



Innovative Approaches Initiative

Niños y jóvenes con necesidades de atención médica especiales



Guía de recursos financieros para la atención médica

La Iniciativa de Enfoques Innovadores

Iniciativa facilitada por Cabarrus Health Alliance.

Niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica

Guía de recursos financieros para la atención médica

Introducción

Aproximadamente el 20 % de los menores de 18 años en los Estados Unidos tienen una necesidad de atención médica especial. La Oficina de atención médica materno-infantil define a los niños y adolescentes que tienen necesidades de atención médica especiales (*children and youth with special health care needs*, CYSHCN) como aquellos que “tienen o están en mayor riesgo de presentar afecciones crónicas físicas, del desarrollo, conductuales o emocionales y que además requieren servicios de salud y servicios relacionados de un tipo o una cantidad más allá de lo que generalmente requieren los niños”.

Los CYSHCN con frecuencia necesitan servicios de varios sistemas (atención médica, salud pública, educación, salud mental y servicios sociales). Pueden requerir varios especialistas, incluyendo especialistas médicos, fisioterapeutas, terapeutas del habla o terapeutas ocupacionales y proveedores de salud mental o de salud en el hogar.

Las familias que crían niños y jóvenes con necesidades de atención médica especiales (CYSHCN) o discapacidades con frecuencia experimentan dificultades financieras como resultado de una cobertura de seguro de salud inadecuada. El 49 % de las familias informó que tiene dificultades para pagar sus facturas debido a los altos costos de atención médica de su hijo.

Si bien la mayoría de las familias tiene seguro de salud a través de Medicaid o seguro privado, no todos los servicios o apoyos que requieren los CYSHCN están cubiertos. Como resultado, las familias con frecuencia tienen que pagar grandes cantidades de su propio bolsillo, lo que genera dificultades financieras y deudas médicas.



Puede ser difícil navegar la complicada combinación de programas de salud privados y públicos. La *Guía de recursos financieros para la atención médica* fue desarrollada a través de la Iniciativa de Enfoques Innovadores para ayudar a las familias de los CYSHCN a navegar el sistema de atención médica y encontrar recursos financieros para cubrir terapias, equipos y otras necesidades médicas para su hijo.

Se agregó un glosario para ayudarle a manejar los términos técnicos que se encuentran en el mundo de la atención médica y la financiación de la salud. La información de esta guía puede cambiar con frecuencia. Para obtener la información más actualizada, visite:

www.resourcecafe.org



Innovative Approaches Initiative

La Iniciativa de Enfoques Innovadores trabaja en colaboración con los proveedores médicos, las agencias comunitarias y los padres para mejorar los sistemas de servicios para niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica. La Iniciativa de Enfoques Innovadores está patrocinada por el Sector de Niños y Jóvenes de la División de Salud Pública de NC.

Cómo organizarse

Organice la información de salud de su hijo

Mantener todos los documentos relacionados con sus finanzas y la discapacidad de su hijo en un lugar es una de las cosas más importantes que puede hacer. Tener la información correcta al alcance de la mano le ahorra tiempo, le ayuda a tomar decisiones y disminuye el estrés del cuidador.

Una libreta de atención médica es una excelente herramienta para llevar un registro para organizar la información de salud de su hijo, los documentos del seguro, para prepararse para las citas, registrar los cambios de medicamentos o tratamientos y presentar la información acerca de los antecedentes médicos de su hijo.

Comience con una carpeta de 3 aros, separadores en la carpeta para dividirla en secciones y una perforadora de tres agujeros. La carpeta debe ser lo suficientemente grande y resistente como para guardar toda la información médica pertinente de su hijo durante varios años.

Se pueden descargar e imprimir modelos de las páginas de la libreta de atención médica del sitio web del Centro de Asistencia Infantil Excepcional (*Exceptional Children's Assistance Center*, ECAC) en:

<https://www.ecac-parentcenter.org/family-to-family-health-center/care-notebook/>

Las páginas descargadas incluyen los pasos para organizarse y usar la libreta de atención médica.

Puede considerar otros elementos para llevar un registro:

- Un almanaque con espacio para escribir notas.
- Una libreta con espiral para registrar las conversaciones telefónicas y las reuniones con los profesionales.
- Un lugar para archivar papeles como un gabinete de archivos o una caja archivadora con tapa.
- Carpetas para colgar con pestañas de plástico.
- Carpetas de archivo y etiquetas.
- Resaltadores (para llamar la atención a la información importante)



Establezca un hogar médico

Todos los niños y jóvenes merecen tener un hogar médico.

La [American Academy of Pediatrics](#) (AAP) desarrolló el hogar médico como un modelo de la prestación de atención primaria que es accesible, continua, integral, centrada en la familia, coordinada, compasiva y culturalmente eficaz para todos los niños y adolescentes. Un hogar médico pediátrico es una colaboración centrada en la familia dentro de un sistema comunitario que proporciona atención ininterrumpida con el pago adecuado para apoyar y mantener los resultados de salud óptimos. Los hogares médicos atienden la atención preventiva, aguda y crónica desde el nacimiento hasta la transición a la adultez. Un hogar médico facilita un sistema de salud integrado con un equipo interdisciplinario de pacientes y familias, médicos de atención primaria, especialistas y subespecialistas, hospitales y centros de atención médica, salud pública y la comunidad.

En otras palabras, un Hogar médico es uno de los lugares a los que lleva a su hijo para **todas** sus necesidades de atención médica:

- Controles
- Visitas por enfermedad
- Accidentes
- Necesidades de salud especiales
- Inmunizaciones (vacunas)

Un Hogar médico es un consultorio médico, una clínica comunitaria o un departamento de salud local. El personal allí lo conoce a usted, a su hijo y sus antecedentes de salud.

Lo mejor es llevar a su hijo a alguien que usted conozca y en quien confía. El Hogar médico ofrece la mejor atención para asegurarse de que su hijo reciba los controles, las evaluaciones y las vacunas para permanecer bien. Trabajan con usted en la planificación de la atención de su hijo. Ellos le ayudan

De [AAP Agenda for Children: Medical Home](#)

Cómo acceder a Medicaid

NC Medicaid y Health Choice/CHIP

North Carolina Medicaid es el programa que proporciona atención médica a adultos, niños, embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades elegibles de bajos ingresos. El programa está financiado por North Carolina y el gobierno federal. El gobierno federal establece pautas generales y beneficios mínimos para la elegibilidad.

Uno de los requisitos federales es que Medicaid para niños debe proporcionar un paquete muy integral de beneficios llamado Evaluación periódica, diagnóstico y tratamiento tempranos (*Early Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT*).

El EPSDT cubre los servicios comunes de evaluación (controles) para bebés, niños y adolescentes. Estas evaluaciones están diseñadas para identificar los problemas de salud y desarrollo lo antes posible. Si su hijo tiene Medicaid y no puede acceder a los procedimientos o servicios necesarios, remítase a la Guía de cobertura de EPSDT en el siguiente enlace:

https://www.medicaid.gov/medicaid/benefits/downloads/epsdt_coverage_guide.pdf

NC Health Choice es el nombre que nuestro estado le asigna al Programa de Seguro Médico para Niños (*Children's Health Insurance Program, CHIP*). Proporciona atención médica para niños elegibles además de Medicaid. Este programa también está financiado por North Carolina y el gobierno federal. Ofrece formas de recuperar algunos o todos los costos de la atención médica de su niño o joven con necesidades especiales de atención médica. Medicaid y Health Choice se basan en los ingresos. Para solicitar o consultar si su hijo es elegible para cualquiera de estos dos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales/Humanos en su condado o visite en línea:

<https://dma.ncdhhs.gov/medicaid/get-started/eligibility-medicaid-or-health-choice>

Si sus ingresos familiares son demasiados para calificar para Medicaid, pero muy pocos para pagar un seguro privado, tal vez su hijo pueda calificar para **NC Health Choice**. Si sus ingresos mensuales son superiores al 159 % del nivel de pobreza, se requiere una pequeña tarifa de inscripción de \$50 y copagos para las visitas médicas y los fármacos recetados. Si sus ingresos mensuales son menores al 159 % del nivel de pobreza, no hay ninguna tarifa de inscripción ni copagos.

Si a su hijo le niegan Medicaid o Health Choice, usted tiene derecho a apelar. Para obtener más información sobre el proceso de apelación, visite:

<https://dma.ncdhhs.gov/medicaid/your-rights>

Servicios cubiertos por Health Choice/CHIP

- Manejo de casos y servicios de coordinación de la salud (el coordinador ayuda a las familias a acceder a seguro de salud, atención médica y servicios)
- Servicios dentales
- Equipo médico duradero (como silla de ruedas, oxígeno, bombas de insulina, etc. recetados por un médico)
- Suministros médicos desechables (como suministros para incontinencia para niños mayores de 3 años, sabanillas protectoras, catéteres, suministros para ostomía, suplementos nutricionales, etc.)
- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Atención de cuidados paliativos para niños en su última etapa de vida
- Atención de salud en el hogar: servicios de enfermería especializada necesarios desde el punto de vista médico, terapia especializada (como fisioterapia, terapia para patologías del habla y el lenguaje y terapia ocupacional), servicios de ayuda con la salud en el hogar y suministros médicos.
- Inmunizaciones (vacunas)
- Servicios de laboratorio y radiología
- Servicios de salud mental (hospitalarios y ambulatorios)
- Servicios médicos y clínicos (visitas de niño sano y por enfermedad)
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia para niños con trastornos del habla, la audición y el lenguaje
- Fármacos recetados
- Servicios para abuso de sustancias
- Servicios quirúrgicos

Referencia: NC Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de North Carolina)

¡IMPORTANTE! Transformación hacia la atención administrada de NC Medicaid

Los cambios de la División de Beneficios de Salud (anteriormente, DMA) comenzarán el 1 de julio de 2021. Para obtener la información más reciente, visite: <https://www.ncdhhs.gov/divisions/medicaid-transformation>

Updated 4/21

Cómo acceder a Medicaid

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)

El SSI es un programa federal del Seguro Social que proporciona beneficios mensuales en efectivo a los individuos (incluso a niños) con discapacidades que tienen ingresos y recursos limitados. Si su hijo califica para el SSI, también será elegible para Medicaid.

Su hijo puede calificar para los pagos del SSI si es menor de 18 años, tiene una afección física o mental, o una combinación de afecciones que cumple con la definición del Seguro Social de discapacidad para niños, y si sus ingresos y recursos están dentro de los límites de elegibilidad. Para la elegibilidad, se toman en cuenta los ingresos y recursos de los miembros de la familia que viven en el hogar del niño.

Cuando solicite los beneficios del SSI para su hijo, le preguntarán el nombre, la dirección y el número de teléfono de todos los médicos, terapeutas o proveedores que su hijo ha visto en el último año, los registros médicos y la lista de medicamentos. Es posible que se necesite otra información, como los nombres y las direcciones de las escuelas, los maestros, psicólogos, Programa de Educación Individualizada (*Individualized Education Program*, IEP), copia original o certificada del certificado de nacimiento de su hijo, constancia de ingresos de todos los miembros de la familia que viven en el hogar y prueba de todos los recursos, como cuentas bancarias, acciones, pólizas de seguro de vida, etc.

Una vez que su niño/adulto joven cumpla 18 años, se considerarán únicamente los ingresos y recursos de ella o él para la elegibilidad.

Para solicitar los beneficios del SSI para su hijo, comuníquese con la Oficina del Seguro Social en su condado o visite el sitio web:

https://www.ssa.gov/disability/disability_starter_kits_child_eng.htm

Medicaid y educación especial

Si un niño es elegible para Medicaid, Medicaid paga los servicios de salud y los servicios relacionados proporcionados en las escuelas cuando estos servicios se brindan a través de un Plan de servicios familiares individualizados (*Individualized Family Service Plan*, IFSP) (para niños desde el nacimiento hasta los 3 años) o un Plan de educación individualizada (*Individualized Education Plan*, IEP) (para niños y jóvenes de 3 a 21 años). En virtud de la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (*Individuals with Disabilities Education Act*, IDEA), los niños con discapacidades son elegibles para recibir servicios educativos y servicios relacionados que les ayudarán a lograr sus objetivos educativos. Estos objetivos se documentarán en el IEP del niño o el Plan de servicios familiares individualizados (IFSP) del niño pequeño. Si bien los niños pueden recibir servicios similares fuera del entorno escolar, estos servicios se deben proporcionar en la escuela. Los servicios cubiertos pueden incluir, entre otros, fisioterapia, terapia ocupacional, servicios de patología o terapia del habla, asesoramiento psicológico, enfermería y servicios de transporte.

Es importante tener en cuenta que, excepto bajo exenciones, Medicaid solo puede pagar **servicios de rehabilitación** que recuperen pérdidas funcionales. Para los niños con discapacidades del desarrollo (congénitas), los **servicios de habilitación** para desarrollar (a diferencia de recuperar) las habilidades funcionales son muy importantes. Las escuelas tienen un papel muy importante para proporcionar ambas destrezas pero solo pueden facturar a Medicaid los servicios de rehabilitación, no los servicios de habilitación, salvo que el niño esté cubierto por una exención.

Si un niño no es elegible para Medicaid, los servicios educativos y los servicios relacionados son cubiertos por la escuela.

Referencia: <https://ec.ncpublicschools.gov/finance-grants/medicaid-in-education>

Cómo apelar una denegación

Medicaid/Health Choice: Si le niegan los beneficios de Medicaid o Health Choice a su hijo y usted no está de acuerdo, puede presentar una apelación. Si le niegan (o le reducen, interrumpen o suspenden) el servicio de salud de Medicaid, usted recibirá una carta que explica la decisión y el motivo. La carta contiene las instrucciones sobre cómo apelar. Firme los formularios requeridos para aceptar el envío de la carta. La carta será de parte de la División de Beneficios de Salud (NC Medicaid) o uno de sus proveedores. Si tiene preguntas sobre las apelaciones, comuníquese con la Unidad de Apelaciones (*The Appeals Unit*) de NC Medicaid al:

919-855-4260

SSI: Si le denegaron los beneficios del SSI a su hijo, puede solicitar una apelación. Generalmente tiene 60 días después de haber recibido el aviso de la denegación. Hay 4 formas de apelar: Reconsideración (que se puede apelar en línea), audiencia ante un juez de derecho administrativo, solicitud de revisión de parte del Consejo de Apelaciones o una revisión del Tribunal Federal. Para obtener más información sobre cómo apelar una denegación del SSI, visite:

<https://www.ssa.gov/benefits/disability/appeal.html>
o llame al 800-772-1213

Referencia: <https://www.ssa.gov/ssi/text-appeals-ussi.htm>

Cómo acceder a Medicaid para su hijo en North Carolina

Programa	Elegibilidad (a partir de abril de 2021)															
Medicaid para ciegos, adultos mayores y personas con discapacidades de bajos ingresos.	Límites de ingresos mensuales para personas mayores, ciegas y discapacitadas <table border="1" data-bbox="537 390 803 552" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Tamaño de la familia</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">\$1,074</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">\$1,452</td> </tr> </tbody> </table>	Tamaño de la familia		1	\$1,074	2	\$1,452									
Tamaño de la familia																
1	\$1,074															
2	\$1,452															
Medicaid para bebés y niños	Límites de ingresos mensuales: Medicaid para bebés y niños <table border="1" data-bbox="537 697 914 947" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Tamaño de la familia</th> <th>Edad 0-5</th> <th>Edad 6-18</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">\$2,254</td> <td style="text-align: center;">\$1,428</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">\$3,049</td> <td style="text-align: center;">\$1,931</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">\$3,843</td> <td style="text-align: center;">\$2,434</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">\$4,638</td> <td style="text-align: center;">\$2,938</td> </tr> </tbody> </table>	Tamaño de la familia	Edad 0-5	Edad 6-18	1	\$2,254	\$1,428	2	\$3,049	\$1,931	3	\$3,843	\$2,434	4	\$4,638	\$2,938
Tamaño de la familia	Edad 0-5	Edad 6-18														
1	\$2,254	\$1,428														
2	\$3,049	\$1,931														
3	\$3,843	\$2,434														
4	\$4,638	\$2,938														
NC Health Choice o CHIP	Límites de ingresos mensuales: Health Choice <table border="1" data-bbox="540 1062 940 1421" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Tamaño de la familia</th> <th>133 % del nivel de pobreza</th> <th>211% del nivel de pobreza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">\$1,428</td> <td style="text-align: center;">\$2,265</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">\$1,931</td> <td style="text-align: center;">\$3,064</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">\$2,434</td> <td style="text-align: center;">\$3,862</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">\$2,938</td> <td style="text-align: center;">\$4,660</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="526 1440 1515 1566"> Tarifas de inscripción: Si los ingresos mensuales de su familia son superiores al 159 % del nivel de pobreza federal, la tarifa de inscripción por un niño es \$50 y por dos o más niños es \$100. La tarifa de inscripción se debe pagar por cada período de inscripción continua de 12 meses. Si sus ingresos mensuales familiares son iguales o menores al 159 % del nivel de pobreza, no tiene que pagar tarifa de inscripción. </p> <p data-bbox="526 1593 1515 1774"> Copagos: Si sus ingresos mensuales superan el 159 % del nivel de pobreza federal, los copagos son: \$25 por el uso de la sala de emergencia para un caso que no es una emergencia \$5 por visita médica Medicamentos recetados: \$1 para un medicamento genérico, \$1 para un medicamento de marca para el cual no hay medicamento genérico disponible y \$10 para un medicamento de marca para el cual hay un medicamento genérico disponible </p> <p data-bbox="526 1801 1515 1955"> Si sus ingresos familiares mensuales son menores o iguales al 159 % del nivel de pobreza federal, los copagos son: \$0 por visita médica \$10 por el uso de la sala de emergencia para un caso que no es una emergencia Medicamentos recetados: \$1 para un medicamento genérico, \$1 para un medicamento de marca para el cual no hay medicamento genérico disponible y \$3 para un medicamento de marca para el cual hay un medicamento genérico disponible </p>	Tamaño de la familia	133 % del nivel de pobreza	211% del nivel de pobreza	1	\$1,428	\$2,265	2	\$1,931	\$3,064	3	\$2,434	\$3,862	4	\$2,938	\$4,660
Tamaño de la familia	133 % del nivel de pobreza	211% del nivel de pobreza														
1	\$1,428	\$2,265														
2	\$1,931	\$3,064														
3	\$2,434	\$3,862														
4	\$2,938	\$4,660														

Programa	Elegibilidad
CAP-C (Programa de alternativas comunitarias para niños)	<p>CAP/C está disponible para todos los niños del nacimiento hasta los 20 años de edad que cumplan con los criterios de elegibilidad de Medicaid y los criterios de elegibilidad de CAP/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vive en una residencia privada ● Puede ser cuidado con seguridad en el hogar ● Requiere el mismo nivel de cuidado que un niño en un centro de enfermería u hospital ● Tiene una familia que quiere participar en la atención y en la planificación de la atención para su hijo <p><i>Reference: https://medicaid.ncdhhs.gov/medicaid/get-started/find-programs-and-services/community-alternatives-program-for-children</i></p>
CAP-DA	<ul style="list-style-type: none"> ● CAP/DA es para adultos mayores de 18 años de edad con discapacidades ● Permanecen en sus residencias privadas primarias en lugar de ser ubicados en un centro de enfermería <p><i>Reference: https://medicaid.ncdhhs.gov/providers/programs-services/long-term-care/community-alternatives-program-for-disabled-adults</i></p>
Exención NC Innovations	<ul style="list-style-type: none"> ● Niños o adultos con un diagnóstico de IDD. ● Tienen limitaciones en tres de las seis áreas de actividad más importantes (<i>cuidado personal, lenguaje receptivo y expresivo, capacidad para la vida independiente, aprendizaje, movilidad y autogestión y autosuficiencia económica</i>). ● Necesitan servicios de exención para seguir viviendo en el hogar o mudarse a un hogar/centro grupal de ICF/IDD. ● Son elegibles para Medicaid. ● Viven en modalidad de vivienda privada o un centro pequeño (<i>con no más de seis residentes</i>). <p><i>Reference: https://medicaid.ncdhhs.gov/nc-innovations-waiver</i></p>

NC Medicaid Managed Care

¿Debo elegir un plan de salud?

La mayoría de las personas en NC Medicaid deben elegir un plan de salud como parte de la transición del Estado a NC Medicaid Managed Care. Algunas personas permanecerán en NC Medicaid Direct, y otras podrán elegir si se cambian a un plan de salud o no. Esta hoja informativa describe quién debe elegir un plan de salud, quién puede elegir un plan de salud y quién *no puede* elegir un plan de salud.

Es posible que reciba información de su proveedor de atención médica que lo anime a elegir un plan de salud con el que tenga contrato en NC Medicaid Managed Care para que usted pueda seguir siendo su paciente. La comunicación de los proveedores no es un aviso oficial de inscripción. Dependiendo de su elegibilidad actual, es posible que no tenga que elegir un plan de salud. Para preguntas, incluyendo si necesita inscribirse, por favor llame al Centro de Llamadas del NC Medicaid Enrollment Broker al 833-870-5500 o visite ncmedicaidplans.gov.

¿Quién debe elegir un plan de salud?	¿Quién puede elegir un plan de salud?	¿Quién no puede elegir un plan de salud?
MANDATARIO	EXENTO	EXCLUIDO
<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las familias y los niños • Niños que reciben NC Health Choice • Mujeres embarazadas • Personas ciegas o discapacitadas que no reciben Medicare <p>Note: Estos grupos deben elegir un plan de salud a menos que estén exentos o excluidos por cualquier motivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Miembros de tribus reconocidas a nivel federal u otras personas con derecho a recibir servicios a través del Servicio de Salud Indígena (IHS) • Personas con importantes necesidades de salud conductual, discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD), lesiones cerebrales traumáticas (TBI) y trastornos por consumo de sustancias <p>Note: Estos grupos pueden elegir un plan de salud a menos que sean excluidos por cualquier motivo</p> <p>Note: Los beneficiarios con necesidades de salud mental pueden perder servicios importantes si eligen un plan de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personas que reciben únicamente Medicaid para la planificación familiar • Personas con necesidades médicas • Personas que participan en el programa de pago de primas del seguro médico (HIPP) • Personas que participan en el Programa de Atención Integral a las Personas Mayores (PACE) • Personas que reciben asistencia médica para refugiados • Niños en régimen de acogimiento familiar • Niños que reciben asistencia para la adopción • Niños que reciben servicios del Programa de Alternativas Comunitarias para Niños (CAP/C) • Personas que reciben servicios de Alternativas Comunitarias para Adultos Discapacitados (CAP/DA) • Personas que reciben Medicaid Y Medicare • Personas que reciben servicios de la exención Innovations • Personas que reciben servicios de exención por lesión cerebral traumática (TBI)



Cómo acceder a los servicios de exención de Medicaid

Una exención es una disposición en la ley de Medicaid que permite que el gobierno federal no aplique las reglas que generalmente aplica al programa de Medicaid. Esto ayuda al estado a cumplir determinados objetivos, como reducir los costos, ampliar la cobertura o mejorar la atención para ciertos grupos objetivos, como niños con necesidades de atención médica especiales o discapacidades. Las exenciones de Medicaid no son consideradas como un derecho, lo que significa que algunos niños pueden pasar muchos años en la lista de espera antes de recibir los servicios.

Exención NC Innovations

La exención NC Innovations permite que los niños y los adultos que viven con discapacidades intelectuales u otras discapacidades del desarrollo (*intellectual and/or developmental disabilities*, IDD) obtengan una cobertura más amplia a través de Medicaid. Los ingresos de los padres son eximidos de modo que solo cuenten los ingresos del menor o adulto con IDD. Los servicios pueden incluir equipos y suministros de tecnología de asistencia, navegador comunitario, vivienda y apoyo comunitario, modificaciones del hogar, apoyo residencial, servicios de relevo, vida asistida y apoyo en el empleo.

Las Entidades de Gestión Local-Organizaciones de Atención Administrada (*Local Management Entities-Managed Care Organizations*, LME-MCO) gestionan la exención NC Innovations. Las LME-MCO son entidades de gestión local/organizaciones de atención administrada contratadas por NC Medicaid para proporcionar servicios de salud conductual y servicios de discapacidades intelectuales/del desarrollo a los beneficiarios de Medicaid. Para solicitar la exención, comuníquese con su LME-MCO. Puede encontrar su LME-MCO local en:

<https://medicaid.ncdhhs.gov/providers/programs-and-services/behavioral-health-idd/nc-innovations-waiver>

Qué esperar cuando llama:

El coordinador de los servicios de exención le hará preguntas sobre su hijo. Le pedirá que complete una solicitud para la exención. Necesitará el informe psicológico más reciente de su hijo, o tal vez deba programar una cita para una evaluación psicológica. Deberá firmar formularios de divulgación para que su proveedor comparta información con su LME/MCO.

Si se determina que su hijo es elegible para la exención NC Innovations, su nombre se incluirá en una lista de espera llamada "Registro de necesidades no satisfechas". Dado que las familias generalmente esperan varios años para que su hijo reciba los servicios de la exención NC Innovations, es **IMPORTANTE** solicitar la exención cuando su hijo es pequeño. Pero nunca es tarde para comenzar el proceso.

Si su hijo tiene Medicaid y está esperando los servicios de exención, tal vez pueda acceder a servicios limitados como los servicios de relevo o una guía comunitaria.

Si necesita ayuda para navegar este proceso, comuníquese con su LME/MCO y pida para hablar con alguien de Participación de Miembros.

Para obtener más información, visite el siguiente enlace:

<https://medicaid.ncdhhs.gov/providers/programs-and-services/behavioral-health-idd/nc-innovations-waiver>

Servicios B3

Los servicios (b)(3) son apoyos adicionales para personas que tienen Medicaid. Si su hijo tiene Medicaid, puede acceder a estos servicios mientras se encuentra en el Registro de necesidades no satisfechas. Los servicios (b)(3) pueden incluir relevo, desarrollo de destrezas en el hogar o apoyos en el empleo. No es obligación que su hijo esté en el Registro de necesidades no satisfechas para acceder a los servicios (b)(3) si tiene Medicaid.

Su LME/MCO local gestiona sus servicios (b)(3). Para encontrar su LME/MCO local, visite:

<https://medicaid.ncdhhs.gov/providers/programs-and-services/behavioral-health-idd/nc-innovations-waiver>

Servicios financiados por el estado

Si su hijo tiene IDD o problemas de salud mental y no es elegible para Medicaid, puede ser elegible para los servicios financiados por el estado. En algunos casos puede estar sujeto a tarifas de escala móvil, que significa que será responsable por algunos de los costos.

Para ser elegible para los servicios financiados por el estado, debe:

- No tener Medicaid o seguro de salud privado adecuado
- Necesitar un servicio que no está cubierto por Medicaid
- Cumplir con requisitos específicos de ingresos

Su LME/MCO local gestiona sus servicios financiados por el estado. Para encontrar su LME/MCO local, visite:

<https://medicaid.ncdhhs.gov/providers/programs-and-services/behavioral-health-idd/nc-innovations-waiver>

Cómo acceder a los servicios de exención de Medicaid

CAP-C - Programa de Alternativas Comunitarias para Niños

También conocido como la exención de Katie Beckett, este programa es una forma de otorgar Medicaid a los niños, desde el nacimiento hasta los 20 años, que se consideran frágiles desde el punto de vista médico, incluso si el ingreso familiar es mayor que el permitido por Medicaid. Los ingresos y recursos de los padres **no** se cuentan para la elegibilidad. La determinación se basa en el grado de limitaciones funcionales del niño en particular y sus necesidades para la atención y los servicios especializados.

Los servicios incluyen ayuda en el hogar, modificaciones en hogares y vehículos, tecnología de asistencia, capacitación, atención de relevo, pañales, terapias, equipos médicos especializados y un administrador del caso.

Para solicitar, llame a uno de los proveedores de CAP-C de su condado:

Los proveedores de CAP-C en otros condados se pueden encontrar en: https://files.nc.gov/ncdma/documents/Providers/Programs_Services/CAPC/CAPC-Case-Management-Providers--Master-List-.pdf

Para obtener más información sobre CAP-C, visite:

<https://medicaid.ncdhhs.gov/medicaid/get-started/find-programs-and-services/community-alternatives-program-for-children>

CAP-DA - Programa de Alternativas Comunitarias para Adultos con Discapacidades

El Programa de Alternativas Comunitarias para Adultos con Discapacidades (CAP/DA) es para adultos mayores de 18 años de edad con discapacidades que prefieren permanecer en sus residencias privadas primarias en lugar de una colocación en un centro de enfermería. Los servicios incluyen asistencia personal, accesibilidad en el hogar, preparación de comidas, servicios de relevo, equipos y suministros médicos especializados, administración de casos y servicios de administración financiera.

Para obtener más información sobre CAP-DA, visite:

<https://medicaid.ncdhhs.gov/medicaid/get-started/find-programs-and-services/community-alternatives-program-for-disabled-adults>

Otras opciones de seguros

Seguro privado

Ley de atención asequible/Mercado de seguros de salud

Cuando se promulgó la ley de atención asequible (*Affordable Care Act*, ACA) se generó una nueva forma para que las personas que están desempleadas, que tienen un empleo de medio tiempo o que trabajan para empresas pequeñas puedan obtener un seguro de salud y bajar los costos de la atención médica. El seguro de salud es una buena forma de ayudarle a gestionar los costos de su atención médica. Usted le paga a las compañías de atención médica una prima (un monto establecido de dinero todos los meses) y obtiene beneficios para pagar los gastos de atención médica elegibles, incluyendo las visitas periódicas al médico, lesiones o enfermedades prolongadas. Cada año el Mercado tiene un período de tiempo llamado inscripción abierta para que las personas se inscriban. El Mercado ofrece créditos fiscales y otros ahorros en función de sus ingresos.

Para obtener más información sobre la ACA, el Mercado de Seguro de Salud y la inscripción abierta, visite:

www.healthcare.gov

¿Necesita que alguien de su comunidad le ayude con la inscripción? Visite <https://localhelp.healthcare.gov/#/> e ingrese su ciudad, su estado y su código postal en la siguiente casilla: Buscar ayuda local. Encontrará una lista de navegadores de atención médica que pueden ayudar.

Seguro privado de pago por cuenta propia

En algunos pocos casos, las compañías de seguro venden planes de salud privados fuera del Mercado y fuera del período de inscripción abierta. Si compra un plan fuera del Mercado, no recibe créditos tributarios de primas ni otros ahorros en sus ingresos.

Seguro de salud a través de su empleador

Muchas compañías ofrecen el seguro a sus empleados como beneficio. Las compañías más grandes pueden estar obligadas a ofrecer un seguro de atención médica a los empleados. Las empresas más pequeñas tal vez puedan obtener un crédito fiscal cuando compran el seguro a través de un socio como www.ehealthinsurance.com o www.healthcare.gov.

Asociación de Clínicas Gratuitas y de Caridad de North Carolina

La Asociación de Clínicas Gratuitas y de Caridad de North Carolina (*North Carolina Association of Free and Charitable Clinics*, NCAFCC) es una organización compuesta por una red de clínicas que proporcionan atención de calidad para aquellas personas que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente en North Carolina. Para encontrar una clínica gratuita cercana a su domicilio, visite: www.ncafcc.org

NC HIPP - Programa de pago de primas de seguro de salud de North Carolina

El NC HIPP paga la prima del seguro de salud privado para aquellas personas que están doblemente cubiertas por Medicaid y un seguro médico privado a través del empleador. Si su familia está en riesgo de perder su seguro de salud privado o no puede utilizarlo porque su hijo tiene una enfermedad de alto riesgo, tal vez califique para que se pague su prima en virtud del NC HIPP.

En otras palabras, si su familia tiene un seguro privado a través de un empleador y cualquiera de los miembros de la familia tiene Medicaid, si usted califica, el NC HIPP le reembolsará a su familia su porción de la prima mensual.

Para más información o para presentar la solicitud, visite el siguiente enlace: <https://medicaid.ncdhhs.gov/medicaid/get-started/find-programs-and-services/health-insurance-premium-payment-program>

Transición al seguro para adultos

En North Carolina, un adulto joven puede permanecer en el plan de seguro médico de los padres o tutores hasta que cumpla 26 años de edad. Si los padres o el tutor están obteniendo el seguro a través del Mercado, el adulto joven puede permanecer cubierto hasta el 31 de diciembre del año en que cumple 26. Cuando el adulto joven ya no está cubierto por el seguro de sus padres, si no califica para Medicaid por sus ingresos, y no puede obtener cobertura a través de su trabajo, es posible que deba contratar un seguro de salud a través del Mercado en www.healthcare.gov

CONSEJO: Si no obtendrá la licencia de conducir, puede solicitar una tarjeta de identificación a través de la División de Vehículos Motorizados de North Carolina antes de los 18 años de edad. Esto ayudará cuando solicite el seguro de atención médica. No se cobra ninguna tarifa por la tarjeta de identificación a las personas que son ciegas o que tienen una discapacidad del desarrollo. Puede encontrar la solicitud y más información en: www.ncdot.gov/dmv/license-id/identification

Dental

Encuentre un dentista

Puede ser difícil encontrar un dentista para su hijo que tiene necesidades de atención médica especiales o una discapacidad. El sitio web Insure Kids Now puede ayudarle a localizar un dentista en su área que acepte Medicaid o CHIP. La lista de servicios dentales también indica si el consultorio puede atender a niños con necesidades especiales.

<https://www.insurekidsnow.gov/coverage/find-a-dentist/index.html>

Safety Net Dental Clinics

Las clínicas dentales de Safety Net Dental Clinics son centros odontológicos sin fines de lucro donde las familias o las personas de bajos ingresos pueden ir a recibir atención dental. La mayoría de las clínicas aceptan Medicaid y NC Health Choice para niños. Muchas de estas clínicas también proporcionan una escala móvil de tarifas a los pacientes con bajos ingresos que no tienen seguro dental.

La elegibilidad varía de una clínica a otra. Para encontrar la clínica de Safety Net Dental Clinic más cercana a su domicilio, visite:

<https://publichealth.nc.gov/oralhealth/services/safetynetclinics.htm>

The Grottoes of North America

La fundación humanitaria The Grottoes of North America es una organización sin fines de lucro 501 (c) (3) que les da “sonrisas especiales” a los niños que tienen necesidades especiales, proporcionándoles la atención dental que tanto necesitan. El programa ayuda a cubrir los costos del tratamiento odontológico, excepto costos hospitalarios y de anestesia en el hospital, para niños que tienen parálisis cerebral, distrofia muscular y trastornos neuromusculares relacionados, a aquellos con discapacidades intelectuales, incluyendo el Síndrome de Down y tratamiento dental para los receptores de un trasplante de órgano.

Para encontrar el programa de Grotto más cercano a su domicilio en North Carolina, comuníquese con el voluntario Stephen White, PM al **704-485-2891**

Departamentos de salud

Los departamentos de salud de muchos condados incluyen atención dental asequible y de alta calidad. Para encontrar el departamento de salud en su condado, visite:

<https://www.ncdhhs.gov/divisions/public-health/county-health-departments>

Defender la cobertura de salud con los legisladores

¡Usted es el mejor defensor de su hijo! Para lograr cambios a nivel de políticas sobre la cobertura de salud, los padres deben abogar por las mismas con aquellas personas que formulan las políticas.

De acuerdo con [NC Child](#), los padres primero deben conocer el “terreno”.

- Obtenga información sobre quién lo representa, dónde votar y todo sobre las reglas de voto en North Carolina. Visite www.ncvoter.org
- Conozca su delegación legislativa. Obtenga más información en www.ncleg.net
- Conozca qué comités son importantes para sus problemas. La lista de los comités y los miembros se puede encontrar en www.ncleg.net
- Conozca a sus representantes del Congreso de Estados Unidos.
- Conozca a las agencias y comisiones administrativas locales y estatales importantes

Consejos para compartir su historia

Cuando algo afecta su vida, es importante poder compartir su historia para generar cambios de políticas. Ya sea compartiendo su historia con los legisladores, en las redes sociales como Facebook o Twitter, o con una carta al editor, los mensajes más importantes tienen que ser concisos y de aplicación práctica. Debe intentar incluir todos los elementos del mensaje (problema, solución, acción en 4 o 5 oraciones). ¡Sea breve!

- Conozca a su público.
- Hable con confianza. Tiene una historia para contar.
- Trabaje con otros defensores y acuerden un mensaje o una solución en común.
- Comprenda que al compartir su historia en las redes atraerá más atención sobre su familia.
- Practique, practique, practique.

Consejos para reunirse con los funcionarios electos

- Concrete una reunión.
- Consiga una mezcla correcta de personas para la reunión. (Busque otras personas con quienes tenga puntos en común y comparta valores.)
- Realice una reunión previa.
- Prepare su estrategia.
- Durante la reunión, está bien decir “no lo sé”.
- Haga un seguimiento. (Envíe una breve nota o correo electrónico de agradecimiento).

Para obtener más información sobre cómo abogar con los legisladores y acceder al conjunto de herramientas para la defensa de NC Child, visite

www.ncchild.org

Appendix A: Glossary

Anexo A: Glosario

Actividades de la vida diaria (*Activities of Daily Living, ADL*): Generalmente los criterios para calificar para determinados servicios, que incluyen bañarse, vestirse, comer, moverse, trasladarse, ir al baño y asearse.

Ley de atención médica asequible (*Affordable Care Act, ACA*): La Ley de protección al paciente y atención médica asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA*) o la Ley de atención médica es la legislación federal de la reforma de la salud que se convirtió en ley en marzo de 2010. Extiende la cobertura a muchos estadounidenses no asegurados, intenta disminuir los costos de la atención médica y mejorar la eficacia y elimina las prácticas de la industria que contribuyen a la denegación de cobertura.

Cargo autorizado: El monto que un asegurador autorizará a un proveedor a cobrar por cada servicio.

Límite anual: Monto total que el asegurador pagará en el transcurso de un año del plan.

Máximo de gasto de bolsillo anual: El máximo que una persona asegurada tendrá que pagar en un determinado año por todos los servicios recibidos bajo una póliza de seguro. Este monto incluye copagos y deducibles.

Facturación del saldo: La parte de los cargos que se le factura a la persona asegurada después de que la compañía de seguros pague los cargos habituales y acostumbrados o autorizados que considere adecuados para los servicios recibidos, después de que el asegurado pague los copagos y los coseguros. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es \$100 y el monto autorizado es \$70, el proveedor puede facturarle los \$30 restantes a usted. Un proveedor preferido **no puede** facturarle los servicios cubiertos.

Beneficiario: La persona inscrita en un plan de seguro médico, que recibe los beneficios del seguro.

Compañía de seguros: Compañía de seguro o HMO que ofrece un plan de salud.

Administración del caso: Sistema de revisión y coordinación para garantizar que los individuos reciban los servicios de atención médica adecuados y razonables.

Niños con necesidades de atención médica especiales (*Children with Special Health Care Needs, CSHCN o CYSHCN*): Definidos por la Oficina de atención materno-infantil como niños y jóvenes, desde el nacimiento hasta los 21 años, que tienen o están en riesgo de tener afecciones físicas, del desarrollo, conductuales o emocionales crónicas, y que necesitan servicios de salud y servicios relacionados de un tipo o en una cantidad superior a la que los niños generalmente necesitan.

Programa de Seguro Médico para Niños (*Children's Health Insurance Program, CHIP*) NC Health Choice es el nombre que nuestro estado le asigna al Programa de Seguro Médico para Niños (*Children's Health Insurance Program, CHIP*). Proporciona atención médica para niños elegibles además de Medicaid. Brinda cobertura para niños de recursos bajos y moderados. Como Medicaid, está financiado y administrado conjuntamente por el gobierno estatal y el gobierno federal.

COBRA: Esta ley (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria) permite que los empleados y sus dependientes que antes tenían el seguro médico a través de su empleador, puedan contratar y continuar la cobertura por un período de tiempo limitado.

Coseguro: Parte del cargo del proveedor de servicios de salud, generalmente un porcentaje del cargo, que es responsabilidad de la persona asegurada. El coseguro generalmente se divide en 80 %-20 %.

Coordinación de beneficios (*Coordination of Benefits, COB*): Disposición en una póliza de seguro de salud que se aplica cuando una persona está cubierta por más de un programa médico con el fin de eliminar el seguro excesivo o duplicado. Las disposiciones de la COB determinan cuál de los aseguradores paga primero y el monto que cada uno paga.

Copago: El monto establecido en dólares (generalmente \$10 o \$20) que el paciente debe pagar cuando visita a un proveedor de atención médica. El seguro paga el resto de la tarifa.

Costo compartido: Cargos del proveedor de atención médica por los que el paciente es responsable según los términos de un plan de salud. Los costos compartidos incluyen deducibles, coseguros y copagos. Los cargos cobrados por médicos que no pertenecen a la red no se consideran costo compartido.

Deducible: Monto en dólares que un paciente debe pagar por servicios de atención médica cada año, antes de que el asegurador comience a pagar reclamos en virtud de la póliza. La póliza puede contener un deducible que aplique a cada miembro cubierto y un límite en el monto total del deducible que debe pagar la familia.

Dependiente: Individuo (generalmente un niño o un cónyuge) que depende de otra persona para su manutención y que obtiene cobertura de salud a través de esa persona.

Intercambio: La reforma de atención médica federal exige la creación de intercambios de beneficios de salud en cada estado para ayudar a las personas y a las pequeñas empresas a comparar y contratar planes de seguro de salud calificados. Cada intercambio determinará quién califica para los subsidios y hace los pagos del subsidio a los aseguradores en representación de los individuos que los reciben. Los intercambios también aceptan solicitudes para otros programas de cobertura de salud, como Medicaid y CHIP.

Exclusiones: Afecciones o circunstancias específicas indicadas en una póliza de seguro que limitan la cobertura para determinados tipos de afecciones o situaciones de salud.

Explicación de beneficios (*Explanation of Benefits, EOB*): Explicación escrita de una reclamación de la compañía de seguros que indica lo que ellos pagaron y lo que el cliente debe pagar. La EOB a veces está acompañada por una revisión de beneficios. La EOB muestra el servicio proporcionado, el monto facturado, el pago efectuado de la compañía de seguro y la responsabilidad de pago del propio bolsillo de la persona no asegurada (deducible, coseguro o copago) o una explicación de la denegación de beneficios.

Formulario: La lista de los fármacos cubiertos completamente o en parte por un plan de salud.

Medicamento genérico: Cuando vence la patente de la marca de un fármaco recetado de una compañía, otras compañías farmacéuticas están autorizadas a vender el mismo fármaco por su nombre químico o descripción funcional. Los medicamentos genéricos son menos costosos y la mayoría de las recetas y los planes de salud recompensan a los clientes por elegir fármacos genéricos.

Seguro médico grupal: Cobertura a través de un empleador u organización de empleados (por ejemplo, un sindicato) que proporciona atención médica para todos los participantes en el grupo o sus dependientes. La cobertura puede ser directa, a través de un seguro, por reembolsos u otras formas.

Organización de mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organization, HMO*): Tipo de organización de atención administrada (plan de salud) que proporciona cobertura de atención médica a través de una red de hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica. La mayoría de los servicios son proporcionados por médicos empleados o contratados por la HMO. Las tarifas mensuales son las mismas, independientemente del tipo o nivel de servicio brindado.

Cuenta de Ahorros para la Salud (*Health Savings Account, HAS*): Fideicomiso o cuenta de ahorros de custodia exonerados de impuestos que se establecen para pagar los gastos médicos calificados de los beneficiarios que están cubiertos por un plan de salud de deducible alto. Las HAS son individuales y transferibles, como una cuenta de jubilación individual (IRA).

HIPAA: Esta ley federal (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996) facilitó que las personas puedan cambiarse de un trabajo a otro sin perder el seguro o la cobertura. También exigió estándares para el intercambio electrónico de datos de atención médica; el uso de los sistemas de identificación nacional para pacientes, proveedores, pagadores y empleadores (o patrocinadores), y medidas requeridas para proteger la seguridad y privacidad de los pacientes.

Exención en el hogar y la comunidad: Exención de Medicaid que permite que un estado ofrezca una amplia variedad de servicios que un individuo puede necesitar para evitar una atención institucional más costosa.

Proveedor de la red: Proveedor de atención médica (por ejemplo un hospital o un médico) que ha sido contratado para ser parte de la red de una organización de atención administrada o un plan de seguro, generalmente para pagos con descuento. El proveedor acuerda las normas y las tarifas de honorarios para poder formar parte de la red y acuerda no facturar a los pacientes montos mayores a los acordados según las tarifas.

Máximo beneficio de por vida (o límite de por vida o beneficio máximo de por vida): Monto máximo que un plan de salud pagará en el transcurso de la vida de un individuo. La reforma de atención médica federal ahora prohíbe los límites de por vida en los beneficios.

Las **LME-MCO** son entidades de gestión local/organizaciones de atención administrada contratadas por NC Medicaid para proporcionar servicios de salud conductual y servicios de discapacidades intelectuales/del desarrollo a los beneficiarios de Medicaid.

Atención administrada: Sistema que gestiona el suministro de atención para controlar los costos y coordinar los servicios. El sistema generalmente requiere que los miembros elijan un proveedor de atención primaria, que obtengan la autorización del proveedor de atención primaria para ver a un especialista y que usen proveedores dentro de la red del plan.

Beneficios obligatorios: Beneficios que los planes de seguro de salud están obligados por ley estatal o federal a proporcionar a los titulares de las pólizas y los dependientes elegibles.

Medicaid: North Carolina Medicaid es el programa que proporciona atención médica a adultos, niños, embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades elegibles de bajos ingresos. El programa está financiado por North Carolina y el gobierno federal. La elegibilidad para Medicaid se basa en los ingresos, la discapacidad u otros criterios.

Medicare: Programa de seguro médico financiado con fondos federales, administrado por el gobierno federal, para personas mayores de 65 años, determinadas personas más jóvenes con discapacidades y personas que tienen una enfermedad renal terminal.

NC Health Choice: Es el nombre que nuestro estado le asigna al Programa de Seguro Médico para Niños (*Children's Health Insurance Program*, CHIP). Proporciona atención médica para niños elegibles además de Medicaid. Este programa también está financiado por North Carolina y el gobierno federal.

Atención administrada de North Carolina: Medicaid Transformation está cambiando la forma en que la mayoría de las personas reciben servicios de Medicaid. En virtud de la atención administrada, el estado celebra contratos con las compañías de seguro, denominados planes de salud.

Red: Grupo de médicos, hospitales y otros proveedores contratados por una compañía de seguros para proporcionar servicios a los miembros.

Fuera de la red: Proveedor. Cualquier proveedor, hospital, farmacia u otro centro que no tenga contrato con el plan de seguro médico para proporcionar servicios a los miembros del plan. Es posible que el individuo no cuente con ninguna cobertura, o que deba pagar un porcentaje más alto de los costos totales si busca recibir atención de un proveedor fuera de la red.

Límite de gastos de bolsillo: Limitación anual de todos los gastos compartidos por los cuales los pacientes son responsables según el plan de seguro médico. Este límite no se aplica a las primas, a los cargos facturados por proveedores de atención médica fuera de la red o a los servicios que no están cubiertos por el plan.

Afección preexistente: Exclusión. Limitación contractual o exclusión de beneficios por una enfermedad, afección médica o lesión que se reconoció, diagnosticó o trató antes de contratar una nueva póliza de atención médica. La ACA prohíbe las exclusiones por afección preexistente para todos los planes desde enero de 2014.

Organizaciones de proveedores preferidos (*Preferred Provider Organizations, PPO*): Tipo de organización de atención administrada o plan que proporciona cobertura de atención médica a través de una red de proveedores. La PPO generalmente requiere que el titular de la póliza pague costos mayores cuando la atención es proporcionada por un proveedor fuera de la red.

Prima: Monto que se paga a una compañía de seguros a cambio del suministro de cobertura durante un período de tiempo específico en virtud de un contrato. Las primas generalmente se pagan por mes, pero se pueden cobrar anualmente o trimestralmente.

Beneficios preventivos: Servicios cubiertos que tienen como objetivo prevenir enfermedades o identificar la enfermedad mientras es más fácil tratarla. La ACA exige que los aseguradores proporcionen cobertura para beneficios de prevención sin deducibles, copagos o coseguros.

Proveedor de atención primaria/proveedor de cabecera (*Primary Care Provider, PCP*): El proveedor de atención médica con quien el miembro de un plan de atención administrada se debe comunicar primero cuando necesita servicios de atención médica, generalmente es un médico especializado en servicios de atención primaria. El PCP es responsable de conocer la historia clínica completa del miembro, realizar atención médica de rutina y remitir al miembro a un especialista cuando sea necesario.

Autorización previa: Requisito que consiste en que la persona asegurada obtenga la aprobación del plan para determinados servicios antes de que pueda recibir ese servicio y que la compañía lo pague.

Proveedor: Término utilizado para los profesionales de la salud, como médicos, hospitales, enfermeros, quiroprácticos, fisioterapeutas y otros profesionales que ofrecen servicios de atención médica.

Remisión: Autorización otorgada por un proveedor, generalmente un proveedor de atención primaria, que permite que el miembro de un plan de atención administrada busque la atención de un especialista.

Plan de seguro propio (autofinanciado): Plan de seguro médico proporcionado por un empleador que asume todos los riesgos financieros de proporcionarles beneficios de seguro médico a los empleados. En algunos casos, el empleador contratará un gestor o una compañía de seguros independiente para manejar el procesamiento del reclamo y otras responsabilidades administrativas. Los empleadores que eligen tener un seguro propio o asegurar parcialmente su plan de salud grupal no están regulados por el estado. Los planes de seguro propio están regidos por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (*Employee Retirement Income Security Act, ERISA*) y ERISA no exige proporcionar algunos servicios. Por ejemplo, muchos de los planes autofinanciados excluyen el análisis aplicado de conducta (ABA), dejando a los empleados sin acceso a terapias necesarias para sus hijos.

Suscriptor: Persona responsable del pago de las primas o cuyo empleo es la base de la elegibilidad para la membresía en un plan de salud.

Guía de recursos financieros para la atención médica

Es posible gracias a Cabarrus Health Alliance, Iniciativa de enfoques innovadores, Red de Apoyo Familiar del Sur de Piamonte y El Arco de Unión / Cabarrus



Innovative Approaches Initiative

