

Asistencia Médica Administrada

Folleto de Preguntas más frecuentes (PMF)



Este folleto responde a las preguntas más frecuentes sobre el Programa Estatal de Servicios Médicos Administrados de Medicaid y como inscribirse en un plan de Asistencia Médica Administrada. Explica cosas como: Que es inscripción abierta y que pasa si me mudo o cambia mi dirección.

Preguntas Frecuentes

A continuación puede ver las respuestas a preguntas frecuentes

P: ¿Qué pasa si quiero cambiar de plan?

R: Si usted ha sido aprobado para Medicaid, usted puede cambiar de plan durante los primeros 120 días de su inscripción. Después de los 120 días usted sólo podrá cambiar su plan durante su período de inscripción abierta o con una buena causa o razón aprobada por el estado.

P: ¿Qué es la inscripción abierta?

R: La inscripción abierta (**Open Enrollment**) es el período anual de 60 días en el cual usted puede cambiar de plan sin la aprobación del estado. La inscripción abierta ocurre anualmente en la fecha del aniversario de su inscripción inicial al plan.

P: ¿Cuál es el período o temporada sin cambio?

R: Este es el período de tiempo que se encuentra entre el fin de los primeros 120 días de la inscripción al plan y el período de inscripción abierta de 60 días. La temporada sin cambio también existe entre los períodos de inscripción abierta de 60 días en el futuro. Consulte la tabla de abajo como referencia. Usted recibirá cartas de aviso que le ayudarán a recordar estos períodos de tiempo.



P: ¿Qué es una "buena causa"?

R: La frase o término de buena causa se refiere a las razones que han sido aprobadas por el estado para cambiar de plan durante la temporada sin cambio.

P: ¿Qué ocurre con mi plan si me mudo o si cambia mi dirección?

R: Si su dirección cambia, es posible que tenga que seleccionar otro plan si la nueva dirección está en otra región. Puede tener que ponerse en contacto con el Departamento de Niños y Familias (DCF) al 1-866-762-2237 o con la Administración del Seguro Social (SSA) al 1-800-772-1213 para reportar un cambio de dirección.

P: ¿La inscripción en el programa de Asistencia Médica Administrada (MMA) cancelará mi Medicare?

R: No, el programa de MMA no cancelará su Medicare. Se le permite inscribirse en este programa y Medicare, al mismo tiempo, ya que cubren diferentes servicios.

P: ¿Estarán disponibles los siguientes servicios: mis proveedores actuales, incluyendo los médicos, hospitales, servicios de salud mental o de transporte para tener acceso a los servicios cubiertos por el plan?

R: Cada plan debe cubrir todos los servicios de Medicaid que se listan en la página de Información del Programa en este sitio web. Sin embargo, cada plan tiene su propia red de proveedores, que pueden incluir sus proveedores actuales y o instalaciones. Cuando usted recibe su paquete de inscripción, revise la lista de los servicios ofrecidos por cada plan. Le puede beneficiar el elegir el plan que tiene la mayoría de los médicos y proveedores de servicios que son importantes para usted.

P: ¿Qué pasa si ninguno de los planes de Asistencia Médica Administrada (MMA) incluye a todos mis proveedores actuales?

R: Se requiere que el plan que usted escoge cubra sus servicios con sus proveedores actuales por un máximo de 60 días mientras que se cambia a nuevos proveedores en la red de su nuevo plan. Le puede beneficiar el elegir el plan que tiene la mayoría de los médicos y los servicios que son importantes para usted.

P: ¿Si me inscribo en un plan de MMA, cambiará esto mi inscripción en una exención de Medicaid?

R: No. Si usted está inscrito en un plan de MMA, su inscripción en una exención de Medicaid no cambiará y los servicios de la exención tampoco cambiarán.

P: ¿Es posible que la inscripción en un plan de MMA cancele mi inscripción en mi plan de atención a largo plazo?

R: No. Si usted o algún miembro de su familia está inscrito en un plan de atención a largo plazo, también puede inscribirse en un plan de MMA.

P: ¿Si mi plan de atención a largo plazo es también un plan de MMA, puedo elegir que sea mi plan de MMA?

R: Sí.

P: Tengo una necesidad de atención medica especial. ¿Hay planes especiales que cubrirán mis necesidades?

R: Sí. Todos los planes de MMA cubren a las personas con necesidad de atención médica especial. También puede haber planes especiales en su área para sus necesidades de atención médica si usted es elegible. Elija el mejor plan de MMA que mejor se adapte a las necesidades de su familia.

P: Estoy embarazada. ¿Cómo inscribo a mi bebé en mi plan de MMA?

R: El estado inscribirá a su bebé en el mismo plan de MMA en el que usted está inscrito. Esto comenzará cuando nazca su bebé. Informe a su plan de MMA y su médico de que está embarazada. Su plan MMA puede ayudarle a obtener la atención que necesita. También puede cambiar el plan de MMA de su bebé hasta 120 días después del mes de su nacimiento.

P: Una vez que reciba mi paquete, ¿cómo me inscribo?

R: Su paquete incluirá información sobre las diferentes maneras en que puede inscribirse en un plan, incluyendo por el sitio web, por teléfono o en persona si usted o un miembro de su familia tiene necesidades especiales. Su paquete de información le indicará cómo inscribirse. Se le informará acerca de sus opciones y derechos antes de inscribirse.

Beneficiarios Obligatorios: Sólo Para los que están obligados a inscribirse en un plan.

P: ¿Qué pasa si no elijo un plan de MMA?

R: Su paquete incluye el nombre del plan de MMA elegido para usted y la fecha de inicio del plan MMA (Si usted no eligió uno en el momento en que completó su solicitud de Medicaid) y la fecha de inicio del plan de MMA. También debe tener en cuenta que usted tendrá 120 días desde la fecha del comienzo de su inscripción en el plan para cambiar su plan de MMA. Después de 120 días, sólo podrá cambiar de plan durante el período de Inscripción Abierta o con una razón de "Buena Causa" aprobada por el estado. La Inscripción Abierta es un plazo de tiempo, una vez al año, que le permite cambiar de plan sin una buena causa aprobada por el estado.

P: ¿Si estoy inscrito en un plan de atención a largo plazo necesito también inscribirme en un plan de MMA?

R: Sí. Si usted o un miembro de su familia están inscrito en un plan de atención a largo plazo, usted tendrá que elegir un plan de MMA para los servicios médicos cubiertos por Medicaid.

P: Yo estoy en Medicaid Regular (Medicaid a base de pago por servicio). Recibí una carta que declara que tengo que elegir un plan de MMA. ¿Puedo optar por quedarme en Medicaid Regular, o el Medicaid a base de pago-por-servicio?

R: Debido a los cambios en la ley de la Florida, la mayoría de los beneficiarios de Medicaid deben inscribirse en un plan de MMA y no pueden permanecer en el Medicaid a base de pago por servicio. Si no elige un plan en el momento en que completó su solicitud de Medicaid, el Estado elegirá uno para usted si usted es mandatorio a inscribirse. Usted tendrá 120 días a partir de la fecha de comienzo de su inscripción para cambiar de plan sin una causa.