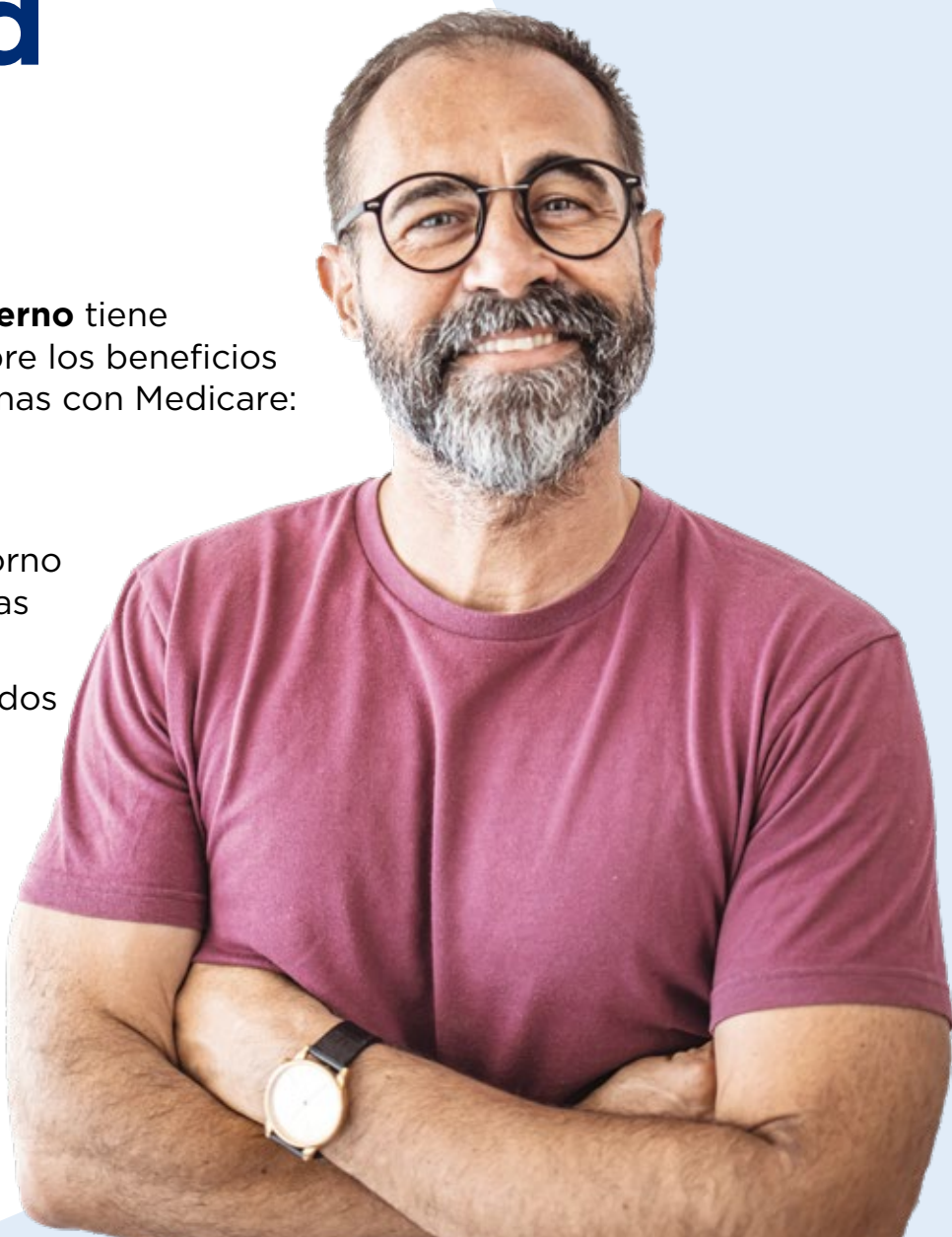


Medicare y sus beneficios de salud mental

Este folleto **oficial del gobierno** tiene información importante sobre los beneficios de salud mental para personas con Medicare:

- Quién es elegible
- Qué está cubierto
- Tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias
- Ayuda para personas con ingresos y recursos limitados

es.Medicare.gov



Medicare

Tabla de contenidos

Cuidado de salud mental y Medicare	1
Sus derechos de apelación de Medicare	2
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios	3
Qué cubre Medicare Original.....	3
Servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides	5
Evaluación y asesoramiento sobre el abuso de alcohol	5
Hospitalización parcial	5
Servicios intensivos del programa para pacientes ambulatorios	6
Lo que paga por la atención y los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	6
Lo que no está cubierto	7
Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados	8
Lo que cubre Medicare Original	8
Lo que paga por la atención y los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	9
Lo que no está cubierto	9
Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)	10
Estos planes tienen reglas especiales	10
Obtenga más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)	11
Ayuda y recursos	12
Ayuda si tiene ingresos y recursos limitados	12
Recursos de salud mental	14
Definiciones	16
Comunicaciones Accesibles de CMS.....	18
Aviso sobre la discriminación	19



Sección 1:

Cuidado de salud mental y Medicare

Los problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, pueden afectar a cualquier persona en cualquier momento. Si cree que puede tener problemas que afectan su salud mental, puede obtener ayuda. Hable con su proveedor si tiene:

- Pensamientos de terminar con su vida (como una fijación con la muerte o pensamientos o intentos de suicidio)
- Sentimientos de tristeza, vacío o desesperanza.
- Pérdida de autoestima (como preocupaciones por ser una carga, sentimientos de inutilidad o autodesprecio)
- Síntomas de aislamiento social (como no querer estar con amigos, participar en actividades o salir de casa)
- Poco interés en cosas que solía disfrutar
- Energía baja

Nota: Vaya a las páginas 16–17 para definiciones de palabras en **azul**

- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para dormir (como dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, dormir demasiado o somnolencia diurna)
- Pérdida de apetito o pérdida de peso.
- Aumento del consumo de alcohol u otras drogas

Los servicios y programas de atención de salud mental implican diagnosticar y tratar a personas con trastornos de salud mental (incluidos los trastornos por uso de sustancias). Estos servicios y programas pueden proporcionarse en entornos ambulatorios y hospitalarios que Medicare ayuda a cubrir atención de salud mental para pacientes ambulatorios y hospitalizados, así como medicamentos recetados que pueda necesitar para tratar una condición de salud mental.

Sus derechos de apelación de Medicare

Una apelación es la acción que puede tomar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago de Medicare, su [plan de salud de Medicare](#) o su plan de medicamentos de Medicare. Si decide presentar una apelación, pídale a su médico, proveedor de atención médica o proveedor cualquier información que pueda ayudar a su caso. Guarde una copia de todo lo que envíe a Medicare o a su plan como parte de la apelación.

Para obtener más información:

- Visite es.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

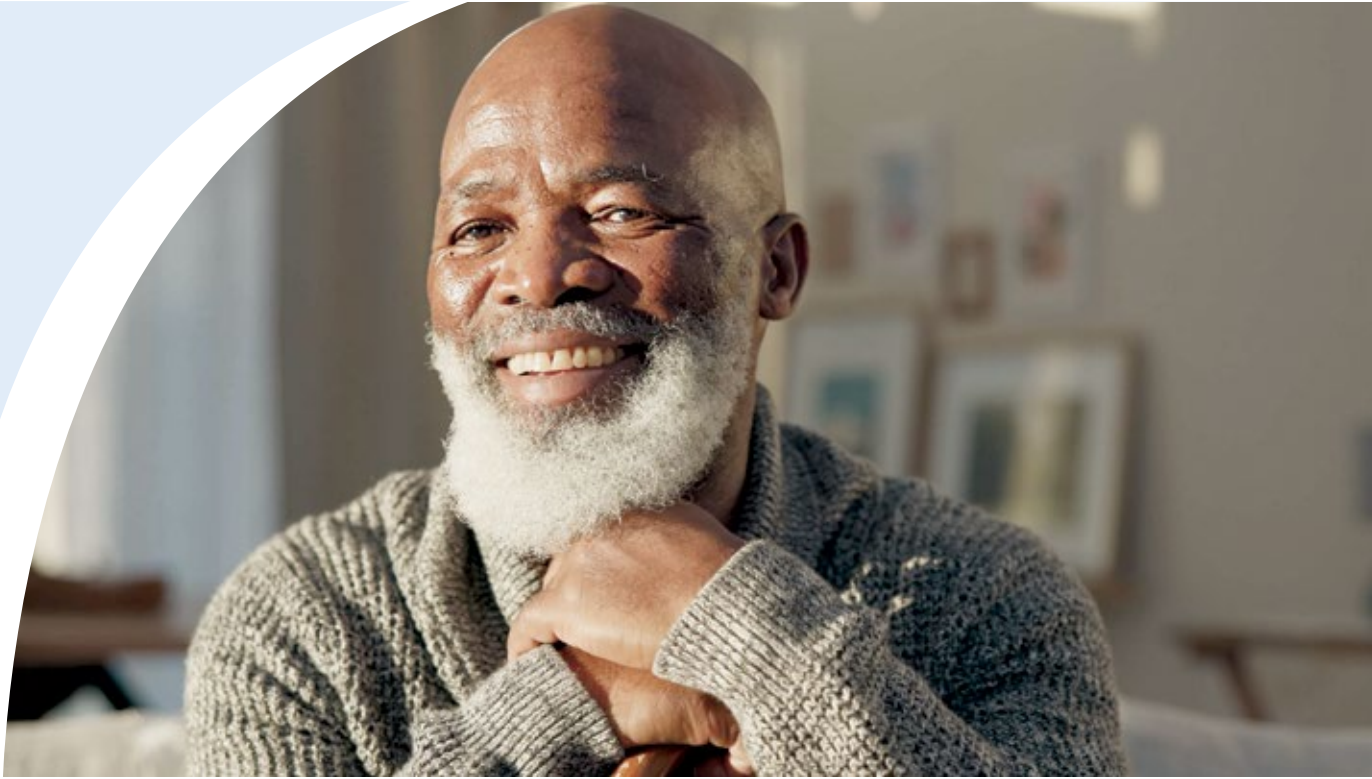
Todas las personas con Medicare tienen ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, visite es.medicare.gov/basics/your-medicare-rights.

Si usted o alguien que conoce está luchando o en crisis y le gustaría hablar con un consejero de crisis capacitado, llame o envíe un mensaje de texto al 988, la línea de vida gratuita y confidencial de Suicidio y Crisis. También puede conectarse con un consejero a través del chat web en 988lifeline.org/es/inicio/. La Línea de Prevención del Suicidio y Crisis 988 es una red nacional de centros de crisis locales que brinda apoyo emocional gratuito y confidencial.

Si usted o alguien que conoce tiene pensamientos suicidas o está experimentando una crisis de salud mental o abuso de sustancias. Puede hablar con un consejero las 24 horas del día, los 7 días de la semana en los EE. UU. Llame, envíe un mensaje de texto o chatee si:

- Necesita hablar con alguien a quien le importe
- Si siente que podría estar en peligro de lastimarse
- Si está preocupado por un familiar o un amigo
- Para encontrar tratamientos y servicios de salud mental en su área

Llame al 911 si se encuentra en una crisis médica inmediata.



Sección 2:

Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios

Qué cubre Medicare Original

La Parte B de Medicare (seguro médico) ayuda a pagar los servicios de salud mental que normalmente recibe fuera de un hospital (como en una clínica, consultorio médico o consultorio de un terapeuta) y los servicios que brinda un hospital en su departamento ambulatorio. La Parte B también cubre visitas a:

- Psiquiatras u otros médicos
- Psicólogos clínicos
- Trabajadores sociales clínicos
- Especialistas en enfermería clínica
- Profesionales de enfermería
- Asistentes médicos
- Terapeutas matrimoniales y familiares
- Asesores de salud mental

Nota: Vaya a las páginas 16–17 para definiciones de palabras en [azul](#)

Los proveedores que participan en la Parte B deben aceptar la asignación. Esto significa que su médico, proveedor o suministrador acepta (o está obligado por ley) a aceptar la **cantidad aprobada por Medicare** como pago total por los servicios cubiertos y no cobrarle más que el **deducible** y el **coseguro** de Medicare. La mayoría de los proveedores de atención médica aceptan la asignación, pero siempre verifique para asegurarse antes de programar una cita.

La Parte B ayuda a pagar estos servicios ambulatorios:

- Una prueba de detección de depresión cada año. Debe hacerse la prueba en el consultorio de un médico de atención primaria o en una clínica de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y referencias. Visite es.medicare.gov/coverage/depression-screening para obtener más información.
- Psicoterapia individual y grupal con médicos u otros profesionales autorizados por el estado donde recibe los servicios.
- Asesoramiento familiar, si el objetivo principal es ayudarlo con su tratamiento.
- Pruebas para saber si está recibiendo los servicios que necesita y si su tratamiento actual le está ayudando.
- Evaluación psiquiátrica.
- Manejo de medicamentos.
- Ciertos medicamentos recetados que normalmente no son “autoadministrados” (medicamentos que normalmente tomaría por su cuenta), como algunas inyecciones.
- Pruebas diagnósticas.
- Hospitalización parcial.
- Una visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare” dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B. Esta visita incluye una revisión de sus posibles factores de riesgo para la depresión. Visite es.medicare.gov/coverage/welcome-to-medicare-preventive-visit para obtener más información.
- Esta es una buena oportunidad para hablar con su proveedor sobre los cambios en su salud mental, para que puedan evaluar sus cambios año tras año. Visite es.medicare.gov/coverage/yearly-wellness-visits para obtener más información.
- Servicios del programa ambulatorio intensivo.
- Servicios de salud mental que recibe como parte del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.

Nota: Si tiene un plan Medicare Advantage, es posible que este le ofrezca beneficios adicionales, como ciertos tipos de asesoramiento de salud mental que **Medicare Original** no cubre. Comuníquese con su plan para obtener más detalles.

Servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides

Medicare cubre los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de opioides en los programas de tratamiento de opioides. Los servicios incluyen:

- Medicamentos (como metadona, buprenorfina, naltrexona y naloxona)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Pruebas de detección de drogas
- Terapia individual y grupal
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios

Medicare cubre asesoramiento, servicios de terapia y evaluaciones periódicas tanto en persona como, en ciertas circunstancias, virtualmente (utilizando tecnología de comunicación de audio y video, como su teléfono o una computadora). Medicare también cubre los servicios brindados a través de unidades móviles del programa de tratamiento de opioides. Hable con su proveedor para averiguar dónde puede obtener estos servicios. Visite es.medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services para obtener más información.

Evaluación y asesoramiento sobre el abuso de alcohol

Medicare cubre una prueba de detección de abuso de alcohol cada año para adultos incluso durante el embarazo que consumen alcohol, pero no cumplen con los criterios médicos para la dependencia del alcohol. Si su proveedor de atención primaria determina que está abusando del alcohol, también puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento cara a cara por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento). Debe recibir asesoramiento en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico).

Si tiene un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, puede obtener servicios de telesalud desde su hogar.

Visite es.medicare.gov/coverage/alcohol-misuse-screenings-counseling para más información.

Hospitalización parcial

La hospitalización parcial proporciona un programa estructurado de servicios psiquiátricos ambulatorios como alternativa a la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de un médico, y su plan de atención debe indicar que necesita al menos 20 horas de servicios terapéuticos por semana. Recibe tratamiento durante el día y no tiene que pasar la noche.

La Parte B puede cubrir los servicios de hospitalización parcial que recibe a través de un departamento ambulatorio de un hospital o un centro comunitario de salud mental si cumple con ciertos requisitos y su médico u otro profesional de la salud mental calificado certifica que, de lo contrario, necesitaría tratamiento hospitalario.

Como parte de su programa de hospitalización parcial, Medicare también puede cubrir:

- Terapia ocupacional que forma parte de su tratamiento de salud mental
- Entrenamiento y educación de pacientes individuales acerca de su condición

Visite es.medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization para más información.

Servicios intensivos del programa para pacientes ambulatorios

Los programas ambulatorios intensivos ofrecen un nivel de atención para las afecciones de salud mental (incluidos los trastornos por consumo de sustancias) entre la terapia o el asesoramiento tradicional una vez por semana y la atención psiquiátrica de hospitalización parcial. Los servicios son más rigurosos que la atención que recibiría en el consultorio de un médico o terapeuta y pueden incluir sesiones de terapia grupal e individual. Para calificar para los servicios del programa ambulatorio intensivo, su plan de atención debe indicar que necesita al menos 9 horas de servicios terapéuticos por semana. La Parte B puede cubrir los servicios del programa ambulatorio intensivo que recibe en un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural. La Parte B también puede cubrir estos servicios en los programas de tratamiento de opioides cuando recibe tratamiento para el trastorno por consumo de opioides.

Visite es.medicare.gov/coverage/mental-health-care-intensive-outpatient-program-services para más información.

Lo que paga por la atención y los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

En general, después de pagar su **deducible** anual de la Parte B, paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por las visitas para diagnosticar o tratar su condición, si su proveedor acepta la asignación.

Si recibe sus servicios en una clínica ambulatoria de hospital o en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, es posible que tenga que pagar un **copago** o **coseguro** adicional al hospital.

Nota: Si tiene una póliza de seguro suplementario de Medicare (**Medigap**) u otra cobertura de salud, dígaselo a su proveedor de atención médica para que sus facturas se paguen correctamente. Visite es.medicare.gov/coverage/mental-health-care-outpatient para obtener más información sobre los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.

Exámenes de detección

Medicare paga por:

- Una prueba de detección de depresión por año si su proveedor acepta la asignación
- Pruebas de detección y asesoramiento sobre el abuso del alcohol si su proveedor de atención primaria acepta la asignación

Servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides

Después de pagar el deducible de la Parte B, no paga nada por los servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de opioides si los obtiene de un proveedor inscrito en Medicare.

Hospitalización parcial

Por hospitalización parcial usted paga:

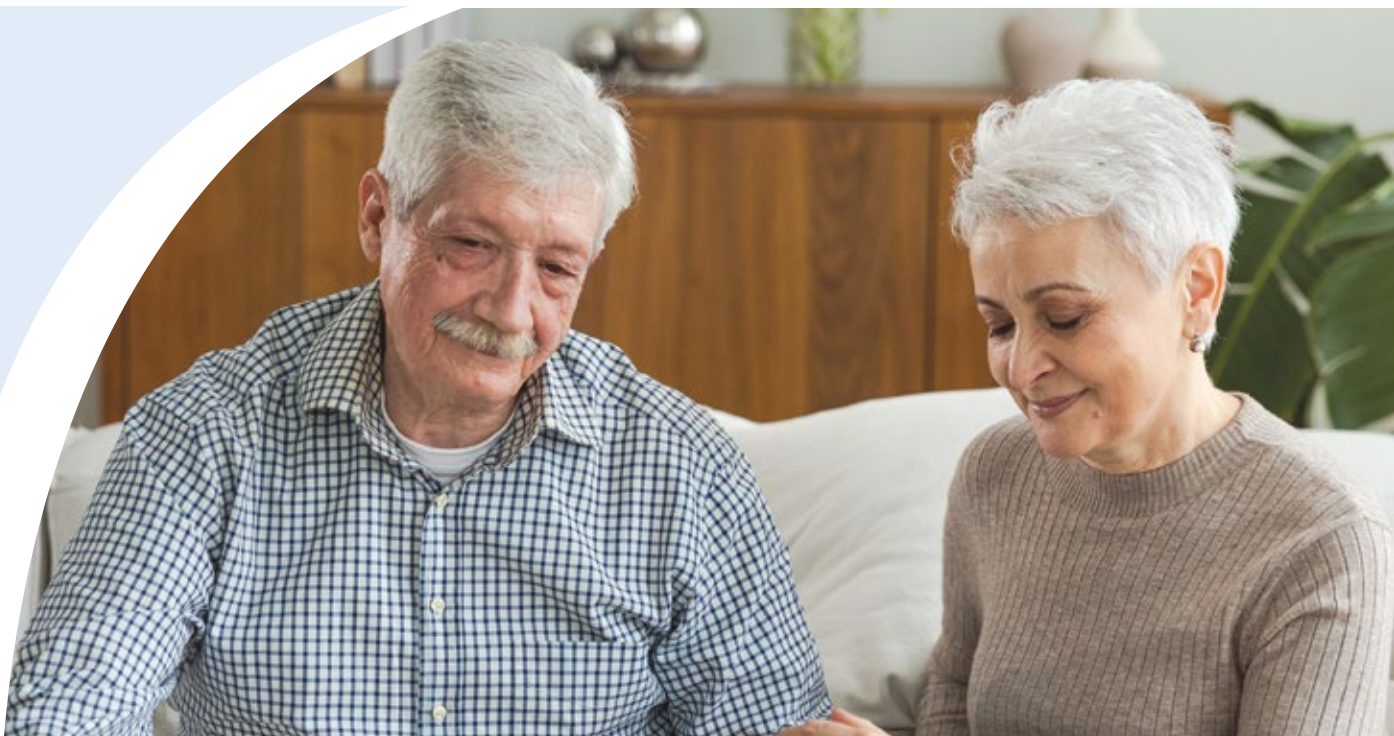
- Un porcentaje de las **cantidades aprobadas por Medicare** por cada servicio que reciba de un profesional de salud mental calificado si acepta la asignación.
- **Coseguro** por cada día de servicios de hospitalización parcial que reciba en un hospital ambulatorio o en un centro comunitario de salud mental después de alcanzar el **deducible** de la Parte B.

Servicios intensivos del programa para pacientes ambulatorios

- Usted paga un porcentaje la cantidad aprobada por Medicare por cada servicio que recibe si su médico u otro profesional de la salud mental calificado acepta la asignación.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, también paga un coseguro por cada día de servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios que reciba en un hospital ambulatorio o en un centro comunitario de salud mental.

Lo que no está cubierto

- Comidas.
- Transporte hacia o desde los servicios de atención de salud mental.
- Grupos de apoyo que reúnen a las personas para hablar y socializar (**Nota:** Esto es diferente de la psicoterapia de grupo, que está cubierta).
- Pruebas o capacitación para habilidades laborales que no son parte de su tratamiento de salud mental.



Sección 3:

Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados

Lo que cubre Medicare Original

La Parte A de Medicare (seguro de hospital) cubre los servicios de atención de salud mental que recibe cuando es admitido como paciente hospitalizado. Puede obtener estos servicios en un hospital general o en un hospital psiquiátrico (un centro que solo atiende a personas con afecciones de salud mental). Independientemente del tipo de hospital que elija, la Parte A ayudará a cubrir los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados.

La Parte A cubre:

- Habitaciones semiprivadas
- Comidas
- Enfermería general
- Medicamentos (incluida la metadona para tratar un trastorno por consumo de opioides)
- Otros servicios y suministros hospitalarios que podría recibir como parte de su tratamiento hospitalario

Nota: Vaya a las páginas 16–17 para definiciones de palabras en **azul**

La Parte B cubre los servicios que recibe (como los servicios de salud mental) de un médico u otro profesional de la salud mientras está en el hospital como paciente hospitalizado.

Visite es.medicare.gov/coverage/mental-health-care-inpatient para obtener más información

Lo que paga por la atención y los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados

Medicare mide el uso que usted hace de los servicios hospitalarios (incluidos los servicios que recibe en un hospital psiquiátrico) en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital general o psiquiátrico. El período de beneficios termina después de que no haya recibido atención hospitalaria durante 60 días seguidos. Si vuelve a ser admitido en un hospital después de 60 días, comienza un nuevo período de beneficios y debe pagar un nuevo **deducible** por cualquier servicio hospitalario para pacientes hospitalizados que reciba.

No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener cuando recibe atención de salud mental en un hospital general. También puede tener varios períodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico, pero hay un límite de por vida de 190 días. La Parte A solo paga hasta 190 días de servicios de hospitalización psiquiátrica durante su vida.

Como paciente hospitalizado, paga lo siguiente por cada período de beneficios en 2024:

- Días 1 al 60: deducible de \$1,632.
- Días 61-90: \$408 cada día.
- Días 91 y posteriores: \$816 cada día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.
- Cada día después de usar todos los días de reserva de por vida: Todos los costos.
- 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de salud mental que recibe de los proveedores mientras está hospitalizado.

Visite es.medicare.gov/basics/costs para obtener los costos más actualizados.

Nota: Si tiene una póliza de seguro suplementario de Medicare (Medigap) u otra cobertura de salud, dígaselo a su proveedor para que sus facturas se paguen correctamente.

Lo que no está cubierto

- Servicios privados de enfermería
- Un teléfono o televisor en su habitación (si hay un cargo por separado para estos artículos)
- Artículos de cuidado personal (como pasta de dientes, maquinillas de afeitar o calcetines)
- Habitación privada (a menos que sea necesario por razones médicas)



Sección 4:

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)

Para obtener la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), debe inscribirse en un plan aprobado por Medicare que ofrezca cobertura de medicamentos, como un plan de medicamentos de Medicare o un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos. Estos planes son administrados por compañías de seguros privadas que siguen las reglas establecidas por Medicare. Cada plan puede variar en costo y en los medicamentos específicos que cubre. Es importante conocer las reglas de cobertura de su plan y sus derechos.

Estos planes tienen reglas especiales

¿Mi plan cubrirá los medicamentos que necesito?

La mayoría de los planes tienen una lista de medicamentos que cubre el plan, llamada formulario. Los planes no están obligados a cubrir todos los medicamentos, pero sí están obligados a cubrir todos (con excepciones limitadas) los antidepresivos, anticonvulsivos y antipsicóticos.

Medicare revisa el formulario de cada plan para asegurarse de que incluya una amplia gama de medicamentos y que no discrimine a ciertos grupos (como personas con discapacidades o afecciones de salud mental).

Nota: Vaya a las páginas 16–17 para definiciones de palabras en **azul**

Si toma medicamentos recetados para una afección de salud mental, es importante averiguar si un plan cubre sus medicamentos antes de inscribirse.

Visite [Medicare.gov/plan-compare/#/?year=2024&lang=es](https://www.medicare.gov/plan-compare/#/?year=2024&lang=es) para averiguar qué planes cubren sus medicamentos. Cada vez que compre planes, puede ingresar los medicamentos recetados que está tomando actualmente para obtener una mejor estimación de sus costos de bolsillo de medicamentos en cada plan.

¿Puede cambiar el formulario de mi plan de medicamentos?

Su plan puede cambiar su lista de medicamentos durante el año debido a que las terapias farmacológicas cambian, se lanzan nuevos medicamentos o hay nueva información médica disponible. Los planes también pueden, en ciertos casos, eliminar inmediatamente un medicamento de marca de sus formularios si el plan agrega un nuevo genérico en lugar del medicamento de marca, o los planes pueden cambiar el costo o las reglas de cobertura para un medicamento de marca al agregar el nuevo medicamento genérico.

Si el estado del formulario de un medicamento que está tomando actualmente cambia, su plan le enviará información sobre los cambios específicos. Para otros cambios relacionados con un medicamento que está tomando actualmente y que le afectarán durante el año, su plan debe realizar **una** de las siguientes acciones:

- Darle aviso al menos 30 días antes de la fecha efectiva del cambio
- En el momento en que solicite un reabastecimiento, notifique el cambio y el suministro de un mes del medicamento según las mismas reglas del plan que antes del cambio

¿Qué sucede si mi médico cree que necesito un medicamento que mi plan no cubre?

Si está en un plan con cobertura de medicamentos de Medicare, tiene derecho a solicitar una **determinación de cobertura** (incluida una **excepción**). Puede designar a un representante para que lo ayude. Su representante puede ser un miembro de la familia, un amigo, un defensor, un abogado, un asesor financiero, un médico u otra persona que actúe en su nombre. Usted, su representante, su médico u otro profesional que emita recetas médicas debe comunicarse con su plan para solicitar una determinación de cobertura.

Obtenga más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)

Para obtener más información sobre la Parte D:

- Visite [es.medicare.gov/drug-coverage-part-d](https://www.es.medicare.gov/drug-coverage-part-d)
- Visite [Medicare.gov/plan-compare/#/?year=2024&lang=es](https://www.Medicare.gov/plan-compare/#/?year=2024&lang=es) para encontrar y comparar planes en su área. Tenga a la mano su tarjeta de Medicare, una lista de sus medicamentos, sus dosis, y el nombre de la farmacia que usa.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda gratuita, personalizada e imparcial. Visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono.



Sección 5:

Ayuda y recursos

Ayuda si tiene ingresos y recursos limitados

Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare

Si tiene ingresos y recursos limitados, es posible que califique para recibir Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D). Debe presentar una solicitud incluso si no está seguro de calificar.

Visite [SSA.gov/es/medicare/part-d-extra-help](https://ssa.gov/es/medicare/part-d-extra-help) para solicitar Ayuda Adicional en línea. También puede solicitar Ayuda Adicional por teléfono o solicitar una solicitud impresa.

Para obtener más información, visite es.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs.

Nota: Vaya a las páginas 16–17 para definiciones de palabras en **azul**

Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP)

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a ciertas personas a pagar los medicamentos recetados en función de la necesidad económica, la edad o la condición médica. Cada programa establece sus propias reglas sobre cómo ayudar a sus miembros. Para averiguar si existe un programa estatal de asistencia farmacéutica en su estado y cómo funciona, visite [Medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states?year=2024&lang=es](https://www.medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states?year=2024&lang=es).

Programas de Asistencia Farmacéutica (también llamados Programas de Asistencia al Paciente)

Muchos de los principales fabricantes de medicamentos ofrecen programas de asistencia para personas con cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) que cumplen con ciertos requisitos

Para obtener más información, visite [Medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states?year=2024&lang=es](https://www.medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states?year=2024&lang=es).

Programas de ahorros de Medicare

Si tiene ingresos y recursos limitados y cumple con ciertas condiciones, es posible que pueda obtener ayuda de su estado para pagar los costos de Medicare (como [primas](#), [deducibles](#) y [coseguro](#)).

Para obtener más información, visite [es.medicare.gov/basics/costs/help/medicare-savings-programs](https://www.es.medicare.gov/basics/costs/help/medicare-savings-programs).

- Comuníquese con la oficina de Asistencia Médica del Estado (Medicaid) y pida información sobre los Programas de Ahorros de Medicare. Llame incluso si no está seguro de si califica. Para obtener su número de teléfono, visite [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu). También puede llamar al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visite [es.medicare.gov/publications](https://www.es.medicare.gov/publications) para ver o imprimir el folleto "Primeros pasos: Obtenga ayuda con sus costos de Medicare"
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros de salud. Visite [shiphelp.org/](https://www.shiphelp.org/) o llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono.

Medicaid

Medicaid es un programa federal y estatal conjunto que puede ayudar con los costos médicos si tiene ingresos y (en algunos casos) recursos limitados. Medicaid también ofrece algunos beneficios que Medicare normalmente no cubre, como atención en un hogar de ancianos con custodia y servicios de cuidado personal. Cada estado tiene diferentes reglas sobre la elegibilidad y la solicitud de Medicaid.

Para obtener más información:

- Visite es.medicare.gov/basics/costs/help/medicaid.
- Llame a la oficina de Asistencia Médica del Estado (Medicaid) para averiguar si califica. Para obtener su número de teléfono, visite [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visite es.medicare.gov/publications para ver el folleto "Primeros pasos: Medicaid" y para obtener más información sobre Medicaid.

Recursos de salud mental

Si usted o alguien que conoce está luchando o en crisis:

Llama o envía un mensaje de texto al 988 o chatea en 988lifeline.org/es/inicio/, la línea de ayuda para casos de suicidio y crisis. Puede hablar con un consejero de crisis capacitado las 24 horas del día, los 7 días de la semana en los EE. UU.

Para obtener más información sobre los beneficios y la cobertura de salud mental de Medicare:

- Visite es.medicare.gov/coverage/mental-health-substance-use-disorder o llame al 1-800-MEDICARE.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros de salud Visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono.

Hable con su proveedor si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud mental, para obtener más información sobre la salud mental o para encontrar. También puede usar estos recursos para encontrar la atención que necesita:

Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)

- Visita nimh.nih.gov
- Llame al 1-866-615-6464. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-301-443-8431
- Correo electrónico nimhinfo@nih.gov

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Drogas (SAMHSA)

- Visite samhsa.gov/salud-mental. Para encontrar centros de tratamiento en su área, visite findtreatment.gov/es.
- Llame al 1-877-SAMHSA-7 (1-877-726-4727). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-487-4889.

La Salud Mental Americana (Mental Health America)

- Visite mhanational.org
- Llame al 1-800-969-6642.

Alianza Nacional para Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness) (NAMI en inglés)

- Visite nami.org.
- Llame o envíe un mensaje de texto a la línea de ayuda de información al 1-800-950-NAMI (1-800-950-6264).

Consejo Nacional para el Bienestar Mental

- Visite thenationalcouncil.org.
- Llame al 1-202-684-7457.
- Envíe un correo electrónico a Communications@thenationalcouncil.org.



Sección 6:

Definiciones

Coseguro: una cantidad que se le puede exigir que pague como parte del costo de los beneficios después de pagar los deducibles. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Copago: una cantidad que es posible que deba pagar como parte del costo de los beneficios después de pagar los deducibles. Un copago es una cantidad fija, como \$30.

Determinación de cobertura: la primera decisión que toma su plan de medicamentos de Medicare (no la farmacia) sobre sus beneficios de medicamentos, que incluye:

- Si un medicamento en particular está cubierto.
- Si ha cumplido todos los requisitos para obtener el medicamento solicitado.
- ¿Cuánto se debe pagar por un medicamento?
- Si se debe hacer una excepción a una regla del plan cuando se solicita.

El plan de medicamentos debe darle una decisión rápida (72 horas para solicitudes estándar, 24 horas para solicitudes aceleradas). Si no está de acuerdo con la determinación de cobertura del plan, el siguiente paso es una apelación.

Deducible: la cantidad que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que Medicare Original, su plan Medicare Advantage, su plan de medicamentos de Medicare o su otro seguro comiencen a pagar.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Una formulario de excepción es la decisión de un plan de medicamentos de cubrir un medicamento que no está en su lista de medicamentos o de renunciar a una regla de cobertura. Una excepción de niveles es la decisión de un plan de medicamentos de cobrar una cantidad menor por un medicamento que está en su nivel de medicamentos no preferidos. Usted o su médico u otro profesional debe proporcionar una declaración de respaldo que explique el motivo médico de la excepción.

Días de reserva vitalicios: en Medicare Original, estos son días adicionales que Medicare pagará cuando esté en un hospital por más de 90 días. Tiene un total de 60 días de reserva que se pueden usar durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos cubiertos, excepto un coseguro diario.

Cantidad aprobada por Medicare: la cantidad de pago que Medicare Original establece para un servicio o artículo cubierto. Cuando su proveedor acepta la asignación, Medicare paga su parte y usted paga su parte de esa cantidad.

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

Medigap: seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar "brechas" en la cobertura de Medicare Original.

Medicare Original: Medicare Original es un plan de salud de pago por servicio que tiene 2 partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) Después de que usted pague un deducible, Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Comunicaciones Accesibles de CMS

Medicare brinda ayuda y servicios auxiliares para facilitar la comunicación con personas incapacitadas. La ayuda auxiliar incluye materiales en braille, CD de audio o datos, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si pide información en un formato accesible de CMS. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para realizar cualquier acción si hay un retraso en el cumplimiento de su pedido. 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. Envíenos un correo electrónico: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Envíenos un fax: 1-844-530-3676

4. Enviar una carta a:

Centers for Medicare & Medicaid Services

Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

ATTN: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

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

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

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 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](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)

2. Por teléfono:

Llame 1-800-368-1019.

Usuarios TTY pueden llamar 1-800-537-7697.

3. Por escrito: Envíe información sobre su queja a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Notas

[illegible]

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto Oficial
Penalidad por uso privado, \$300

¿Necesita una copia de este folleto en inglés?

Para obtener una copia gratuita de esta publicación en español, visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Esta publicación está disponible en inglés. Para obtener una copia gratuita, visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.



Medicare

La información contenida en este folleto describe el programa de Medicare al momento de su impresión. Pueden surgir cambios después de la impresión. Visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para la información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

“Medicare y sus beneficios de salud mental” no es un documento legal. Las pautas legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

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