

Consideración institucional: Ayuda financiera para hospitalizaciones prolongadas

La Consideración institucional (“Institutional Deeming”) es una forma de Discapacidad de Medicaid que cuenta con un proceso específico utilizado para proporcionar ayuda económica a un menor que ha estado hospitalizado durante al menos 30 días seguidos y cumple los requisitos de elegibilidad, y se basa en la condición médica del menor y la duración de su estancia en el hospital.

- El personal del hospital debe explicar el proceso de Consideración institucional antes del día 30 de una hospitalización. Si para entonces ningún miembro del personal ha explicado el proceso, los miembros de la familia pueden solicitar la información.
- El personal del hospital también debe ayudar a la familia con el proceso de solicitud.
- Este tipo de Medicaid puede ser secundario al seguro comercial o privado.
- Medicaid puede ayudar a las familias a pagar las facturas del hospital con poco o ningún gasto de su bolsillo.
- La cobertura debe remontarse al inicio de la estancia hospitalaria y durar al menos los meses de hospitalización. A menudo, los niños hospitalizados durante todo el proceso de solicitud tienen cobertura hasta 1 año después de la aprobación.

Requisitos:

Un menor puede ser elegible para Medicaid o Medicaid por Discapacidad mediante el proceso de Consideración institucional si:

- El menor ha estado hospitalizado más de 30 días consecutivos.
- Y si el menor tiene un impedimento físico o mental médicamente determinable: o que da lugar a limitaciones funcionales marcadas y graves, y que puede esperarse que provoque la muerte, O que ha durado o puede esperarse que dure un período continuo no inferior a doce (12) meses.
- Los ingresos familiares NO se tienen en cuenta para la elegibilidad de los niños menores de 18 años (o entre 18 y 21 años) y que aún estén acudiendo a la escuela.

Esto puede dar derecho al menor a Medicaid por Discapacidad. Todo el proceso de solicitud, que incluye una entrevista y una evaluación médica, puede durar hasta 90 días.

* Las condiciones que cumplen los requisitos para recibir Medicaid por discapacidad incluyen la prematuridad significativa, la prematuridad con complicaciones o una enfermedad o discapacidad grave.

Proceso de solicitud:

Las solicitudes deben rellenarse mientras el menor está ingresado en el hospital. Las familias deben pedir ayuda con la solicitud a un trabajador social del hospital, un coordinador de apoyo familiar, un navegador financiero u otro miembro del personal del hospital.

Cuando un miembro del personal del hospital esté ayudando en el proceso de solicitud, la familia tendrá que firmar un formulario de consentimiento y otro de representante autorizado para que el profesional de atención médica pueda comunicarse con el equipo médico y el Equipo de revisión de Medicaid. La Administración de Servicios Sociales para la Familia (FSSA, por sus siglas en inglés) exige un formulario de Divulgación de Información Médica y un formulario de Declaración Jurada de Identidad.

Reúna los siguientes documentos para presentarlos con la solicitud:

- Partida de nacimiento del menor o formulario de verificación de nacimiento del hospital para el recién nacido
- Tarjeta del seguro social del menor
- Licencia de conducir del padre/madre/tutor con dirección actual
- Copia de la tarjeta del seguro médico (anverso y reverso)
- Declaración firmada del médico indicando el diagnóstico del menor, la fecha de inicio de la enfermedad y el pronóstico previsto (formulario de certificación del diagnóstico)
- Notas de evolución del equipo de cuidados del hospital

El Equipo de revisión de Medicaid debe disponer de todos los documentos obligatorios para completar la revisión. Para evitar retrasos, es mejor reunir estos documentos lo antes posible. Guarde copias de todos los documentos juntos y en un lugar seguro.

El miembro del personal del hospital, los padres u otra persona que ayude en el proceso debe rellenar la solicitud de Medicaid, enviarla por fax o cargar los documentos y realizar la entrevista telefónica. Es importante solicitar y registrar los números de caso y de identificación durante la entrevista. La persona que complete el proceso será notificada cuando se tome la decisión de elegibilidad. La FSSA también notifica a la familia su decisión por correo. Es importante proporcionar y actualizar la información de contacto si cambia durante este proceso. La familia puede consultar al personal del hospital asistente para que le ayude a entender la decisión y a actuar en consecuencia.

Si se aprueba, la menor recibirá Medicaid. Una vez aprobado, la información de Medicaid junto con la información del seguro primario debe entregarse a todo proveedor médico.

Los programas y sistemas cambian a menudo. Es importante asegurarse de que está utilizando la información más actualizada. Esta hoja informativa se actualizó en abril de 2024. 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 \$89,140 con un 64% 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)