

Equipo Médico Duradero (DME)

Cobertura Médica para Equipo Médico Duradero (DME), Equipo Médico Domiciliario (HME) y Tecnología de Rehabilitación Compleja (CRT)

Indiana Medicaid proporciona reembolso por equipos y suministros médicos necesarios. La cobertura no se extiende a equipos o suministros de comodidad o conveniencia o artículos con características de lujo. Es posible que se requieran notas de progreso médico de un médico o enfermera especializada que haya atendido a su hijo durante los últimos 6 meses. Se requiere aprobación previa (PA) o un Certificado de necesidad médica para la mayoría de los artículos. Siempre se requiere una orden escrita de un médico, optometrista o dentista.

El equipo médico duradero (DME) y el equipo médico domiciliario (HME) se definen como “equipo que puede soportar un uso repetido, se utiliza principal y habitualmente para cumplir un propósito médico y, por lo general, no es útil para un miembro en ausencia de enfermedad o lesión..” (405 IAC 5-19-2 y IC 25-26-21-2). Además, la tecnología de rehabilitación compleja (CRT) se refiere a equipos médicos más complejos o personalizados. Es posible que las familias requieran una combinación de DME, HME y CRT para satisfacer las necesidades de sus hijos.

Equipo Usado

Medicaid de Indiana no reembolsa DME o HME usados, excepto los códigos A4638: batería de repuesto para generador de impulsos en el oído propiedad del paciente y A7046: cámara de agua para humidificador, utilizada con un dispositivo de presión positiva en las vías respiratorias.

Reparar

- Todas las reparaciones de DME o HME comprados requieren PA.
- Indiana Medicaid no paga la reparación de equipos que aún están bajo garantía.
- Indiana Medicaid no autoriza el pago por reparaciones necesarias por el mal uso o abuso del miembro, ya sea intencional o no.
- Las reparaciones del equipo alquilado son responsabilidad del proveedor de alquiler.
- IHCP no cubre el pago de los cargos de mantenimiento de equipos que funcionan correctamente.
- Los costos de reparación de DME o HME incluidos en la tarifa diaria de un centro de atención a largo plazo no son reembolsables por separado.

Reemplazo

Por lo general, Medicaid de Indiana no autoriza el reemplazo de artículos grandes de DME o HME más de una vez cada cinco años por miembro. El plan puede permitir un reemplazo más frecuente si hay un cambio en las necesidades médicas del miembro, como si un niño supera el artículo actual; sin embargo, la documentación que demuestre la necesidad debe presentarse por escrito y debe demostrar que la necesidad es lo suficientemente importante como para justificar un tipo o tamaño diferente de equipo. Esto incluye artículos como sillas de ruedas.

Alquiler versus Compra

Los proveedores deben basar su decisión de alquilar o comprar DME o HME en la opción menos costosa disponible para el período previsto de necesidad. Los artículos DME o HME comprados con fondos del IHCP pasan a ser propiedad de FSSA.

Las familias deben consultar con un proveedor de DME para obtener más información sobre qué artículos se pueden alquilar. Por lo general, los artículos que se pueden obtener mediante alquiler pueden incluir: sillas de ruedas básicas, camas de hospital tradicionales, elevadores hidráulicos básicos para pacientes y artículos similares. Los equipos más complejos o personalizados (CRT) generalmente no están disponibles en régimen de alquiler. No todos los proveedores tienen servicios de alquiler disponibles.

Vision y Anteojos

Indiana Medicaid ofrece reembolso por un par de anteojos por año para miembros de 20 años o menos. Un par de anteojos para miembros mayores de 21 años está cubierto cada cinco años. Los marcos y lentes de reemplazo están cubiertos solo cuando se cumplen las pautas de necesidad médica o cuando son necesarios por pérdida, robo o daño irreparable (se requiere una declaración escrita firmada).

EPSDT/HealthWatch

El programa EPSDT de Indiana enfatiza la detección temprana para ayudar a los niños a lograr resultados de desarrollo apropiados. Por lo tanto, las mejores prácticas a menudo significan que el equipo bajo este programa se obtiene más fácilmente cuando se demuestra claramente la necesidad.

Cobertura de Exencion

El programa de exención de Medicaid cubre “equipos y suministros médicos especializados que incluyen: dispositivos, controles o aparatos, especificados en el PCISP, que permiten a las personas aumentar sus capacidades para realizar actividades de la vida diaria o para percibir, controlar o comunicarse con el ambiente en el que viven”. (Manual de exención de DDRS; publicado: 11 de marzo de 2021, Políticas y procedimientos al 1 de diciembre de 2020, Versión 4.0, Sección 10.25).

El plan de atención, junto con todos los equipos y suministros médicos especializados, debe ser aprobado previamente.

Según el programa de exención, el equipo permitido incluye:

- Artículos necesarios para el soporte vital.
- Equipos y suministros adaptativos
- Suministros y equipos auxiliares necesarios para el correcto funcionamiento de equipos y suministros médicos especializados
- Equipo médico duradero no disponible bajo el plan estatal de Medicaid
- Equipo médico no duradero no disponible bajo el plan estatal de Medicaid
- Modificaciones del vehículo
- Dispositivos de comunicación
- Servicios de intérprete

El mantenimiento anual está disponible para ciertos equipos, se aplicarán límites.

Por el contrario, los equipos y servicios que no están incluidos ni reflejados en el PCISP, los equipos y servicios que no han sido aprobados en un formulario de Solicitud de aprobación para autorizar servicios (RFA), y los equipos y servicios que no abordan las necesidades identificadas en la persona- El proceso de planificación centrado no está cubierto.

Si tiene otra cobertura de seguro además de Medicaid, las reglas con respecto a DME, HME o CRT pueden variar ampliamente de un programa a otro. Puede que sea necesario solicitar primero el equipo a través de pólizas de seguro adicionales para obtener una denegación, antes de que Medicaid considere la cobertura del artículo. Comuníquese con el administrador del programa o la compañía de seguros para obtener detalles sobre las políticas del programa.

Los programas y sistemas cambian a menudo. Es importante asegurarse de que está utilizando la información más actualizada. Esta hoja informativa se actualizó en agosto de 2022. Consulte <https://www.inf2f.org/fact-sheets.html> para obtener la edición más reciente. Esta hoja informativa contó con el apoyo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS) como parte de una adjudicación por un total de \$93,175 con un 87% financiado con fuentes no gubernamentales. El contenido es responsabilidad de INF2F y no representa necesariamente la opinión oficial ni el aval de la HRSA, el HHS o el Gobierno de EE.UU. Para más información, visite [HRSA.gov](https://www.hrsa.gov)