

## 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



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** u otro plan de salud de Medicare, revise los materiales de membresía de su plan y llámelos para obtener detalles sobre cómo obtener sus beneficios de salud mental cubiertos por Medicare.

La información contenida en esta publicación era correcta al momento de su 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 pueden 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.*

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

# Contenido

## El cuidado de la salud mental y Medicare . . . . . 5

### Sección 1: Cuidado de la salud mental y servicios profesionales para los pacientes ambulatorios . . . . . 7

Lo que cubre Medicare Original . . . . . 7

Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de opioides . . . . . 8

Detección y asesoramiento sobre abuso de alcohol . . . . . 9

Hospitalización parcial . . . . . 9

Lo que paga por la atención y los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios . . . . . 9

Lo que no está cubierto . . . . . 10

### Sección 2: Los servicios de salud mental para los pacientes internados . . . . . 11

Lo que cubre Medicare Original . . . . . 11

Lo que paga por la atención y los servicios de salud mental para pacientes internados . . . . . 11

Lo que no está cubierto . . . . . 12

### Sección 3: Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) . . . . . 13

Los planes de medicamentos de Medicare tienen reglas especiales . . . . . 13

Obtenga más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) . . . . . 15

### Sección 4: Ayuda, derechos y recursos . . . . . 17

Ayuda si usted tiene ingresos y recursos limitados . . . . . 17

Sus derechos de apelación de Medicare . . . . . 19

Recursos para la salud mental . . . . . 20

### Sección 5: Definiciones . . . . . 21

**Si usted o alguna persona que usted conoce está luchando en crisis y desea hablar con un consejero especializado en crisis, llame o envíe un mensaje de texto al 988, la línea gratuita y confidencial a la línea de Prevención del Suicidio y Crisis (Suicide & Crisis Lifeline). También puede conectarse con un consejero a través del chat web en [988lifeline.org](https://988lifeline.org).**

La línea de Prevención del Suicidio y Crisis 98 es una red nacional de centros locales de crisis 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:

- Para hablar con alguien que se preocupa
- Si siente que podría estar en peligro de lastimarse
- Si está preocupado por un familiar o amigo
- Para encontrar referencias a tratamientos y servicios de salud mental en su área.

**Llame al 911 si tiene una crisis médica inmediata.**

# El cuidado de la salud mental y Medicare

Los problemas de la salud mental, como la depresión y 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.

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



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

## Lo que cubre Medicare Original

La Parte B de Medicare (seguro médico) ayuda a pagar los servicios de salud mental que generalmente 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 para pacientes ambulatorios. La Parte B también cubre las visitas con estos proveedores:

- Un psiquiatra u otro médico
- Un psicólogo clínico
- Un asistente social clínico
- Una enfermera clínica especializada
- Una enfermería licenciada
- Un asistente médico
- **Nuevo:** A partir del 1 de enero de 2024, Medicare también cubrirá los servicios de atención de salud mental proporcionados por terapeutas matrimoniales y familiares y consejeros de salud mental.

Los médicos u otros proveedores de atención médica que participan en la Parte B deben aceptar la asignación.

Una asignación es un acuerdo de su médico, proveedor u otro proveedor para que Medicare le pague directamente, para aceptar la cantidad del pago que Medicare aprueba por el servicio y no facturarle más que el **deducible** y el **coseguro** de Medicare. Pregúntele a su médico o a otro proveedor de cuidado de salud si aceptan la asignación antes de programar una cita. Algunos profesionales de la salud, como los trabajadores sociales clínicos y los especialistas en enfermería clínica, siempre deben aceptar la asignación. Se pueden aplicar deducibles y coseguros.

Si su médico u otro proveedor de cuidado médico acepta la asignación, la Parte B ayuda a pagar estos servicios ambulatorios:

- Una prueba de detección de depresión cada año. La evaluación debe realizarse en el consultorio de un médico de atención primaria o en una clínica de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y derivaciones. Visite <https://es.medicare.gov/coverage/depression-screening> para obtener más información.
- Psicoterapia individual y grupal con médicos u otros profesionales licenciados autorizados por el estado donde recibe los servicios.
- Asesoramiento familiar si el propósito principal es ayudarlo a usted con su tratamiento.

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

- 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 “autoadministrados” (los que pueda tomar por usted mismo), como algunas inyecciones.
- Exámenes de diagnóstico.
- Hospitalización parcial.
- Una visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare” dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B. Esta visita incluye una revisión de sus posibles factores de riesgo de depresión. Visite <https://www.medicare.gov/coverage/welcome-to-medicare-preventive-visit> para obtener más información.
- Una visita anual de “Bienestar”. Este es un buen momento para hablar con su médico u otro proveedor de atención médica sobre los cambios en su salud mental, para que puedan evaluar sus cambios año tras año. Visite <https://www.medicare.gov/coverage/yearly-wellness-visits> para obtener más información.

**Nota:** Si tiene un plan Medicare Advantage, puede ofrecer beneficios adicionales, como ciertos tipos de asesoramiento sobre salud mental que no cubre Medicare Original. Comuníquese con su plan para obtener más detalles.

## **Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de opioides**

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

- Medicamentos (como metadona, buprenorfina, naltrexona y naloxona),
- Asesoramiento
- Pruebas de drogas
- Terapia individual y grupal
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Medicare cubre los servicios de asesoramiento, terapia y evaluaciones periódicas tanto en persona como, en determinadas circunstancias, mediante entrega virtual (utilizando tecnología de comunicación de audio y video, como su teléfono o una computadora). Hable con su médico u otro proveedor de atención médica para averiguar a dónde puede acudir para obtener estos servicios. Visite <https://es.medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services> para más información.

## DetECCIÓN Y ASESORAMIENTO SOBRE ABUSO DE ALCOHOL

Medicare cubre un examen de abuso de alcohol cada año para adultos (incluidas las embarazadas) que consumen alcohol, pero no cumplen con los criterios médicos para la dependencia del alcohol. Si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica determina que está abusando del alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento en persona por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento). Debe obtener 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 <https://es.medicare.gov/coverage/alcohol-misuse-screenings-counseling> para más información.

## HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

En algunos casos, la Parte B puede cubrir servicios de hospitalización parcial brindados por un centro comunitario de salud mental o por un hospital para pacientes ambulatorios si cumple con ciertos requisitos y si su médico certifica que, de lo contrario, necesitaría tratamiento hospitalario. La hospitalización parcial es un programa diurno estructurado que ofrece servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios como una alternativa a la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados.

**Nuevo:** A partir del 1 de enero del 2024, Medicare cubrirá los servicios intensivos de programas ambulatorios proporcionados por hospitales, centros comunitarios de salud mental, centros de salud calificados por el gobierno federal y clínicas de salud rural.

La hospitalización parcial y los servicios ambulatorios intensivos son más rigurosos que la atención que recibiría en el consultorio de un médico o terapeuta.

Medicare también puede cubrir:

- Terapia ocupacional que es parte de su tratamiento de salud mental
- Capacitación y educación individual del paciente sobre su condición

Visite <https://es.medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization> para obtener 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 para las visitas para diagnosticar o tratar su afección, si su proveedor de atención médica acepta la asignación.

**Exámenes que Medicare pagará:**

- Una prueba de detección de depresión por año si su proveedor de atención médica acepta la asignación.
- Evaluación y asesoramiento sobre abuso de alcohol si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención primaria acepta la asignación.

**Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de opioides**

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

**Hospitalización parcial**

Para la hospitalización parcial (y a partir del 1 de enero de 2024, para los servicios del programa ambulatorio intensivo), después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga:

- Un porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare para visitas a su médico u otro proveedor de atención médica si aceptan la asignación.
- **Coseguro** por cada día de servicios de hospitalización parcial que reciba en un centro ambulatorio de hospital o en un centro comunitario de salud mental.

Si obtiene sus servicios en una clínica para pacientes ambulatorios de un hospital o en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, es posible que deba pagar un **copago** o coseguro adicional al hospital.

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

**Lo que no está cubierto**

- 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 habilidades laborales que no forman 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) ayuda a pagar los servicios de salud mental que recibe en un hospital cuando es admitido como paciente internado. Puede obtener estos servicios en un hospital general o en un hospital psiquiátrico que solo atiende a personas con problemas de salud mental. Independientemente del tipo de hospital que elija, la Parte A ayudará a cubrir los servicios de salud mental para pacientes internados. La Parte A cubre:

- Habitaciones semiprivadas
- Comidas
- El cuidado de las enfermeras
- Medicamentos (incluida la metadona para tratar un trastorno por consumo de opioides)
- Otros servicios y suministros hospitalarios como parte de su tratamiento hospitalario.

Visite <https://es.medicare.gov/coverage/mental-health-care-inpatient> para más información.

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

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.

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

### Lo que usted paga (continuación)

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. La Parte A sólo paga hasta 190 días de servicios hospitalarios psiquiátricos durante su vida.

Como paciente internado, usted paga las siguientes cantidades en el 2023:

- Un **deducible** de \$1,600 para cada período de beneficio
- De 1 a 60 días: \$0 de **coseguro** por día, para cada período de beneficio
- De 61 a 90 días: \$400 de coseguro por día, para cada período de beneficio
- 91 días o más: \$800 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
- 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para los servicios de salud mental que recibe de médicos y otros proveedores mientras está internado en un hospital. Visite <https://es.medicare.gov/basics/costs>.

La Parte B cubre los servicios de ciertos médicos, atención ambulatoria, suministros médicos y servicios preventivos. Esto incluye servicios de salud mental proporcionados por médicos y otros profesionales de la salud si es admitido como paciente hospitalizado.

Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por estos servicios de salud mental mientras está internado en un hospital.

**Nota:** Si tiene una póliza de seguro complementario de Medicare (**Medigap**) u otra cobertura médica, informe a su médico u otro proveedor de atención médica para que sus facturas se paguen correctamente.

### Lo que no está cubierto

- Una enfermera privada
- Teléfono o televisión en su habitación
- Artículos personales, como pasta de dientes, calcetines o maquinillas de afeitar
- Una habitación privada, a menos que sea médicamente necesario.

# Sección 3: 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**. Los planes de medicamentos de Medicare 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. Sin embargo, casi todos los antidepresivos y antipsicóticos se requieren en los formularios de medicamentos de todos los planes de medicamentos de Medicare. Es importante conocer las reglas de cobertura de su plan y sus derechos.

## Los planes de medicamentos de Medicare tienen reglas especiales

### ¿Cubrirá mi plan los medicamentos que yo necesito?

Casi todos los planes de Medicamentos 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. Medicare revisa el formulario de cada plan para asegurarse de que tenga una variedad de medicamentos necesarios por motivos médicos y que no discrimine a ciertos grupos (como las personas incapacitadas o con problemas mentales).

**Si toma medicamentos recetados para tratar un problema mental, es importante averiguar si un plan cubre sus medicamentos antes de inscribirse.**

Puede escribir los nombres de sus recetas actuales en la página 16. Visite <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/?year=2023&lang=es> para averiguar qué planes cubren sus medicamentos. Cada vez que compre planes, puede ingresar los medicamentos recetados que está tomando actualmente para tener una mejor idea de cuáles serían los costos de desembolso de medicamentos en cada plan.

### ¿Puede que cambie el **formulario** de mi plan?

Su **plan de medicamentos de Medicare** puede cambiar su lista de medicamentos durante el año debido a cambios en las terapias de medicamentos, al lanzamiento de nuevos medicamentos o a la disponibilidad de nueva información médica. Los planes también pueden, en ciertos casos, eliminar inmediatamente un medicamento de marca de sus formularios si hay un nuevo genérico para el medicamento de marca o los planes pueden cambiar el costo o las reglas de cobertura de 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 lo afectarán durante el año, su plan debe hacer **uno** de estos:

- Darle aviso al menos 30 días antes de la fecha de vigencia del cambio
- En el momento en que solicite un repuesto, notificarle el cambio y el suministro de un mes del medicamento 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.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación, consulte la página 19 de este folleto.

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

Para obtener más información sobre la (Parte D):

- Visite [Medicare.gov/part-d](https://www.medicare.gov/part-d).
- Visite <https://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d> para ver el folleto “Su guía sobre la Cobertura de Medicare para Medicamentos”.
- Visite <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/?year=2023&lang=es> 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 pueden 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 [shiphelp.org](https://shiphelp.org) o llame al 1-800-MEDICARE para conseguir su número de teléfono.



## Sección 4: Ayuda, derechos y recursos

### Ayuda si usted tiene ingresos y recursos limitados

#### Ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos de Medicare

Si tiene ingresos y recursos limitados, puede calificar para la 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 <https://secure.ssa.gov/i1020/startEs> para solicitar Ayuda Adicional en línea.

Puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. Puede solicitar ayuda adicional por teléfono o pedir una solicitud en papel.

Para más información:

- Visite <https://es.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>.
- Comuníquese con la oficina de Asistencia Médica de su estado (Medicaid). Para obtener su número de teléfono, visite [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.medicare.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.

### **Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP)**

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a ciertas personas a pagar los medicamentos recetados. Cada programa establece sus propias reglas sobre cómo ayudar a sus miembros. Para averiguar si existe un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica en su estado y cómo funciona, visite <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states?year=2023&lang=es>:

### **Programas de Ayuda Farmacéutica**

Muchos de los principales fabricantes de medicamentos ofrecen programas de ayuda para personas con cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) que cumplen con ciertos requisitos. Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program?year=2023&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 sus costos de Medicare (como **primas**, **deducibles** y **coseguro**).

Para obtener más información, visite <https://es.medicare.gov/basics/costs/help/medicare-savings-programs>.

- Comuníquese con su Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) y pida información sobre los Programas de Ahorros de Medicare. Llame incluso si no está seguro de calificar. 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 [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) para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros médicos. Visite [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org), o llame al 1-800-MEDICARE para conseguir su número de teléfono.

## Medicaid

Medicaid es un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y (en algunos casos) recursos limitados.

Medicaid también ofrece algunos beneficios que Medicare normalmente no cubre, como atención de custodia en un hogar de ancianos y servicios de cuidado personal. Cada estado tiene reglas diferentes sobre la elegibilidad y la solicitud de Medicaid

Para más información:

- Visite <https://es.medicare.gov/basics/costs/help/medicaid>.
- Llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para ver si califica. Llame a la oficina de Asistencia Médica de su estado (Medicaid) para averiguar si califica. Para obtener su número de teléfono, visite [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.medicare.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 <https://es.medicare.gov/publications> para ver el folleto. “Medicaid: Por dónde empezar” para obtener más información sobre el programa Medicaid.

## Sus derechos de apelación de 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 de medicamentos de Medicare**. 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 <https://es.medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal>.
- Visite <https://es.medicare.gov/publications> para ver el manual “Apelaciones de Medicare”.
- Llame al 1-800-MEDICARE. Todas las personas con Medicare tienen ciertos derechos y protecciones. Para más información visite <https://es.medicare.gov/basics/your-medicare-rights>.

## Recursos para la salud mental

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

- Llame o envíe un mensaje de texto al 988, o chatee en [988lifeline.org](https://988lifeline.org), la línea de Prevención del 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 más información acerca de los beneficios y cobertura de salud mental de Medicare:

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) para obtener asesoramiento personalizado gratuito sobre seguros de salud. Para conseguir el número de teléfono, visite [shiphelp.org](https://shiphelp.org), o llame al 1-800-MEDICARE.

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](https://www.mentalhealth.gov), o una de las siguientes organizaciones:

### Instituto Nacional de Salud Mental, Institutos Nacionales de Salud (NIH)

- Visite [nimh.nih.gov](https://www.nimh.nih.gov).
- Llame al 1-866-615-6464. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-301-443-8431.
- Envíe un correo electrónico a [nimhinfo@nih.gov](mailto: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](https://www.samhsa.gov). Para encontrar instalaciones de tratamiento en su área, visite [findtreatment.samhsa.gov](https://www.samhsa.gov/findingtreatment).
- 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 <https://www.mhanational.org/>.
- Llame al 1-800-969-6642.

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

- Visite [nami.org](https://www.nami.org).
- Llame o envíe un mensaje de texto a la línea de información y ayuda 1-800-950-NAMI (1-800-950-6264).

### Consejo Nacional para el Bienestar Mental

- Visite [thenationalcouncil.org](https://www.thenationalcouncil.org).
- Llame al 202-684-7457.
- Envíe un correo electrónico a [Communications@thenationalcouncil.org](mailto:Communications@thenationalcouncil.org)

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

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

**Copago**—Una cantidad que tendrá que pagar como su parte de los costos de los beneficios después de pagar los deducibles. Un copago es una cantidad fija, como \$30.

**Coseguro**—La cantidad que usted tiene que pagar como su parte del costo de los beneficios después de pagar los deducibles. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo el 20%).

**Deducible**—La cantidad que debe pagar por atención médica o medicamentos recetados antes de que Medicare Original, su plan Medicare Advantage, su plan de medicamentos de Medicare o su otro seguro comience a pagar.

**Determinación de Cobertura**—La primera decisión tomada por el plan de medicamentos de Medicare (no la farmacia) sobre sus beneficios de medicamentos, incluyendo:

- Si un medicamento en particular está cubierto.
- Si ha cumplido todos los requisitos para recibir el medicamento recetado.
- Cuánto usted está obligado a pagar por un medicamento.
- Si se debe hacer una excepción a la regla cuando usted lo solicite.

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

**Días de reserva de por vida**—En el Medicare Original, son días adicionales por los que Medicare pagará cuando está 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 por todos los costos menos el coseguro diario.

**Excepción**—Un tipo de determinación de cobertura de medicamentos recetados. Un formulario de excepción es la decisión de un plan de medicamentos para cubrir un medicamento que no está en su lista de medicamentos o no aplicar una norma de cobertura. Una excepción de categoría es la decisión de un plan de medicamentos de cobrar una cantidad menor por un medicamento que está en la categoría de medicamentos no preferidos. Usted o su médico debe solicitar una excepción y su médico u otro proveedor debe proporcionar una declaración de justificación explicando los motivos médicos para la excepción.

**Formulario**—Una lista de medicamentos recetados cubiertos por un plan de medicamentos recetados u otros beneficios de medicamentos recetados ofrecidos por el plan de seguro. Esta lista también se llama lista de medicamentos.

**Medicare Original**—Medicare original es una cobertura de salud de pago por servicio que consta de dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B (Seguro médico). Después de pagar un deducible, Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

**Medigap**—Seguro Complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar las “brechas” en la cobertura de Medicare Original.

**Plan de medicamentos de Medicare (Parte D)**—La Parte D agrega cobertura de medicamentos recetados a Medicare Original, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de pago por servicio de Medicare y planes de cuenta de ahorros médicos de Medicare. Estos planes son ofrecidos por compañías de seguros y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Los planes Medicare Advantage también pueden ofrecer cobertura de medicamentos recetados que sigue las mismas reglas que los planes de medicamentos de Medicare.

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

**Prima**—El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de servicios de salud para obtener cobertura de salud o medicamentos recetados.





## Comunicaciones accesibles de CMS

Medicare brinda ayuda y servicios auxiliares gratuitos, incluyendo información en formatos accesibles como braille, letra grande, archivos de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible, no se verá perjudicado por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para tomar cualquier medida si hay un retraso en el cumplimiento de su solicitud.

Para solicitar información de Medicare o del Mercado en un formato accesible, puede:

**1. Llamarnos:**

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 a:** [altformatrequest@cms.hhs.gov](mailto:altformatrequest@cms.hhs.gov)

**3. Enviar 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 se conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Podríamos 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 o local de Medicaid.

## **Aviso de no 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, (incluyendo la orientación sexual y la identidad de género) 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 de Medicaid estatal o local, o Planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

- 1. En línea** en [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html).
- 2. Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 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

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

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid**

7500 Security Blvd.

Baltimore, MD 21244-1850

---

Asunto oficial

Penalidad por uso privado, \$300

CMS Producto No. 10184-S

Agosto 2023



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