



CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID



Medicare y Sus Beneficios de Salud Mental

Este manual le explica:

- ★ los beneficios de salud mental
- ★ quién es elegible, y
- ★ cómo se hacen los pagos del Plan Original de Medicare.



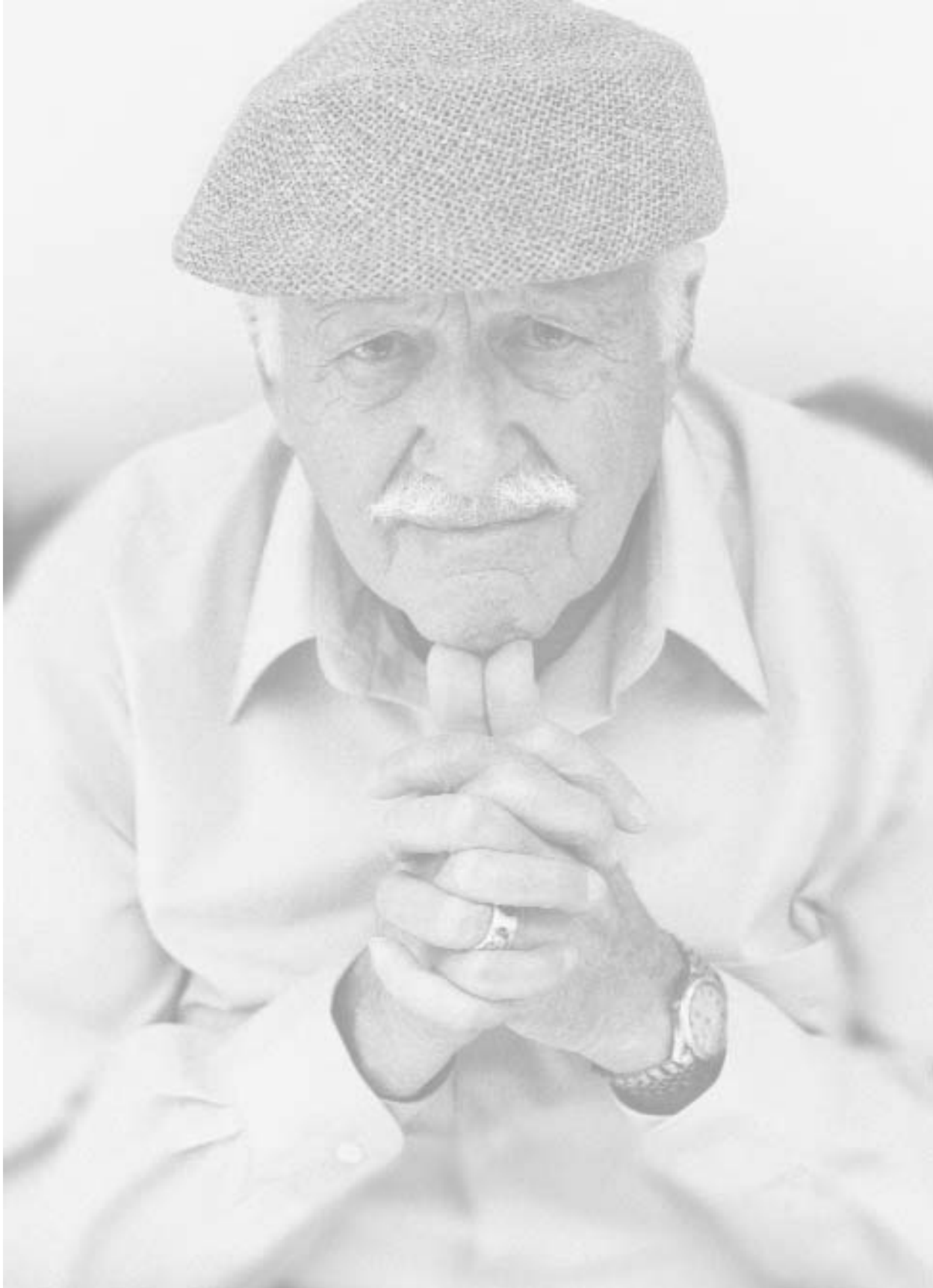


Tabla de Contenido

Introducción **2**

¿Cómo se pagan los beneficios de salud mental bajo el Plan Original de Medicare?	2
--	---

Sección 1: Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios y Servicios Profesionales (Parte B de Medicare) **3–5**

¿Qué está cubierto?	3
¿Qué no está cubierto?	4
¿Qué es la hospitalización parcial?	4
¿Cuáles serán los gastos que debo pagar?	5

Sección 2: Servicios de Salud Mental para Pacientes Internos (Parte A de Medicare) **7–8**

¿Qué está cubierto?	7
¿Cuáles serán los gastos que debo pagar?	7
¿Qué no está cubierto?	8
¿Cuáles son mis derechos como paciente de Medicare?	8
¿Cuáles son mis derechos de apelación con Medicare?	8
¿Cómo puedo obtener ayuda para pagar mis gastos de salud	9

Palabras que Debe Conocer **11–13**

Para más Información **13**

“Medicare y Sus Beneficios de Salud Mental” le explica sus beneficios con el Plan Original de Medicare. No es un documento legal. Las condiciones oficiales de Medicare se contienen en las leyes, normas, y regulaciones judiciales correspondientes.

Introducción

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 su salud mental, hable con su médico. Usted puede obtener 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 de terminar con su vida.

Medicare cubre los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios y pacientes internos. Los servicios de salud mental incluyen servicios y programas para ayudar a detectar, diagnosticar, y tratar los problemas de salud mental. Estos servicios y programas pueden ser brindados tanto en el contexto ambulatorio como dentro del hospital. Este manual le brinda información sobre los **beneficios** de salud mental bajo el **Plan Original de Medicare** solamente. Si usted está en un **Plan Medicare Advantage** o en otro **Plan de Salud de Medicare**, seguirá recibiendo todos sus servicios regulares cubiertos por Medicare. Usted debe verificar los materiales de inscripción de su plan, y llamar al plan para obtener detalles sobre sus servicios de salud mental.

¿Cómo se pagan los beneficios de salud mental bajo el Plan Original de Medicare?

Si usted tiene la **Parte A de Medicare**, le ayudará a cubrir los servicios de salud mental que usted recibe en el hospital. La Parte A de Medicare le cubre su habitación, comidas, enfermería, y otros servicios y suministros relacionados.

Si usted tiene la **Parte B de Medicare**, le ayudará a pagar por servicios de salud mental que por lo general se brindan fuera del hospital, incluyendo las visitas al médico, psicólogo, trabajador social, y exámenes de laboratorio. La Parte B de Medicare también cubre servicios de **hospitalización parcial** si usted necesita un cuidado más intenso que el de paciente ambulatorio. Vea la página 4 para más información sobre los servicios de hospitalización parcial.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 11-13.

Sección 1: Servicios de Salud Mental y Profesionales para Pacientes Ambulatorios (Parte B de Medicare)

Yo estoy en el Plan Original de Medicare y tengo la Parte B de Medicare. Mi médico dice que necesito servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. ¿Qué está cubierto?

Si usted está en el **Plan Original de Medicare** y tiene la **Parte B de Medicare**, Medicare cubrirá sus consultas con los siguientes tipos de profesionales de salud:

- un médico,
- psicólogo clínico,
- trabajador social clínico,
- enfermera clínica especializada,
- enfermera practicante, y
- auxiliar de médico.

Es importante saber que Medicare solamente paga por estos servicios cuando son brindados por un profesional de salud que puede ser pagado por Medicare. Antes de planificar su tratamiento, usted debe preguntarle a su psicólogo, trabajador social, u otro profesional de salud si es que acepta el pago de Medicare. La Parte B de Medicare ayuda a pagar por servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, tal como los servicios que por lo general se brindan fuera de un hospital, y aquellos que se brindan en el departamento ambulatorio del hospital, y que no requieren que el paciente pase la noche en el hospital. Estos servicios pueden brindarse en una clínica, la oficina del médico o terapeuta, o en el departamento ambulatorio del hospital. Medicare cubrirá servicios tales como:

- terapia individual y de grupo con médicos o ciertos otros profesionales licenciados autorizados por el estado para brindar esos servicios,
- consejería para su familia para que puedan colaborar con su tratamiento,
- exámenes para averiguar si los servicios que usted está recibiendo son apropiados, y como es que su tratamiento lo está ayudando,
- terapias de actividad individualizada que son parte de su tratamiento de salud mental,
- terapia ocupacional que es parte de su tratamiento de salud mental,
- medicinas recetadas que no pueden ser auto administradas,
- educación y capacitación individual de pacientes para el tratamiento de su problema de salud mental, y exámenes de laboratorio.

Sección 1: Servicios de Salud Mental y Profesionales para Pacientes Ambulatorios (Parte B de Medicare)

¿Qué no está cubierto?

Medicare no cubre el costo de:

- comidas y transporte de ida y vuelta a los servicios de salud mental,
- grupos de apoyo fuera del consultorio del médico o terapeuta o el hospital que reúnen a personas con problemas similares para que puedan hablar,
- exámenes o entrenamiento de habilidad para el trabajo, y
- medicinas recetadas que usted puede administrarse a si mismo*.

¿Qué es la hospitalización parcial?

La **hospitalización parcial** es un programa estructurado que brinda cuidado psiquiátrico intensivo a través de **tratamiento activo**.

Usualmente es más intenso que el cuidado que usted recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Este tipo de tratamiento es brindado durante el día y no requiere pasar la noche en un hospital. Estos programas son brindados por medio de los departamentos ambulatorios de hospitales y los centros comunitarios locales de salud mental.

Su médico puede decidir que usted podría beneficiarse de un programa de hospitalización parcial. Bajo ciertas condiciones, Medicare puede ayudar a pagar por este tipo de cuidado. Para que se pague un programa de hospitalización parcial, un médico debe declarar que usted necesitaría tratamiento como paciente interno en un hospital. Para que estén cubiertos, su médico y el programa deben poder ser pagados por Medicare.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 11-13.

* A partir del 1 de enero de 2006, Medicare ofrecerá planes de recetas médicas que ayudaran a pagar por los medicamentos que necesita. Para la mayoría de las personas, la cobertura no es automática. Para obtener esta cobertura de medicamentos, las personas con Medicare deben elegir e inscribirse en un plan que responda a sus necesidades. Para más información llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O, pueden visitar www.medicare.gov por Internet.

Sección 1: Servicios de Salud Mental y Profesionales para Pacientes Ambulatorios (Parte B de Medicare)

¿Cuáles serán los gastos que debo pagar?

Hay diferencias entre lo que usted tendrá que pagar por servicios de salud profesionales y los cobros de centros (como por ejemplo, el departamento ambulatorio del hospital o la clínica). Usted tendrá que pagar el 50% de cargos médicos y profesionales, después de su **deducible** anual de la **Parte B Medicare** de \$110* en el 2005. Medicare le enviará un aviso diciéndole lo que debe.

Usted tendrá que pagar un **copago** o una cantidad de coseguro fijo del 20% de lo que cobra el proveedor, tal como consultas a la clínica y **servicios ambulatorios** del hospital. Esta cantidad puede variar según el servicio que usted reciba. La Parte B de Medicare también ayuda a cubrir los servicios de médicos y terapeutas mientras está en el hospital. Usted tendrá que pagar un copago o una cantidad fija de **coseguro** del 20% por servicios profesionales de salud cubiertos que recibe mientras está en el hospital.

Usted podría ahorrarse dinero si es que su médico acepta la **asignación**. Para más información sobre la asignación, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida su copia gratis del manual “¿Acepta la “Asignación” su Médico o Proveedor?” Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si usted tiene otro seguro de salud o cobertura, asegúrese de informarle a su médico u otro profesional de salud para que sus cuentas puedan ser enviadas al pagador correcto.

Lea la página 9 para ver si califica para la ayuda con los pagos de sus costos médicos.

*Esta cantidad es para el 2005 y puede cambiar el 1ro. de enero de cada año.



Sección 2: Servicios de Salud Mental para Pacientes Internos (Parte A de Medicare)

Yo estoy en el Plan Original de Medicare y tengo la Parte A de Medicare. Mi médico dice que necesito internarme en el hospital para recibir servicios de salud. ¿Qué está cubierto?

Los servicios de internación de salud mental de Medicare son servicios que se brindan en un hospital y que requieren una estadía en el hospital. Estos servicios pueden brindarse en un hospital general, o en un hospital de especialización siquiátrica que solamente cuida a personas con problemas de salud mental.

Si usted está en un hospital de especialización siquiátrica, la Parte A de Medicare le ayudará a pagar por hasta 190 días de cuidado de internación en un centro siquiátrico certificado por Medicare durante su vida. No hay ningún límite de por vida sobre el cuidado de internación que se brinda en hospitales generales. Después de que usted haya alcanzado el límite de 190 días de por vida en hospitales de especialización siquiátrica podrá recibir su cuidado en hospitales generales.

No importa el tipo de hospital que usted escoja, la **Parte A de Medicare** ayuda a pagar por los servicios de salud mental del mismo modo que paga por cualquier otro cuidado de internación en el hospital.

¿Cuáles serán los gastos que debo pagar?

Medicare mide su uso de servicios de hospital por medio de los **períodos de beneficios**.

Un período de beneficios comienza el día en que usted entra en un hospital o centro de enfermería especializada. Ese período termina después de que usted no haya recibido servicios de hospital o servicios de enfermería especializada por 60 días seguidos. Si usted ingresa al hospital después de 60 días, comienza un nuevo período de beneficios y usted una vez más debe pagar el deducible de \$912 para internación en el hospital.* No hay límite sobre el número de períodos de beneficios que usted puede usar.

Por cada período de beneficios usted paga:

- Un deducible de \$912*, una sola vez, por una estadía en el hospital de hasta 60 días.
- \$228* por día por los días 61-90 por una estadía en el hospital.
- \$456* por día por los días 91-150 por una estadía en el hospital. (Ver **días de reserva de por vida** en la pagina 7.)
- Todos los costos después de 150 días dentro del mismo período de beneficios.

Los Días de Reserva de por Vida son 60 días por los cuales pagará Medicare si a usted lo internan en el hospital por más de 90 días. Estos 60 días de reserva pueden utilizarse solamente una vez durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos cubiertos, con la excepción de un **coseguro** diario de \$456*.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 11-13.

*Estas cantidades son para el 2005, y pueden cambiar el 1ro. de enero de cada año. 7

Sección 2: Servicios de Salud Mental para Pacientes Internos (Parte A de Medicare)

¿Qué no está cubierto?

Medicare no cubre el costo de la enfermería privada, teléfono o televisión en su habitación, o una habitación privada, a menos que sea médicamente necesario. Usted será responsable por todos los costos hospitalarios por cada día por encima de los 150 días durante el mismo **período de beneficios**.

¿Cuáles son mis derechos como paciente de Medicare?

Como paciente de Medicare, tiene garantizados ciertos derechos. Usted tiene ellos sea que esté en el **Plan Original de Medicare**, **Plan Medicare Advantage**, u otro **Plan de Salud de Medicare**. Estos derechos y protecciones se describen en el manual “Medicare y Usted” e incluyen el derecho de apelar cualquier decisión sobre sus servicios de Medicare.

Si usted no tiene una copia de “Medicare y Usted”, puede llamar GRATIS al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir su copia gratis. Los usuarios de TTY deben llamar 1-877-486-2048.

¿Cuáles son mis derechos de apelación con Medicare?

Usted tiene el derecho de apelar cualquier decisión sobre sus servicios de Medicare. Si Medicare no paga por un artículo o servicio que usted cree debió habersele brindado, o si no le dieron un artículo o servicio que cree debería recibir, usted puede apelar. Para más información sobre sus derechos de apelación bajo Medicare, y cuáles son los pasos a seguir para presentar una apelación:

- consulte a su manual de Medicare y Usted;
- llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), y pida su copia gratis de “Medicare Apelaciones y Quejas Formales”. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- busque en www.medicare.gov por Internet, o
- busque en el dorso de su Explicación de Beneficios de Medicare o Resumen de Medicare que le envía a usted la compañía que le maneja las cuentas al Plan Original de Medicare (Parte A y/o Parte B).

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 11-13.

Sección 2: Servicios de Salud Mental para Pacientes Internos (Parte A de Medicare)

¿Cómo puedo obtener ayuda para pagar mis costos de salud?

Si sus ingresos son limitados, su estado tal vez pueda ayudarle a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo sus primas y deducibles. Para calificar, su ingreso mensual debe ser menos que:

\$1,603 para una pareja

\$1,194 para un individuo

Y

Sus cuentas bancarias, acciones, bonos, u otros recursos deben valer menos que:

\$6,000 para una pareja

\$4,000 para un individuo

Los límites de ingreso pueden cambiar levemente cada año. Si usted vive en Alaska o Hawai, los límites de ingreso son levemente más altos.

Individual states may have more generous income and/or resource requirements.

Llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica para más información. Puesto que los nombres de estos programas pueden variar en cada estado, pida la información sobre los Programas de Ahorro de Medicare. Aun si no está seguro, es muy importante llamar si piensa que califica para cualesquiera de estos Programas de Ahorro de Medicare. Visite www.medicare.gov por Internet o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de su estado. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Palabras que Debe Conocer

Apelación—Una apelación es un tipo especial de queja que usted puede tramitar si no está de acuerdo con cualquier decisión sobre sus servicios de cuidado de salud, hecha por Medicare o su plan de salud. Puede apelar si Medicare o su plan de salud, no paga por cierto suministro o servicio que recibió, si no le han dado un suministro o servicio que cree debería recibir, o pide reembolso por un servicio que ya recibió. También puede apelar si su plan no paga, no permite, o detiene un servicio que cree debería estar cubierto o proveerse. Hay un proceso específico que su Plan Medicare Advantage, otro Plan de Salud de Medicare, Plan de Medicare para recetas médicas, o el Plan Original de Medicare debe seguir cuando usted presenta su queja.

Asignación—En el Plan Original de Medicare, un proceso en el cual un médico o proveedor se pone de acuerdo en aceptar la cantidad que Medicare aprueba como pago completo.

Beneficios—El dinero o los servicios brindados por una póliza de seguros. En un plan de salud, los beneficios se brindan en forma de servicios de salud.

Copago—En ciertos planes para recetas médicas y planes de salud de Medicare, copago es la cantidad que usted debe pagar por cada servicio médico, como por ejemplo una consulta con el médico o una receta. Un copago por lo general es una cantidad fija que usted paga. Por ejemplo, podría ser \$10.00 o \$20.00 por consulta con el médico o medicamento. Los copagos también se aplican a algunos servicios de hospital ambulatorios del Plan Original de Medicare.

Coseguro—El porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare que tiene que pagar después de pagar el deducible de la Parte A y/o la Parte B. En el Plan Original de Medicare, el pago del coseguro es un porcentaje de la cantidad aprobada para el servicio (por ejemplo 20%).

Cuidado de Internación—Cuidado de salud que usted recibe cuando pasa la noche en un hospital.

Deducible—La cantidad que debe pagar por servicios de salud o medicamentos, antes de que el Plan Original de Medicare, su plan de recetas médicas, u otro seguro comience a pagar. Por ejemplo, en el Plan Original de Medicare usted paga un nuevo deducible cada período de beneficios por la Parte A, o cada año por la Parte B. Estas cantidades pueden variar cada año.

Días de Reserva de por Vida (Medicare)—Sesenta días por los cuales Medicare pagará si usted permanece en un hospital por más de 90 días. Estos 60 días de reserva pueden utilizarse solamente una vez durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare pagará todos los costos cubiertos, con la excepción de un coseguro diario (\$456 en el 2005).

Palabras que Debe Conocer (continuación)

Hospitalización Parcial—Un programa desarrollado de tratamiento activo para el cuidado psiquiátrico que es más intenso que el cuidado que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta.

Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)—La parte de Medicare que paga por estadías de internación en el hospital, cuidado en un centro de enfermería especializada, servicios de salud en el hogar, y cuidado de hospicio.

Parte B de Medicare (Seguro Médico)—La parte de Medicare que cubre los servicios del médico y servicios ambulatorios de hospital. También cubre otros servicios médicos que no cubre la Parte A, como por ejemplo la terapia física y ocupacional.

Período de Beneficios—La forma en que Medicare mide su uso de servicios de hospital y enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día que usted ingresa al hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no haya recibido servicios de hospital o de enfermería especializada por 60 días seguidos. Si usted ingresa en un hospital después de los 60 días, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible de internación hospitalaria por cada período de beneficios. No hay límite sobre el número de períodos de beneficios que usted puede usar.

Plan de Salud de Medicare—Un Plan Medicare Advantage (como un HMO, PPO o un Plan Privado de Pago-por-Servicio) u otro plan como un Plan de Costo de Medicare. Todo beneficiario que tenga las Partes A y B es elegible para un Plan Medicare Advantage en su área, excepto aquellos que padezcan de Enfermedad Renal en Etapa Final (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan Medicare Advantage—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen cobertura de recetas médicas. Un Plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO o un Plan Privado de Pago-por-Servicio.

Plan Original de Medicare—Un plan de salud de pago por servicio que le permite visitar a cualquier médico, hospital, u otro proveedor de servicios de salud que acepte a Medicare y esté aceptando nuevos pacientes de Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su porción de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la suya (el coseguro). En algunos casos puede que tenga que pagar más de la cantidad aprobada por Medicare. El Plan Original de Medicare tiene dos partes: la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico).

Words to Know (continued)

Servicios Ambulatorios—Cuidado médico o quirúrgico que no incluye el pasar la noche en el hospital.

Servicios Ambulatorios de Hospital/Medicare—Servicios médicos o quirúrgicos por los que ayuda a pagar la Parte B de Medicare, y que no incluyen el pasar la noche en el hospital. Los servicios incluyen transfusiones de sangre; ciertas medicinas; exámenes de laboratorio facturados por el hospital; servicios de salud mental; suministros médicos, como tablillas y yesos; sala de emergencias o clínica ambulatoria, incluyendo cirugía del mismo día; y rayos-x y otros servicios de radiología.

Tratamiento Activo—Terapia diseñada específicamente para ayudarle a resolver o a mejorar su condición.

Adonde Ir para más Información

Para más Información sobre Medicare

Busque en www.medicare.gov por Internet

- Seleccione “Materiales Educativos y Publicaciones en Español” para ordenar folletos gratis de Medicare, como el manual “Medicare y Usted” (CMS Pub. No. 10050-S).
- Seleccione “Su Cobertura Medicare” para información sobre los servicios y suministros que cubre el Plan Original de Medicare.
- Seleccione “Preguntas Más Frecuentes” para obtener respuestas a las preguntas comunes.

O, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para más Información sobre Salud Mental

Hable con su médico o su profesional del cuidado de la salud.

**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 Pub. No. 10184-S
Revisado en agosto 2005

Medicare and Your Mental Health
Benefits (sp)



Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener una copia en inglés. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Do you need a copy in English? Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.