

**Encuesta sobre la experiencia
de la persona inscrita en un
Plan de salud autorizado
(Qualified Health Plan, QHP) - 2027**

Español

Encuesta sobre la experiencia de la persona inscrita en [QHP ISSUER NAME] - 2027

Introducción

Le pedimos que complete esta encuesta acerca de su experiencia con [QHP ISSUER NAME]. Por favor, responda las preguntas de la encuesta de acuerdo con la experiencia que tuvo con el plan de salud de julio a diciembre de 2026.

Su privacidad está protegida. Todo aquello que usted tenga que decir es privado y se utilizará solamente para esta encuesta. Sus respuestas serán parte de un conjunto de información. No compartiremos su nombre ni sus respuestas con nadie, a excepción de que lo exija la ley.

Su participación es voluntaria. Usted no tiene que responder aquellas preguntas que no desee responder. Si decide no responder, los beneficios que usted recibe no se verán afectados.

Qué debe hacer cuando haya finalizado. Una vez que haya finalizado la encuesta, colóquela en el sobre proporcionado, séllelo y envíelo de vuelta a [VENDOR ADDRESS].

Qué debe hacer si tiene preguntas. [QHP ISSUER NAME] ha contratado a [VENDOR NAME] para que realice esta encuesta. Si tiene alguna pregunta acerca de la encuesta, llame a [VENDOR NAME] al número sin costo (XXX) [XXX-XXXX], de [XX:XX] a.m. a [XX:XX] p.m. [VENDOR LOCAL TIME], de lunes a viernes (excepto los días festivos federales), o envíe un correo electrónico a [VENDOR EMAIL].

Instrucciones para la encuesta

Responda cada pregunta marcando el casillero de la izquierda de la respuesta elegida.

Se le pedirá en algunos casos que saltee ciertas preguntas de esta encuesta. Cuando esto suceda, verá una flecha con una nota que le indica cuál es la siguiente pregunta que debe responder, por ejemplo:

☐ Sí

☒ No → Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 1

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto es el 0938-1221. Este número de control es válido hasta el XX de XX de XXXX. El tiempo requerido para completar esta recolección de información se estima en un promedio de 10 minutos por respuesta, incluso el tiempo necesario para leer las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir la información necesaria y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la exactitud de las estimaciones del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

1. Nuestros registros muestran que ahora está en el plan de salud mencionado en la página delantera. ¿Es correcto?

¹ ☐ Sí → Si respondió “Sí”, continúe con la pregunta n.º 3

² ☐ No

2. ¿Cuál es el nombre de su plan de salud?

Escriba en letra de imprenta:

Su plan de salud

La siguiente serie de preguntas trata acerca de su experiencia con su plan de salud. Por favor, responda las preguntas de acuerdo con su experiencia con el plan de salud que tuvo de julio a diciembre de 2026.

3. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le brindaron la internet o documentos escritos la información que usted necesitaba sobre el funcionamiento de su plan de salud?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

⁹⁹ ☐ No es aplicable: no busqué ninguna información acerca de mi plan de salud

4. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar con su plan de salud acerca de cuánto tendría que pagar por un equipo o servicio de atención de salud antes de obtenerlo?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

⁹⁹ ☐ No es aplicable: no busqué ninguna información acerca de cuánto tendría que pagar por servicios o equipos

5. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar con su plan de salud acerca de cuánto dinero tendría que pagar por medicamentos recetados específicos?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

⁹⁹ ☐ No es aplicable: no busqué ninguna información acerca de cuánto tendría que pagar por medicamentos recetados

6. En los últimos 6 meses, ¿intentó obtener información o ayuda por parte del servicio al cliente de su plan de salud?

¹ ☐ Sí

² ☐ No → Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 10

7. ¿Con qué frecuencia el servicio al cliente de su plan de salud le dio la información o la ayuda que usted necesitaba?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

8. ¿Con qué frecuencia el personal del servicio al cliente de su plan de salud le trató con cortesía y respeto?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

9. ¿Con qué frecuencia el tiempo que debió esperar para hablar con el personal del servicio al cliente de su plan de salud fue más prolongado que lo que esperaba?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

10. En los últimos 6 meses, ¿su plan de salud le proporcionó algún formulario para completar?

¹ ☐ Sí

² ☐ No → Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 15

11. ¿Con qué frecuencia fueron fáciles para completar los formularios del plan de salud?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

12. ¿Con qué frecuencia le explicó el plan de salud el propósito de un formulario antes de que usted lo completara?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

13. ¿Con qué frecuencia estaban disponibles en su idioma de preferencia los formularios que usted tenía que completar?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

14. ¿Con qué frecuencia estuvieron disponibles en el formato que usted necesitaba, por ejemplo en letra grande o braille, los formularios que usted tenía que completar?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

⁹⁹ ☐ No es aplicable: no necesité formularios en un formato diferente

15. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su plan de salud **no** pagó la atención que su médico dijo que usted necesitaba?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

16. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tuvo usted que pagar de su propio bolsillo la atención que creía que pagaría su plan de salud?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

17. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia retrasó una visita al médico o **no** la realizó porque estaba preocupado/a por el costo? *No incluya la atención dental.*

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

18. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia retrasó el surtido de una receta o **no** la surtió porque estaba preocupado/a por el costo?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ Usualmente

⁴ ☐ Siempre

19. ¿Cuán seguro/a se siente de que comprende los términos del seguro de salud?

¹ ☐ Para nada seguro/a

² ☐ Un poco seguro/a

³ ☐ Moderadamente seguro/a

⁴ ☐ Muy seguro/a

20. ¿Cuán seguro/a se siente con respecto a que sabe la mayor parte de lo que necesita sobre cómo usar el seguro de salud?

- ¹ ☐ Para nada seguro/a
² ☐ Un poco seguro/a
³ ☐ Moderadamente seguro/a
⁴ ☐ Muy seguro/a

21. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor plan de salud posible y el 10 el mejor plan de salud posible, ¿qué número usaría usted para calificar su plan de salud en los últimos 6 meses?

- ☐ 0 El peor plan de salud posible
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 El mejor plan de salud posible

Su atención de salud en los últimos 6 meses

Estas preguntas son acerca de su propia atención de salud que recibió en una clínica, sala de emergencias o consultorio médico. Esto incluye la atención que recibió en persona, por citas telefónicas o por video. **No** incluya la atención que recibió cuando pasó la noche en un hospital. **No** incluya las visitas para recibir atención dental. Por favor, responda las preguntas de acuerdo con su experiencia con el plan de salud que tuvo de julio a diciembre de 2026.

22. En los últimos 6 meses, cuando **necesitó atención médica inmediata** en una sala de emergencias, un consultorio médico o una clínica, ¿con qué frecuencia recibió en persona, por cita telefónica o por video la atención tan pronto como la necesitaba?

- ¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ Usualmente
⁴ ☐ Siempre
⁹⁹ ☐ No es aplicable: no necesité atención médica inmediata

23. ¿Con qué frecuencia pudo obtener una cita en persona, por teléfono o por video para **un chequeo o atención de rutina** en una clínica o consultorio médico tan pronto como la necesitaba?

- ¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ Usualmente
⁴ ☐ Siempre
⁹⁹ ☐ No es aplicable: no programé ninguna cita

24. **Sin** contar las ocasiones en las que fue a una sala de emergencias, ¿cuántas veces fue a una clínica o consultorio médico en persona, por cita telefónica o por video para recibir atención de salud para sí mismo/a?

- ☐ Ninguna → **Si respondió “Ninguna”, continúe con la pregunta n.º 27**
☐ 1 vez
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5 a 9 veces
☐ 10 veces o más

25. ¿Con qué frecuencia fue fácil recibir en persona, por cita telefónica o por video la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted necesitaba?

- ¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ Usualmente
⁴ ☐ Siempre

26. Un intérprete es una persona que le ayuda a usted a comunicarse con otros que no hablan su mismo idioma. En los últimos 6 meses, cuando necesitó un intérprete para su cita en persona, telefónica o por video en la clínica o consultorio de su médico, ¿con qué frecuencia recibió los servicios de un intérprete?

- ¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ Usualmente
⁴ ☐ Siempre
⁹⁹ ☐ No es aplicable: no necesité un intérprete

27. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es la peor atención de salud posible y el 10 la mejor atención de salud posible, ¿qué número usaría usted para calificar toda su atención de salud que recibió en persona, por cita telefónica, o por video en los últimos 6 meses?

- ☐ 0 La peor atención de salud posible
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 La mejor atención de salud posible

Su médico personal

Estas preguntas son acerca de su médico personal. Por favor, responda las preguntas de acuerdo con su experiencia con el plan de salud que tuvo de julio a diciembre de 2026.

28. Un médico personal es el proveedor el que con hablaría si necesita un chequeo, un consejo acerca de un problema de salud o si está enfermo o lastimado. ¿Tiene usted un médico personal?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 44**

29. En los últimos 6 meses, ¿su médico personal le ofreció citas telefónicas o por video para que no tuviera que visitar físicamente su consultorio o centro médico?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No
³ ☐ No sé

30. ¿Cuántas veces visitó a su médico personal en persona, por cita telefónica o por video para recibir atención para sí mismo/a?

- ☐ Ninguna → **Si respondió “Ninguna”, continúe con la pregunta n.º 4**
☐ 1 vez
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5 a 9 veces
☐ 10 veces o más

31. ¿Con qué frecuencia su médico personal le explicó las cosas de un modo fácil de comprender?

- ¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ Usualmente
⁴ ☐ Siempre

32. ¿Con qué frecuencia su médico personal le escuchó a usted con atención?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ Usualmente
- ⁴ ☐ Siempre

33. ¿Con qué frecuencia su médico personal le demostró respeto por lo que usted tenía para decir?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ Usualmente
- ⁴ ☐ Siempre

34. ¿Con qué frecuencia su médico personal estuvo con usted el tiempo suficiente?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ Usualmente
- ⁴ ☐ Siempre

35. Cuando usted visitó a su médico personal para una visita en persona, telefónica o por video programada, ¿con qué frecuencia tuvo su médico la historia clínica de usted u otra información relacionada con su salud?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ Usualmente
- ⁴ ☐ Siempre

36. En los últimos 6 meses, ¿su médico personal le ordenó un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen?

- ¹ ☐ Sí
- ² ☐ No → Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 39

37. Cuando su médico personal le ordenó un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen, ¿con qué frecuencia un miembro del personal del consultorio de su médico hizo un seguimiento para darle a usted los resultados?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ Usualmente
- ⁴ ☐ Siempre

38. Cuando su médico personal le ordenó un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen, ¿con qué frecuencia recibió usted los resultados tan pronto como los necesitaba?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ Usualmente
- ⁴ ☐ Siempre

39. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia hablaron usted y su médico personal acerca de todos los medicamentos recetados que usted estaba tomando?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ Usualmente
- ⁴ ☐ Siempre
- ⁹⁹ ☐ No es aplicable: no tomé ningún medicamento recetado

40. En los últimos 6 meses, ¿recibió usted atención en persona, por cita telefónica o por video de más de una clase de proveedor de atención de salud o usó más de una clase de servicio de atención de salud?

- ¹ ☐ Sí
- ² ☐ No → Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 43

41. ¿Necesitó usted ayuda de un miembro del consultorio de su médico personal para coordinar su atención entre los distintos proveedores y servicios?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 43**

42. ¿Con qué frecuencia **recibió la ayuda que necesitaba** de parte del consultorio de su médico personal para coordinar su atención entre los distintos proveedores y servicios?

- ¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ Usualmente
⁴ ☐ Siempre

43. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor médico personal posible y el 10 el mejor médico personal posible, ¿qué número usaría usted para calificar a su médico personal?

- ☐ 0 El peor médico personal posible
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 El mejor médico personal posible

La atención de salud recibida de los especialistas

Cuando conteste las preguntas siguientes, incluya la atención que recibió en persona, por cita telefónica o por video en una clínica, sala de emergencias o consultorio médico de julio a diciembre de 2026. **No** incluya las visitas dentales o la atención que recibió cuando se quedó a pasar la noche en un hospital.

44. Los especialistas son médicos tales como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros médicos que se especializan en un área de la atención de salud. En los últimos 6 meses, ¿intentó hacer alguna cita para ver a un especialista?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 49**

45. ¿Con qué frecuencia pudo obtener una cita en persona, telefónica o por video para ver a un especialista tan pronto como lo necesitaba?

- ¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ Usualmente
⁴ ☐ Siempre

46. ¿Cuántos especialistas ha visitado en persona, por cita telefónica o por video en los últimos 6 meses?

- ☐ Ninguna → **Si respondió “Ninguna”, continúe con la pregunta n.º 49**
☐ 1 especialista
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5 o más especialistas

47. ¿Con qué frecuencia su médico personal parecía informado y actualizado con respecto a la atención de salud que usted recibió de los especialistas?

- ¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ Usualmente
⁴ ☐ Siempre
⁹⁹ ☐ No es aplicable: no tengo un médico personal

48. Deseamos saber cómo califica usted al especialista que visitó con más frecuencia durante los últimos 6 meses. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor especialista posible y el 10 el mejor especialista posible, ¿qué número usaría usted para calificar a su especialista?

- ☐ 0 El peor especialista posible
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 El mejor especialista posible

Acerca de usted

49. En general, ¿cómo calificaría su salud?

- ¹ ☐ Excelente
² ☐ Muy buena
³ ☐ Buena
⁴ ☐ Regular
⁵ ☐ Mala

50. En general, ¿cómo calificaría su salud **mental o emocional**?

- ¹ ☐ Excelente
² ☐ Muy buena
³ ☐ Buena
⁴ ☐ Regular
⁵ ☐ Mala

51. En los últimos 6 meses, ¿recibió atención de salud 3 veces o más para la misma afección o problema?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 53**

52. ¿Esta afección o problema ha durado al menos 3 meses? *No incluya el embarazo o la menopausia.*

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No

53. ¿Necesita usted ahora o está tomando un medicamento recetado por un médico? *No incluya las píldoras anticonceptivas.*

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 55**

54. ¿Tiene este medicamento la finalidad de tratar una afección que ha durado por al menos 3 meses? *No incluya el embarazo o la menopausia.*

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No

55. ¿Tiene usted sordera o alguna dificultad grave para oír?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No

56. ¿Tiene usted ceguera o alguna dificultad grave para ver, incluso cuando usa anteojos?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No

57. ¿Tiene usted una dificultad grave para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones debido a una afección física, mental o emocional?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No

58. ¿Tiene usted dificultades graves para caminar o subir escaleras?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No

59. ¿Tiene usted dificultades para vestirse o bañarse debido a una afección física, mental o emocional?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No

60. ¿Tiene usted dificultades para realizar actividades solo/a tales como ir al consultorio del médico o de compras debido a una afección física, mental o emocional?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No

61. ¿Cuál es su edad?

- ¹ ☐ 18 a 24
² ☐ 25 a 34
³ ☐ 35 a 44
⁴ ☐ 45 a 54
⁵ ☐ 55 a 64
⁶ ☐ 65 a 74
⁷ ☐ 75 o más

62. ¿Cuál es su sexo?

- ¹ ☐ Masculino
² ☐ Femenino

63. ¿Cuál es el grado o nivel de estudios más alto que ha completado?

- ¹ ☐ 8.º grado o menos
² ☐ Escuela secundaria incompleta, no se graduó
³ ☐ Graduado/a de escuela secundaria o del examen general de equivalencia de los estudios secundarios (General Educational Development Test, GED)
⁴ ☐ Estudios universitarios incompletos o título de una carrera de 2 años
⁵ ☐ Graduado/a universitario/a de una carrera de 4 años
⁶ ☐ Graduado/a universitario/a de una carrera de más de 4 años

64. ¿Cuál de las opciones siguientes describe **mejor** su condición de empleo? *Marque UNA solamente.*

- ¹ ☐ Empleado/a de tiempo completo
² ☐ Empleado/a de medio tiempo
³ ☐ Ama de casa
⁴ ☐ Estudiante de tiempo completo
⁵ ☐ Jubilado/a
⁶ ☐ No puede trabajar por razones de salud
⁷ ☐ Desempleado/a
⁸ ☐ Otro

65. ¿Cuál es su raza y/u origen étnico? *Marque una o más opciones.*

- ¹ ☐ Indígena americana o nativa de Alaska
² ☐ Asiática
³ ☐ Negra o afroamericana
⁴ ☐ Hispano o latino
⁵ ☐ Del Oriente Medio o del norte de África
⁶ ☐ Nativa de Hawái o de las Islas del Pacífico
⁷ ☐ Blanca

66. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

¹ ☐ Sí

² ☐ No → **Muchas gracias. Por favor,
envíe la encuesta completada en el
sobre con el franqueo postal pagado.**

67. ¿Cómo le ayudó esa persona? *Marque una o
más opciones.*

¹ ☐ Me leyó las preguntas

² ☐ Escribió las respuestas que di

³ ☐ Respondió las preguntas por mí

⁴ ☐ Tradujo las preguntas a mi idioma

⁵ ☐ Me ayudó de algún otro modo

Muchas gracias.

Por favor, envíe la encuesta completada en el sobre con el franqueo postal pagado.

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 motivos de 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 usar.

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 el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles:

1. En línea:

hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.

2. Por teléfono:

Llame al 1-800-368-1019. Los usuarios de 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