

PEAK Español

• *¿su hijo/ja tiene una deshabilidad o necesita cuidados médicos especiales?*

Los Servicios de Medicaid en Colorado

Q. – *¿Hay un límite a los servicios que mi hijo puede recibir de Medicaid?*

A. – *En el cuidado administrado de Medicaid, el plan de salud provee los servicios médicos necesarios a los miembros de Medicaid. Ciertos artículos y servicios como las terapias, los equipos médicos duraderos y las provisiones, deben pedirse por medio de su médico. Todos los servicios tienen que ser un beneficio de Medicaid y ser de necesidad médica. Algunos servicios requieren una Petición de Autorización Anterior (PAR) pero de todas maneras se necesita conseguir la aprobación por medio del proceso de revisión médica. Es posible que EPSDT (Diagnósticos, Tratamientos y Pruebas Periódicos y Tempranos) provea servicios adicionales basadas en la necesidad médica para los niños desde el nacimiento hasta cumplir los 21 años.*

Q. – *Conozco a algunas personas que tienen un HMO de Medicaid. ¿Qué diferencia hay? ¿Quién decide si se tiene que inscribir en un HMO de Medicaid o no?*

A. – *Hay dos tipos de programas del cuidado administrado que Ud. puede escoger, un HMO o un PCPP. Un HMO (Organización de Mantenimiento de Salud) es un grupo de médicos, clínicas, farmacias u otros proveedores que trabajan juntos para proveer los servicios de salud a sus miembros. En un PCPP (Programa de Médicos del Cuidado Básico) su médico le da el cuidado rutinario y le recomienda otros médicos y proveedores cuando sean necesarios. Ud. tiene la opción de estar en un HMO o en un PCPP. Si una persona es elegible para recibir Medicaid puede escoger un plan de salud (HMO o PCPP) llamando a HealthColorado, un servicio para los clientes de Medicaid. Hay que escoger un HMO o un PCPP para cada miembro de su familia. Si escoge un HMO, de todas maneras tiene que escoger un médico y una clínica para cada miembro de la familia. Si tiene aseguranza privada, Medicare o FosterCare, no tiene que escoger un HMO. Puede llamar a HealthColorado para obtener más información en el 1-888-ENROLLS (367-6557), TTY 1-888-876-8864. Muchas personas que tienen necesidades especiales escogen un HMO o un PCPP basándose en los médicos, los*

especialistas, los proveedores de equipos médicos duraderos, las farmacias y las agencias del cuidado casero que han usado hasta ahora.

Q. – ¿Con quién puedo ponerme en contacto si tengo problemas con Medicaid? ¿Hay defensores para Medicaid?

A. – Si Ud. está en el programa de PCPP (Médicos del Cuidado Básico), explique su problema al médico o a la médica para ver si le puede ayudar. Si está en un HMO, llame al Departamento de Servicios para Miembros del HMO al teléfono que está en la parte delantera de su tarjeta y explique su problema. Si no recibe la ayuda que desea, llame a la Línea de Servicio para los Clientes de Medicaid al (303) 866-3513 o al 1-800-221-3943, TDD/TTY 303-866-3305. El representante escuchará su queja y le pondrá en contacto con la persona indicada para resolver su problema. Le puede ayudar a presentar su problema o resolverlo. (También le puede mandar un folleto que explica cómo presentar una queja.) Luego se pondrá en contacto con Ud. para informarle acerca del estado de su queja o Ud. puede llamar al Mediador para el Cuidado Administrado (una persona independiente que resuelve problemas y que le puede aconsejar y defender) en el (303) 744-7667 (voz TDD) o 1-877-HELP-123. Ud. puede hacerle preguntas sobre el proceso de hacer apelaciones formales en cuanto al rechazo de beneficios. Hay un defensor que puede ayudarle con los problemas de elegibilidad dentro del condado en el Servicio Defensor del Gobernador (303) 866-2868. Para los problemas de salud mental, hay un Mediador en el (303) 813-1173 o en el 1-877-317-9900.

Q. – El médico recetó una silla de ruedas nueva para mi hija que recibe Medicaid. ¿Cuáles son los próximos pasos que se debe tomar para obtener la silla de ruedas? ¿Cuánto tiempo se demora? ¿A quién llamo si no la recibimos por mucho tiempo?

A. – El primer paso sería encontrar a un proveedor de sillas de ruedas. Si Ud. tiene un HMO, su plan de salud tendrá esa información. Si Ud. está en el programa de PCPP, por lo general el personal del consultorio médico le puede recomendar los proveedores que ellos han usado en el pasado. El proveedor debe saber cuáles son los documentos que se necesitan para cobrarle a Medicaid por este servicio y debe poderle decir cuánto se demora para conseguir la silla de ruedas. Si se está demorando demasiado para conseguir la silla de ruedas, póngase en contacto con el proveedor para averiguar el problema, con el Departamento de Financiación y Polizas del

Cuidado de Salud, con la persona encargada del equipo médico duradero en el (303) 866-5571 o con los Servicios para Miembros del HMO. Si tiene preguntas, llame al Servicio para los Clientes de Medicaid en el (303) 866-3513 o al 1-800-221-3943, TDD/TTY (303) 866-3305.

Q. – ¿Cómo se relaciona Medicaid con El Ingreso de Seguro Suplemental (SSI)?

A. – Si una persona cualifica para recibir SSI también es eligible de recibir Medicaid. La Administración de Seguros Sociales (incluyendo a SSI) y la oficina de Medicaid son organizaciones separadas. Sin embargo, así como en las oficinas de Servicios Sociales, una persona que tiene una deshabilidad puede aplicar para Medicaid por medio de la Administración de Seguros Sociales. Cuando se aplica para SSI también se está aplicando para Medicaid. No es necesario ir a la oficina de Servicios Sociales del condado para llenar una aplicación por separado. Si se determina que Ud. es eligible, conviene ponerse en contacto con los Servicios Sociales/Humanos o con el Departamento de Eligibilidad e Inscripción de Medicaid para aprender más sobre los beneficios de Medicaid.

Q. – Mi hijo es un adulto joven ahora. ¿Cambian los servicios de Medicaid o la elegibilidad cuando un niño tenga cierta edad?

A. – Sí. Cuando cumpla 18 años, los servicios y la elegibilidad para ciertos programas cambian, y cuando cumpla los 21 años algunos servicios terminan. Por ejemplo, los beneficios de EPSDT comienzan al nacer el niño y terminan al cumplir los 21 años si está inscrito en Medicaid. Los requisitos de los co-pagos también cambian al cumplir los 19 años. Si su hijo tiene un administrador de casos, consulte a esa persona para averiguar cuáles servicios ofrecen y para qué edad, o llame al Servicio para los Clientes de Medicaid.

Q. – Me han dicho que es posible que Medicaid tenga recursos para mantener a mi hija si vive en la comunidad cuando sea mayor. ¿Cómo funciona esto?

A. – Es posible que Ud. esté pensando en la Suspensión de Servicios para Vivir con Apoyos (SLS), lo cual provee los servicios médicos necesarios a los individuos de por lo menos 18 años de edad que tienen una deshabilidad de desarrollo y que viven en casa o en la comunidad. Para obtener más

información sobre este programa, póngase en contacto con su Comité de Servicio a la Comunidad (CCB).

Q. – ¿Tengo algún recurso si creo que me están tratando mal o menospreciando de alguna manera porque mi hijo/a recibe los servicios de Medicaid?

A. – El Departamento de Financiación y Polizas del Cuidado de Salud tiene pautas para lograr la satisfacción del cliente. El departamento observa la percepción de los clientes sobre el acceso a los servicios y si les parecen adecuados los que provee el programa de Medicaid y cualquier contratista o proveedor del cuidado médico. Si Ud. tiene alguna preocupación llame al Servicio para los Clientes de Medicaid al (303) 866-3513 o al 1-800-221-3943, TDD/TTY (303) 866-3305.

Q. – Si me niegan algún servicio o aparato, ¿qué debería hacer?

A. – Medicaid tiene un proceso de presentar quejas o hacer apelaciones si Ud. no está satisfecho/a con algún servicio o desea presentar una queja o apelar un rechazo. Póngase en contacto con el HMO o con el Mediador para el Cuidado Administrado (una persona independiente que resuelve problemas y que le puede aconsejar y defender) y le ayudará con el proceso de presentar quejas. Después de hablar con el consultorio de su PCP o con el Departamento de Servicios para Miembros del HMO sobre su situación o si todavía no está satisfecho/a Ud., llame al Mediador al (303) 744-7667 o al 1-877-HELP-123 (voz TDD).

Q. – ¿Medicaid paga las consultas con el dentista? ¿Las consultas para la vista?

A. – Sí, hay consultas y servicios para los niños con el dentista y para la vista. Los trabajadores de comunidad de EPSDT y el Programa de Salud para Niños con Necesidades Especiales (HCP) pueden informarle sobre los que proveen estos beneficios. Ud. puede encontrar a su EPSDT local y a los profesionales de HCP por medio del Departamento de la Salud Pública y el Medio Ambiente. Debe usar un médico o un dentista que sea proveedor de Medicaid.

Q. – ¿Medicaid paga el transporte necesario para llegar a una consulta médica?

A. – Medicaid es el único que tiene el beneficio del transporte. Medicaid paga el costo de llegar a cualquier servicio médico como a una cita médica o a la terapia. El condado tiene que autorizar por anticipado cualquier transporte que no sea de emergencia. La tarifa depende de la clase de transporte. Sin embargo, no hay un límite a las millas recorridas o dónde se sitúa su casa dentro del condado para cualificar para recibir el reembolso. Todos los servicios tienen que ser de necesidad médica según el médico de cuidado básico (PCP). Si tiene preguntas acerca del transporte o acerca de un servicio que es más allá de lo que se pide normalmente (como, por ejemplo, la necesidad de una camioneta especial, etc.) Ud. debe llamar al Departamento de Servicios Sociales/Humanos de su condado.

Examine el sitio del internet de PEAK para informarse sobre los recursos inovativos de inclusión para las familias y los educadores en:

<http://www.peakparent.org/PEAKCat1.html>