

Tener Múltiples Seguros para Personas con Discapacidades del Desarrollo

No es raro que una persona con una discapacidad del desarrollo (DD) tenga múltiples programas de seguro de salud que cubran su atención. Este folleto revisará cómo pueden funcionar juntos.

Planes Patrocinados por el Empleador para Niños y Adultos

Como la mayoría de los niños, los niños con discapacidades del desarrollo (DD) menores de 18 años suelen estar cubiertos por el plan patrocinado por el empleador de uno de sus padres. Para la mayoría de las personas, la elegibilidad para permanecer en el plan de los padres termina a los 26 años. Sin embargo, es muy común que los planes de salud permitan que los adultos con DD permanezcan en el plan de sus padres indefinidamente, siempre que se cumplan las siguientes condiciones: (1) la compañía de seguros de salud esté informada sobre el tipo y la magnitud de la discapacidad, (2) se continúe pagando la prima mensual de inscripción y (3) se cumplan otros criterios generales de elegibilidad (por ejemplo, la residencia puede ser un factor a considerar). Es recomendable hablar con el personal de inscripción de la oficina a medida que el hijo adulto se acerque a los 26 años para verificar los requisitos de la póliza en cuestión y garantizar que la elegibilidad continúe.

En algunos programas, como Federal Blue Cross Blue Shield y Tricare, que continúan cubriendo a los empleados después de su jubilación tras una carrera completa con su empleador, la elegibilidad del adulto con una discapacidad también puede continuar después de que el padre se jubile.

Las personas con discapacidades también pueden obtener cobertura a través de sus propios empleadores, ya sea en lugar del plan de sus padres o como una cobertura adicional.

Medicaid

La elegibilidad para Medicaid en niños menores de 18 años se debe a que (1) toda la familia o el hogar tiene un ingreso por debajo de los límites financieros de elegibilidad o (2) el niño con una discapacidad recibe una Exención de Medicaid (Medicaid Waiver).

Una vez que la persona con una discapacidad cumple 18 años, puede solicitar tanto los beneficios del Seguro Social como Medicaid como un “hogar de una sola persona” si su trabajo e ingresos son limitados, incluso si continúa viviendo con su familia. Cuando una persona es considerada elegible para el “Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés)” a través del Seguro Social, automáticamente califica para Medicaid y solo necesita presentar la solicitud.

Si alguien tiene Medicaid y un plan patrocinado por un empleador, el programa HIPP puede ayudar a pagar las primas del plan del empleador.

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs/>

Medicaid siempre es el pagador de último recurso, lo que significa que se le facturará solo después de que se hayan facturado todos los demás planes de seguro.

Medicare y Doble Elegibilidad

Los adultos con discapacidades del desarrollo (DD) pueden obtener Medicare una vez que cumplen 65 años o 24 meses después de que sus padres comiencen a recibir sus propios beneficios del Seguro Social debido a discapacidad, jubilación o fallecimiento.

Cuando el padre comienza a recibir beneficios o fallece, el adulto con una discapacidad debería pasar automáticamente de recibir beneficios de SSI (Ingreso Suplementario del Seguro Social) a SSDI (Seguro de Discapacidad del Seguro Social), lo que generalmente significa un monto de beneficio más alto. En ese momento, comienza el período de espera de 24 meses para obtener Medicare automáticamente, y al final de ese período, la tarjeta de Medicare debería llegar sin necesidad de realizar una solicitud adicional.

Si el adulto tiene Medicaid, este debería pagar automáticamente las primas mensuales de inscripción para Medicare Partes A y B, que cubren atención hospitalaria, consultas médicas y algunas necesidades relacionadas. Las personas que tienen tanto Medicaid como Medicare son comúnmente llamadas “Doble Elegibles” o “Duals”, y pueden optar por recibir beneficios y servicios adicionales gracias a su elegibilidad dual.

Dado que Medicaid es el pagador de último recurso, Medicare será facturado primero. Si también existe un plan patrocinado por un empleador, ya sea ese plan o Medicare se facturará primero, y Medicaid será facturado al final.

Recursos:

- Pregúntanos cualquier duda en cualquier momento <https://thearcofnova.org/program/info-referral/>
- Visita <https://thearcofnova.org/resource-library/> para folletos rápidos sobre Exenciones de Medicaid, Doble Elegibilidad, cómo completar solicitudes de Medicaid, cómo solicitar el Seguro Social y Determinaciones de Discapacidad.
- Mira los seminarios web grabados sobre Doble Elegibilidad, Medicaid, Exención de Medicaid, HIPP (para ayudar a pagar las inscripciones de seguros privados para usuarios de Medicaid) y más en <https://www.youtube.com/@VideosatTheArcofNoVA>