

DSCC Serie Educativa de Seguros de Salud: Negaciones de Medicaid

ABRIL 2024



UNIVERSITY OF
ILLINOIS CHICAGO

**Division of Specialized
Care for Children**

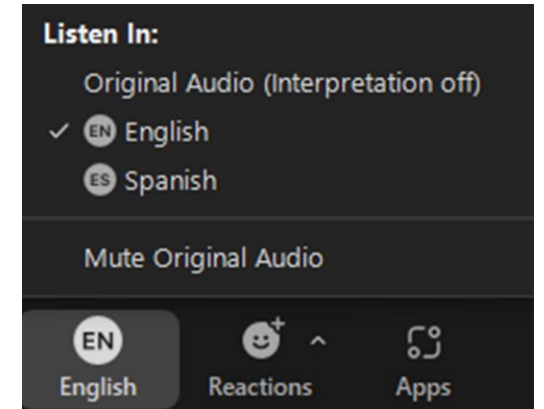
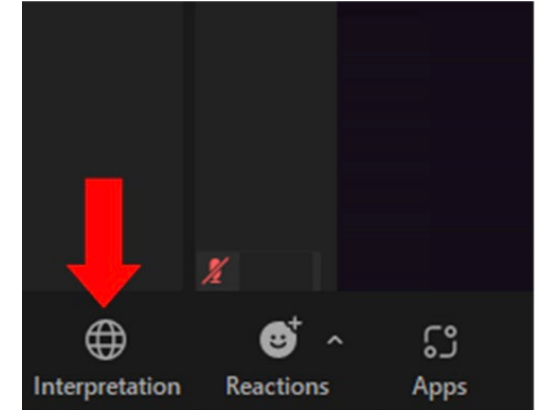
Accesibilidad al Idioma



Cada participante debe elegir un canal de audio en su idioma a través del botón Interpretación en la parte inferior de la pantalla.



La interpretación está desactivada si permanece en el audio original. El intérprete no podrá oírle hablar, por lo que no será traducido. Debes elegir un canal.



Asuntos Internos



La información se presentará en inglés. Si seleccionó español como idioma, la información se traducirá verbalmente.



Las diapositivas están en inglés. La versión en español de todos los materiales se encuentra en el sitio web de DSCC.

» <https://dsccl.uic.edu/family-education-webinars/>



Estamos grabando esta presentación. La grabación se publicará en el sitio web.



No comparta ninguna información personal.

Asuntos Internos



Los subtítulos están disponibles para esta presentación.



Todos los asistentes serán silenciados. Use el botón de "Levantar la mano" o use el botón de "Preguntas y respuestas" para hacer una pregunta.



El botón de charla ha sido desactivada.



Chat



Raise Hand



Q&A



Show Captions



Resources

Acercas de las Presentadoras



La Unidad de Investigación y Administración de Beneficios de DSCC



Trabajamos con los equipos de coordinación de cuidados de DSCC para ayudar a resolver problemas de seguros.



Las presentadoras:

- » Brittani Provost
- » Grecia Villegas
- » Renee Woodson

Agenda



Descripción general de DSCC



¿Qué es una negación?



Cobertura de Medicaid



Cómo evitar denegaciones y qué hacer si recibes una denegación



Preguntas

Nuestra Visión y Misión



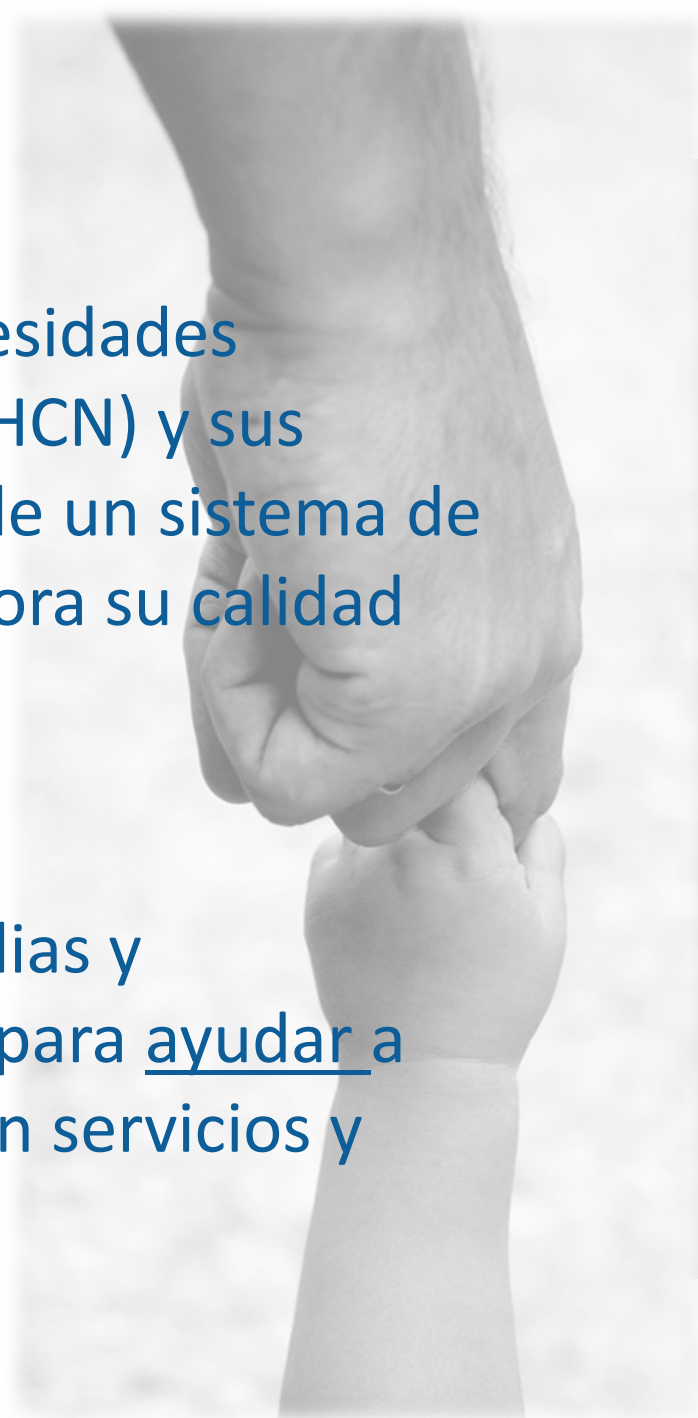
Visión

- » Niños y jóvenes con necesidades especiales de salud (CYSHCN) y sus familias serán el centro de un sistema de apoyo continuo que mejora su calidad de vida.



Misión

- » Nos asociamos con familias y comunidades de Illinois para ayudar a CYSHCN a conectarse con servicios y recursos.



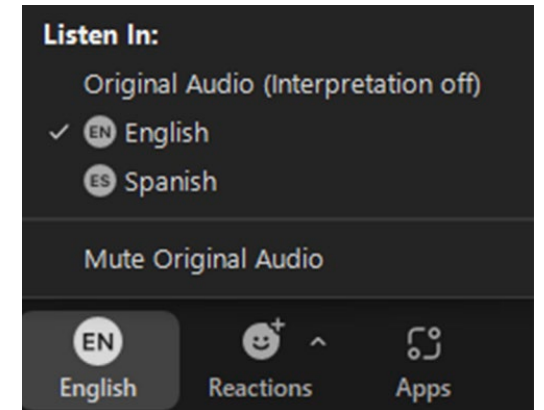
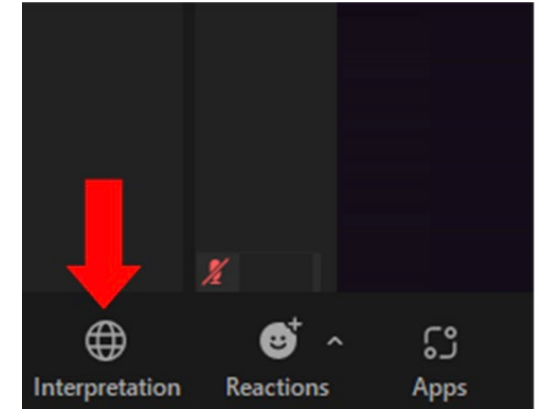
Accesibilidad al Idioma



Cada participante debe elegir un canal de audio en su idioma a través del botón Interpretación en la parte inferior de la pantalla.



La interpretación está desactivada si permanece en el audio original. El intérprete no podrá oírle hablar, por lo que no será traducido. Debes elegir un canal.



¿Qué es una Negación?



Su plan de salud se niega a pagar un reclamo por servicios que ya recibió



Su plan de salud no aprueba servicios cuando un médico o proveedor envió una solicitud de autorización previa.

Evitar Negaciones



Utilice proveedores que acepten Medicaid



Sepa lo que cubre Medicaid



Obtenga aprobaciones previas cuando sea necesario

Costos de Bolsillo de Medicaid



Sin copagos ni primas*



No tendrá costos de bolsillo si utiliza proveedores inscritos en Medicaid o proveedores inscritos en su plan de atención administrada (MCO).*



Si el servicio no está cubierto por Medicaid o su MCO, usted podría ser responsable del costo.

*for most Medicaid programs

Encontrar un Proveedor de Medicaid



Debe usar proveedores que acepten Medicaid.



Si tiene Medicaid regular, llame a la línea directa de Beneficios de Salud al (800) 226-0768 para obtener ayuda para encontrar un proveedor.



Si está en un plan de atención administrada de Medicaid, debe utilizar proveedores que estén dentro de la red de su plan.

- » Llame al número de servicios para miembros que figura en su tarjeta de seguro para encontrar un proveedor.
- » También puede usar el sitio web del plan de salud para encontrar un proveedor.

¿Qué cubre Medicaid?



Medicaid brinda beneficios para muchos servicios médicos como visitas al médico, oftalmológicos, dentales y medicamentos recetados.

- » Vea mas informacion en la hoja de consejos Qué cubre Medicaid de Illinois.



La atención administrada de Medicaid brinda los mismos servicios que Medicaid regular y puede tener algunos beneficios adicionales para sus miembros.



Es posible que necesite una aprobación previa para obtener ciertos servicios.

¿Qué cubre Medicaid de Illinois?

Illinois Medicaid no es el programa de la División de Cuidados Especializados para Niños (DSCC). DSCC no decide la cobertura o elegibilidad para Medicaid. Nosotros proporcionamos esta información como guía útil.

Medicaid cubre muchos servicios y proporciona beneficios médicos, dentales, visión y farmacéuticos completos. Abajo hay ejemplos de lo que puede cubrir Medicaid. Esta no es una lista completa.

Algunos servicios pueden tener reglas especiales para obtenerlos, como una edad determinada o un diagnóstico médico. Algunos servicios tienen límites sobre la cantidad del servicio o artículo que cubrirá Medicaid. Por ejemplo, Medicaid solo cubrirá pañales para un niño de 4 años en adelante. El niño debe tener una necesidad médica para obtener la fórmula.

<p>Médico</p> <ul style="list-style-type: none"> Citas con el médico Visitas de especialistas Trabajo de laboratorio Cirugía Hospitalización 	<p>Suministros Médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Pañales Suministros de alimentación Fórmula Suministros de infusión Oxígeno
<p>Equipo Médico Duradero</p> <ul style="list-style-type: none"> Sillas de ruedas Sillas de inodoro, sillas de baño Dispositivos CPAP y nebulizadores Muletas, bastones, andadores Camas de hospital Medidores y tiras de azúcar en sangre Dispositivos de ayuda a la comunicación Ascensores internos Escaleras (solo si hay necesidad de residencia interna) 	<p>Dental</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes y limpiezas bucales cada seis meses Selladores Fluoruro Coronas, endodoncias, etc. Extracciones Anestesia y sedación, cuando sea médicamente necesario <p>Nota: Algunos servicios solo están disponibles para menores hasta la edad de 21 años.</p>
<p>Transporte</p> <ul style="list-style-type: none"> Transporte a las citas Transporte de emergencia, como una ambulancia cuando hay una emergencia médica urgente 	<p>Farmacia</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos recetados En algunos casos, se cubren los medicamentos y/o vitaminas de venta libre

<p>Terapia</p> <ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia Terapia ocupacional Terapia del habla Terapia de análisis conductual aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA) 	<p>Salud Mental/Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización Servicios ambulatorios de salud mental que incluyen asesoramiento y control de la medicación. Evaluaciones neuropsicológicas Intervención en crisis para jóvenes de 20 años o menos (SASS)
<p>Visión</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de la vista. Monturas de gafas y lentes graduadas, bifocales y trifocales Monturas especiales como Miraflex, si son médicamente necesarias Lentes de contacto, si son médicamente necesarios 	<p>Orthodontia</p> <p>La ortodoncia está cubierta para aquellos que cumplen ciertos criterios.</p> <p>Algunos ejemplos de condiciones calificadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Paladar hendido Mordedura profunda con signos de daño tisular Mordida cruzada anterior con recesión gingival Desviación traumática grave

Recursos Útiles

- Si está en un plan de atención administrada de Medicaid, llame al número de Servicios para Miembros en su tarjeta para preguntar sobre los beneficios cubiertos. También puede tener beneficios adicionales disponibles para usted.
- Llame a la Línea Directa de Beneficios de Salud de Medicaid al (800) 226-0768.
- Revise su manual para miembros.
 - [Manual para Miembros de Medicaid en Inglés](#)
 - [Manual para Miembros de Medicaid en Español](#)
 - Comuníquese con su plan de atención administrada para obtener una copia de su manual. También se encuentran en el sitio web del plan de salud.

Lo que no Cubre Medicaid



Servicios que no son médicamente necesarios



Servicios cosméticos



Servicios o artículos que sean convenientes para el cuidador



Servicios ordenados o recetados por un médico que no está inscrito en Medicaid

Lo que no Cubre Medicaid



Artículos que son totalmente eléctricos, como una cama de hospital o un ascensor



Artículos o servicios cuando hay disponible una opción más rentable



Artículos o servicios disponibles en una tienda minorista que satisfarían la necesidad médica, como un asiento para automóvil con arnés de 5 puntos

Lo que no Cubre Medicaid



Servicios que se duplican como una silla de ruedas y un cochecito personalizado



Salvaescaleras o elevador para escaleras exteriores

- » Medicaid puede cubrir si hay escaleras internas



Modificaciones de vehículos o viviendas

- » Generalmente cubierto por una exención de Medicaid si es elegible

Medicaid y Otros Seguros



Puede tener Medicaid y otros seguros como:

- » Seguro privado
- » Medicare
- » Tricare (Seguro Militar)



Su otro seguro pagará los servicios primero, Medicaid pagará en segundo lugar.



You may be eligible for the Health Insurance Premium Payment Program.

- » [DSCC HIPP Program Tip Sheet](#)

Medicaid y Otros Seguros



Debe seguir ambas reglas de seguro:

- » Uso de proveedores dentro de la red
- » Obtener una referencia cuando sea necesario
- » Obtener una autorización previa cuando sea necesario



Si los servicios están cubiertos por Medicaid, no se le deben cobrar copagos, deducibles ni coseguros de su otro seguro.



Debe informar a Medicaid si tiene otro seguro.

Actualización de Medicaid con otro seguro



Llame a la Línea de Actualización de Responsabilidad de Terceros al (217) 524-2490.

- » Tenga a mano el número de Medicaid de cada miembro y la información del seguro.
- » Presione 1 para inglés o 2 para español
- » Presione 4 para la responsabilidad de terceros



envíe un correo electrónico a hfs.tpl.1442@illinois.gov

- » En el correo electrónico, ingrese el nombre del miembro, el número de Medicaid y proporcione la información del seguro.
- » Es útil proporcionar una imagen de la tarjeta de seguro en el correo electrónico.

Comprender las Negaciones



Es importante comprender por qué Medicaid o su plan de atención administrada dijeron “no” a un servicio.



Es posible que reciba una carta de Medicaid o de su plan de atención administrada que indique por qué se le negó el servicio. Esto puede suceder antes o después de recibir un servicio.



Su médico, proveedor o farmacia también podría tener información sobre por qué se le negó algo.

Razones Comunes de Denegación



Error o equivocación



Se requirió autorización previa



El tratamiento no es médicamente necesario



El medicamento no está en el formulario.



La atención está fuera de la red.



Servicio no cubierto

Denegacion Comune de Farmacia



No hay información de seguro registrada o la información de seguro está registrada incorrectamente



Recargar demasiado pronto



Aprobación previa necesaria o no necesaria



Cuatro recetas para mayores de 19 años



Límites de suministro: 30 días de ciertos medicamentos



Sin receta (OTC)

Evite la Denegación de Farmacia



Llame a su plan MCO o a la línea directa de beneficios de salud para averiguar si se necesita una aprobación previa



Llame a su plan para conocer los límites de recarga



Pídale a su médico que presente una aprobación previa a Medicaid o su plan MCO



Asegúrese de que la farmacia tenga la información de su seguro más actualizada y correcta



Si usted o su hijo cumplen 19 años, pregunte en la farmacia si se necesita una aprobación previa

¿Qué hacer?



Pregunte en la farmacia qué motivo de denegación reciben.



Llame a su plan MCO o a la línea directa de beneficios de salud de Medicaid



Llame a su médico para obtener ayuda

- » Puede sugerir medicamentos o recursos alternativos
- » Es posible que pueda hablar con su MCO o Medicaid para brindarles más información médica

Ejemplo de denegación de farmacia



El Dr. Jones le recetó Keppra a su hijo para las convulsiones. La oficina envía la receta a Walgreens. Walgreens le llama más tarde para decirle que le negaron el medicamento y que para obtenerlo tendrá que pagar de su bolsillo.



Le dice al farmacéutico que tiene Meridian MCO. Farmacéutico confirma que facturaron al plan correcto y fue negado.



Pregunta en la farmacia cuál fue el motivo del rechazo. Dicen que no hay aprobación previa.



Usted llama a la oficina del Dr. Jones y les pide que presenten una aprobación previa para Keppra.

Denegaciones de Equipos Comunes



Aprobación previa necesaria/no necesaria



Hay un artículo menos costoso disponible para satisfacer la necesidad



No es médicamente necesario o necesita justificación adicional



El equipo es duplicado



Se necesita información adicional



El guión no coincide con la aprobación previa o la carta de necesidad médica



El artículo es una conveniencia

Evite Negaciones de Equipos



Pregunte al proveedor del equipo si se requiere aprobación previa. Llame a su plan MCO o a la línea directa de beneficios de salud para averiguar si se necesita una aprobación previa



Pídale a su médico que le proporcione una carta de necesidad médica detallada



Para ciertos equipos, puede haber una cantidad mínima de tiempo de espera hasta que puedas volver a obtener el mismo artículo.



Hable con su médico o el proveedor del equipo sobre alternativas

¿Qué hacer?



Pregúntele a su proveedor por qué le negaron el equipo



Llame a su plan MCO o a la línea directa de beneficios de salud de Medicaid



Pídale a su médico que le brinde información adicional que respalde por qué es necesario el equipo



Pídale a su médico que haga una revisión entre pares con su plan de salud



Si su plan sugirió otras opciones, revíselas con su médico

Ejemplo de Denegación de Equipo



El Dr. Patel le recetó una cama de hospital eléctrica a su hijo. El Dr. Patel también escribe una carta de necesidad médica para explicar por qué se necesita la cama.



La empresa de equipamiento, **Hospital Bed Plus**, le informa que le negaron la cama. La razón es que es un artículo de conveniencia y un artículo menos costoso podría satisfacer la necesidad.



Usted revisa con el Dr. Patel y le recetan una cama de hospital semieléctrica. Se presenta una nueva solicitud para una cama de hospital semieléctrica con información adicional del Dr. Patel.



La solicitud es aprobada.

Negaciones Comunes de Suministros Médicos



- ➔ Aprobación previa necesaria/no necesaria
- ➔ Artículo disponible sin receta
- ➔ No es médicamente necesario o necesita justificación adicional
- ➔ Se necesita información adicional
- ➔ El guión no coincide con la aprobación previa o la carta de necesidad médica

Evite las Negaciones de Suministros Médicos



Pregunte a la empresa proveedora si se requiere aprobación previa para los suministros. Llame a su plan MCO o a la línea directa de beneficios de salud para averiguar si se necesita una aprobación previa



Pregunte si hay un límite en la cantidad de artículos que puede obtener

- » Si necesita más de lo permitido, se necesita una aprobación previa



Puede haber límites de edad, criterios que se deben cumplir o restricciones en los suministros que puede obtener



Pídale a su médico que le proporcione una carta de necesidad médica detallada

¿Qué hacer?



Pregunte a su empresa de suministros por qué le negaron los suministros médicos



Llame a su plan MCO o a la línea directa de beneficios de salud de Medicaid



Pídale a su médico que le proporcione información adicional que respalde por qué se necesitan los suministros médicos



Pídale a su médico que realice una revisión entre pares con su plan de salud

Ejemplo de Denegación de Suministro



El Dr. García escribe una orden para catéteres de Foley para su hijo. La orden dice que su hijo necesita 30 catéteres por mes porque es necesario cambiar el catéter una vez al día.



La empresa de suministros, Best Home Supplies, dice que no pueden facturar los catéteres porque el límite es 2 por mes.



Usted solicita una carta de necesidad médica del Dr. García y solicita a Best Home Supplies que envíe una aprobación previa a Medicaid.



Medicaid revisó la solicitud de catéteres de foley y la aprueba.

¿Qué es una factura?



Una factura es una declaración de cargos por servicios médicos.



La factura que se presenta a la compañía de seguros también se llama reclamo. Un reclamo enumera los servicios que brindó su médico.



La compañía de seguros utiliza la información proporcionada en el reclamo para pagar los cargos del médico o del establecimiento.

¿Qué hacer si recibe una factura?



Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la factura, llame al proveedor médico para pedirle que le explique los cargos.

- » El proveedor puede necesitar más información.
- » Medicaid o su plan de atención administrada podrían haber denegado los servicios



Si el proveedor acepta su Medicaid y los servicios están cubiertos por Medicaid, el proveedor no puede cobrarle copagos, coseguros ni deducibles.



Si no está de acuerdo con la factura, puede disputarla con el proveedor llamando al departamento de facturación.

Apelaciones



Si Medicaid le negó los servicios, tiene derecho a apelar.



Una apelación es cuando le pide a Medicaid o a su plan de atención administrada que reconsidere su decisión.



Si tiene Medicaid regular (sin plan de atención administrada), envíe su apelación a Medicaid.



Si tiene un plan de atención administrada de Medicaid, envíe su apelación a su plan llamando a servicios para miembros.



Debe presentar la apelación dentro de los 60 días desde que negaron la solicitud o los servicios.

¿Cómo Apelar a Medicaid?



En línea ir a:

<https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>



Escriba una carta y envíela de una de estas maneras:

- » En su Centro de Recursos de la Comunidad Familiar del DHS.
- » Llamando: (800) 435-0774
- » Por correo electrónico:
DHS.BAH@Illinois.gov
- » Por fax: (312) 793-3387
- » Por correo:
Bureau of Hearings
69 W. Washington, 4th Floor
Chicago, IL, 60602

Recursos de Seguro



[Hoja de consejos para apelaciones de DSCC](#)



[Calendario de apelaciones de seguros de DSCC](#)



[Registro de comunicación de apelaciones de DSCC](#)



[DSCC - Hoja de consejos sobre qué cubre All Kids Medicaid](#)



[Sitio web de HealthChoice Illinois \(atención administrada de Medicaid\)](#)

Resumen



Las denegaciones ocurren cuando su plan de salud dice “no” a un artículo o servicio.



Medicaid cubre muchos servicios, pero es posible que necesite una aprobación previa.



La información de su médico que respalde la necesidad médica es importante.



Preste atención si recibe una factura y asegúrese de revisarla.



Si no está de acuerdo con una decisión que tomó Medicaid o su plan de atención administrada, puede apelarla.

¿Preguntas?



Hemos reservado algo de tiempo para preguntas.



Utilice el cuadro de botón de **preguntas y respuestas** si tiene preguntas. También puede usar el botón **Levantar la mano** y le quitaremos el silencio.



Chat



Raise Hand



Q&A



Show Captions



Resources

¡Gracias!

Encuesta



Gracias por participar en nuestra capacitación de hoy. ¡Esperamos que te haya resultado útil!



Le enviaremos un correo electrónico después del seminario web. Todos los materiales y las grabaciones se publicarán en <https://dscc.uic.edu/family-education-webinars/>.



Completa la encuesta al final de la capacitación. Sus opiniones sobre la capacitación son muy útiles e importantes.



También nos gustaría conocer otros temas sobre los que le gustaría recibir más capacitación.

Seminarios Web



Esta capacitación es parte de una serie de capacitaciones denominada “Educación sobre seguros de salud”



Puede revisar esta grabación y los materiales para las otras dos capacitaciones en nuestro sitio web.

- » Marzo: Beneficios de Seguro Social
- » Abril: Negaciones de Medicaid
- » Mayo: Transición de los beneficios del seguro médico a la edad adulta



Visita <https://dscc.uic.edu/family-education-webinars/>

Conéctate con nosotros



(800) 322-3722



dsc@uic.edu



dsc.uic.edu



UIC Division of Specialized Care for
Children