

CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID



Medicare y sus Beneficios de Salud Mental

El folleto **oficial** del gobierno sobre los beneficios de las personas inscritas en el Medicare Original que sufren de problemas mentales. Este folleto contiene información importante sobre:

- ★ Quién es elegible
- ★ Los beneficios para los pacientes ambulatorios
- ★ Los beneficios para los paciente internados
- ★ La cobertura de los medicamentos recetados
- ★ Ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados
- ★ Dónde 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 información actualizada, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Contenido

Introducción	5
La salud mental y Medicare	5
Cómo el Medicare Original cubre los servicios de salud mental	6
Sección 1: El cuidado de la salud mental de los pacientes ambulatorios y los servicios profesionales	7
Lo que cubre el Medicare Original	7
Lo que usted paga	8
Medicare puede cubrir la hospitalización parcial	9
Lo que no cubre el Medicare Original	10
Sección 2: Servicios de salud mental para los pacientes internados	11
Lo que cubre el 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 (Medicare Parte D)	13
Sobre la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados	13
Los planes Medicare de medicamentos recetados tienen normas especiales	13
Aprenda más sobre la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados	16
Sección 4: Obtenga la ayuda que necesita	17
Ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados	17
Sus derechos como beneficiario de Medicare	19
Sus derechos de apelación si está inscrito en Medicare	19
Recursos de ayuda para la salud mental	20
Sección 5: Las palabras que debe conocer	21



Introducción

La salud mental y Medicare

Los problemas de 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 si usted:

- Se siente triste, vacío, o sin esperanza
- No tiene energía
- No puede concentrarse
- No puede dormir
- Tiene poco interés en las cosas que antes disfrutaba, o
- Ha tenido pensamientos suicidas

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 cubrir los servicios para los pacientes internados y ambulatorios y también los medicamentos recetados. Esta publicación le brinda información sobre los beneficios de salud mental en el **Medicare Original**.

Si usted recibe sus beneficios de Medicare a través de un plan de salud de Medicare, revise los materiales del plan y llámelo para más detalles sobre los beneficios de salud mental. Estos planes cubren los servicios de la Parte A y Parte B.

Si necesita ayuda inmediatamente para usted u otra persona que está en una crisis, llame a La Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 1-800-273-TALK o al 1-800-799-SUICIDE (1-800-273-8255). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-799-4TTY (1-800-799-4889). Llame a la línea por cualquiera de las siguientes razones:

- Para hablar con alguien que pueda ayudarle
- Si piensa que está a riesgo de hacerse daño
- Para hablar con un asistente de crisis si está preocupado por otra persona
- Para ser derivado para obtener servicios de salud mental en su zona

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

Cómo el **Medicare Original** cubre los servicios de salud mental

La **Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)** le ayuda a pagar los servicios de 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 y suministros.

La **Parte B de Medicare (Seguro Médico)** le ayuda a pagar los servicios de 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 por una hospitalización parcial, si necesita cuidado intensivo ambulatorio coordinado. Vea la página 9 para más información sobre los servicios de hospitalización parcial.

La Parte D de Medicare (cobertura de Medicare de medicamentos recetados) le ayuda a pagar por los medicamentos recetados que usted podría necesitar para tratar su condición de salud mental.



Sección 1: El cuidado de la salud mental de los pacientes ambulatorios y los servicios profesionales

Lo que cubre el Medicare Original

Si está inscrito en el **Medicare Original** y tiene la **Parte B de Medicare (Seguro Médico)**, Medicare le ayuda a cubrir las visitas con los siguientes tipos de profesionales médicos:

- Un psiquiatra u otro médico
- Un psicólogo clínico
- Un asistente social
- Una enfermera especializada
- Un practicante de enfermería
- Un asistente médico

Es importante saber que Medicare sólo cubre estas visitas cuando son brindadas por un proveedor de la salud que acepta los pagos de Medicare. **Para pagar menos, usted debe hablar con sus proveedores de la salud para ver si aceptan la “asignación” antes de hacer una cita. Vea la página 9.**

La Parte B de Medicare le ayuda a cubrir los servicios ambulatorios de salud mental. Esto incluye 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. Medicare ayuda a cubrir los siguientes servicios (los **deducibles** y **copagos** se aplican):

- 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 usted está recibiendo los servicios que necesita y/o si su tratamiento actual lo está ayudando.
- Evaluaciones psiquiátricas.
- Control de la administración de sus medicamentos.
- Terapia ocupacional que forma parte de su tratamiento de salud mental.

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

Lo que cubre el Medicare Original (continuación)

- Ciertos medicamentos recetados que normalmente no son auto-administrados, como ser las vacunas.
- Entrenamiento y educación individual sobre su condición.
- Exámenes de diagnósticos.
- 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 de Medicare**.)
- También puede cubrir la hospitalización parcial. Vea la página 9.

Lo que usted paga

Después de pagar su **deducible** anual por la Parte B de Medicare (\$155 en 2010), la cantidad que tiene que pagar por los servicios de salud mental dependerán de si el propósito de su visita es para diagnosticar su condición o para recibir tratamiento.

- Por las visitas a un médico u otro proveedor de la salud para **diagnosticar** su condición, usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare**.
- Por el **tratamiento** ambulatorio de su condición (como ser psicoterapia), usted paga el 45% de la cantidad aprobada por Medicare en el 2010 (menos que la del 2009). El Congreso aprobó una legislación que reduce la cantidad que pagan los beneficiarios de Medicare por el tratamiento de salud mental ambulatorio, para emparejarlo con la cantidad del **coseguro** por otros servicios médicos. La cantidad que usted paga por estos servicios continuará disminuyendo durante los próximos años:

Este año	Usted paga
2010 y 2011	45%
2012	40%
2013	35%
2014	20%

Nota: Si usted recibe sus servicios en una clínica ambulatoria o en el departamento ambulatorio del hospital, a lo mejor tendrá que pagar un **copago** o coseguro **adicional** al hospital. La cantidad variará dependiendo del servicio brindado pero será entre el 20% y el 40% de la cantidad aprobada por Medicare.

Asignación

Si a usted lo trata un médico o proveedor que acepta “la asignación”, los gastos de su bolsillo podrían reducirse. Si los médicos o proveedores aceptan la asignación, significa que están de acuerdo con las siguientes condiciones:

- Aceptar solamente las cantidades aprobadas por Medicare para el pago de los servicios
- Recibir el pago directamente de Medicare
- Sólo cobrarle a usted, o a su otro seguro, el **deducible** o **coseguro** de Medicare

Medicare puede cubrir la hospitalización parcial

En algunos casos, la **Parte B de Medicare** cubre una hospitalización parcial. Es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo ambulatorio que 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. Estos programas normalmente son brindados a través de los departamentos ambulatorios de los hospitales y los centros comunitarios de salud mental.

Su médico o terapeuta puede pensar que usted podría beneficiarse de un programa de hospitalización parcial. Para que Medicare cubra dicho programa, un médico tiene que certificar que de otra manera, usted necesitaría tratamiento como un paciente internado. Tanto su médico como el programa de hospitalización parcial tienen que aceptar el pago de Medicare.

En el 2010, usted paga un porcentaje de la **cantidad aprobada por Medicare** por cada servicio que recibe de un profesional calificado (vea la página 8). También paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por cada día de servicio que le proveen en el departamento ambulatorio del hospital o en un centro comunitario de salud mental.

Lo que no cubre el **Medicare Original**

Medicare no paga por:

- La comidas.
- El transporte de ida o vuelta de los servicios de salud mental.
- Grupos de apoyo para que las personas conversen o socialicen (en vez de las sesiones de psicoterapia grupal que están cubiertas. Vea la página 7).
- Exámenes o entrenamiento de aptitudes para el trabajo que no son parte de su tratamiento de salud mental.

Nota: Si tiene una **póliza Medigap** (Seguro Suplementario a Medicare), un plan de empleado o jubilado u otra cobertura de seguro médico, asegúrese de decirle a su médico o proveedor para que sus cuentas sean pagadas correctamente.



Sección 2: Servicios de salud mental para los pacientes internados

Lo que cubre el Medicare Original

Si usted tiene el **Medicare Original** y la **Parte A (Seguro de Hospital)**, Medicare le ayuda a pagar por los servicios de salud mental brindados en un hospital que requiere que lo internen. Estos servicios pueden ser administrados en un hospital general o en un hospital psiquiátrico que sólo atiende a las personas con problemas mentales. Independientemente del hospital que 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 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 o centro de enfermería especializada por cuidado físico o mental. El periodo de beneficio termina después de que no haya recibido servicios del hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar al hospital después de 60 días, comenzará un periodo de beneficio nuevo y usted tendrá que pagar un **deducible** de hospitalización nuevo.

No hay límite al número de periodos de beneficio que puede tener cuando recibe servicios de salud mental en un hospital general. También puede tener varios periodos 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)

Por cada periodo de beneficio, usted paga en el 2010:

- Un **deducible** de \$1,100 y ningún **coseguro** por los días 1–60 de cada periodo de beneficio
- \$275 por día durante los días 61–90 de cada periodo de beneficio
- \$550 por “**día de reserva de por vida**” después de los 90 días de cada periodo de beneficio (hasta 60 días en toda su vida)

Nota: La **Parte B de Medicare** le ayuda a cubrir los servicios de salud mental brindados por médicos y otros proveedores si está internado en el hospital. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios de salud mental mientras está internado en el hospital.

Lo que no cubre el **Medicare Original**

Medicare no cubre los costos de una enfermera privada, un teléfono o televisión en su habitación, artículos de uso personal (como ser pasta dental, medias, hojas de afeitar, etc.) o una habitación privada a menos que sea **necesario por motivos médicos**.

Nota: Si tiene una **póliza Medigap** (Seguro Suplementario de Medicare) u otro seguro médico, asegúrese de avisarle a su médico u otro proveedor de la salud para que sus cuentas sean pagadas de la forma correcta.

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

Sobre la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados

Medicare les ofrece la cobertura de medicamentos recetados a todas las personas con Medicare. Para obtener dicha cobertura, usted tiene que inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. Dichos 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 saber las normas de cobertura de su plan y sus derechos como beneficiario de un plan de Medicare de medicamentos recetados.

Los planes Medicare de medicamentos recetados tienen normas especiales

El formulario

Casi todos los planes de Medicare de medicamentos recetados tienen una lista de los medicamentos que cubren, conocida como el formulario. Por lo general, los planes de Medicare de medicamentos recetados no tienen que cubrir todos los medicamentos. Sin embargo, sí tienen que cubrir todos o casi 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 que son necesarios médicamente y que no discrimine en contra de ciertos grupos (como ser las personas incapacitadas o con condiciones de salud mental).

Si usted toma un medicamento recetado para una condición de salud mental, es importante que sepa si su plan cubre dicho medicamento antes de inscribirse.

Hay ciertos medicamentos que los planes Medicare de recetas médicas no tienen que cubrir, como benzodiacepinas, barbitúricos o medicamentos para el peso. Algunos planes Medicare de medicamentos recetados pueden decidir pagar por estos medicamentos como un beneficio adicional. Además, algunos estados tal vez cubran estos medicamentos si usted tiene Medicaid. Vea la página 18 para más información sobre Medicaid. Asegúrese de hacerle a la persona que le receta el medicamento (su médico u otro proveedor de la salud que está legalmente autorizado para recetar) y a su plan cualquier pregunta que pueda tener sobre los medicamentos que necesita.

Los planes Medicare de medicamentos recetados tienen normas especiales (continuación)

El formulario puede cambiar

Un plan de Medicare de medicamentos recetados puede hacer cambios a su formulario durante el año de acuerdo con las pautas establecidas por Medicare. Si actualmente está tomando un medicamento y el formulario del plan cambia, en la mayoría de los casos, le avisarán antes de que se realice el cambio y el plan normalmente cubrirá el medicamento por el resto del año. El costo de un medicamento también puede cambiar durante el año, pero sus **copagos** deben ser igual.

¿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 el derecho de:

- Recibir una notificación por escrito (que se llama una “**determinación de cobertura**”) de su plan, si no van a cubrir o pagar por cierta receta médica que necesita o si le piden que pague más.
- Pedirle a su plan Medicare de medicamentos recetados por una **excepción** (un tipo de determinación de cobertura). Si pide una excepción, su médico tiene que enviarle al plan una declaración en la que indique por qué necesita el medicamento que está solicitando. Usted puede pedir un excepción por las siguientes razones:
 - Usted o la persona que le da las recetas cree que necesita un medicamento que no está en el formulario del plan.
 - Usted o la persona que le da las recetas cree que deberían eximirlo del cumplimiento de una norma de cobertura (como ser una autorización previa).
 - Usted cree que debe recibir un medicamento no preferido a un copago más bajo porque no puede tomar ninguno de los medicamentos alternativos de la lista de medicamentos preferidos del plan.

Usted o su médico debe comunicarse con el plan para pedir una determinación de cobertura. Si la farmacia de la red no puede despacharle la receta tal y como la pidió su médico, el farmacéutico le mostrará o dará un aviso que explica cómo comunicarse con su plan Medicare de medicamentos recetados para hacer el pedido.

Los planes Medicare de medicamentos recetados tienen normas especiales (continuación)

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

Una petición estándar de **determinación de cobertura** (incluyendo una **excepción**) tiene que hacerse por escrito (a menos que su plan acepte la solicitud por teléfono). Usted o su médico también puede llamar o escribirle a su plan para una solicitud acelerada (rápida). **Si está solicitando una excepción, su médico o proveedor tiene que enviar una declaración explicando la razón médica por la que los medicamentos similares cubiertos por su plan, no funcionarían o podrían hacerle daño.**

Una vez que su plan de Medicare de medicamentos recetados reciba su solicitud para una determinación de cobertura (o la declaración del médico o proveedor de la salud si está solicitando una excepción), el plan Medicare de medicamentos recetados tiene 72 horas (para una solicitud estándar) o 24 horas (para una solicitud acelerada) para notificarle su decisión. Si el plan de medicamentos recetados no le da una decisión oportuna, y usted puede demostrar que una demora afectaría su salud, la falta de acción del plan es considerada una determinación de cobertura.

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. Lea esta decisión con cuidado.

Para más información sobre los derechos de apelación de Medicare, vea las siguientes publicaciones:

- “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”—Visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112_S.pdf
- “Medicare y Usted”—Visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050_S.pdf

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Aprenda más sobre la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados

Para aprender más sobre la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados, lea el manual “Medicare y Usted” o el folleto “Su Guía sobre la Cobertura de Medicare de los Medicamentos Recetados”. Vea o descargue estas publicaciones visitando www.medicare.gov. Si desea más información sobre esta cobertura o ayuda personalizada para comparar los planes:

- Visite www.medicare.gov y seleccione “Compare los Planes de Medicamentos Recetados”.
- 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 de Salud** (SHIP por su sigla en inglés). Para conseguir su número de teléfono llame al 1-800-MEDICARE. También puede hacerlo visitando www.medicare.gov seleccionando “Busque números de teléfono y sitios Web útiles”. Luego, búsquelo usando la palabra “organización” o “SHIP”.

Tenga a mano su tarjeta de Medicare, una lista de sus medicamentos y la dosis y el nombre de la farmacia que usa.



Sección 4: Obtenga la ayuda que necesita

Medicare está aquí para ayudarlo a conseguir la información que necesita.

Esta sección incluye información sobre:

- Ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados
- Sus derechos como una persona con Medicare
- Sus derechos de **apelación** de Medicare
- Información sobre la salud mental

Ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados

Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)

Puede ser que usted sea elegible para recibir ayuda adicional, también conocida como subsidio por bajos ingresos para pagar los costos de un **plan Medicare de medicamentos** si su ingreso anual y sus recursos están por debajo de un cierto nivel. Para más información, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213, o visite www.socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica

Muchos de los estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP por su sigla en inglés) que ayudan a pagar por los medicamentos recetados de ciertas personas, basándose en la necesidad económica, la edad o la condición médica. Cada SPAP tiene sus propias normas sobre cómo proveer la cobertura de medicamentos recetados a sus beneficiarios. Según el estado en el que viva, el SPAP lo ayudará de distintas maneras. Para más información sobre SPAP en su estado, llame a su **Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud** (SHIP por su sigla en inglés). Para conseguir su número de teléfono, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov.

Programas de Ahorros de Medicare

Los estados tienen programas que pagan las primas de Medicare y, en algunos casos, podrían pagar los **deducibles** y el **coseguro** de las Parte A y B. Estos programas les ayudan a las personas con Medicare a ahorrar dinero cada día. Para ser elegible, usted tiene que satisfacer ciertas condiciones.

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

Ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados (continuación)

Para más información sobre los Programas de Ahorros de Medicare

- Llame o visite su oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) y pida información sobre los **Programas de Ahorros de Medicare**. Los nombres de estos programas y cómo funcionan pueden variar en cada estado. Llame si cree que es elegible para cualquiera de ellos aunque no esté seguro.
- Llame 1-800-MEDICARE y diga “Medicaid” para conseguir el número de teléfono en su estado.
- Visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10126_S.pdf para ver el folleto titulado “Ayuda con sus Costos de Medicare: Comencemos”.
- Comuníquese con su **Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud** (SHIP por su sigla en inglés) para asesoría gratuita sobre el seguro médico. Para conseguir su número de teléfono, llame al 1-800-MEDICARE. También puede visitar www.medicare.gov y escoger “Contactos y sitios web útiles”. Luego, búsquelo usando la palabra “organización” o “SHIP”.

Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que le ayuda a pagar los costos médicos si usted tiene ingresos y recursos limitados y también satisface otros requisitos. Algunas personas son elegibles para ambos Medicare y Medicaid.

- La mayoría de sus costos médicos serán cubiertos si tiene Medicare y la cobertura completa de Medicaid.
- Los programas de Medicaid varían de estado a estado. También pueden ser llamados por otros nombres como “Ayuda Médica” o “Medi-Cal”.
- Las personas con Medicaid pueden recibir cobertura por los servicios que Medicare no cubre completamente, tales como la atención en un asilo para ancianos o el cuidado de la salud en el hogar.
- Cada estado tiene distintos límites de ingresos y recursos para Medicaid y otros requisitos para ser elegible.
- En algunos estados, tiene que inscribirse en Medicare para poder ser elegible para Medicaid.
- Llame a su oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para más información y para ver si es elegible. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para conseguir el número de teléfono de la oficina. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov.

Sus derechos como beneficiario de Medicare

Como beneficiario de Medicare, usted tiene ciertos derechos garantizados. Sus derechos incluyen el derecho a participar en las decisiones de tratamiento, de saber sus opciones de tratamiento y de mantener su información médica y personal privada. También tiene el derecho de **apelar** las decisiones de Medicare con respecto a la cobertura de los servicios, suministros y recetas médicas. Vea abajo. Lea más sobre estos derechos y protecciones en las siguientes publicaciones:

- “Sus derechos y protecciones Medicare”—visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112_S.pdf.
- “Medicare y Usted”—visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050_S.pdf.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sus derechos de apelación si está inscrito en Medicare

Si usted tiene el **Medicare Original**, puede apelar si cree que Medicare tendría que haber pagado, o no pagó lo suficiente, por un servicio o suministro. Si hace una apelación, pídale a su médico o proveedor cualquier información relacionada con la reclamación que pudiera ayudar a su caso. Sus derechos de apelación se encuentran en la parte de atrás del Resumen de Medicare que recibe de la compañía que se encarga de las cuentas de Medicare. El resumen también le dirá por qué su cuenta no fue pagada y cuáles son los pasos para apelar la decisión.

Para más información sobre sus derechos de apelación y cómo solicitar una apelación:

- Vea las publicaciones “Sus Derechos y Protecciones Medicare” o “Medicare y Usted” en la página Web. Vea arriba.
- Llame al 1-800-MEDICARE.
- Visite www.medicare.gov y seleccione “Apelaciones de Medicare”.

Recursos de ayuda para la salud mental

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre su salud mental, hable con su médico o proveedor de la salud.



Para más información sobre los beneficios de salud mental de Medicare y la cobertura, usted puede llamar a los siguientes números:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Su **Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud** (SHIP por su sigla en inglés). Para conseguir su número de teléfono, llame al 1-800-MEDICARE. También puede visitar www.medicare.gov y seleccione “Contactos y sitios web útiles”. Luego, búsquelo usando la palabra “organización” o “SHIP”.

Para más información sobre la salud mental o para encontrar tratamientos en su comunidad, hable con su médico u otro proveedor de la salud.

También puede comunicarse con las siguientes organizaciones:

- Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (*National Alliance on Mental Illness*) (NAMI por su sigla en inglés)—Visite www.nami.org. También puede llamar a la línea de ayuda al 1-800-950-NAMI (1-800-950-6264), o por e-mail a info@nami.org.
- La Salud Mental Americana (*Mental Health America*)—Visite www.mentalhealthamerica.net. También puede llamar al 1-800-969-6642. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-433-5959.
- Administración de Servicios de la Salud Mental y del Abuso de Sustancias (*Substance Abuse & Mental Health Services Administration*) (SAMHSA por su sigla en inglés)—Visite www.samhsa.gov. SAMHSA tiene un localizador de centros de tratamiento y de servicios de la salud mental en su página Web.
- Instituto Nacional de Salud Médica (*National Institute of Mental Health*), Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health)—Visite www.nimh.nih.gov.
- Consejo Nacional sobre la Salud Mental Comunitaria (*National Council on Community Behavioral Healthcare*)—Visite www.nccbh.org.

Sección 5: Las palabras que debe conocer

Apelar/Apelación—Una apelación es una acción que puede tomar si no está de acuerdo con la cobertura o la decisión 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 una de las siguientes:

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

También puede apelar si ya está recibiendo la cobertura y Medicare o su plan deja de pagar.

Cantidad aprobada por Medicare—En el Medicare Original, es la cantidad que le pueden pagar a un médico o proveedor de suministros que acepta la asignación. Esto incluye lo que paga Medicare y cualquier deducible, coseguro o copago que usted paga. Puede que sea menos que la cantidad actual que cobra el médico o el proveedor de suministros.

Copago—La cantidad que tendrá que pagar como su parte de los costos de los servicios médicos o suministros, como ser una visita médica 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 un medicamento.

Coseguro—La cantidad que debe pagar como su parte del costo de los servicios después de que haya pagado el 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 el Medicare Original, su plan de medicamentos recetados u otro seguro suyo comience a pagar.

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

- Si cubre un medicamento 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

Si el plan de medicamentos recetados no le da una respuesta rápida, y usted puede demostrar que la demora de dicha respuesta afectaría su salud, la falta de respuesta del plan es considerada una determinación de cobertura. Si no está de acuerdo con la determinación de cobertura, el siguiente paso es apelar.

Días de reserva de por vida—En el 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 por todos los costos menos el coseguro diario.

Excepción—Un tipo de determinación de cobertura de medicamentos recetados. 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 no está en el nivel de medicamentos preferidos. Usted tiene que solicitar una excepción y su médico u otro proveedor de la salud tiene que enviar una declaración explicando la razón médica que justifique la excepción.

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.

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 cuidado de la salud en el hogar.

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

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

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.

Plan Medicare de medicamentos recetados (Parte D)—Un plan de medicamentos recetados que agrega la cobertura de las recetas médicas al Medicare Original, algunos Planes de Costo de Medicare, algunos Planes de Medicare de Pago por Servicio y Planes de 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 del Medicare Original.

Programa de Ahorros de Medicare—Un programa de Medicaid que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar algunas o todas las primas, los deducibles y el coseguro de Medicare.

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

**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 diciembre de 2009



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

Mi Salud.
Mi Medicare.