

Entendiendo la Doble Elegibilidad de Medicaid y Medicare

Muchos adultos con discapacidades del desarrollo son elegibles para Medicaid a los 18 años, o incluso antes, debido a ingresos bajos o a la recepción de una Exención de Medicaid. Medicaid proporciona cobertura de atención médica, además de financiar las Exenciones de Medicaid de Virginia, que ofrecen opciones de atención y apoyo a largo plazo. Estos mismos adultos también pueden volverse elegibles para Medicare, ya sea porque han trabajado un tiempo significativo, han alcanzado los 65 años o comienzan a recibir el Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) cuando sus padres se jubilan o fallecen.

24 meses después de que alguien comienza a recibir SSDI, se inscriben automáticamente en Medicare, además de conservar su Medicaid existente. Estas personas a menudo se denominan "Doble Elegibles" o "Duales" porque están inscritos en ambos programas.

Partes de Medicare:

Medicare tiene varias partes. La Parte A cubre visitas y estancias hospitalarias. La Parte B cubre la atención médica. Estas dos partes se otorgan juntas a quienes reciben automáticamente Medicare después de haber sido beneficiarios de SSDI durante 24 meses o más. La Parte D de Medicare es opcional e incluye cobertura de medicamentos recetados. Los usuarios de Medicaid pueden no necesitar esta parte de Medicare si pueden obtener cobertura de medicamentos recetados a través de Medicaid u otros seguros.

La Parte C de Medicare se llama Medicare Advantage. Es Medicare de atención administrada, lo que significa que los planes cubren las Partes A, B y (generalmente) D juntas y están supervisados por compañías privadas de atención médica. El beneficio de los planes de la Parte C es que ofrecen cobertura suplementaria, como visión, dental, audición y más. La desventaja es que debes asegurarte de que tus proveedores de atención acepten el tipo de plan de la Parte C de Medicare que seleccionaste, ya que no todos los proveedores que aceptan Medicare están inscritos en todos los planes. Si decides inscribirte en un plan opcional de Medicare Advantage de la Parte C, puedes cambiar ese plan una vez al año durante los períodos de inscripción abierta.

Tener múltiples planes... ¿Quién paga?

En general, si alguien tiene un plan patrocinado por un empleador de su propio trabajo o del empleador de sus padres, ese plan será el pagador primario de los reclamos de seguros. Ten en cuenta que la mayoría de los adultos con discapacidades pueden permanecer en el plan de sus padres después de los 26 años, si el plan de seguro ofrece cobertura continua a personas con discapacidades del desarrollo y tienen prueba de esa discapacidad. Pregunta a tu administrador de plan para más detalles.

Para las personas que tienen Medicare y Medicaid, Medicare siempre será facturado primero (después del plan de seguro privado, si hay uno), y Medicaid siempre es el pagador de último recurso. Las facturas enviadas a Medicare por los proveedores médicos automáticamente facturarán a Medicaid cualquier parte del saldo no cubierto.

Si tienes Medicaid y Medicare, Medicaid generalmente cubrirá total o parcialmente tu inscripción mensual en las Partes A y B de Medicare. Trabaja con tu trabajador de elegibilidad del Departamento de Servicios Sociales para asegurarte de que esto esté configurado correctamente, aunque a menudo sucede automáticamente.

Atención Administrada, Medicare Advantage y Cardinal Care y Alineación de Planes:

La atención administrada es el término que se usa para describir cuando una compañía privada de atención médica administra, autoriza y supervisa un seguro de salud público (por ejemplo, Medicare o Medicaid). Si tienes Medicare, puedes optar por inscribirte en la Parte C de Medicare, que es una atención administrada llamada Medicare Advantage, O optar por usar el Medicare tradicional de tarifa por servicio. Si tienes Medicaid, estarás inscrito en un plan de atención administrada de Cardinal Care, a menos que seas parte de un pequeño grupo de poblaciones excluidas (por ejemplo, aquellos que reciben cobertura HIPP).

Estos planes de atención administrada deben proporcionar beneficios adicionales más allá de Medicare y Medicaid tradicionales. Si tienes una Exención CCC Plus, tu plan de atención administrada de Medicaid supervisará tus servicios de la Exención CCC Plus, pero los servicios de la Exención de DD seguirán siendo supervisados por las Juntas de Servicios Comunitarios (CSB, por sus siglas en inglés).

Planes de Necesidades Especiales Duales y Alineación de Planes

Si alguien tiene Medicare y Medicaid (es decir, es un "Dual"), tiene la opción de inscribirse en un Plan de Necesidades Especiales Duales (D-SNP, por sus siglas en inglés). Estos planes están diseñados para facilitar la coordinación entre los beneficios de Medicare y Medicaid, haciendo que el acceso a los servicios sea más sencillo.

Estos planes deben cubrir las Partes A, B y D de Medicare y ofrecer beneficios adicionales. Tradicionalmente, los inscritos en D-SNP podían elegir un plan de atención administrada para sus beneficios de Medicaid y otro diferente para sus beneficios de Medicare/D-SNP. Sin embargo, a partir del 1 de enero de 2025, los miembros de D-SNP deberán tener el mismo plan de atención administrada para Medicare y Medicaid, con el objetivo de garantizar una mejor alineación y coordinación de beneficios.

Los miembros que tengan planes diferentes tendrán su Medicaid transferido al MCO (Organización de Atención Administrada, por sus siglas en inglés) de su Medicare. Estos miembros totalmente alineados tendrán una sola tarjeta para sus beneficios de Medicare y Medicaid, además de estados de cuenta integrados, como aquellos que detallan la cobertura de medicamentos y los resúmenes de beneficios.

Recursos:

1. [A handout on completing Medicaid applications](#)
2. [Information on HIPP](#), un programa para financiar los copagos mensuales de seguros para adultos que reciben Medicaid y cobertura patrocinada por el empleador
3. [Information on SSDI](#) y su intersección con Medicaid y las Exenciones de Medicaid
4. [A video reviewing dual eligibility](#)
5. [Information on applying for and navigating Social Security benefits](#)
6. [Fact sheet about Medicaid Managed Care Options \(MCOs\)](#) bajo Cardinal Care
7. <https://thearcofnova.org/resource-library/#waivers> Preguntas Frecuentes sobre el Sistema de Exenciones de Medicaid para Atención a Largo Plazo
8. Los proveedores de atención administrada en Virginia que ofrecen planes tanto de atención administrada de Medicaid como de Medicare Advantage incluyen Aetna Better Health of Virginia, Anthem Healthkeepers Plus, Molina Healthcare of Virginia, Sentara Health y United HealthCare.
9. [Medicare Plan Finder](#) para encontrar un Plan de Necesidades Especiales Duales (D-SNP) cerca de ti. [Virginia Insurance Counseling and Assistance \(VICAP\)](#) proporciona asesoramiento gratuito para los beneficiarios de Medicare sobre los planes

11. [VirginiaManagedCare.com](https://www.VirginiaManagedCare.com) tiene información sobre las opciones de atención administrada de Medicaid en Virginia