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
- Recursos útiles

es.Medicare.gov

Medicare

Tabla de contenidos

1 **Sección 1:** Cuidado de salud mental y Medicare

3 **Sección 2:** Cuidado de salud mental ambulatoria

8 **Sección 3:** Cuidado de salud mental hospitalaria

10 **Sección 4:** Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)

12 **Sección 5:** Ayuda y recursos

16 **Sección 6:** Definiciones

18 **Comunicaciones accesibles**

19 **Aviso de no discriminación**



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. Consulte con su médico u otro profesional de la salud si presenta:

- 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 ayudan a diagnosticar y tratar a personas con condiciones de salud mental (incluidos los trastornos por consumo de sustancias). Medicare Original (Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico)) cubre una amplia gama de servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios y hospitalizados, así como los medicamentos recetados que pueda necesitar para tratar condiciones de salud mental.

Si tiene un plan Medicare Advantage, es posible que este ofrezca beneficios adicionales que Medicare Original no cubre, como ciertos tipos de consejería sobre salud mental. Comuníquese con su plan para obtener más información.

Si usted o alguien que conoce está pasando por una crisis y desea hablar con un consejero capacitado, llame o envíe un mensaje de texto al 988, la línea gratuita y confidencial de ayuda para el suicidio y la crisis. También puede comunicarse con un consejero a través del chat web en **988lifeline.org**.

La Línea de Ayuda para Suicidios y Crisis 988 es una red nacional de centros de crisis locales que ofrece apoyo emocional gratuito y confidencial si usted o alguien que conoce tiene pensamientos suicidas o está pasando por una crisis de salud mental o por consumo de sustancias. Puede hablar con un consejero las 24 horas del día, los 7 días de la semana en 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 se reciben en el departamento ambulatorio de un hospital o fuera de un hospital (por ejemplo, en el consultorio de un médico o terapeuta, en el departamento de atención ambulatoria de un hospital o en un centro comunitario de salud mental). 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 recibir el pago directo de Medicare, aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total por los servicios cubiertos y no facturarle más que el deducible el coseguro de Medicare. La mayoría de los proveedores de atención médica aceptan la asignación, pero siempre verifique esto antes de programar una cita.

Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol

Medicare cubre una prueba de detección de abuso de alcohol al año para adultos que consumen alcohol pero no cumplen las condiciones médicas de dependencia del alcohol. Si su médico de cabecera determina que usted abusa del alcohol, también puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial al año. Debe recibir asesoramiento en un centro de atención primaria (como un consultorio médico).

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

Servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides

Medicare cubre los medicamentos para el trastorno por consumo de opioides y los servicios de tratamiento que usted recibe de un médico u otro proveedor de atención médica, o a través de un Programa de Tratamiento de Opioides más completo (incluidas las unidades móviles del Programa de Tratamiento de Opioides). Los servicios pueden incluir:

- Medicamentos para el trastorno por consumo de opioides, como metadona, buprenorfina y naltrexona
- Medicamentos para revertir rápidamente los efectos de una sobredosis de opioides, como naloxona y nalmefeno
- Preparación y ayuda para tomar los medicamentos que forman parte de su proceso de recuperación
- Consejería sobre el consumo de sustancias
- Pruebas de detección de drogas
- Terapia individual y grupal
- Actividades de admisión y otras evaluaciones periódicas
- Servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios
- Servicios de coordinación de la atención y/o derivación
- Servicios de apoyo entre pares para la recuperación

Medicare cubre asesoramiento, servicios de terapia y evaluaciones periódicas tanto en persona como, en ciertas circunstancias, virtualmente (utilizando comunicación de audio y video, como su teléfono o una computadora). Medicare también podría cubrir evaluaciones periódicas que utilizan comunicación de solo audio. 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.

Hospitalización parcial

La hospitalización parcial es un programa estructurado que ofrece servicios psiquiátricos ambulatorios como alternativa a la atención psiquiátrica con internamiento. Estos servicios son más intensivos que la atención recibida en el consultorio de un médico o terapeuta y, por lo general, comprenden entre 4 y 8 horas de atención diaria. Usted podría beneficiarse de la hospitalización parcial si su plan de tratamiento indica que requiere un mínimo de 20 horas de servicios terapéuticos a la semana.

La Parte B puede cubrir los servicios de hospitalización parcial que recibe a través de un departamento ambulatorio de un hospital o un centro de salud mental comunitario si cumple 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 puede cubrir:

- Terapia ocupacional, que forma parte de su tratamiento de salud mental
- Capacitación y educación individualizada para pacientes sobre su condición
- Servicios de capacitación para cuidadores
- Servicios de orientación para enfermedades principales

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. Este nivel de atención se sitúa entre la terapia o el asesoramiento tradicionales de una vez por semana y la atención psiquiátrica en régimen de internamiento o de hospitalización parcial. Los servicios son más intensivos que la atención que recibiría en el consultorio de un médico o terapeuta y pueden incluir sesiones de terapia grupal e individual, educación en salud mental y gestión de medicamentos.

Puede beneficiarse de los servicios intensivos de un programa ambulatorio si su plan de atención indica que necesita al menos 9 horas de servicios terapéuticos a la semana. Puede obtener estos servicios en un hospital, centro comunitario de salud mental, centro de salud con certificación federal o clínica de salud rural. La Parte B también cubre 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.

¿Cuánto debo pagar por la atención y los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios?

Otros servicios ambulatorios de salud mental

La Parte B también ayuda a pagar muchos otros servicios ambulatorios de salud mental, incluyendo:

- Una prueba anual de detección de depresión en un consultorio o clínica de atención primaria que ofrezca seguimiento y derivaciones. Más información: **es.Medicare.gov/coverage/depression-screening**.
- Psicoterapia individual y grupal con médicos (o con otros profesionales con licencia inscritos en Medicare, según lo permita el estado donde reciba los servicios).
- Consejería familiar, si el objetivo principal es ayudarle con su tratamiento.
- Pruebas para determinar si está recibiendo los servicios que necesita y si su tratamiento actual le está ayudando.
- Evaluación psiquiátrica.
- Administración de medicamentos.
- Ciertos medicamentos recetados que no suelen ser autoadministrados (medicamentos que normalmente se administrarían por su cuenta), como algunas inyecciones.
- Pruebas diagnósticas.
- Intervenciones de planificación de seguridad si corre riesgo de suicidio o sobredosis.
- Una llamada telefónica de seguimiento después de recibir el alta de urgencias por un servicio de salud conductual u otra crisis.
- Ciertos dispositivos digitales de salud mental aprobados o autorizados por la FDA, incluidos los destinados al TDAH, si los obtiene de un médico u otro profesional de salud mental calificado y cumple otras condiciones.
- Una única consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" dentro de los primeros 12 meses de su inscripción en la Parte B. Esta consulta incluye una revisión de sus posibles factores de riesgo de depresión. Visite **Medicare.gov/coverage/welcome-to-medicare-preventive-visit** para obtener más información.
- Una consulta anual de bienestar. Hable con su proveedor sobre los cambios en su salud mental desde su última consulta. Visite **Medicare.gov/coverage/yearly-wellness-visits** para obtener más información.
- Servicios de salud mental que recibe como parte del tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias.
- Visite **es.medicare.gov/coverage/mental-health-care-outpatient** para obtener más información sobre los servicios de salud mental ambulatorios.

¿Cuánto debo pagar 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.

Exámenes de detección

No paga nada por las evaluaciones de depresión y abuso de alcohol si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de opioides

- Por lo general, no pagará copagos por estos servicios si los recibe de un proveedor de Programas de Tratamiento de Opioides que participe en Medicare y cumpla con otros requisitos. El deducible de la Parte B se aplica a estos servicios, incluidos los suministros y medicamentos que pueda recibir como parte de su tratamiento.
- Usted paga los copagos habituales por los servicios después de cumplir con el deducible de la Parte B, si recibe servicios para el trastorno por consumo de opioides de un proveedor de atención médica.

Hospitalización parcial

- Paga un porcentaje del monto aprobado por Medicare por cada servicio que reciba de un profesional de salud mental calificado si este acepta la asignación.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, también paga un coseguro por cada día de servicios de hospitalización parcial que reciba en un centro ambulatorio o en un centro de salud mental comunitario.

Servicios intensivos del programa ambulatorio

- Usted paga un porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare por cada servicio que recibe de un profesional de salud mental calificado, siempre que este acepte la asignación.
- Después de alcanzar el deducible de la Parte B, también paga un coaseguro por cada día de servicios intensivos del programa ambulatorio que reciba en un hospital o centro comunitario de salud mental.

¿Qué 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

¿Qué 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 atiende principalmente a personas con trastornos de salud mental).

Los servicios cubiertos por la Parte A incluyen:

- 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

¿Cuánto pago por la atención y los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados?

Cuando recibe servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (incluidos los servicios que recibe en un hospital psiquiátrico), Medicare mide su atención en períodos de beneficio, que se relacionan con la cantidad de días consecutivos que recibe atención. Un período de beneficio comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado en un hospital general o psiquiátrico. El período de beneficio finaliza una vez que ha estado fuera del hospital durante 60 días consecutivos. Si ingresa nuevamente al hospital después de esos 60 días, comienza un nuevo período de beneficio. Debe pagar un nuevo **deducible** por cada período de beneficio antes de que Medicare comience a pagar, y no hay límite en la cantidad de períodos de beneficio que puede tener en un año calendario. Sin embargo, si recibe atención en un hospital psiquiátrico, la Parte A solo paga hasta 190 días de servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados durante su vida.

Como paciente hospitalizado, paga lo siguiente por cada período de beneficios en 2026:

- **Días 1 al 60:** Después de pagar el deducible de $1,736, usted paga $0 por día.
- **Días 61–90:** $434 al día.
- **Días 91 a 150:** $868 por día al utilizar sus 60 días de reserva vitalicios. Estos son días adicionales que Medicare cubre cuando usted permanece hospitalizado por más de 90 días. Usted dispone de un total de 60 días de reserva que puede utilizar a lo largo de su vida.
- **Después del día 150:** Todos los costos.
- 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para los servicios de salud mental que recibe de los proveedores mientras está hospitalizado.

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.

¿Qué 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 cuanto a costo y a los medicamentos específicos que cubre. Es importante conocer las reglas de cobertura de su plan y sus derechos.

¿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 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. Si un plan agrega un nuevo genérico en lugar de un medicamento de marca, puede:

- Eliminar inmediatamente el medicamento de marca del formulario (en ciertos casos).
- Cambiar el costo o las reglas de cobertura del medicamento de marca.

Si cambia el estado del formulario de un medicamento que toma actualmente, su plan le enviará información sobre los cambios específicos. Para otros cambios que afecten a un medicamento que toma actualmente y que le afecten durante el año, su plan debe:

- Notificarle al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor del cambio.
- Informarle sobre el cambio y proporcionarle un suministro del medicamento para un mes, bajo las mismas normas del plan que regían antes del cambio, cuando solicite una renovación.

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

Si tiene cobertura de medicamentos de Medicare, puede solicitar una **determinación de cobertura**, incluida una **excepción**, y designar a un representante para ayudarle. Puede ser un familiar, amigo, defensor, abogado, asesor financiero, médico u otra persona que actúe en su nombre. Usted, su representante, médico u otro profesional que recete medicamentos debe comunicarse con su plan para solicitarla.

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

Para obtener más información sobre la Parte D:

- Visite es.Medicare.gov//health-drug-plans/part-d
- Visite 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 recibir asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros médicos. 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 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?lang=es&year=2026**.

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 ciertos requisitos. Para obtener más información, visite **Medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states?lang=es&year=2026**.

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**. También puede:

- Comunicarse 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**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visitar **es.medicare.gov/publications** para ver o imprimir el folleto "Primeros pasos: Obtenga ayuda con sus costos de Medicare"
- Llamar 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.

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 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**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
- Visite **es.medicare.gov/publications** para ver el folleto "Primeros pasos: Medicaid" y para obtener más información sobre Medicaid.

Ayuda si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago

Tiene derecho a apelar una decisión de cobertura o pago que tome Medicare, su plan de salud Medicare o su plan de medicamentos. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, visite **https://es.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals**.

Recursos de salud mental

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. Consulte a su proveedor si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud mental, para encontrar tratamiento de salud mental o para obtener más información al respecto. También puede utilizar estos recursos para encontrar la atención que necesita:

Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)

- Visite **NIMH.nih.gov**
- Llame al 1-866-615-6464. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-301-443-8431

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 **mhanatienal.og**
- Llame al 1-800-969-6642.

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

- Visite **nami.org**.
- Llame a la Línea de Ayuda de Información al 1-800-950-NAMI (1-800-950-6264).
- Envíe un mensaje de texto con la palabra "helpline" al 62640 para chatear o enviar un mensaje de texto.

Consejo Nacional para el Bienestar Mental

- Visite **thenationalcouncil.org**.
- Llame al 1-202-684-7457.



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. Un 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. **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
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

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.

CMS Producto No. 10184-S • Septiembre 2026