

Uso de su cobertura de Medicaid

El tratamiento de una enfermedad puede ser un reto. Prepárese sabiendo cómo utilizar su cobertura de Medicaid cuando más la necesite. Esta hoja informativa ofrece consejos para que su plan le resulte útil. Para más información sobre la cobertura del seguro, consulte nuestra hoja informativa *"Insurance Basics" (Aspectos básicos del seguro)*.

¿Qué tipo de Medicaid tengo?

Indiana tiene varias categorías de Medicaid. Cada una funciona de forma diferente, por lo que es importante saber qué tipo tiene. Estas preguntas sirven de guía:

- ¿Tiene Medicaid con base en los ingresos? Probablemente tenga Hoosier Healthwise, que incluye un plan de atención administrada.
- ¿Tiene Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)? Probablemente tenga Hoosier Care Connect, que incluye un plan de atención administrada.
- ¿Tiene una exención? Probablemente tenga un Medicaid de pago por servicio (también llamado Medicaid tradicional) sin atención administrada.

Si no está seguro de qué tipo de Medicaid tiene, llame a la División de Recursos Familiares al 1-800-403-0864.

¿A dónde puedo acudir para recibir atención médica?

Muchos planes exigen que elija un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Es el médico que proporciona atención no urgente, como consultas de rutina o revisiones, atención crítica para una enfermedad menor y diagnóstico/tratamiento de un problema de salud. Su PCP puede realizar un examen, ordenar pruebas o remitirlo a un especialista. Si necesita un especialista, puede elegir uno que acepte su tipo de Medicaid. Para obtener asesoramiento médico fuera del horario de consulta, llame a su PCP. Si tiene una urgencia médica que pone en peligro su vida, llame al 911 o acuda a urgencias.

¿Cómo puedo encontrar un proveedor?

Visite <http://member.indianamedicaid.com/find-a-provider.aspx> o llame al número que figura en su tarjeta de Medicaid para encontrar un proveedor de Medicaid. Si es nuevo en Medicaid, haga clic en el mismo enlace para ver si su médico actual participa en el programa de Medicaid.

¿Puedo conseguir que me lleven al médico?

Los participantes de Medicaid son elegibles para recibir servicios de transporte hacia y desde las citas médicas y dentales. Llame al número que figura en su tarjeta para encontrar un transporte autorizado en su zona. Los miembros del paquete C no son elegibles para el transporte no urgente. Para más información sobre el transporte de Medicaid, consulte nuestras hojas informativas: *"Medicaid Transportation: Package A and Package C CHIP" (Transporte de Medicaid: paquetes A y C del programa de seguro de salud para niños (Children's Health Insurance Program (CHIP) y "Medicaid Transportation: Traditional Medicaid" (Transporte de Medicaid: Medicaid tradicional).*

¿Qué cubre mi plan?

Todos los planes de Medicaid cubren la detección, el diagnóstico y el tratamiento tempranos y periódicos (**E**arly and **P**eriodic **S**creening, **D**iagnosis and **T**reatment, EPSDT) (cuidados pediátricos preventivos) para los niños y jóvenes de Indiana de 0 a 21 años. Para más información, consulte nuestra hoja informativa: *"Medicaid HealthWatch Program: EPSDT" (Programa HealthWatch de Medicaid: EPSDT)*. Algunos de los servicios cubiertos son las consultas médicas, las revisiones, las vacunas, los servicios odontológicos y oftalmológicos, los servicios hospitalarios para pacientes internos y externos, los suministros médicos (incluidos los pañales con receta a partir de los 3 años) y los equipos, los medicamentos con receta, los servicios de laboratorio y de rayos X, los servicios de salud mental, las visitas a la sala de urgencias, el transporte, etc. La mayoría de los servicios cubiertos requieren autorización previa (Prior Authorization, PA) de Medicaid.

¿Qué es la autorización previa (PA) de Medicaid? ¿Cómo funciona?

La aprobación previa o autorización previa (PA) es necesaria para ciertos servicios cubiertos para documentar la necesidad médica de esos servicios. El proveedor debe demostrar que usted necesita el servicio antes de que Medicaid cubra el costo.

Entre los ejemplos que requieren PA se encuentran las sillas de ruedas, el ingreso electivo en un hospital, la terapia física/ocupacional/del habla, el centro de tratamiento residencial psiquiátrico, el transporte, algunos medicamentos recetados, los cuidados paliativos, etc. Para que Medicaid apruebe la solicitud de PA a tiempo y evitar que se deniegue la cobertura, el proveedor debe presentar correctamente toda la documentación requerida.

Tenga en cuenta que, si bien muchos servicios requieren la aprobación de la PA antes de que se presten los servicios, las solicitudes de PA también pueden presentarse y aprobarse con carácter retroactivo según sea necesario para un servicio médico cubierto prestado en una fecha anterior.

En el caso de las personas que reciben una exención de Medicaid, el uso de la PA puede optimizar los servicios y maximizar el presupuesto de la exención. Por ejemplo, si su meta es mejorar la movilidad independiente de un menor de 21 años, puede utilizar la PA de Medicaid en lugar de su presupuesto de exención para acceder a la fisioterapia (Physical Therapy, PT). Póngase en contacto con su gestor de casos para saber cómo utilizar los servicios de PA de Medicaid.

¿Cómo consigue mi PCP que la PA de Medicaid cubra los servicios que necesito?

En primer lugar, su proveedor debe evaluar sus necesidades, así que comparta con su médico toda la información pertinente sobre su enfermedad. Tenga en cuenta que el proveedor también debe "verificar la elegibilidad" para asegurarse de que su cobertura de Medicaid está activa tanto en la fecha del servicio como en la fecha de la solicitud de PA. Asegúrese de llevar su tarjeta de seguro a todas las citas y tome medidas para evitar cualquier interrupción en la cobertura.

El proceso de PA varía según el tipo de Medicaid. El proveedor debe seguir el protocolo de su plan particular.

Recetas médicas con PA: Todos los medicamentos recetados cubiertos requieren una orden o receta médica y pueden requerir un formulario especial de PA y documentación médica de apoyo. Una farmacia que participe en su plan de Medicaid puede ayudarle a conseguir la PA.

Salud en el hogar: Los servicios de atención médica a domicilio requieren una PA y un plan de cuidados detallado. Medicaid puede cubrir los servicios de enfermería especializada/salud a domicilio para personas de hasta 21 años mientras el cuidador principal realiza una actividad no relacionada con el descanso (trabajo o estudios). Si el participante recibe servicios de exención de Medicaid, los proveedores de salud en el hogar y los proveedores de exención deben coordinarse con el plan de atención.

Para obtener información más detallada sobre cómo utilizar su plan de Medicaid, consulte [From Coverage to Care: A Roadmap to Better Care \(De la cobertura a la atención: guía para recibir una mejor atención\)](#), o contactar a Indiana Family to Family al 1-844- 323- 4636.

Los programas y sistemas cambian a menudo. Es importante asegurarse de que está utilizando la información más actualizada. Esta hoja informativa se actualizó en febrero 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 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)