

CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID



Medicare y sus Beneficios de Salud Mental

Esta publicación **oficial** del gobierno contiene información acerca de los beneficios de salud mental para las personas inscritas en Medicare Original. Esta publicación incluye información sobre:

- ★ Quién es elegible
- ★ Los beneficios para los pacientes internados y ambulatorios
- ★ La cobertura de los medicamentos recetados
- ★ La ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados
- ★ Dónde puede conseguir la ayuda que necesita





La información contenida en esta publicación era correcta al momento de su impresión. Tal vez se hayan realizado cambios después de la impresión. Para conseguir la información actualizada visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

“Medicare y sus Beneficios de Salud Mental” no es un documento legal. Las normas oficiales del Programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Contenido

Introducción	5
El cuidado de la salud mental y Medicare	5
Medicare ayuda a pagar los servicios de la salud mental	6
Sección 1: Cuidado de la salud mental y servicios profesionales para los pacientes ambulatorios	7
Lo que cubre el Medicare Original	7
Lo que usted paga	9
Medicare puede cubrir una hospitalización parcial	10
Lo que no cubre Medicare Original	10
Sección 2: Los servicios de salud mental para los pacientes internados	11
Lo que cubre Medicare Original	11
Lo que usted paga	11
Lo que no cubre el Medicare Original	12
Sección 3: La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)	13
Los planes Medicare de medicamentos recetados tienen normas especiales	13
Más información sobre la cobertura de Medicare de las recetas médicas	16
Sección 4: Obtenga la ayuda que necesita	17
Ayuda si usted tiene ingresos y recursos limitados	17
Sus derechos como beneficiario de Medicare	19
Sus derechos de apelación bajo Medicare	19
Recursos para la salud mental	20
Sección 5: Definiciones	21

Si usted o alguna persona que usted conoce está en crisis y le gustaría hablar con un consejero especializado en crisis, llame de manera gratuita y confidencial al Número Nacional de Prevención del Suicidio (National Suicide Prevention Lifeline) al 1-800-273-TALK (1-800-273-8255). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-799-4TTY (1-800-799-4889). Puede llamar las 24 horas del día los siete días de la semana. Llame a Número nacional de prevención:

- Si desea hablar con alguien que pueda ayudarle
- Si piensa que está a riesgo de hacerse daño
- Si desea hablar con un consejero porque está preocupado por un familiar o amigo
- Para ser referido para conseguir servicios de salud mental en su área

Si usted sufre una crisis médica en cualquier momento, llame al 911.

Introducción

El cuidado de la salud mental y Medicare

Los problemas de la salud mental, como la depresión o la ansiedad pueden afectarnos a cualquier edad. Si cree que tiene problemas que le están afectando psicológicamente obtenga ayuda. Hable con su médico u otro proveedor de la salud si:

- Tiene pensamientos suicidas (como una obsesión con la muerte, ha intentado matarse o piensa en hacerlo)
- Se siente triste, vacío o sin esperanza
- Tiene baja su autoestima (piensa que es una carga, que no vale nada o se desprecia)
- Se aísla (no quiere juntarse con sus amigos, no participa en actividades sociales ni quiere salir de su casa)
- Tiene poco interés en las cosas que antes disfrutaba
- No tiene energía
- No puede concentrarse
- No puede dormir (le cuesta dormirse, se despierta a menudo, duerme demasiado o tiene sueño durante el día)
- Ha perdido peso y no tiene apetito
- Ha aumentado su consumo de alcohol y otras drogas

Los servicios y programas de salud mental ayudan a diagnosticar y tratar los problemas mentales. Estos servicios y programas están cubiertos para los pacientes internados y ambulatorios. Medicare ayuda a pagar estos servicios y también los medicamentos recetados para tratar sus problemas mentales.

Esta publicación le brinda información sobre los beneficios de salud mental en Medicare Original. Si usted recibe sus beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud de Medicare, revise los materiales del plan y llámelos para más detalles sobre los beneficios de salud mental.

Las palabras
en color rojo
están definidas
en las páginas
21–23.

Medicare ayuda a pagar los servicios de la salud mental

La **Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)** le ayuda a pagar los servicios de la salud mental si usted es un paciente internado en el hospital. La Parte A de Medicare paga por su habitación, sus comidas, el cuidado de las enfermeras y otros servicios e insumos.

La **Parte B de Medicare (Seguro Médico)** le ayuda a pagar los servicios de la salud mental que normalmente recibiría fuera del hospital, incluyendo las consultas con un psiquiatra u otro médico, con un psicólogo clínico o un asistente social y los exámenes de laboratorio ordenados por su médico. La Parte B de Medicare también puede ayudar a pagar una hospitalización parcial, si necesita cuidado ambulatorio intensivo y coordinado. Vea la página 10 si desea más información sobre los servicios de hospitalización parcial.

La Parte D de Medicare (cobertura de Medicare de medicamentos recetados) le ayuda a pagar los medicamentos recetados para tratar su enfermedad mental.

Sección 1: Cuidado de la salud mental y servicios profesionales para los pacientes ambulatorios

Lo que cubre el **Medicare Original**

La **Parte B de Medicare (Seguro Médico)** le ayuda a pagar los servicios para la salud mental y las visitas con los profesionales siguientes (le pueden cobrar los **deducibles** y el **coseguro**):

- Un psiquiatra u otro médico
- Un psicólogo clínico
- Un asistente social clínico
- Una enfermera clínica especializada
- Un enfermería licenciada
- Un asistente médico

Los profesionales de la salud mencionados arriba (excepto por los psiquiatras y otros médicos) deben aceptar la **asignación** si participan en el programa Medicare. Antes de hacer una cita, pregúntele al profesional de la salud si acepta la asignación.



Las palabras en color **rojo** están definidas en las páginas 21–23.

La **Parte B** de Medicare le ayuda a pagar los servicios ambulatorios de salud mental, que incluyen los servicios que normalmente son brindados fuera del hospital (como en una clínica, o el consultorio de un médico o terapeuta) y aquellos brindados en el departamento ambulatorio de un hospital.

La Parte B también cubre los servicios ambulatorios de salud mental para el tratamiento del uso inapropiado de alcohol y drogas. La Parte B ayuda a cubrir los siguientes servicios ambulatorios (le pueden cobrar los **deducibles** y el **coseguro**):

- Una evaluación anual sobre la depresión. La misma debe hacerse en el consultorio del médico o en una clínica que pueda hacer un seguimiento de la afección o hacer referidos. Usted no paga por esta evaluación anual si su proveedor de la salud acepta la **asignación**.
- Psicoterapia individual y grupal con médicos u otros profesionales licenciados autorizados por el estado para brindar estos servicios.
- Asesoramiento familiar si el propósito principal es ayudarlo a usted con su tratamiento.
- Exámenes para verificar que esté recibiendo los servicios que necesita y/o si su tratamiento actual lo está ayudando.
- Evaluaciones psiquiátricas.
- Control de la administración de sus medicamentos.
- Ciertos medicamentos recetados que normalmente no son auto-administrados (los que pueda tomar por usted mismo), como alguna inyecciones.
- Exámenes de diagnóstico.
- También puede cubrir la hospitalización parcial. Vea la página 10.
- Una evaluación de depresión durante el examen físico “Bienvenido a Medicare” que se ofrece una sola vez. (**Nota:** Medicare sólo paga por el examen físico si lo hace dentro de los primeros 12 meses de haber obtenido la Parte B.) Usted no paga por esta visita si su médico acepta la asignación.
- Un visita anual de “Bienestar” cubierta cada 12 meses (si usted ha tenido la Parte B por más de 12 meses). Esta visita le permite hablar con su médico u otro proveedor de la salud sobre sus cambios anímicos (mentales) para que pueda evaluarlos año tras año. Usted no paga por la visita de “Bienestar” si su proveedor acepta la asignación.

Lo que usted paga

Después de pagar el **deducible** anual por la **Parte B de Medicare** por visitas a un médico y otro proveedor de cuidados médicos para diagnosticar o tratar su condición, usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare**, si su proveedor de cuidados médicos acepta la **asignación**.

Si recibe los servicios en el departamento ambulatorio o en una clínica ambulatoria del hospital tal vez tenga que hacer un **copago** o coseguro **adicional** al hospital. El monto dependerá del servicio que obtenga, pero fluctuará entre el 20% y el 40% de la cantidad aprobada por Medicare.

Nota: Si usted tiene un seguro suplementario a Medicare (**Medigap**) u otro seguro médico, dígame a su médico o proveedor para que sus cuentas sean pagadas correctamente.



Medicare puede cubrir una hospitalización parcial

En algunos casos, la **Parte B de Medicare** cubre una hospitalización parcial. La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico ambulatorio facilitado a pacientes como una alternativa a los cuidados psiquiátricos internados. Es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de un médico o terapeuta. Este tipo de tratamiento se brinda durante el día y no requiere que se quede por la noche. Medicare ayuda a pagar por servicios de hospitalización parcial cuando son facilitados en un departamento ambulatorio de un hospital o un centro comunitario de salud mental. Como parte de su programa de hospitalización parcial, Medicare tal vez cubra terapia ocupacional que sea parte de su tratamiento mental y/o capacitación y educación individual para el paciente acerca de su condición.

Para que Medicare cubra dicho programa, usted deberá cumplir ciertos requisitos y su médico tendrá que certificar que de otra manera, usted necesitaría internarse para recibir el tratamiento. Tanto su médico como el programa de hospitalización parcial tienen que aceptar pagos de Medicare.

En el 2014, usted paga un porcentaje de la **cantidad aprobada por Medicare** por cada servicio que recibe de un médico o cualquier otro profesional calificado en salud mental si su proveedor acepta la **asignación**. Usted también paga el **coseguro** por cada día de hospitalización parcial que le brindan en el departamento ambulatorio del hospital o en un centro comunitario de salud mental.

Lo que no cubre Medicare Original

Medicare no paga por:

- La comidas.
- El transporte de ida o vuelta para obtener los servicios de salud mental.
- Grupos de apoyo para que las personas conversen o socialicen (**Nota:** son diferentes a las sesiones de psicoterapia grupal que están cubiertas).
- Pruebas o capacitación para aptitudes laborales que no son parte de su tratamiento de salud mental.

Sección 2: Los servicios de salud mental para los pacientes internados

Lo que cubre Medicare Original

La **Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)** le ayuda a pagar los servicios de salud mental ofrecidos cuando está internado en un hospital. Estos servicios pueden ser provistos en un hospital general o en un hospital psiquiátrico que sólo atiende a las personas con problemas mentales. Independientemente del hospital que usted elija, la Parte A de Medicare le ayudará a pagar por los servicios de salud mental.

Si usted está en un hospital psiquiátrico (en vez de un hospital general), la Parte A de Medicare sólo pagará hasta 190 días de servicios de internación psiquiátrica en dicho hospital, durante su vida.

Lo que usted paga

Medicare mide el uso de los servicios del hospital (incluyendo los servicios que recibe en un hospital psiquiátrico) por **períodos de beneficio**. Un período de beneficio comienza el día que usted ingresa al hospital (general o psiquiátrico). El período de beneficio termina después de que no haya recibido los servicios del hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar al hospital después de 60 días, comenzará otro período de beneficio y usted tendrá que pagar un nuevo **deducible** para cualquier servicio de hospitalización que reciba.

No hay límite al número de períodos de beneficio para los servicios de salud mental en un hospital general. También puede obtener varios períodos de beneficio cuando recibe servicios en un hospital psiquiátrico, pero recuerde que hay un límite de 190 días durante su vida.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 21–23.

Lo que usted paga (continuación)

Como paciente internado, usted paga los siguientes montos en el 2014:

- Un **deducible** de \$1,216 para cada **periodo de beneficio**
- De 1 a 60 días: \$0 de **coseguro** por día, para cada periodo de beneficio
- De 61 a 90 días: \$304 de coseguro por día, para cada periodo de beneficio
- 91 días o más: \$608 de coseguro por día, para cada “**día de reserva de por vida**” después de los 90 días de cada período de beneficio (hasta 60 días en toda su vida)
- Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos

La **Parte B** también le ayuda a pagar los servicios de salud mental dados por médicos u otros proveedores si está internado en el hospital. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** mientras está internado.

Nota: Si usted tiene un seguro suplementario a Medicare (**Medigap**) u otro seguro médico, dígame a su médico o proveedor para que sus cuentas sean pagadas correctamente.

Lo que no cubre el **Medicare Original**

- Una enfermera privada
- Teléfono o televisión en su habitación
- Artículos de uso personal (tales como pasta dental, medias, hojas de afeitar, etc.)
- Habitación privada (a menos que sea **necesario por motivos médicos**).



Sección 3: La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)

Para obtener la **cobertura Medicare de medicamentos recetados**, usted tiene que inscribirse en un **plan Medicare de medicamentos recetados**. Estos planes están administrados por compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Cada plan puede variar en los costos y en los medicamentos específicos que cubre. Es importante que conozca las normas de cobertura de su plan y sus derechos como beneficiario de un plan Medicare de medicamentos recetados.

Los planes Medicare de medicamentos recetados tienen normas especiales

¿Cubrirá mi plan los medicamentos que yo necesito?

Casi todos los planes de Medicare tienen una lista de los medicamentos que cubren, llamada **formulario**. Los planes Medicare de medicamentos recetados no están obligados a cubrir todos los medicamentos. Sin embargo, sí tienen que cubrir (salvo limitadas excepciones) todos los medicamentos antidepresivos, anticonvulsivos y antipsicóticos que pueden ser necesarios para mantenerlo mentalmente sano. Medicare revisa el formulario de cada plan para asegurarse de que contenga una variedad de medicamentos necesarios por motivos médicos y que no discrimine a ciertos grupos (como las personas discapacitadas o con problemas mentales).

Si usted toma un medicamento recetado para tratar un problema mental, es importante que sepa si su plan cubre dicho medicamento antes de inscribirse. Visite [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.medicare.gov/find-a-plan) para averiguar qué planes cubren sus medicamentos recetados.

¿Puede que cambie el formulario de mi plan?

Un plan Medicare de medicamentos recetados puede realizar cambios a su formulario durante el año de acuerdo con las pautas puestas por Medicare. Si actualmente está tomando un medicamento y el formulario del plan cambia, su plan deberá hacer una de las diligencias siguientes:

- Enviarle un aviso por escrito al menos 60 días antes de la fecha efectiva del cambio.
- Cuando usted solicite una renovación de su receta médica, deberán enviarle un aviso por escrito en cuanto al cambio, además de un suministro del medicamento para 60 días bajo las mismas reglas del plan antes del cambio.

¿Qué pasa si el médico o proveedor me receta un medicamento que mi plan no cubre?

Si usted está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados, tiene derecho a solicitar una **determinación de cobertura** (incluida una **excepción**). Usted puede designar a un representante que lo ayude.

Su representante puede ser un familiar, amigo, defensor, abogado, médico, u otra persona que actúe en su nombre. Usted, su representante, su médico, u otra persona que le prescriba la receta, deberán comunicarse con su plan para solicitar una determinación de cobertura.

Solicitud de determinación de cobertura

Usted, su representante, su médico, o la persona que le receta pueden pedirle al plan que cubra un medicamento que usted necesita. Puede solicitar una determinación de cobertura si el farmacéutico o el plan le dice que:

- Un medicamento que usted considera que debería estar cubierto no lo está
- Un medicamento está cubierto por un precio mayor del que usted piensa que debería pagar
- Tiene que cumplir con alguna norma de cobertura del plan (tal como una **autorización previa**) antes de obtener el medicamento que necesita
- El plan no cubrirá un medicamento que está en el formulario porque piensa que usted no lo necesita

Si usted solicita una determinación de cobertura, su médico u otra persona prescribiendo la receta, deberán enviar una explicación a su plan, detallando por qué usted necesita el medicamento solicitado. Usted, su representante, su médico, u otra persona que le facilite su receta, pueden solicitar una determinación de cobertura verbalmente o por escrito. Su plan tal vez solicite por escrito información adicional de la persona prescribiendo el medicamento



Cómo solicitar una excepción

Usted, su representante, su médico, u otra persona que prescriba un medicamento, pueden pedir una **excepción** (que es un tipo de **determinación de cobertura**) si:

- Usted piensa que necesita un medicamento que no está en el **formulario** del plan porque las otras opciones de tratamiento del formulario de su plan no serán efectivas para usted.
- Su médico u otra persona prescribiendo el medicamento creen que no puede cumplir una de las normas de cobertura (tales como **autorización previa**, **terapia escalonada** o límites de cantidades o de dosis).
- Usted cree que su plan debería cobrar menos por un medicamento que usted está tomando y que pertenece al **nivel** no-preferido del plan, porque las demás opciones del nivel preferido del plan no serán efectivas para usted.

Si solicita una excepción, su médico u otra persona prescribiendo su medicamento, deberán darle una carta explicando el motivo por el que usted necesita el medicamento que está solicitando. Usted, su representante, su médico, u otra persona prescribiendo su medicamento, pueden solicitar una excepción verbalmente o por escrito. Su plan tal vez solicite por escrito información adicional de la persona prescribiendo el medicamento.

¿Qué puedo hacer si estoy en desacuerdo con la determinación de cobertura o la decisión del plan sobre mi solicitud de excepción?

Una vez que el plan reciba su solicitud, en la mayoría de los casos tiene 72 horas (o 24 horas si presenta una solicitud acelerada) para notificarle su decisión. Si no está de acuerdo con la determinación de cobertura o la decisión sobre la excepción de su plan usted tiene el derecho a **apelar** la decisión. La decisión escrita del plan le explicará cómo solicitar una apelación.

Para más información sobre sus derechos de apelación, cómo presentar una apelación, y cómo designar un representante que lo ayude:

- Visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals).
- Visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para ver o imprimir la publicación “Las apelaciones a Medicare”.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Más información sobre la cobertura de Medicare de las recetas médicas

Para conseguir más información sobre la **cobertura de Medicare de las recetas médicas**:

- Visite [Medicare.gov/part-d](https://www.Medicare.gov/part-d).
- Visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para consultar o imprimir la publicación titulada “Su guía sobre la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados”.
- Visite [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.Medicare.gov/find-a-plan) para localizar y comparar planes en su área. Tenga a mano su tarjeta de Medicare, una lista de sus medicamentos y la dosis y el nombre de la farmacia que usa.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su **Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP en inglés)** para obtener ayuda personalizada. Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE para conseguir su número de teléfono.



Sección 4: Obtenga la ayuda que necesita

Medicare le ayuda a obtener la información que usted necesita.

Ayuda si usted tiene ingresos y recursos limitados

Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare

Si usted cumple con ciertos límites de ingresos y recursos, tal vez califique para Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo a pagar los costos de **cobertura Medicare de medicamentos recetados**. Usted debería solicitar aún cuando no esté seguro si califica o no.

Para más información:

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), y seleccione “Obtenga ayuda para pagar los costos” bajo “Sus costos de Medicare.”
- Visite [Socialsecurity.gov](https://www.Socialsecurity.gov), y seleccione “Medicare” bajo “Beneficios”. Para solicitar Ayuda adicional por el Internet, visite [Socialsecurity.gov/i1020](https://www.Socialsecurity.gov/i1020).
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Usted puede solicitar Ayuda adicional por teléfono o pedir una solicitud impresa.
- Visite o llame a la **Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid)**. Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 21–23.

Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAPs)

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs en inglés) que ayudan a ciertas personas a pagar por medicamentos recetados. Cada SPAP tiene sus propias normas sobre cómo ayudar a sus beneficiarios. Para averiguar si existe un SPAP en su estado y cómo funciona:

- Visite [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/state-programs.aspx](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/state-programs.aspx).
- Llame a su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés)**. Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas Medicare de Ahorros

Si usted es una persona con ingresos y recursos limitados, tal vez pueda conseguir ayuda de su estado para pagar sus gastos de Medicare (tales como los **deducibles** y el **coseguro**), si cumple ciertas condiciones.

Para más información:

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), y seleccione “Obtener ayuda para pagar sus costos” bajo “Sus costos de Medicare”.
- Llame o visite su **Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid)** y pida información sobre los Programas Medicare de Ahorros. Llame si cree que es elegible para cualquiera de ellos aunque no esté seguro. Para conseguir el número de teléfono para su estado, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE.
- Visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para consultar o imprimir la publicación “Obtenga ayuda con sus costos de Medicare: Por dónde empezar”.
- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts), o llame al 1-800-MEDICARE para conseguir su número de teléfono.

Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas y familias con ingresos y recursos limitados, a pagar los costos médicos. Medicaid también ofrece ciertos beneficios que no están normalmente cubiertos por Medicare, tales como cuidados en una residencia de ancianos a largo plazo, y servicios de cuidados personales. Cada estado tiene reglas diferentes en cuanto a elegibilidad y cómo solicitar Medicaid.

Si desea más información:

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), y seleccione “Obtener ayuda para pagar los costos” bajo “Sus costos de Medicare”.
- Para averiguar si cumple los requisitos, llame a su **Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid)**. Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir el número de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para averiguar acerca del programa Medicaid, visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para imprimir o consultar el folleto “Medicaid: Por dónde empezar”.

Sus derechos como beneficiario de Medicare

Sin importar cómo usted obtenga Medicare, usted tendrá generalmente ciertos derechos y protecciones para:

- Protegerlo cuando usted reciba cuidados médicos.
- Asegurarse de que usted recibe los servicios de cuidados médicos que la ley dice que usted puede recibir.
- Protegerlo contra prácticas no éticas
- Proteger su privacidad.

Para más información sobre sus derechos bajo Medicare:

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), y seleccione “Sus derechos bajo Medicare” bajo “Reclamaciones y apelaciones”.
- Visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para ver o imprimir el manual “Apelaciones bajo Medicare.”

Sus derechos de apelación bajo Medicare

Una **apelación** es una acción que usted puede tomar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o de pago por parte de Medicare, de su plan de Medicare, o su plan Medicare de medicamentos recetados. Si usted decide presentar una apelación, puede pedir a su médico, proveedor de cuidados médicos, o suplidor que le faciliten cualquier información que pudiera ayudar con su caso. Guarde una copia de todos los documentos que envíe a Medicare como parte de su apelación.

Para más información:

- Visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals).
- Visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para ver o imprimir el manual “Apelaciones bajo Medicare”.
- Llame al 1-800-MEDICARE.

Recursos para la salud mental

Si usted u otra persona están en una situación de crisis:

- Llame al Número Nacional de Prevención del Suicidio (National Suicide Prevention Lifeline) al 1-800-273-TALK (1-800-273-8255). Usted puede hablar con un consejero 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-799-4TTY (1-800-799-4889).

Para más información acerca de los beneficios y cobertura de salud mental de Medicare:

- Visite Medicare.gov, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés)**. Para conseguir el número de teléfono, visite Medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE.

Si usted
sufre una
crisis
médica en
cualquier
momento,
llame al
911.

Hable con su médico u otro proveedor de cuidados de la salud si tiene cualquier pregunta o preocupación acerca de su salud mental, o para averiguar más acerca de la salud mental, o localizar tratamiento. También puede visitar mentalhealth.gov, o una de las siguientes organizaciones:

Instituto Nacional de Salud Mental, Institutos Nacionales de Salud

- Visite nimh.nih.gov.
- Llame al 1-866-615-6464. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-415-8051.
- Envíe un correo electrónico a nimhinfo@nih.gov

Administración de Servicios de la Salud Mental y Abuso de Sustancias (Substance Abuse & Mental Health Services Administration) (SAMHSA en inglés)

- Visite samhsa.gov. SAMHSA tiene un localizador de centros de tratamiento y de servicios de la salud mental en su página Web.
- Llame al 1-877-SAMHSA-7 (1-877-726-4727). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-487-4889.
- Envíe un correo electrónico a SAMHSAInfo@samhsa.hhs.gov

La Salud Mental Americana (Mental Health America)

- Visite mentalhealthamerica.net.
- Llame al 1-800-273-TALK (1-800-273-8255) para hablar con el centro 24 horas al día.
- Llame al 1-800-969-6642. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-433-5959.
- Envíe un correo electrónico a info@mentalhealthamerica.net

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

- Visite nami.org.
- Llame a la línea de información y ayuda 1-800-950-NAMI (1-800-950-6264).
- Envíe un correo electrónico a info@nami.org.

Consejo Nacional sobre la Salud Conductual (National Council on Behavioral Health)

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

Apelación—Una apelación es una acción que puede tomar si está en desacuerdo con una decisión de cobertura o de pago que tomó Medicare, su plan de salud, o su plan Medicare de medicamentos recetados. Usted puede apelar si Medicare o su plan le niega:

- Su pedido de un servicio médico, insumo o receta médica que usted cree que tendría que recibir
- Su pedido de pago de un servicio médico, insumo o receta médica que ya recibió
- Su solicitud para cambiar la cantidad que debe pagar por un servicio médico, insumo o receta médica

Usted también puede apelar si Medicare o su plan deja de facilitar o pagar por todos o parte de los servicios de cuidado médico, insumos, artículos, o recetas médicas que usted considere que aún necesita.

Asignación—Un acuerdo entre Medicare y su médico, proveedor, o suplidor para cobrar directamente, para aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total por el servicio, y para que no le cobren al beneficiario más que el monto del deducible y el coseguro.

Autorización previa—Aprobación que usted debe obtener de un Medicare de medicamentos recetados antes de obtener un medicamento, para que este sea cubierto por su plan. Su plan Medicare de medicamentos recetados tal vez requiera una autorización previa para ciertos medicamentos.

Cantidad aprobada por Medicare—En Medicare Original, es la cantidad que le pueden pagar a un médico o proveedor que acepta la asignación. Puede que sea menos que la cantidad actual que cobra el médico o el proveedor. Medicare paga una parte de esta cantidad y usted paga la diferencia.

Cobertura de recetas médicas de Medicare (Part D)—Beneficios opcionales de medicamentos recetados disponibles para las personas con Medicare si pagan unos cargos adicionales. Esta cobertura es ofrecida por compañías de seguros y otras compañías privadas aprobadas por Medicare.

Copago—La cantidad que tendrá que pagar como su parte de los costos de los servicios médicos o suministros, tales como una visita médica, un servicio ambulatorio del hospital o una receta. Un copago normalmente es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita médica o una receta.

Coseguro—La cantidad que debe pagar como su parte del costo de los servicios, después de que haya pagado cualquier deducible. El coseguro por lo general es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Deducible—La cantidad que debe pagar por sus servicios o recetas médicas antes de que Medicare Original, su plan de medicamentos recetados u otro seguro suyo comience a pagar.

Determinación de cobertura—La primera decisión tomada por su plan Medicare de medicamentos recetados (no la farmacia) acerca de sus beneficios de medicamentos recetados, incluyendo:

- Si cubre un medicamento en particular
- Si ha cumplido todos los requisitos para recibir el medicamento solicitado
- Cuánto debe pagar por un medicamento
- Si deben hacer una excepción a una norma del plan cuando usted la solicite

El plan de medicamentos recetados debe darle una respuesta oportuna (72 horas para solicitudes estándar, 24 horas para solicitudes aceleradas). Si usted no está de acuerdo con la determinación del plan en cuanto a cobertura, el paso siguiente es apelar.

Días de reserva de por vida—En Medicare Original, estos son días adicionales por los que Medicare pagará cuando esté internado en el hospital por más de 90 días. Usted tiene un total de 60 días de reserva que pueden ser usados durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los gastos menos el coseguro diario.

Excepción—Un tipo de determinación de cobertura de medicamentos recetados por parte de Medicare. Una excepción al formulario es la decisión de un plan de medicamentos recetados de cubrir un medicamento que no está en el formulario o de revertir una norma de cobertura. Una excepción de nivel es la decisión de un plan de medicamentos recetados de cobrar menos por un medicamento que está en el nivel de medicamentos no-preferidos. Usted tiene que solicitar una excepción y su médico u otro proveedor de la salud tienen que enviar una declaración explicando la razón médica que justifique la excepción.

Formulario—Una lista de medicamentos recetados cubiertos por un plan de medicamentos recetados u otro plan de seguro médico que ofrezca beneficios de medicamentos recetados. También se conoce como lista de medicamentos.

Medicare Original—El plan Medicare Original es una cobertura de pago por servicio en la que el gobierno le paga a su proveedor de servicios médicos directamente por los beneficios de la Parte A y/o la Parte B.

Necesario por motivos médicos—Servicios médicos o suministros que son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica, herida, condición, enfermedad o sus síntomas, y satisfacen los estándares aceptables de la práctica médica.

Niveles—Grupos de medicamentos que tienen diferentes costos. En general, un medicamento en un nivel más bajo costará menos que uno en un nivel más alto.

Oficina de asistencia médica del estado (Medicaid)—Una agencia del estado o local que puede facilitar información acerca de las solicitudes para los programas de Medicaid, puede ayudar a rellenarlas. Los programas de Medicaid ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus facturas médicas.

Parte A de Medicare (Seguro de hospital)—La cobertura para los pacientes internados en el hospital, el cuidado en un centro de enfermería especializada, un hospicio y algunos cuidados de la salud en el hogar.

Parte B de Medicare (Seguro médico)—La Parte B ciertos servicios médicos, la atención ambulatoria, suministros médicos y servicios preventivos.

Periodo de beneficio—La manera en que Medicare Original contabiliza su utilización de los servicios de hospital y centros de enfermería especializada (SNF, en inglés). Un periodo de beneficio empieza el día en que usted es admitido como paciente interno en un hospital o SNF. El periodo de beneficio termina cuando no ha recibido ningún cuidado de hospital como paciente interno (o cuidado especializado en un SNF), durante 60 días seguidos. Si usted es ingresado en un hospital o un SNF después de haber terminado un periodo de beneficio, un nuevo periodo de beneficio empieza. Usted deberá pagar el deducible por paciente interno para cada periodo de beneficio. No existe límite para el número de periodos de beneficio.

Plan de salud de Medicare—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveer los beneficios de las Partes A y B a los beneficiarios de Medicare que se inscriben en el plan. Incluyen a todos los Planes Medicare Advantage, los Planes Medicare de Costo, los Programas Piloto y los Programas PACE.

Plan Medicare Advantage (Parte C)—Un tipo de plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para facilitarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B. 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, y Planes Medicare de cuenta de ahorros médicos. Si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del Plan y no son pagados a través de Medicare Original. La mayoría de los Planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos recetados.

Plan Medicare de medicamentos recetados (Parte D)—La Parte D agrega la cobertura de las recetas médicas al Medicare Original, algunos Planes Medicare de Costo, algunos Planes de Medicare de Pago por Servicio y los Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos. Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Los Planes Medicare Advantage también pueden ofrecer la cobertura de medicamentos recetados siempre que cumplan las mismas normas que los planes Medicare de medicamentos recetados.

Póliza Medigap—Seguro Suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar las faltas de cobertura de Medicare Original.

Prima—Pagos periódicos hechos a Medicare, una compañía de seguros, o un plan de cuidados médicos a cambio de cobertura médica o de medicamentos recetados.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés)—Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindarles a los beneficiarios de Medicare asesoría gratuita sobre el seguro médico.

Terapia escalonada—Una regla de cobertura utilizada por ciertos planes Medicare de medicamentos recetados que requiere que usted pruebe uno o más medicamentos similares de costo más bajo, para tratar su condición antes de que el plan cubra el medicamento prescrito.

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, \$300

CMS Producto No. 10184-S
Revisado en noviembre de 2014



To get this booklet in English, call 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.