

## AVISO PARA BENEFICIARIOS DE MEDICAID

La ley de sesiones 2009-451 estableció ciertas restricciones presupuestarias y cambios para el programa de Medicaid en Carolina del Norte. Para cumplir con los requisitos, se están realizando modificaciones en los servicios cubiertos por Medicaid. **Este aviso se envía a todos los beneficiarios de Medicaid para que tomen conocimiento de los cambios. Es posible que usted no esté recibiendo estos servicios.** Las fechas de inicio de los cambios son diferentes. Tenga en cuenta las fechas para cada cambio.

**Información especial sobre servicios para menores de 21 años:** Las leyes federales le exigen a Medicaid que provea todos los servicios de atención de salud médicamente necesarios mencionados en la sección 1905(a) de la Ley de Seguridad Social a los menores de 21 años que cumplan con los requisitos de Medicaid. Por consiguiente, es posible que los límites descritos a continuación no sean aplicables a menores de 21 años. Consulte la información sobre EPSDT y Health Check (Programa de Medicaid para niños) al dorso de este aviso.

**Grupo de Apoyo Comunitario (CST) para adultos:** De acuerdo con lo anunciado en septiembre, Medicaid está realizando cambios en el Grupo de Apoyo Comunitario (CST, por sus siglas en inglés) para adultos según lo establecido por la Legislatura de Carolina del Norte. Si usted necesita este servicio, podría ser aprobado para un máximo de 18 horas por semana, en caso de que reúna los requisitos para esa cantidad de horas.

**Medicamentos para la tos y resfriados:** A partir del **1 de diciembre de 2009**, Medicaid dejará de cubrir los medicamentos con receta para tratar los síntomas de la tos y los resfriados. Los medicamentos para la tos y resfriados incluidos son los que contienen inhibidores de la tos y expectorantes para la tos.

**Servicios dentales. Menores y adultos:** Los cambios en los servicios dentales rigen a partir del **1 de noviembre de 2009**. Medicaid dejará de cubrir los siguientes servicios para beneficiarios menores de 21 años:

- 1) Radiografías panorámicas para niños menores de 6 años
- 2) Selladores en premolares
- 3) Selladores en dientes de leche para beneficiarios mayores de 8 años
- 4) Selladores en molares permanentes para beneficiarios mayores de 16 años

Además, rigen los siguientes cambios en servicios de eliminación de sarro periodontal y alisado radicular (limpieza profunda) para beneficiarios de todas las edades:

- 1) Su dentista debe presentar información clínica adicional para la aprobación previa del servicio.
- 2) Su dentista no podrá realizar tratamientos en más de la mitad de la boca en un único día, a menos que los servicios se realicen en un hospital en pacientes internados o ambulatorios, o en un centro de cirugía ambulatoria.

Puede analizar estos cambios con su dentista para determinar de qué forma afectarán su tratamiento odontológico o el de su familia.

**Suministros para la diabetes:** Nuestro proveedor preferido y designado para suministrar glucómetros, suministros para pruebas y jeringas es Prodigy Diabetes Care Company. Los suministros para la diabetes provistos por otras compañías no serán cubiertos por Medicaid. Los suministros estarán disponibles en todas las farmacias de venta al por menor y en las compañías que comercializan equipo médico duradero. Este cambio rige a partir del **15 de noviembre de 2009**.

Este cambio no se aplica si los suministros de prueba para diabéticos son cubiertos por Medicare o por un seguro privado además de Medicaid.

**Servicios de radiología para pacientes ambulatorios:** Medicaid requiere la aprobación previa de determinados procedimientos radiológicos. Estos procedimientos incluyen tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas nucleares (MRI) y angiografías (MRA), tomografías por emisión de positrones (PET) y ecografías. Su proveedor de servicios médicos deberá obtener una aprobación previa.

Para la realización de tomografías computarizadas, resonancias MRI y MRA, y tomografías por emisión de positrones, el cambio rige a partir del **1 de noviembre de 2009**.

Para las ecografías, el cambio rige a partir del **1 de enero de 2010**.

**Servicios especializados para pacientes ambulatorios:** Los Servicios especializados para pacientes ambulatorios incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de audiología para todas las edades, y servicios para el tratamiento de afecciones respiratorias en menores de 21 años. Se requiere aprobación previa para autorizar la cobertura de las visitas de tratamiento. Su proveedor de servicios médicos deberá obtener la aprobación previa. Esta disposición se aplica a los servicios que se prestan en todos los centros para pacientes ambulatorios.

Para los beneficiarios menores de 21 años, este cambio rige a partir del **1 de diciembre de 2009**.

Para los beneficiarios mayores de 21 años, este cambio rige a partir del **1 de enero de 2010**.

**Derechos de los menores a recibir atención médica necesaria: EPSDT/Health Check:** Las leyes federales le exigen a Medicaid que provea todos los servicios de atención de salud médicamente necesarios mencionados en la sección 1905(a) de la Ley de Seguridad Social a los menores de 21 años que cumplan con los requisitos de Medicaid. Estos servicios se denominan Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) o Health Check. Bajo el programa EPSDT, las limitaciones a los servicios mencionadas en este aviso pueden superarse o no aplicarse a beneficiarios menores de 21 años si el proveedor certifica que (1) el servicio solicitado es médicamente necesario para corregir o mejorar una anomalía, una enfermedad física o mental, o un problema de salud y (2) se cumplen todos los demás requisitos establecidos por el EPSDT. El programa EPSDT no requiere que la agencia estatal de Medicaid provea ningún tipo de servicio, producto o procedimiento considerado poco seguro, ineficaz, en experimentación o de investigación que no sea de índole médica o que no esté ampliamente reconocido como un método aceptado de práctica o tratamiento médico.

Los servicios deben ser solicitados por el médico del menor o por otro médico con licencia. Se puede solicitar la aprobación previa de la División de Asistencia Médica para verificar la necesidad médica de algunos servicios. Si el servicio, producto o procedimiento requiere aprobación previa, el hecho de que el beneficiario sea menor de 21 años no elimina el requisito de aprobación previa.

Los beneficiarios y padres o tutores legales deben analizar toda la información de este aviso sobre las limitaciones en el contexto del EPSDT y tener en cuenta esa información para los servicios solicitados para los beneficiarios menores de 21 años. Para obtener información adicional importante sobre el EPSDT, visite los siguientes sitios de Internet:

- A Medicaid Consumer's Guide to North Carolina Medicaid Health Insurance for Families and Children; en <http://www.dhhs.state.nc.us/dma/consinfo.htm>, y
- Instrucciones sobre la póliza de EPSDT de la División de Asistencia Médica: <http://www.ncdhhs.gov/dma/provider/epsdthealthcheck.htm>.

**Derecho a apelar las decisiones de Medicaid:** Si Medicaid toma la decisión de denegar, reducir o cancelar la solicitud de servicio de un beneficiario, el proveedor médico y el beneficiario serán notificados por escrito. El aviso explicará el motivo de denegación de la solicitud, cómo es el proceso de apelación y cómo apelar la decisión.

**Con quién puede comunicarse en caso de tener preguntas sobre esta información:** Su proveedor debe poder responder a sus preguntas sobre estos cambios. También puede llamar a la línea **CARE-LINE** al 1-800-662-7030 (inglés/español) o al 1-877-452-2514 (Éste es un teléfono de texto [TTY, por sus siglas en inglés], y solo las personas que poseen un teléfono de texto podrán hablar con una persona cuando se disca este número). CARE-LINE está disponible de 7:00 a.m. a 11:00 p.m., los siete días de la semana.