto en qué agencia usar, y su médico (o proveedor autorizado), planificador de altas hospitalarias u otra agencia de referencia debe respetar su elección. Sin embargo, sus opciones pueden estar limitadas por la disponibilidad de la agencia, los servicios que la agencia ofrece o por su cobertura de seguro. Si tiene un **Plan Medicare Advantage** (como HMO o PPO) u otro **plan de salud de Medicare** tal vez tenga como requisito que use una de las agencias que tienen contrato con ellos. Llame a su plan para más información.

Las palabras
en **rojo** están
definidas en
las páginas
27–28.

Lista de verificación de las agencias

Use esta lista cuando esté escogiendo una agencia.

Nombre de la agencia de cuidado de la salud en el hogar _____

Pregunta	Sí	No	Comentarios
1. ¿Está certificada por Medicare?			
2. ¿Ofrece los servicios de salud que yo necesito (como servicios de enfermería especializadas y terapia física)?			
3. ¿Satisface mis necesidades especiales (como preferencias culturales o de idioma)?			
4. ¿Ofrece los servicios de cuidado personal que yo necesito (como ayuda para bañarme, vestirme y usar el baño)?			
5. ¿Ofrece los servicios de apoyo que necesito o puede ayudarme a recibir servicios adicionales como el de entrega de comidas que necesito? (Nota: Generalmente, estos tipos de servicios no están cubiertos por Medicare).			
6. ¿Tiene personal disponible para brindarme el tipo y las horas de atención ordenados por mi médico o proveedor autorizado y pueden comenzar cuando lo necesite?			
7. ¿Me la ha recomendado mi médico, el planificador de altas del hospital, médico (o proveedor autorizado) o trabajador social?			
8. ¿Tiene personal disponible durante la noche y los fines de semana por si tengo una emergencia?			
9. ¿La agencia me explicó lo que cubre mi seguro y lo que debo pagar de mi bolsillo?			
10. ¿Tiene cartas de pacientes satisfechos, familiares y médicos/proveedores que pueden declarar que el personal de la agencia hace un buen trabajo?			

Normas especiales para las agencias de cuidado de la salud en el hogar

Por lo general, la mayoría de las agencias certificadas por Medicare aceptarán a todas las personas en Medicare. La agencia no tiene obligación de aceptarlo si determina que no puede brindarle los servicios que necesita. La agencia no puede negarse a aceptarlo por su problema de salud, a menos que la agencia también se niegue a aceptar a otras personas que tengan el mismo problema.

Medicare sólo pagará por los servicios de una agencia a la vez. Usted puede terminar su relación con una agencia y seleccionar otra agencia en cualquier momento. Comuníquese con su médico o proveedor autorizado para que lo refiera a otra agencia. Usted debe comunicarles sobre el cambio a la agencia que está dejando y a la nueva agencia que le prestará servicios.

Más información sobre las agencias de cuidado de la salud en el hogar

Su Agencia Estatal de Inspección, inspecciona y certifica a las agencias de cuidado de la salud en el hogar para Medicare. Pídale el informe de la inspección de cualquier agencia de cuidado de la salud en el hogar que está considerando. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

En algunos casos, su intermediario local de cuidado a largo plazo puede tener información sobre las agencias de su zona. Visite ltcombudsman.org, eldercare.acl.gov, o llame al Localizador Eldercare al 1-800-677-1116.

Si desea más información sobre las agencias de cuidado de la salud en el hogar:

- Pregúntele a su médico (u otro proveedor autorizado), planificador de altas del hospital o a su trabajador social.
- También le puede preguntar a un familiar o amigo sobre su propia experiencia con alguna agencia.
- Utilice el servicio de referencia de la comunidad u otra agencia de la comunidad que lo ayuda con sus problemas de salud.



Sección 3: Obtenga los servicios para el cuidado de su salud en el hogar

Usted necesita la orden de un médico o proveedor autorizado para comenzar y continuar con la atención médica en el hogar. Por lo general, una vez que su médico lo refiere a los servicios de cuidado de la salud en el hogar, el personal de la agencia irá a su domicilio para hablar con usted sobre sus necesidades y hacerle algunas preguntas sobre su salud. La agencia de cuidado de la salud en el hogar también hablará con su médico o proveedor autorizado sobre el tipo de atención que necesita y los mantendrá informado acerca de su progreso.

Su plan de atención

Su agencia de cuidado de la salud en el hogar trabajará con usted y con su médico o proveedor autorizado para desarrollar un plan de atención. Este plan indica qué tipo de servicio y de cuidados debe recibir para tratar su condición. Usted tiene el derecho de participar en el desarrollo del plan. El mismo incluye:

- El servicio que usted necesita y como ellos lo proveerán
- Cuáles son los profesionales de la salud que deben brindárselo
- La frecuencia con la que necesita los servicios
- Horario de visita
- El equipo médico que necesita
- Cuáles son los resultados que su médico o proveedor autorizado espera del tratamiento
- Cualquier servicio prestado por teléfono o por vídeo.

Su agencia tiene que brindarle todos los servicios nombrados en su plan de cuidado, incluyendo servicios y equipos médico. La agencia debe hacer esto a través de su propio personal o a través de un acuerdo con otra agencia. La agencia puede contratar enfermeras, terapeutas, auxiliares y consejeras de asistencia social médica para cumplir con sus necesidades.

Su médico o proveedor autorizado y el personal de la agencia evaluarán su plan de atención cada vez que sea necesario, pero por los menos una vez cada 60 días. Si su condición cambia, la agencia debe comunicárselo a su médico inmediatamente. Su equipo de cuidado médico revisará su plan harán los cambios necesarios con la aprobación de su médico o proveedor autorizado. Su equipo de atención en el hogar:

- Revisará su plan de atención y trabajará con su médico o proveedor autorizado realizar los cambios necesarios.
- Informará sobre cualquier cambio en su plan de atención. Si tiene alguna pregunta sobre su atención o si siente que no se satisfacen sus necesidades, hable tanto con su médico o proveedor autorizado como con el equipo de atención médica en el hogar.
- Le enseñará según sea apropiado (y familiares o amigos que lo estén ayudando) a continuar cualquier cuidado que necesite, incluyendo cuidar una herida, terapia y mantenimiento de una enfermedad para ayudarlo en su recuperación o para ayudarlo a permanecer en su propio hogar. Debe aprender a reconocer problemas como infecciones o falta de aire y saber qué hacer o a quién llamar si eso le ocurre.

Sus derechos cuando reciba cuidados de salud en el hogar

Usted tiene derecho a:

- Obtener un aviso por escrito sobre sus derechos antes de empezar el cuidado
- Que se respeten su hogar y sus bienes
- Que le informen con anticipación el tipo de cuidado que recibirá y cuándo cambiarán su plan de atención
- Participar en su plan de cuidado y tratamiento
- Obtener información por escrito sobre sus derechos de privacidad y de **apelación**
- Que su información personal sea confidencial
- Obtener información verbalmente y por escrito sobre lo que se espera que pague Medicare y lo que le corresponderá pagar a usted por los servicios
- Presentar una queja sobre la calidad de los servicios y a que la agencia haga un seguimiento sobre su queja
- Conocer el número de teléfono de la línea para el cuidado de la salud en el hogar de su estado, para llamar si tiene una queja o una pregunta sobre los servicios que recibe

Visite [es.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para conocer más sobre sus derechos y protecciones. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Dónde presentar una queja sobre la calidad del cuidado de la salud en el hogar

Si usted tiene una queja de la calidad del cuidado que está recibiendo de una agencia de cuidado de la salud en el hogar, puede llamar a:

- Su línea estatal de cuidado de la salud en el hogar. Su agencia de cuidado de la salud en el hogar le debe dar este número de teléfono cuando comienza a recibir cuidado de la salud en el hogar.
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad del Centro de Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO en inglés) de su estado. También puede llamar al 1-800-MEDICARE para obtener el número de su BFCC-QIO.



Lista de verificación del cuidado de la salud en el hogar

Esta lista puede ayudarle (y ayudar a su familia o amigos que lo cuidan) a controlar el cuidado de su salud en el hogar. Úsela para asegurarse de que está recibiendo servicios de calidad.

Quando recibo cuidado en mi hogar	Sí	No	Comentarios
1. El personal es atento y nos trata a mi familia y a mí con respecto.			
2. El personal nos explica el plan de atención, nos permite participar en el desarrollo del plan y nos avisa con anterioridad sobre cualquier cambio.			
3. El personal está entrenado y licenciado para brindarme los servicios que necesito.			
4. La agencia me explica qué hacer si tengo algún problema con el personal o con el cuidado que recibo.			
5. La agencia responde rápidamente a mis pedidos.			
6. El personal verifica en cada visita mi estado físico y emocional.			
7. El personal reacciona rápidamente frente a cualquier cambio en mi salud o en mi conducta.			
8. El personal revisa mi casa y me sugiere los cambios pertinentes para que mi hogar sea un lugar seguro y se adapte a mis necesidades.			
9. El personal me ha explicado qué hacer si tengo una emergencia.			
10. La agencia y el personal protegen mi privacidad.			

Sección 4: Obtenga la ayuda que necesita

Ayuda con sus preguntas sobre cobertura

Si tiene preguntas sobre cobertura y tiene **Medicare Original**, visite [es.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si usted recibe sus beneficios de Medicare a través un plan **Medicare Advantage (Parte C)** u otro **plan de salud de Medicare**, llame a su plan.

También puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Los SHIP son programas estatales que reciben dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Los asesores de SHIP pueden responder preguntas sobre los beneficios de cuidado de salud en el hogar de Medicare y lo que pagan Medicare, **Medicaid** y otros tipos de seguros. Para obtener el número de teléfono de su SHIP, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

Las palabras en **rojo** están definidas en las páginas 27–28.

Lo que debe saber acerca de fraude

En general, la mayoría de las agencias para el cuidado de la salud en el hogar son honestas y facturan correctamente. Desafortunadamente, a veces hay algunas que cometen fraude. El fraude le cuesta mucho dinero a Medicare, dinero que podría usarse para pagar reclamaciones. Usted tiene un papel importante en la lucha para prevenir el fraude.

Usted debe estar atento a estas señales de fraude:

- Las visitas de la agencia ordenadas por su médico o proveedor autorizado y que usted no recibió.
- Visitas innecesarias del personal de la agencia de cuidado de salud en el hogar que no pidió.
- Facturas por equipo o servicios que nunca recibió.
- Firmas falsas (suya o la de su médico proveedor autorizado) en los formularios médicos u órdenes de equipo.
- La presión que puedan hacerle para que acepte artículos o servicios que no necesita o que Medicare no cubre.
- Artículos que aparecen en su **Resumen de Medicare** (MSN en inglés) y que usted piensa que no recibió o usó.
- Servicio para la salud en el hogar que su médico o proveedor autorizado no ordenó. El médico o proveedor autorizado que ordena estos servicios debe conocerlo y participar en su atención. Si cambian su plan de servicios, asegúrese de que su médico o proveedor autorizado haya participado en los cambios.
- Una agencia de cuidado de la salud en el hogar que le ofrece artículos o servicios gratuitos a cambio de su número de Medicare. Cuide a su tarjeta de Medicare como cuidaría a una tarjeta de crédito o efectivo. Nunca proporcione su número de Medicare o **Medicaid** a una persona que le ofrezca un servicio gratis y le pida el número para mantenerlo en sus archivos.

La mejor manera de proteger su beneficio de cuidado de la salud en el hogar es saber qué cubre Medicare y cuál es el plan de atención que su médico o proveedor autorizado ha diseñado para usted. Si hay algo que no entiende, pregunte.

Las palabras
en **rojo** están
definidas en
las páginas
27–28.

Cómo denunciar un fraude

Si usted sospecha de un fraude:

- Comuníquese con su agencia de cuidado de la salud en el hogar para asegurarse de que su factura esté correcta.
- Llame a la línea de la oficina del Inspector General:

Por teléfono: 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)

Por fax: 1-800-223-2164 (máximo 45 páginas)

Por correo electrónico: oig.hhs.gov/fraud/report-fraud

Por correo: Departamento de Salud y

Servicios Humanos

Oficina del Inspector General

ATTN: OIG HOTLINE OPERATIONS

P.O. Box 23489

Washington, DC 20026

Por favor tenga en cuenta que la política de la línea de ayuda es no responder directamente a las comunicaciones por escrito.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Importante: Si usted está denunciando un fraude por favor provea mayor la información que le sea posible. Incluya el nombre de la persona o compañía, dirección, número de teléfono y lo básico del quién, qué, cuándo, dónde, por qué y cómo.



Definiciones

Apelación—una acción que puede hacer si no está de acuerdo con la cobertura o una decisión de pago de Medicare o de su plan de salud o de su plan de medicamentos. Usted puede apelar si Medicare o su plan le niega alguno de los siguientes:

- Su solicitud de un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento con receta que usted piensa que debería obtener
- Su solicitud de pago por un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento recetado que ya obtuvo
- Su solicitud para cambiar la cantidad que debe pagar por un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento recetado

También puede apelar si Medicare o su plan deja de proporcionar o pagar por todo o parte de un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento recetado que usted crea que todavía necesita.

Equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés)—Cierta equipo médico ordenado por su médico para ser usado en el hogar, como, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Medicaid—Un programa conjunto estatal y federal que ayuda a pagar los gastos médicos de las personas con ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían en cada estado, pero la mayoría de los costos del cuidado de la salud están cubiertos si usted califica tanto Medicare como Medicaid.

Medicare Original—Un plan de salud 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).

Plan Medicare Advantage (Parte C)—Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare. En los planes Medicare Advantage todos los servicios cubiertos por las Partes A y B con algunas exclusiones, por ejemplo, ciertos aspectos de los ensayos clínicos que están cubiertos por Medicare Original aunque todavía esté en el plan. Los planes Medicare Advantage incluyen:

- Organizaciones para el mantenimiento de la salud
- Organizaciones de proveedores preferidos
- Planes privados de pago por servicio
- Planes para necesidades especiales
- Planes de cuenta de ahorros médicos de Medicare

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage:

- La mayoría de los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan
- Medicare Original no paga la mayoría de los servicios de Medicare
- La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos recetados.

También puede apelar si Medicare o su plan deja de proporcionar o pagar por todo o parte de un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento recetado que usted crea que todavía necesita.

Plan de salud de Medicare—Planes ofrecidos por compañías privadas que tienen contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A, la Parte B y, en muchos casos, la Parte D. Incluye planes Medicare Advantage y otros tipos de cobertura (como planes de costos de Medicare, programas PACE y programas piloto/de demostración).

Póliza Medigap—Un seguro suplementario a Medicare vendido por una compañía privada para cubrir lo que el Medicare Original no cubre.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés)—Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoría gratuita sobre los seguros médicos a los beneficiarios de Medicare.

Resumen de Medicare (MSN)—Un aviso que recibe después de que el médico, otro proveedor de atención médica o el proveedor presenta un reclamo por los servicios de la Parte A o la Parte B en Medicare Original. Explica lo que facturó el médico, otro proveedor de atención médica o proveedor, la cantidad aprobada por Medicare, cuánto pagó Medicare y lo que usted debe pagar.

Aviso de Comunicaciones accesibles de CMS

CMS brinda ayuda y servicios auxiliares gratuitos que incluyen 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 tendrá más tiempo para realizar cualquier acción si hay un retraso en el cumplimiento de su solicitud.

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

1. Llamar:

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

Para el Mercado: 1-800-318-2596 TTY: 1-855-889-4325

2. Enviar un correo electrónico a: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Enviar un fax a: 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 del Cliente

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

Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, no niegan beneficios ni discriminan de manera alguna a ninguna persona por su raza, color, origen, incapacidad, sexo 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 estatal o local de Medicaid o Planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

1. **En línea:** hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html
2. **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. TTY puede 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

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

La información proporcionada en este documento pretende ser únicamente un resumen informal general de las normas técnicas legales. No pretende reemplazar los estatutos, regulaciones o guías políticas formales en las que se basa. Este documento resume la política y las operaciones actuales a la fecha de su presentación. Alentamos a los lectores a consultar los estatutos, regulaciones y otros materiales interpretativos aplicables para obtener información completa y actualizada.

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

**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

Producto de CMS No. 10969-S

Agosto 2023



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.

Esta publicación está disponible en inglés. Para obtener una copia gratis, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.