

# Cómo usar la cobertura de Medicaid

Manejar una afección médica puede ser un desafío. Esté preparado informándose sobre cómo usar su cobertura de Medicaid cuando más la necesita. Esta hoja informativa tiene consejos para que su plan sea eficaz para usted. Consulte también la [Hoja informativa sobre conceptos básicos del seguro](#).

## ¿Qué tipo de Medicaid tengo?

Indiana tiene varias categorías de Medicaid. Cada una funciona de manera diferente, por lo cual es importante que sepa qué tipo tiene. Estas preguntas funcionan como guía:

*¿Tiene Medicaid con base en los ingresos del hogar?* Probablemente tenga Hoosier Healthwise, que incluye un plan de atención administrada.

*¿Tiene SSI?* Probablemente tenga Hoosier Care Connect, el cual incluye un plan de atención administrada.

*¿Tiene una exención?* Probablemente tenga Medicaid con honorarios por servicio (Fee-for-Service) 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 voy para recibir atención médica?

Muchos planes requieren que elija un proveedor médico primario (PMP). Este es el médico que le proporciona atención que no es de emergencia, como visitas o exámenes de rutina, atención aguda para una enfermedad menor y el diagnóstico/tratamiento de un problema de salud. Su PMP puede realizarle un examen, indicarle análisis y/o hacer una derivación a un especialista médico. Si es necesario un especialista, puede elegir uno que acepte su tipo de Medicaid. Si necesita asesoramiento médico fuera del horario de atención habitual, llame a su PMP. Si tiene una emergencia de salud potencialmente mortal, llame al 911 o vaya a una sala de emergencias.

## ¿Cómo encuentro a un proveedor?

Visite <http://member.indianamedicaid.com/find-a-provider.aspx> o llame al número de teléfono de su credencial de Medicaid para encontrar un proveedor de Medicaid. Si es nuevo en Medicaid, haga clic [aquí](#) para ver si su médico actual participa en el programa Medicaid.

## ¿Puedo obtener transporte para ver al médico?

Los participantes de Medicaid son elegibles para obtener servicios de transporte de ida y regreso a las citas con el médico o el odontólogo. Llame al número de su tarjeta para encontrar un servicio de transporte aprobado en su área. Los miembros del paquete C no son elegible para servicio de transportación en caso de emergencia.

## ¿Qué cubre mi plan?

Todos los planes de Medicaid cubren exámenes tempranos y periódicos, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) —atención pediátrica preventiva— para los niños y adultos jóvenes de 0-21 años de Indiana. Para ver más información, consulte la [Hoja informativa sobre EPSDT](#). Algunos servicios cubiertos incluyen visitas al médico, controles, vacunas, servicios odontológicos y oftalmológicos, servicios hospitalarios de internación/ambulatorios, suministros (incluidos pañales, con una receta para niños de 3 años o más) y equipos médicos, medicamentos recetados, servicios de laboratorio y radiografías, servicios de salud mental, visitas a la sala de emergencias, transporte y más. La mayoría de los servicios cubiertos requieren una autorización previa (Prior Authorization, PA) de Medicaid.

Puede encontrar una lista de beneficios del plan aquí:

<http://member.indianamedicaid.com/programs--benefits.aspx>.

### **¿Qué es una autorización previa (PA) de Medicaid? ¿Cómo funciona?**

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

Algunos ejemplos que requieren una PA incluyen sillas de ruedas, hospitalización electiva, fisioterapia/terapia ocupacional/terapia del habla, centro de tratamiento psiquiátrico residencial, transporte, algunos medicamentos recetados, centro de cuidados paliativos, etc. Para que Medicaid apruebe la solicitud de PA de manera oportuna y evitar un rechazo de la cobertura, el proveedor debe presentar toda la documentación requerida de forma correcta.

Es importante destacar que aunque muchos servicios requieren la aprobación de una PA antes de que se proporcionen dichos servicios, las solicitudes de PA también se pueden presentar y aprobar de manera retroactiva según sea necesario para un servicio médico cubierto proporcionado en una fecha previa.

Para las personas con una exención de Medicaid, usar una PA puede optimizar los servicios y maximizar el presupuesto de la exención. Por ejemplo, si su objetivo es mejorar la movilidad independiente de un menor de 21 años, puede usar la PA de Medicaid PA en lugar del presupuesto de la exención para acceder a la fisioterapia. Comuníquese con su gerente de caso para obtener información sobre el uso de los servicios de PA de Medicaid.

### **¿Cómo obtiene mi PMP la PA de Medicaid para cubrir los servicios que necesito?**

Primero, su proveedor debe evaluar sus necesidades, por lo cual usted debe dar a su médico toda la información pertinente sobre su afección. Es importante destacar que el proveedor también debe “verificar la elegibilidad” para garantizar que su cobertura de Medicaid esté activa en la fecha de obtención del servicio y en la fecha de solicitud de la PA. Asegúrese de llevar su credencial de seguro con usted a todas las citas y tome las medidas necesarias para evitar cualquier interrupción en la cobertura.

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

**PA para recetas:** Todos los fármacos recetados cubiertos requieren una orden del médico o receta y pueden requerir la presentación de un formulario especial de PA y documentación médica de respaldo. Una farmacia que participe en su plan de Medicaid puede proporcionarle ayuda con la obtención de la PA.

**Atención médica en el hogar:** Los servicios de atención médica en el hogar requieren una PA y un plan detallado de la atención. Medicaid puede cubrir personal de enfermería capacitado/atención en el hogar para personas de hasta 21 años mientras el cuidador principal realiza una actividad que no sea de descanso (trabajo o escuela). Si el participante recibe servicios de exención de Medicaid, los proveedores de atención médica en el hogar y los proveedores de la exención deben coordinar un plan de atención.

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

Los programas y los sistemas cambian con frecuencia. Es importante asegurarse de que esté usando la información más actualizada. Esta hoja de datos fue actualizada en Agosto 2018. Consulte [http://fvindiana.org/fact\\_sheets/hojas\\_de\\_datos](http://fvindiana.org/fact_sheets/hojas_de_datos) para ver la edición más reciente. Este servicio es financiado en parte por la Fundación Comunitaria del Condado de Hancock y de la Administración de Recursos y Servicios de la Salud (HRSA).