



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

¿Es usted un Adulto con Exención DD participante con Medicaid como su único seguro?

Cuando se convierta en un Elegible 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 elegible doble, tendrá Medicaid de Pago por Servicio (FFS) y Medicare. Y necesita:
- Solicitar 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"
- 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)
- 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
- Al programar citas médicas, pregunte de antemano si el proveedor acepta tanto Medicare como Medicaid.
- 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)
- Si el proveedor de atención médica sólo acepta Medicare, pero no Medicaid, entonces debe decidir:
 - ¿Verá al proveedor/pagará el saldo adeudado usted mismo?
 - ¿Buscará otro proveedor que acepte Medicare y Medicaid?

¿Es usted un adulto con doble elegibilidad con IDD que no participa en la exención para Adultos con DD, o en el PUNS que espera ser seleccionado para solicitar la exención para Adultos con DD?

Cuando se convierte en elegible doble - no en la exención para Adultos con DD, y recibe servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), ya sea en un asilo de ancianos o a través de uno de estos cinco programas de Exención Basados en el Hogar y la Comunidad -Adultos Mayores, Apoyo con Instalaciones de Vivienda, o una de las tres exenciones del programa de Servicio en el Hogar del Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS) -Personas con Discapacidades, Personas con Lesiones Cerebrales o Personas con VIH o sida, es obligatorio inscribirse en un programa de

atención administrada de Medicaid para servicios LTSS ya sea a través de MMAI (Iniciativa de Alineación de Medicare-Medicaid):

<https://www2.illinois.gov/hfs/SiteCollectionDocuments/StatewideHealthChoiceIllinoisPlansAugust12021MMAIUpdate.pdf> o MLTSS (Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo)

- Las personas que reciben LTSS no pueden inscribirse en un plan MMAI y MLTSS a la vez
- Si un LTSS de doble elegibilidad opta por no participar en MMAI y regresa a Medicare Tradicional y Medicaid, debe inscribirse en un plan MLTSS. Los servicios incluyen LTSS, transporte y algo de salud conductual.
- MLTSS es obligatorio; no puede darse de baja;

¿Es usted un Hijo Adulto Dependiente (DAC) cubierto por un seguro del empleo de sus padres?

Para las personas cubiertas por un plan de salud de empleador o jubilado, incluidos los adultos con discapacidades en un plan de seguro de salud de empleador o jubilado de los padres:

- 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

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,

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: *(215 ILCS 5/356(b) aquí (una página muy larga, pero puede saltar directamente a lo que está buscando haciendo ctrl+F y luego escribiendo 356b).*

El estatuto de continuación del seguro de IL de 1968 para adultos con discapacidades establece lo siguiente:

(215 ILCS 5/356b) (del Capítulo 73, párrafo 968b)

Sección 356b. (a) Esta Sección se aplica a las disposiciones de gastos médicos y de hospital de una póliza de seguro médico o de accidentes.

(b) 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 incapacitante 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, hogar grupal, apartamento supervisado u otros servicios residenciales autorizados o certificados por el Departamento de Servicios Humanos (como sucesor al 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 puede preguntarle al titular de la póliza 2 meses antes de que un dependiente alcance la edad límite establecida en la póliza, o en cualquier momento razonable posterior, si dicho dependiente es de hecho una persona que tiene una discapacidad y es dependiente y, en ausencia de pruebas presentadas dentro de los 60 días de dicha consulta de que dicho dependiente es una persona que tiene una discapacidad y es 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 que tenga una discapacidad y sea dependiente continuará durante el plazo de dicha póliza o cualquier extensión o renovación de la misma.

(e) Esta Ley de enmienda de 1969 se aplica a las pólizas emitidas o renovadas más de 60 días después de la fecha de vigencia de esta Ley de enmienda de 1969.

(Fuente: PA 99-143, efectivo 27-7-15).

Al convertirse en elegible doble para Medicare y Medicaid, piense en:

- ¿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? (revise la información arriba)
- ¿Qué requisitos estatales y federales debe tener en cuenta?