



KENTUCKY

Departamento para Servicios de Medicaid

GUÍA PARA MIEMBROS

TEAM
KENTUCKY[®]

CABINET FOR HEALTH
AND FAMILY SERVICES

Tabla de contenido

Guía para miembros del Departamento para Servicios de Medicaid de Kentucky	1
Por qué es importante la cobertura de salud	3
Medicaid	3
Programa de Seguro Médico para los Niños de Kentucky (KCHIP)	4
¿Cómo obtengo cobertura de Medicaid?	4
¿Dónde puedo solicitar?	5
¿Quién puede ayudarme a saber más?	5
Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS)	5
kynect en Internet	5
Recursos de kynect	5
kynectores	6
Biblioteca de videos de capacitación de kynect	6
¿Cómo me inscribo y conservo mi Medicaid?	6
Mantener la cobertura	6
Mantenerse en contacto	7
Entender su cobertura	7
Tengo cobertura. ¿Qué pasa ahora?	7
¿Qué tipo de cobertura tengo?	7
Medicaid con pago por servicio	7
Medicaid a través de su Organización de Atención Médica Administrada (MCO)	8
Información de contacto de las MCO	8
Su tarjeta de ID de Medicaid y tarjeta de seguro de la MCO	8
Su tarjeta de identificación de Medicaid	8
Su tarjeta de seguro de la MCO	9
Entender los costos de la atención médica	9
Servicios cubiertos por Medicaid	10
Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Precoces y Periódicos (EPSDT)	10
Transporte médico	11
Usar mi Medicaid	12
Citas con proveedores médicos	12
Trabajadores de salud comunitarios (CHW)	12
Cobertura de medicamentos recetados	13
Explicación de beneficios (EOB)	13
¿Qué pasa si no califico para Medicaid?	13
Planes de Salud Calificados (planes de seguro privado)	13
Comparar los QHP	14
¿Se cambia del Medicaid a un QHP?	14
¿Se cambia de un QHP al Medicaid?	14
Conéctese con nosotros	14
Poblaciones especiales	15
Servicios y apoyos a largo plazo	15
Nota especial: Mujeres embarazadas	15
Nota especial: Personas encarceladas	15
Nota especial: Inmigrantes y refugiados	15



■ Por qué es importante la cobertura de salud

El acceso a una atención médica asequible es vital para que las personas y sus familias lleven una vida sana y productiva. La cobertura médica ayuda a todos a acceder a los servicios médicos necesarios y reduce el costo de los gastos de bolsillo. Estos beneficios pueden ayudar con la detección temprana y el tratamiento oportuno de enfermedades, reducir el riesgo de complicaciones adicionales y mejorar la salud general. Si bien las enfermedades y las emergencias médicas pueden aparecer inesperadamente, tener cobertura médica es una forma de estar preparado. Medicaid respalda a más de un millón de habitantes de Kentucky.

Utilice esta guía para obtener información sobre Medicaid y todos los servicios a los que puede acceder. Hay enlaces a otros recursos en todo el documento, pero esta información lo ayudará a comprender su cobertura y cómo obtener atención para mantenerse saludable.



■ Medicaid

El Medicaid de Kentucky es un programa estatal autorizado y financiado conjuntamente por Kentucky y el gobierno federal para brindar atención médica a adultos, niños, familias, mujeres embarazadas, adultos mayores, personas que salen de prisión y personas con discapacidades. Medicaid brinda asistencia médica a los habitantes de Kentucky de bajos ingresos que reúnen los requisitos.

Con el Medicaid de Kentucky, los miembros no deberían tener que pagar de su bolsillo ni pagar facturas médicas inesperadas por los servicios de salud necesarios, ya sean preventivos, de emergencia o continuos, como el control de una enfermedad crónica. Esto garantizará que pueda acceder a una amplia gama de servicios y programas que lo ayudarán a mantenerse saludable y activo. Estos servicios y programas incluyen, entre otros:

- Visitas y chequeos médicos
- Atención dental y de la vista
- Estadías en el hospital
- Medicamentos recetados
- Exámenes y tamizajes de laboratorio
- Servicios de salud conductual (terapia, asesoramiento, tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias, etc.)
- Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)

Medicaid también ayuda con la atención preventiva y la intervención temprana al cubrir chequeos regulares, vacunas, evaluaciones y control de enfermedades crónicas. Esto le permite abordar los problemas de salud antes de que se conviertan en afecciones más graves, lo que mejora su salud y su calidad de vida cotidiana. Para obtener información más detallada o si tiene preguntas sobre el Medicaid de Kentucky, visite el sitio web del [Departamento para Servicios de Medicaid de Kentucky](#).

Al final de esta guía hay información adicional para grupos especiales. Consulte la sección de [Poblaciones especiales](#) para información específica acerca de exenciones, mujeres embarazadas, inmigrantes y personas encarceladas.



Programa de Seguro Médico para los Niños de Kentucky (KCHIP)

Kentucky quiere garantizar que todos los niños crezcan sanos y fuertes, y una parte clave de eso es garantizar que los niños de Kentucky tengan acceso a la atención médica. El Programa de Seguro Médico para los Niños de Kentucky (KCHIP) está aquí para ayudar.

KCHIP ofrece seguro médico gratuito o de bajo costo para los niños y las familias de Kentucky con ingresos demasiado altos para calificar para Medicaid pero que no pueden pagar una cobertura privada. Son elegibles los niños menores de 19 años, las mujeres embarazadas y las mujeres hasta los 12 meses después del parto con ingresos inferiores al 218 % del [Nivel Federal de Pobreza \(FPL\)](#). La elegibilidad para KCHIP se determina utilizando el [Ingreso Bruto Ajustado Modificado \(MAGI\)](#) y el tamaño de la familia. Si su familia puede ser elegible, es importante que presente la solicitud.

Para obtener información más detallada sobre KCHIP, visite el sitio web [Kentucky Kid's Health](#).

Para obtener más información sobre las mujeres embarazadas y el posparto, consulte la sección [Nota especial: Mujeres embarazadas](#) en esta guía.

¿Cómo obtengo la cobertura de Medicaid?

Medicaid puede ayudarle a usted y a su familia a mantenerse sanos. Para obtener cobertura de Medicaid, debe ser elegible y solicitar la cobertura. Hay más información sobre la elegibilidad en la sección [¿Cómo me inscribo y conservo mi Medicaid?](#) en la página 7. ¡Aquí encontrará información sobre cómo puede presentar la solicitud!

Solicitar Medicaid y KCHIP es tan fácil como llenar una solicitud en el sitio web de Medicaid, usar el portal de autoservicio de kynect, visitar una [oficina del Departamento para Servicios Basados en la Comunidad](#) en su localidad o hablar con un [kynector](#) o agente de seguros en su localidad que pueda ayudarlo a inscribirse en la cobertura.

El estado puede determinar que usted no califica para Medicaid, pero que sí califica para recibir ayuda para comprar un seguro privado a través del mercado estatal. En ese caso, pueden conectarlo con personas que lo ayuden a inscribirse. Hay más información al respecto al final de esta guía en la sección [¿Qué pasa si no califico para Medicaid?](#)

Por último, existe la posibilidad de que el estado determine que, si bien usted no califica para Medicaid, sus hijos sí, y pueden ayudarlo a inscribirlos en KCHIP.



¿Dónde puedo solicitar?

Existen varias formas de solicitar Medicaid y KCHIP. Puede:

- Solicitar en Internet a través de [kynect](#). Comience su solicitud de Medicaid/KCHIP hoy mismo. Si necesita ayuda para navegar kynect o la solicitud, hay una [biblioteca de videos de capacitación sobre kynect](#) que lo guiarán a través de varias funciones de kynect y la solicitud de Medicaid/KCHIP.
- Comuníquese con un kynector. [Encuentre un kynector](#) que lo ayude con su solicitud.
- Solicite por teléfono. Llame al **1 (855) 306-8959** para hablar con un asistente de casos.
- Llene la solicitud en casa. Imprima la solicitud de Medicaid/KCHIP y envíela por correo, fax o entréguela personalmente a la oficina del DCBS en su localidad. La solicitud de Medicaid está disponible en varios idiomas. Para obtener una copia impresa de la solicitud, [descárguela](#) en su idioma preferido.
- Solicite en persona. [Visite la oficina del DCBS en su localidad](#).

Si necesita ayuda con su solicitud o para solicitar más rápidamente en Internet, visite www.kynect.ky.gov o llame al **1-855-4kynect (459-6328)**. Si tiene alguna pregunta sobre Medicaid o KCHIP, puede llamar al DCBS al **1 (855) 306-8959**.

¿Quién puede ayudarme a saber más?

Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS)

El Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS) brinda apoyo a familias; protección a menores y adultos; determinaciones de elegibilidad para el Medicaid y los beneficios de alimentos; y administración de un programa de ayuda con los costos de la energía, llamado [Low Income Home Energy Assistance Program \(LIHEAP\)](#).

El DCBS cuenta con oficinas en cada condado y brinda servicios y programas para mejorar la autosuficiencia de las familias, mejorar la seguridad y la permanencia para los niños y los adultos vulnerables e invitar a las familias y los socios comunitarios a participar en un proceso colaborativo para la toma de decisiones.

Para más información acerca del DCBS o para encontrar la oficina del DCBS en su localidad, por favor visite el [sitio web del DCBS](#).

kynect en Internet

kynect es el sitio web de Kentucky que hace que sea más fácil acceder a los beneficios estatales. Utilizando kynect, puede solicitar y manejar sus beneficios de Medicaid y otros¹ en su dispositivo móvil y su computadora con guías paso a paso.

Para más información y para encontrar el programa de ayuda de salud que le convenga mejor, visite [beneficios de kynect](#) y/o el [sitio web del Departamento para Servicios de Medicaid de Kentucky](#).



recursos de kynect

kynect resources (recursos de kynect) es un lugar para buscar programas y servicios en su localidad a través de una asociación con United Way of Kentucky. *kynect resources* brinda un directorio manejado y accesible desde los dispositivos móviles para conectar a los residentes de Kentucky con la ayuda que necesiten. Puede encontrar programas para ayudar con necesidades tales como la inseguridad alimenticia, la vivienda, apoyo con el empleo, grupos de apoyo, programas sanitarios y ayuda enfocada en la familia.

Los socios comunitarios, agencias estatales y otros usan *kynect resources* para conectar a los residentes con programas y servicios en la comunidad. *kynect resources* brinda herramientas de gerencia para facilitar la colaboración y coordinación entre organizaciones. Esto ayuda a todas las personas de Kentucky a unirse y trabajar hacia un Kentucky mejor y más saludable.

Visite [kynect resources](#) para ver los programas y servicios disponibles en su área.

[1] Otros beneficios a los que podría ser elegible incluyen, entre otros, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Ayuda Transicional de Kentucky (KTAP), el Programa de Ayuda con el Cuidado Infantil (CCAP) y el Programa Integrado de Kentucky para el Pago de Primas de Seguro Médico (KI-HIPP).

kynectores

Los kynectores son navegadores con capacitación en la cobertura de salud que trabajan en la comunidad para ayudar a los residentes a solicitar cobertura de salud, específicamente los beneficios de Medicaid, el Programa Integrado de Kentucky para el Pago de Primas de Seguro Médico (KI-HIPP), Planes de Salud Calificados (QHP), el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y el Programa de Ayuda con el Cuidado Infantil (CCAP). En su rol, pueden enseñar, inscribir y deshacer las barreras para que usted y su familia accedan a la atención médica. Los kynectores pueden ayudar a determinar si usted es elegible para el Medicaid en Kentucky. Usted también puede determinar su elegibilidad visitando el sitio web de [kynect](#) y realizando el proceso de pre-evaluación. Si no es elegible para el Medicaid, los kynectores pueden ayudarle a acceder a una cobertura de salud a través del [Mercado Estatal](#), que está disponible a través del [portal de kynect](#).

[Encuentre un kynector cerca de usted.](#)

Biblioteca de videos de capacitación de kynect

Si necesita ayuda para navegar el sitio web de kynect y todas sus opciones, visite la [biblioteca de videos de capacitación de kynect](#) en el sitio web del Medicaid de Kentucky.

¿Cómo me inscribo y conservo mi Medicaid?

Para solicitar, llene la solicitud a través de kynect o entréguela en papel. Los datos que ingresa en la solicitud determinan su elegibilidad para los programas de ayuda y los servicios del estado de Kentucky. kynect usa el [Nivel Federal de Pobreza \(FPL\)](#), para medir los ingresos para la elegibilidad. Todos los programas consideran sus ingresos y el tamaño de su hogar como factores que determinan la elegibilidad. Es importante tener en cuenta que cada tipo de cobertura tiene sus requisitos únicos de elegibilidad.

La mejor manera de determinar su elegibilidad es presentar la solicitud y recibir los resultados de elegibilidad. Hacer una solicitud no tiene costo ni penalidad. Una vez que tenga sus resultados de elegibilidad, puede optar por inscribirse o no. Si no está de acuerdo con sus resultados de elegibilidad, puede presentar una apelación. Para más información sobre los requisitos de elegibilidad o para ver el estatus de su solicitud, visite el sitio web de kynect. Si necesita ayuda con la herramienta de pre-evaluación para averiguar la elegibilidad, hay un [video útil](#) que lo guiará paso por paso a través del proceso.

Una vez que esté inscrito en Medicaid, recibirá cobertura para todo ese año. Cada año pasará por una revisión anual del Medicaid en la que el DMS de Kentucky revisará su información de nuevo para asegurarse de que sigue siendo elegible. Este proceso incluirá pasos como revisar sus ingresos y los detalles de su hogar. Puede que el DMS de Kentucky necesite que usted entregue información para poder completar su renovación. Es importante actualizar su información si ocurre cualquier cambio y mantener sus datos de contacto actualizados para que el DMS de Kentucky pueda comunicarse con usted con respecto a sus renovaciones del Medicaid.

Mantener la cobertura

Es importante mantener su solicitud actualizada cuando ocurran cambios, para que tenga la mejor cobertura para su situación. Esto ayuda a protegerlo de facturas médicas que podría recibir si no está inscrito en el programa correcto. Ejemplos de cambios que debe informar y actualizar en su solicitud de kynect incluyen:

- Cambios en los ingresos
- Pérdida de otra cobertura de salud (en dependencia de las circunstancias)
- Tener un bebé
- Matrimonio
- Mudarse al estado o fuera del estado
- Liberación del encarcelamiento
- Cambios en la ciudadanía o estatus migratorio

Cuando informa un cambio, es posible que califique para un [Período de Inscripción Especial](#). Este es un plazo de tiempo fuera de la Inscripción Abierta en el que las personas pueden elegir un nuevo plan. Los Períodos de Inscripción Especial están disponibles durante un tiempo limitado a partir del momento que ocurra el cambio, así que es importante informar los cambios tan pronto como sucedan. Si necesita ayuda para navegar el sistema de beneficios de kynect para actualizar su solicitud, use este [video de "Cómo hacerlo" de kynect](#) que lo guiará paso a paso navegando el tablero de su página de beneficios de kynect.

Mantenerse en contacto

Las renovaciones anuales deben tener lugar para todos los miembros de Medicaid. Para asegurarse de que pueda conservar su Medicaid, usted debe asegurarse de que el estado pueda contactarlo.

Usted deberá actualizar sus datos de contacto tan pronto como sea posible y mantenerlos actualizados para que el DMS de Kentucky pueda contactarlo. Cuando llega el momento para hacer la renovación, el DMS de Kentucky le enviará un mensaje. Este mensaje le avisará que es el momento de hacer la renovación y le dirá qué pasos debe tomar. Puede que reciba un mensaje de texto en su teléfono o una carta por correo [ver figuras 1 y 2]. Si recibe un Paquete de Renovación de Medicaid o un Pedido de Información, por favor asegúrese de responder. Aun si su situación ha cambiado, todavía necesitamos su respuesta.

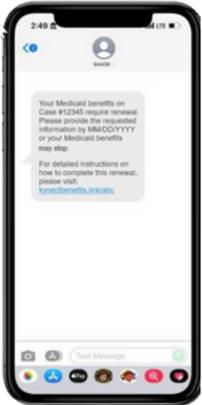


Figura 1: Ejemplo de mensaje de texto de renovación

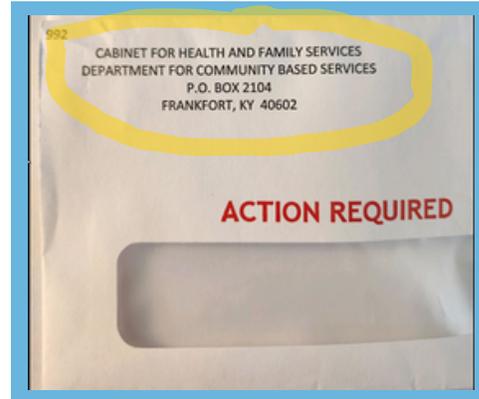


Figura 2: Ejemplo de carta enviada por correo
Nota: El sobre dirá "Cabinet for Health and Family Services, Department for Community Based Services"

Entender su cobertura

Tengo cobertura, ¿Qué pasa ahora?

Ahora que tiene cobertura de salud, deberá entender todos los servicios que se cubren y cómo usar su cobertura. La cobertura de salud paga por los servicios de proveedores médicos, medicamentos, cuidados hospitalarios y equipos especiales cuando uno está enfermo. La cobertura también paga por cosas que necesita aun cuando no está enfermo, tales como vacunas gratis para niños y adultos, chequeos anuales, exámenes de detección de problemas de salud y más. Sin embargo, es bueno tener en cuenta que la mayoría de los planes no cubren procedimientos electivos, o requieren un referido del proveedor.

Antes de buscar atención, puede que quiera consultar con su proveedor y con su plan para preguntar si los servicios o procedimientos específicos serán cubiertos. Los consultorios posiblemente le brinden un estimado de "buena fe" del costo de los servicios y procedimientos antes de realizarlos.

Usted debería consultar con su plan o su Organización de Atención Médica Administrada (MCO) para entender qué servicios y proveedores su plan pagará en cada visita. Si se recetan medicamentos, también debería consultar con su plan o su MCO para saber qué parte del costo del medicamento pagará.

¿Qué tipo de cobertura tengo?

Medicaid con pago por servicio

Como miembro de Medicaid, puede que haya escuchado el término "Fee-For-Service" (Honorarios por Servicio, "FFS" por sus siglas en inglés). "FFS" se refiere a la manera en que los proveedores médicos reciben pagos de Medicaid, no de su MCO. Medicaid les paga directamente a los doctores y proveedores por cada servicio que presten. Por ejemplo:

1. Usted acude al consultorio para un examen de chequeo
2. El doctor o proveedor le factura a Medicaid un honorario según la tabla de honorarios del estado
3. Medicaid le paga al doctor o proveedor por ese examen de chequeo

FFS cubre cualquier servicio médico que su plan de Medicaid cubre, con tal de que el servicio sea médicamente necesario y recetado por su doctor.

Medicaid a través de su Organización de Atención Médica Administrada (MCO)

El Departamento para Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky contrata a organizaciones de atención médica administrada (MCO) para proporcionar cobertura para la mayoría de los miembros de Medicaid de Kentucky. Las MCO que tal vez ya conozca incluyen Aetna Better Health of Kentucky y Humana Healthy Horizons in Kentucky. El DMS de Kentucky supervisa el programa de Medicaid incluyendo las MCO que procesan los reclamos y prestan servicios de gestión, autorización previa y otros servicios para sus beneficiarios. Todas las MCO deben brindar los mismos beneficios como el programa de costos compartidos. Sin embargo, algunas ofrecen programas especiales además de los beneficios normales de Medicaid. Es muy importante seleccionar el plan de MCO que mejor satisfaga sus necesidades.

Cada MCO cubre los servicios de atención médica regular, incluidos, entre otros, los servicios dentales, de audición, médicos y de la vista. Cada MCO también cubre servicios adicionales específicos a su organización. Los servicios adicionales pueden incluir, entre otros, beneficios de salud conductual, beneficios especiales para las mujeres embarazadas y más. ¡Por favor asegúrese de ir al sitio web de su MCO para ver qué beneficios y servicios la misma puede ofrecer!

Los miembros pueden interactuar con su MCO directamente en vez de con el DMS de Kentucky. Es probable que conozca mejor el nombre de su MCO.

Para más información sobre la atención médica administrada de Medicaid, visite [Medicaid.gov](https://www.Medicaid.gov). Para más información sobre las MCO de Medicaid de Kentucky, visite el [sitio web del DMS de Kentucky](#).

Información de contacto de las MCO

Todos los números de teléfono son sin cargo.

[Aetna Better Health of Kentucky](#) - (855) 300-5528

[Humana Healthy Horizons in Kentucky](#) - (800) 444-9137

[Passport Health Plan by Molina Healthcare](#) - (844) 778-2700

[UnitedHealthcare Community Plan](#) - (866) 293-1796

[WellCare of Kentucky](#) - (877) 389-9457



Su tarjeta de ID de Medicaid y tarjeta del seguro médico

Su tarjeta de identificación de Medicaid

A los miembros del Medicaid de Kentucky se les envían tarjetas de identificación de Medicaid [ver figuras 3 y 4]. La tarjeta de identificación tendrá el nombre y el número de identificación de Medicaid del miembro. Asegúrese de que todos los nombres están escritos correctamente. Esta tarjeta es diferente a la tarjeta de su MCO puesto que confirma su estatus como miembro del Medicaid y no se puede usar como comprobante de seguro médico con los proveedores ni las farmacias. Su tarjeta de identificación de Medicaid será válida siempre y cuando usted sea elegible para Medicaid. Mantenga su tarjeta en un lugar seguro donde la pueda acceder fácilmente. No se deshaga de la tarjeta. Contacte al [Departamento para Servicios Basados en la Comunidad](#) al (855) 306-8959 si pierde su tarjeta, si la misma tiene errores o para pedir una tarjeta de reemplazo.



Figura 3: Frente de la tarjeta de identificación de Medicaid

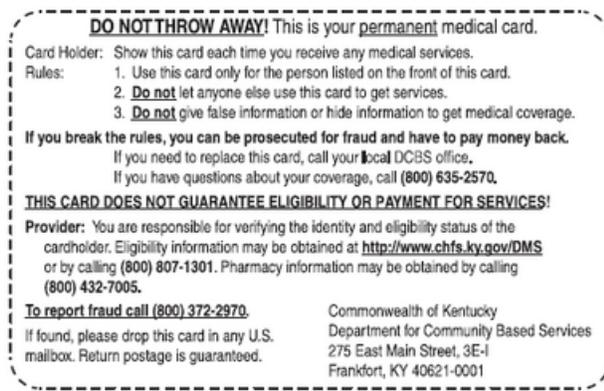


Figura 4: Dorso de la tarjeta de Medicaid

Su tarjeta de seguro de la MCO

Cuando se inscribe en una MCO, recibirá una tarjeta de seguro médico como constancia de la cobertura. Esta tarjeta llevará datos importantes con respecto a su plan y su MCO. Los datos de contacto de su MCO aparecerán en la tarjeta. Contacte a su MCO si tiene cualquier pregunta acerca de lo que cubre el plan, los servicios adicionales, para informarles si pierde la tarjeta, si hay algún error en la tarjeta, etc.

Recuerde que es posible que tenga que presentar su plan y/o tarjeta de seguro de la MCO cada vez que visita a un proveedor médico o una farmacia.

Entender los costos de la atención médica

Como miembro de Medicaid, usted no tendrá pagos mensuales, copagos ni deducibles. Sin embargo, es importante tener en cuenta que debe usar los proveedores en la red de servicios. Los proveedores en la red son aquellos doctores y centros de atención médica que prestan los servicios cubiertos por su plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos doctores y centros de atención médica que prestan servicios no cubiertos por su plan. Es posible que sea responsable de una parte o todo el costo si recibe atención de un proveedor fuera de la red sin autorización previa de su seguro. Felizmente, el Medicaid de Kentucky tiene una lista de los proveedores que aceptan el Medicaid y CHIP, que le permite encontrar fácilmente un proveedor cerca de usted. Para ver esta lista, visite [kynect](#) o llame al **(855) 306-8959** para obtener ayuda.



Servicios cubiertos por Medicaid

Los Beneficios de Salud Esenciales (EHB) son 10 categorías de servicios que todos los planes deben cubrir en conformidad con la [Ley de Cuidado de Salud Asequible](#). Algunos planes cubren otros servicios adicionales, como Beneficios de Valor Añadido (VAB) que son servicios adicionales ofrecidos por las MCO para mejorar la calidad de la salud. Para más información y recusos adicionales sobre cuáles VAB cada MCO ofrece, visite la tabla de [Servicios de Valor Añadido del 2024 de las MCO](#) del Medicaid de Kentucky. Los 10 EHB que el Medicaid cubre son:

- Servicios de pacientes ambulatorios
- Servicios de emergencia
- Hospitalizaciones
- Atención antes y después del parto, la maternidad y al recién nacido
- Atención pediátrica
- Medicamentos recetados
- Servicios y aparatos de rehabilitación y habilitación
- Servicios de salud mental y para trastornos del uso de sustancias
- Servicios de laboratorio
- Servicios de prevención, para el bienestar y para el manejo de enfermedades crónicas

Junto con los 10 EHB, el Medicaid de Kentucky ofrece a sus miembros varios servicios, programas, tratamientos y programas de exención para ayudarle en su camino a la salud. Para ver los servicios disponibles, visite la [página web de información para miembros](#) del Medicaid de Kentucky. Además, el Medicaid de Kentucky cubre varios servicios específicos de este estado² solamente disponibles a los miembros del Medicaid de Kentucky.

Si tiene alguna pregunta, contacte a los Servicios para Miembros sin cargo al **(800) 635-2570**.

Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Precoces y Periódicos (EPSDT)

El programa integral y preventivo de salud en la niñez de Medicaid está disponible para los miembros del Medicaid de Kentucky menores de 21 años. El programa de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Precoces y Periódicos (EPSDT) garantiza que los recursos de salud³ estén disponibles y accesibles para los miembros de Medicaid y sus cuidadores. Además, EPSDT ofrece servicios especiales que pueden ser preventivos, de diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación. Todos los servicios especiales de EPSDT exigen una autorización previa antes de prestarse. Es importante tener en cuenta que hay algunos servicios que el programa de servicios especiales EPSDT no cubre.

Es posible que haya ayuda disponible con el transporte para asistir al tratamiento. Para más información acerca del transporte, llame al (888) 941-7433. Para más información acerca de EPSDT, contacte a Chantée Jordan, Especialista de EPSDT, a Chantee.Jordan@ky.gov o al **(502) 564-5505**.

[2] Los servicios específicos del Medicaid de Kentucky incluyen, entre otros, el [Programa de Cuidados Inclusivos para los Ancianos \(PACE\)](#), [Salud Conductual y Trastorno del Uso de Sustancias](#) (i.e. [Team Kentucky 1115 Waiver](#)), [Servicios de Salud Basados en la Escuela \(SBHS\)](#) y Servicios de Transporte Médico.

[3] Los recursos de atención a la salud incluyen, entre otros, exámenes físicos, exámenes dentales, inmunizaciones, exámenes de la vista y de la audición, chequeos regulares y más.



Transporte médico

Medicaid cubre solamente el [transporte médicamente necesario](#) a y desde los servicios cubiertos por Medicaid.

Servicios de transporte en ambulancia por emergencia

Los servicios de ambulancia por emergencia se cubren cuando el miembro elegible es transportado en una condición de emergencia, usualmente a un hospital, como resultado de un accidente, lesión grave o enfermedad severa que le imposibilita usar otro tipo de transporte.

Servicios de transporte en ambulancia no por emergencia (NEMT)

Los servicios de ambulancia no por emergencia (NEMT) se cubren si el miembro elegible está postrado en cama antes y después del viaje en ambulancia o si el miembro debe ser trasladado solamente mediante camilla para recibir servicios médicamente necesarios y cubiertos por Medicaid.

Los servicios de NEMT están destinados a los miembros de Medicaid que no tienen acceso a ningún transporte gratuito que satisfaga sus necesidades médicas para transportarse a un servicio cubierto por Medicaid.

Solicitar servicios de transporte

Los servicios de NEMT están disponibles a través del [Listado de Agentes de Entrega de Transporte para Servicios Humanos \(HSTD\)](#). Este sistema regional de agentes ofrece el transporte por taxi, van, autobús o tránsito público en dependencia de las necesidades médicas del miembro. Si no reunió los criterios en años anteriores, por favor consulte de nuevo a un [kynector](#) o su proveedor local de servicios NEMT. Es posible que sea elegible ahora para usar los servicios NEMT. Para ver las políticas o presentar una queja, contacte a la Oficina de Ofrecimiento de Transporte al **(888) 941-7433**.

Portal de socios y directorio de proveedores

El [Portal de socios y directorio de proveedores](#) es un recurso gratuito que le está disponible como miembro de Medicaid. Este directorio puede usarse para buscar datos básicos de proveedores de atención médica. Las opciones de búsqueda incluyen las especialidades de los proveedores, ubicaciones de consultorios y números de teléfono. Este servicio también le permite buscar proveedores de los programas de exención (*waiver*) solamente si califica para estos servicios de exención.

Usar mi Medicaid

Citas con proveedores médicos

Cuando necesita atenderse con un proveedor médico, debe programar una cita. Si es su primera cita con el proveedor, dígame a la oficina que es un paciente nuevo. Puede que le pidan dar los datos de su tarjeta de seguro médico como el nombre y el número del plan. También le preguntarán por qué necesita la cita. La mayoría de las citas médicas será un chequeo físico, alguna necesidad específica o una cita de seguimiento.

Si necesita ayuda con servicios en su idioma o tiene alguna otra necesidad específica, pida estos servicios cuando programa la cita. Muchos consultorios ahora ofrecen la programación de citas en Internet o por teléfono. Si no puede acudir a una cita programada, es importante llamar al consultorio para reprogramarla.

Cuando es hora para su cita, usted debería llegar temprano. Muchas veces los consultorios pedirán que llene papeles antes de llegar o cuando llega. Debería traer su tarjeta de seguro médico y cualquier otro documento que la oficina haya pedido que traiga, como su identificación. Algunos papeles le preguntarán acerca de su historial médico y sus medicamentos actuales. Puede que sea útil traer una lista de los medicamentos que toma para poder mostrarla al proveedor médico. Sus respuestas en los formularios ayudan a su proveedor a entender su historial de salud y su estilo de vida. Esta es información importante para ayudar a mantener y mejorar su salud.

Durante su cita, su proveedor podría hacerle más preguntas acerca de su historial de salud y el de su familia y acerca de cualquier problema de salud en curso. Es importante ser abierto y sincero con su proveedor durante todas las citas. Antes de salir de la cita, asegúrese de que entiende lo siguiente:

- Estado de salud
- Planes de tratamiento y opciones para enfermedades o afecciones crónicas
- Cómo y cuándo puede esperar los resultados
- Dónde recoger y cómo tomar los medicamentos que su proveedor le recete

Nunca dude en hacer preguntas. Su proveedor está ahí para ayudarlo a entender su salud.

Después de la cita, es importante hacer seguimiento de las instrucciones de su proveedor. Si surge alguna pregunta o se le olvida algo que su proveedor quería que hiciera, puede llamar al consultorio y ellos ayudarán a resolver sus dudas.

Es importante obtener sus medicamentos recetados y entender las instrucciones para tomarlos. Su farmacéutico puede ayudar con esto y contestar cualquier pregunta adicional.

Trabajadores de salud comunitarios (CHW)

Si tiene dificultades en comunicarse con su proveedor, entender las instrucciones de seguimiento, obtener los medicamentos de una farmacia o si tiene otros problemas relacionados con la atención a la salud, un trabajador de salud comunitario (CHW) puede ayudar. Los CHW pueden brindar una amplia gama de servicios⁴ y se usan en varios entornos médicos para ayudarlo a lograr mejores resultados de salud. Los servicios de CHW podrían prestarse en consultorios, en el hogar, en un local móvil o a través de la telesalud. Es importante tener en cuenta que los servicios de CHW deben ser parte de un plan de atención coordinado y ordenados por un proveedor clínico aprobado. Pregúntele a su proveedor acerca de colaborar con un CHW si tiene interés en este servicio. Medicaid cubre los servicios de CHW.

[4] Los servicios incluyen, entre otros, la programación, transporte, ayuda con coordinación y comunicación con proveedores, explicación de los beneficios, localización de proveedores, conexión de miembros con grupos de apoyo, asistencia a las citas con el miembro y educación para el miembro acerca de sus medicamentos.

Cobertura de medicamentos recetados

La cobertura de medicamentos recetados es el más usado de los beneficios de cobertura médica. Muchos planes cubren los medicamentos recetados en base a un *formulary*. Un *formulary* de medicamentos es una lista categorizada de los medicamentos que se pueden recetar. Las diferentes categorías determinan cuánto usted pagará por un medicamento específico. Si un medicamento es “*nonformulary*,” esto quiere decir que no está incluido en el “*formulary*” de su compañía aseguradora. Normalmente los medicamentos están divididos también en diferentes niveles, llamados “*tiers*.” Los medicamentos recetados en cada *tier* pueden tener costos diferentes. En general, los fármacos del *tier* más bajo cuestan menos.

Recuerde que es posible que tenga que presentar su tarjeta del plan médico y/o la de su MCO cada vez que vaya a una farmacia.

Para más información acerca de la cobertura de Medicaid para medicamentos recetados visite la [página web de la Oficina de Políticas de Farmacias](#) del Medicaid de Kentucky.

Explicación de beneficios (EOB)

Después de una visita a su proveedor, puede que su plan le envíe una Explicación de Beneficios (EOB). Esta NO ES UNA FACTURA. Se trata de una constancia de la atención médica que recibió y cuánto su proveedor le está facturando a su plan. Si usted tiene que pagar más por su atención, su proveedor le enviará a usted una factura aparte. Puede que reciba una factura del proveedor por los costos no cubiertos por su plan o por otros costos conocidos como costos de bolsillo.

Contacte a su [proveedor de la cobertura de salud](#) si tiene preguntas acerca de una EOB que haya recibido.

¿Qué pasa si no califico para Medicaid?

Si se determina que usted es inelegible cuando presenta la solicitud, si su situación cambia o si su estatus de elegibilidad ha cambiado a la fecha de su renovación anual, ¡no se preocupe! Hay otras opciones de bajo costo disponibles.

Planes de Salud Calificados (Seguro privado)

Un Plan de Salud Calificado (QHP) es un plan de seguro médico certificado por kynect que brinda los beneficios de salud esenciales y satisface otros requisitos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Es posible que usted sea elegible para ayuda con los pagos. El [Crédito tributario de prima de seguro médico \(APTC\)](#) puede reducir las primas mensuales, y las Reducciones por Costos Compartidos (CSR) pueden reducir los costos de bolsillo. Si usted sobrepasa el límite de ingresos para Medicaid, es posible que califique para la ayuda con los pagos. Cuando revisa un QHP es importante tener en cuenta:

- Puede que tenga que pagar primas u otros costos.
- Solo puede inscribirse durante la Inscripción Abierta o si sucede un evento calificante que le da un Período de Inscripción Especial.
- No calificará para cobertura retroactiva.
- Las áreas incluidas en la red son relativamente pequeñas.
- La cobertura se puede terminar si no paga las primas mensuales.

Comparar los QHP

Antes de inscribirse en un QHP, es importante comparar los planes disponibles para asegurarse de que tenga la cobertura que le conviene. Después de presentar la solicitud y recibir la aprobación de su inscripción, verá las opciones de planes disponibles. Se puede comparar los planes según el costo de las primas, “nivel de metal” o usando otros filtros de búsqueda. Un “nivel de metal” es el término que el Mercado de Cobertura de Salud usa para clasificar diferentes tipos de planes de salud. Los cuatro (4) niveles de metal son: Bronce, Plata, Oro y Platino. Los aspectos a considerar cuando compara los planes son:

- Las primas mensuales, deducibles, copagos y otros costos de bolsillo
- La frecuencia con la que necesitará atención de proveedores médicos
- Las limitaciones en las consultas con proveedores
- Cobertura para medicamentos recetados
- Cobertura para especialistas
- Si sus proveedores actuales están incluidos en la red del plan

Para instrucciones paso-a-paso sobre cómo inscribirse en un QHP, visite [kynect](#). Recuerde que kynect cuenta con agentes de seguros con licencia y kynectores para ayudarle con la solicitud de kynect y con la selección de planes. La ayuda le está disponible sin costo alguno. Para recibir ayuda, [busque un agente de seguros o kynector hoy mismo](#).

¿Se cambia del Medicaid a un QHP?

Si ya no califica para Medicaid, es posible que sea elegible para inscribirse en un QHP. Un QHP podría tener una prima mensual. Es importante pagar la prima todos los meses para mantener su cobertura. En un QHP, es posible que haya costos compartidos, deducibles, copagos y coseguros. Por ejemplo, es posible que tenga que pagar un copago o coseguro cuando recibe atención de un proveedor médico. El QHP podría tener otra red de proveedores. Su doctor, farmacia u otros proveedores de salud pueden o no estar en la red del plan. Usted recibirá nuevas tarjetas del QHP y nuevos números de teléfono a los que podrá llamar para recibir información y hacer preguntas.

Cuando se cambia del Medicaid a un QHP, su cobertura del QHP comenzará a partir del primero del mes que sigue la selección del plan.

¿Se cambia de un QHP al Medicaid?

Si está inscrito en un QHP y luego llega a ser elegible para Medicaid, probablemente se pueda cambiar a una MCO para tener cobertura. Como recordatorio, Medicaid no tiene primas ni costos compartidos. La MCO puede tener otra red. Su doctor, farmacia u otros proveedores de salud actuales pueden o no estar incluidos en la red del plan, y pueden o no aceptar la cobertura de Medicaid. Usted recibirá nuevas tarjetas de la MCO y nuevos números de teléfono a los que podrá llamar para que le respondan preguntas.

Cuando se cambia de un QHP al Medicaid, su cobertura de Medicaid comenzará a partir del primero del mes que sigue después de tener elegibilidad.

Conéctese con nosotros

El Departamento para Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky está en las redes sociales. Síguenos en su(s) plataforma(s) preferida(s) para recibir actualizaciones instantáneas con respecto a las noticias de Medicaid.



Facebook



X (antes Twitter)



Instagram



YouTube



LinkedIn

¿Tiene preguntas acerca del DMS de Kentucky o los servicios? Visite nuestro [sitio web](#).

Poblaciones especiales

Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS)

La División de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) del Medicaid de Kentucky administra programas para las personas en Kentucky que necesitan apoyo continuo debido a su edad, afecciones médicas o discapacidades. LTSS ofrece una variedad de opciones para satisfacer las necesidades únicas de cada persona.

Para más información o si tiene preguntas acerca de los programas y servicios administrados por LTSS, visite su [página web](#).

Nota especial: Mujeres embarazadas

Enterarse de que va a ser una madre puede ser emocionante y también puede que dé miedo. El Medicaid de Kentucky quiere ayudarle a asegurarse de que su bebé llegue al mundo con buena salud. Si ya es miembro del Medicaid, el Medicaid cubrirá las consultas médicas, los medicamentos recetados elegibles y la estadía en el hospital para el parto. Programe una cita para hablar con su doctor y asegúrese de recibir toda la atención prenatal para asegurarse de que su bebé nazca con buena salud. Usted debe presentar su tarjeta de identificación de Medicaid en todas las citas médicas. Visite nuestra [página de información para miembros y mujeres embarazadas](#) para más información y para saber más acerca de los programas que pueden ayudarles a usted y su bebé.

Recursos y programas adicionales a los que usted y su niño podrían calificar:

- [Extractores de leche materna a través de Medicaid](#) - para los extractores de leche materna y bolsas de almacenamiento, apoyo, educación y suministros para apoyar la maternidad, descubra lo que cubre su MCO y reciba envíos a casa.
- [Información y preguntas frecuentes acerca del amamantar](#)
- [Health Access Nurturing Development Services \(HANDS\)](#) es un programa de visitas al hogar para las mujeres embarazadas y los nuevos padres que ofrece apoyo en todas las áreas del desarrollo de su bebé. HANDS puede contestar todas sus preguntas durante todas las etapas del crecimiento de su bebé. Debe inscribirse en HANDS durante su embarazo o antes que su bebé cumpla tres meses de edad.
- [First Steps \(Primeros Pasos\)](#) es un sistema estatal de intervención temprana que brinda servicios a los niños con discapacidades del desarrollo y sus familias desde el nacimiento hasta los 3 años de edad.
- [Women, Infants and Children \(WIC\)](#) es un programa de asistencia alimenticia para las mujeres embarazadas, las que recientemente dieron a luz y las que tienen un hijo menor de 5 años de edad.
- [Ryker's Request](#) tiene como misión brindar educación sobre los puntos a considerar a la hora de escoger un centro de cuidado infantil.

No se olvide de llamar a su MCO y decirles que está embarazada. La mayoría de las MCO ofrecen otros programas especiales para las madres y sus bebés.

Por último, el Medicaid de Kentucky ha expandido la cobertura posparto a 12 meses bajo Medicaid y KCHIP. Esto significa que usted y su bebé contarán con la garantía de cobertura médica por 12 meses después del parto. Debe ser miembro de Medicaid para poder recibir esta cobertura, así que asegúrese de solicitar e inscribirse si es elegible!

Nota especial: Personas encarceladas

Las personas encarceladas no pueden inscribirse por medio de kynect. Los kynectores pueden ayudar a coordinar la inscripción después de la liberación. Las personas encarceladas se clasifican como personas que cumplen una condena en prisión o en la cárcel. Las personas que están en libertad condicional, libertad bajo palabra o arresto domiciliario no se clasifican como encarceladas. Tampoco se considera encarceladas a las personas que están en prisión o en la cárcel a la espera de que se les imputen cargos, es decir, que están detenidas pero no han sido condenadas por un delito.

Nota especial: Inmigrantes y refugiados

Si un residente de Kentucky no es ciudadano de los EE.UU., el mismo debe llenar los detalles sobre su estatus migratorio y si tiene o no un patrocinador de la inmigración. El residente llenará estos datos en la sección "No ciudadano de EE.UU." durante la porción "Detalles del miembro" de la solicitud. Después de llenar todos los campos en esta sección y seleccionar "Seguir," se hace una llamada de servicios para comprobar los datos de identificación de la ciudadanía.

Para más información sobre la cobertura de salud para la población de inmigrantes, visite el [Mercado de Beneficios de Salud de Kentucky \(KHBE\)](#).