

Convertirse en elegible doble para Medicare-Medicaid Guía para adultos de 18 años o más con IDD

¿Tendré que cambiar de proveedor?

- a. ¿Es usted un Adulto con Exención DD que participa con Medicaid como su único seguro?
- Cuando tenga Elegibilidad Doble y participe en la exención DD, quedará exento de la Atención Administrada de Medicaid y deberá notificar a su Organización de Atención Administrada de Medicaid (MCO) para procesar su desafiliación.
 - Como Dual, estará en Medicaid de Pago por Servicio (FFS) y Medicare Tradicional. Y necesita:
 - (i) Solicite el Programa de Ahorros de Medicare de Illinois —en línea: www.abe.illinois.gov (desplácese hasta "Opciones de programa" —icono en el extremo derecho con un signo más dentro de un círculo) o llame/escriba a su oficina local de Ayuda Pública (llamada Centro de Recursos para la Comunidad Familiar - FCRC) para obtener una solicitud por escrito o acudir a FCRC para obtener ayuda con la solicitud. Encuentre su FCRC aquí: <https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?module=12> - elija Family Community Resource Center como "Tipo de Oficina"
 - (ii) Seleccione un plan de la Parte D de Medicare para la cobertura de recetas. Los adultos mayores y los adultos con discapacidades pueden llamar al Programa de Seguro Médico para Personas Mayores (SHIP) para obtener ayuda con sus preguntas sobre Medicare al 1-800-252-8966 u Opciones de Edad al (708-383-0258/1-800-699-9043)
 - (iii) Solicite "Ayuda Adicional", un programa federal que ayuda con los costos de los Medicamentos de la Parte D: www.ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp.html

- (iv) Al programar citas médicas, pregunte de antemano si el proveedor acepta tanto Medicare como Medicaid.
 - (i) Si el proveedor de atención médica acepta ambas formas de seguro, no se les permite facturar ningún saldo que quede en la cuenta de una persona (lo que se denomina facturación de saldo)
 - (ii) Si el proveedor de atención médica sólo acepta Medicare, pero no Medicaid, entonces debe decidir:
 - a. ¿Verá al proveedor/pagará el saldo adeudado usted mismo?
 - b. ¿Buscará otro proveedor que acepte Medicare y Medicaid?

(Para las personas que tienen responsabilidad de terceros (TPL) —por ejemplo, están cubiertas por un empleador o un plan de salud para jubilados— y tienen Medicare y Medicaid, esto puede ser más complicado)

- El seguro privado será primario, Medicare será secundario y Medicaid siempre será el pagador de último recurso.
- Si elige ver a un proveedor que sólo acepta su seguro privado y Medicare, usted es responsable de cualquier saldo adeudado.
- Si obtiene un medicamento de un proveedor que no está inscrito en Illinois Medicaid, sólo podrá contar con su cobertura privada y posiblemente Medicare Parte D para cubrirlo.
- Puede pedirle a su proveedor de atención médica que se inscriba en Medicaid

Si usted es un Hijo Adulto Dependiente (DAC) y está cubierto por el seguro del empleo de sus padres:

1. La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) permite que un hijo adulto de hasta 26 años permanezca en el seguro de los padres
2. La ley de Illinois permite que ciertos hijos adultos permanezcan en el seguro de los padres más allá de los 26 años si están discapacitados:

Las leyes de Illinois exigen que para un plan asegurado, la compañía de seguros debe cubrir a los hijos del titular de la póliza hasta la edad de 26 años (215 ILCS

5/356z.12). Si el niño está discapacitado, el asegurador debe cubrir al niño después de los 26 años. El estatuto establece lo siguiente:

(215 ILCS 5/256b): "Si una póliza establece que la cobertura de una persona dependiente termina al alcanzar la edad límite para personas dependientes especificada en la póliza, el cumplimiento de dicha edad límite no opera para terminar la cobertura hospitalaria y médica de una persona que, debido a una condición de discapacidad que ocurrió antes de alcanzar la edad límite, es incapaz de un empleo autosuficiente y depende de sus padres u otros proveedores de cuidado para el cuidado y la supervisión de por vida.

(c) A los efectos de la subsección (b), "dependiente de otros proveedores de atención" se define como la necesidad de un arreglo de vivienda integrada en la comunidad, un hogar grupal, un apartamento supervisado u otros servicios residenciales autorizados o certificados y el Departamento de Servicios Humanos (como sucesor del Departamento de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo), el Departamento de Salud Pública o el Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares (anteriormente Departamento de Ayuda Pública).

(d) El asegurador podrá preguntar al titular del seguro 2 meses antes de que un dependiente alcance la edad límite establecida en la póliza, o en cualquier momento razonable posterior, si dicho dependiente se encuentra frente a una persona discapacitada y dependiente y, en su defecto de la prueba presentada dentro de los 60 días de dicha consulta de que dicho dependiente es una persona discapacitada y la persona dependiente puede cancelar la cobertura de dicha persona al alcanzar la edad límite o después. En ausencia de dicha consulta, la cobertura de cualquier persona discapacitada y dependiente continuará durante el plazo de dicha póliza o cualquier extensión o renovación de la misma.

La ley no se aplica a todas las pólizas. No se aplica a:

- Pólizas de seguro de salud individuales o grupales o contratos de HMO que de otro modo no incluyen cobertura para dependientes;
- Pólizas de viaje a corto plazo, ingresos por discapacidad, cuidado a largo plazo, sólo contra accidentes o limitadas (incluidas las dentales y de la vista) o de enfermedades específicas;

- Planes empresariales de empleadores que son autoasegurados y no públicos
- Planes de salud y bienestar autoasegurados, como los planes sindicales
- Pólizas de seguro o fideicomisos emitidos en otros estados, excepto los contratos de HMO escritos fuera de Illinois, si el miembro del HMO es residente de Illinois y el HMO ha establecido una red de proveedores en Illinois.

La mayoría de los planes de salud de las grandes empresas están autoasegurados, lo que significa que pueden cubrir sus propios costos de salud, incluso si utilizan una importante aseguradora de atención médica para procesar sus facturas. Si es así, el estatuto de Illinois no se aplica. Si el empleador compra una póliza de una compañía de seguros de salud de Illinois, entonces se aplica la póliza de Illinois.

¿Cómo tomar decisiones para la cobertura de salud?

- ✓ ¿Cuál es la cobertura actual?
- ✓ ¿Qué cambiará?
- ✓ ¿Que puede permitirse pagar?
- ✓ ¿Qué más podría no estar cubierto?
- ✓ ¿Qué más se necesita hacer?
- ✓ ¿Qué compartieron los proveedores médicos sobre las posibles necesidades futuras?
- ✓ ¿Se necesitan nuevos proveedores (atención primaria y/o especialistas)?
- ✓ ¿La persona es dependiente fiscal?
- ✓ ¿La persona tiene menos de 26 años?
- ✓ ¿Se aplica la ley IL 1968 de continuación de seguro?
- ✓ ¿Qué requisitos estatales y federales debe tener en cuenta?