El evento está por comenzar.

>> >> Aquí está rápido que habla muy rápido..

Vale, muy bien. Lista?

No. Una prueba del audio. Uno como dos como tres. -- Uno, dos, tres .

Bienvenidos a esta presentación en línea organizado por famélico conexiones. Éste presentación de va a ser 1 × 1. Ahora la presentadora de or es Abby Rivera. -- De ahora es Abby Rivera.

Suena bien? >>

>>

>>

>>

>>

>>

>>

>>

>>

>>

>>

>>

>>

>>

>>

>> >>

>>

>>

>>

>>

>>

Devenido está esta presentación Elena pachón -- bienvenidas a esta presentación en línea --

>> >> Bienvenido a esta presentación en línea organizada por Family Connections de Carolina del Sur. El tema de hoy es Medicaid ciento 01. Ahora tenemos como presentadora Abby Rivera de latinos haciendo conexiones. Tenemos como objetivo servir y identificar ayuda para la comunidad latina. Tenemos sólo etc. solicitudes para la comunidad latina para ayudar con el desarrollo. Ahora vamos a presentar Medicaid 101 que es una descripción general de en TEFRA y Medicaid.

Hola y bienvenidos. Vamos hablar de Medicaid 101. Me llamo Abby Rivera . En esta primera página vamos a ver información por si quieren comunicar conmigo después de esta presentación.

Los objetivos de hoy son categorías de Medicaid. Que son los socios para una línea sana o PHC y TEFRA. Sobre TEFRA vamos hablar del proceso y los requisitos. Las diferentes entre los planes de salud y el reembolso de kilometraje o millas. Y también el programa de en HIPP que es el pago de la prima del seguro médico . Esta información ha sido actualizada hasta la fecha de esta presentación.

No es una lista completa de todas las categorías. Esta lista se puede encontrar en la página de web de departamento de salud y servicios humanos.

Los beneficios del plan estatal de Medicaid son por el estado de Carolina de Sur. También los socios para una niña sana de Carolina del Sur. Y al otro es TEFRA . También adultos mayores con discapacidad visual y discapacitados. Se llama ABD. Y el cuarto es para mujeres embarazadas y bebés . El federal es por ingreso y eso es de ingresos suplementarios de seguridad. Eso sería debajo del departamento de seguro social y se llaman SSI . >> Los mitos acerca de Medicaid. Si un menor tiene una discapacidad entonces debe de solicitar TEFRA. Pero no es cierto. No todos los menores con discapacidad deben de solicitar TEFRA. Si una familia tiene un seguro privado no califica para Medicaid . Nuevamente no es cierto todo. Un menor tiene que tenerme Medicaid bajos TEFRA para calificar para otros servicios de Medicaid que son relacionados con la discapacidad. Eso tampoco no esta cierto. Vamos hablar un poquito más en detalle para explicar cómo estos mitos no son ciertos.

La elegibilidad de Medicaid. El programa socios para unidad sana de Carolina del Sur o de que estén. Los niños tiene que ser menor de 19 años. Los ingresos del hogar tiene que ser menores o iguales al dos 108 por ciento del nivel federal de pobreza que se publica anualmente en el registro Federal. Una familia de cuatro personas con ingresos mensuales menos de 4350,66 $. Todos los menores que viven en la casa recibirán cobertura. Ellos también reciben en el plan completo con todos los beneficios.

La elegibilidad de Medicaid. Programa para mujeres embarazadas y papeles. Para este programa necesitan los ingresos del hogar menores o iguales al 194 por ciento de nivel federal de pobreza. Una familia de cuatro personas con ingresos mensuales igual o menos de 4000 57,83 $. Mujeres embarazadas tienen que ser embarazadas para poder aplicar para este beneficio. Recibirán el plan completo contados los beneficios. La cobertura incluye hará 60 días después del parto. Después de los 60 días del parto se moverán al plan de planificación familiar. La cobertura para recién nacido durará por un año. Después de se año, uno puede aplicar de nuevo.

Ahora vamos a hablar de TEFRA. También se llama Katie Beckett.

Bajo la sección 134 de la equidad tributaria y la ley de Responsabilidad Fiscal de 1982, TEFRA, P.L.97-248, A los Estados se les permitió tener beneficios de Medicaid disponible para ciertos niños con discapacidades que regularmente no eran elegibles para los ingresos suplementarios de seguridad, SSI, por los recursos o ingresos economicos de sus padres. Carolina del Sur comenzó a cubrir a estos niños a partir del 1 de Enero de 1995.

La elegibilidad para Medicaid . Los niños tiene que ser menores de 18 años. El ultimo dio que el niño tiene los 18 años ellos estarán cubiertos por el programa de TEFRA. El menor tiene que vivir en la casa con sus padres. Cumplir con la definición de discapacidad del ritual, que es el próximo paso del SSI que eso programa de seguro social . Los ingresos tiene que ser menor o iguales al 2250 $ mensuales. Los ingresos y recursos de los padres no se cuentan. Los recursos de menor tienen que igualar o ser menor a dos mentores. A cumplir con un nivel de atención institucional. Ejemplo la atención intermedia tiene que ser por la discapacidad intelectual. O el centro de enfermería o atención especializada o intermedia o la atención hospitalaria -- la atención hospitalaria. El cumplimiento de un nivel institucional de atención no significa que el niño debe ser institucional lanzado. >> Debe ser apropiado pero menor recibir atención en el hogar. El costo estimado de la atención en el hogar debe ser menor del costo estimado de la atención en una institución decorado. Los menores que son elegir los bajos TEFRA recibe harán el plan de beneficio total.

La decisión de TEFRA pero tomar por lo menos cuatro a seis meses para ser revisado. El trabajador de en utilidad tiene que determinar si el menor cumple con el nivel de cuidado y las normas federales para la discapacidad. Toma tiempo para recibir todos los registros médicos y informes de los proveedores, incluidos en la aplicación. Entonces no son los preguntamos a las familias que ellos si se les hace más fácil conseguir a estés documentos. Que los pongan todos juntos y que el los envían con su aplicación. Una aplicación completa y precisa es muy util en el proceso de determinación. >> Para la determinación. Después de recibió los registros médicos, la solicitud se envía al departamento de rehabilitación vocacional de Carolina de Sur predeterminada discapacidad del niño. Un especialista extraído para revisar la solicitud si la discapacidad no está clara. Esto puede agregar más tiempo para procesar la aplicación. Aquí abajo tenemos el vínculo para el oficina de seguro social donde ellos explican la información que ellos utilizan para ver cuál es el nivel que el niño tiene.

Aquí está un ejemplo de la página aunque es un poco difícil de leer. Pero por ejemplo se dice cómo ellos están mirando la discapacidad del niño. Simplemente dos niños que tienen la misma discapacidad pueden llevar a ex aceptar pero programa de TEFRA. Tiene que explicar como.

Nivel de cuidado.

Para satisfacer el nivel de atención, debe haber deficiencias funcionales. Primero verifican el nivel funcional del menor comparado con otros menores de la misma edad. La primera revisión determina si el menor requiere atención institucional continua en una institución o un hospital. Si no se cumple el nivel de atención de hospital ó institución, la solicitud se envía al Departamento de discapacidades y necesidades especiales, DDSN, de Carolina del Sur para que ellos determinen si el niño necesitaría atención continua en una institución de cuidado intermedio para discapacidad intelectual.

Que sigue. Si Medicaid es aprobado como los beneficios de Medicaid recibirán una tarjeta de Medicaid con un paquete con más información inscripción para los planes médicos no correo. Generalmente no llegan al mismo tiempo.

Los planes de salud. Los planes de salud de Medicaid que los llamamos MCO . La forma que un miembro obtiene los beneficios para la salud. Lista de doctores y proveedores. También todos los planes ofrecen los mismos beneficios mínimos de Medicaid. Pero adicionalmente, los planes de salud también pueden ofrecer beneficios como coordinación de la atención médica con el manejo del asma, otros programas específicos a un diagnóstico médico, planes para el cuidado de la vista de al adulto o planes dentales.

Cara plan de salud ofrece diferentes cosas que ellos ofrecen de frente que el programa de Medicaid o desde TEFRA .

Organizaciones de cuidado administrado. Un plan o MCO es una empresa que es contratada a médicos de atención primaria, farmacias, especialistas, hospitales y otros proveedores de servicios de Medicare data de Medicaid. Usted escuchará esto conocer refiere a in-network o en la red. El miembro de Medicaid elija un médico de atención primaria . El Medicaid es proporcionado por el médico de atención primaria o electrónica. El efecto ni se refiere a proveedor designado en la red. Los miembros de Medicare escritos en un plan de seguro médico recibirán a tarjeta de Medicaid .

El cobro por servicio o de que tienen. El cobro por servicio es sin redes. Eso es la diferencia. No tiene su in-network. Tiene la habilidad de ver un especialista sino referido médico. Este FFS no son requisito.

La participación requerida. Ciertas categorías de los miembros de Medicaid requieren elegir uno o contratación de cuidado administrado . Los socios pueden y nos años -- los socios para niños sanos o PHC. Los padres y los encargados legales del menor . Los altos autos discapacidades desde la niñez y también adultos mayores o con discapacidad visual o discapacitados mayores de 19 años.

Nuevamente esta lista no está completa y puede cambiar a cualquier momento.

La participación opcional de MCO o fee-for-service. Algunas categorías no requieren tener un plan de MCO. TEFRA y Katie Beckett no lo requiere. Menores con discapacidades que reciben SSI tampoco lo requieren. Los adultos mayores que tienen una discapacidad visual o con una discapacidad que son menores de 19 años tampoco lo requieren.

Quien es -- quien no es elegible para la participación de un declaran? Algunas categorías no son elegibles para los planes de MCO por lo que siguen siendo de fortín o pago por servicio. Los que tienen exenciones que son waivers para el hogar y la comunidad.

Ahora vamos hablar un poco del reembolso de kilometraje. Esto está disponible para todos los que tienen Medicaid . Transporte de emergencia no está disponible a través del Logisticare para los beneficiarios de Medicaid que necesitan ver a un doctor o ir a una citas de doctora una farmacia. Lo unico es que si usa una emergencia . Si es una -- si es una emergencia entonces no van a pagar para eso porque los del Y -- porque los del Logisticare quieren tener 24 horas de preaviso. Todos los miembros de Medicaid son elegibles para reembolso de kilometraje. Logisticare reembolso de kilometraje hacia cualquier cita que el Medicaid pague. Hay que llamarles a ellos en Logisticare antes de la cita para tener el numero para reembolsarlo. El reembolso de kilometraje presurizado entre el estado de Carolina del Sur se reciben servicios fuera del Estado. Logisticare no pueden aprobar ese pago.

El programa de HIPP . Este programa está pagado por DHHS y estos pagan las primas de seguro privado se los encuentran más económicas. Requieren el EOB que ellos utilizan para determinar la rentabilidad. No cambiará los servicios ni la elegí -- ni la elegibilidad de Medicaid. El beneficiario de Medicaid debe estar escrito en Medicaid para el pago por servicio para calificar para ese HIPP. >> Muy bien. Ahora alguien tiene alguna pregunta? Voy abrir el teléfono para preguntan para que pueden contestarlos. >> Muy bien, Abby Rivera. Mi niña tiene más que 2000 $ en su cuenta de ahorros . Que devore hacer?

Bueno. Como mencioné antes, si ellos tienen más que 2000 $ en una cuenta, el programa de TEFRA no los van a aceptar. Porque ellos utilizan cualquier dinero que los niños tienen o propiedad o cosas así. Entonces 2000 $ en una cuenta no lo van a perder aprobar. Pues si puede mover el dinero a otra cuenta que no tiene nombre del niño o solicitar el dinero para que no esté disponible.

Otra preguntita. Que significa el nivel de cuidado?

El nivel de cuidado es la cantidad de cuidado o intervenciones que un niño requiere para que ello esté al mismo nivel apropiado. Ejemplo las terapias que los niños requieren o las medicinas o los equipos que ellos utilizan. Los tratamientos o procedimientos que requieren para poder tener el mismo nivel de bala mental -- tener el mismo nivel de desarrollo de los otros niños. Por ejemplo si un niño necesita un equipo que sólo necesitará una vez entonces eso no va a calificar. Tiene que ser algo que el niño requiere continuamente. El mismos para una cirugía. Si el niño tiene problemas del corazón y requiere una cirugía. Los papás quieren este programa de Medicaid porque este cirugía va a costar 50.000 $. Eso no va a estar bajo de Medicaid TEFRA. Tiene que ser por los niños requieren ayuda médica continuamente.

Vale. Cuáles son las razones más comunes para los cuales que un niño acepta o niega por dictar.

Eso cabo de contest también. Porque llenen que demostrar que el niño tiene una necesidad médica que es continua. O sea que requieren que ellos siguen teniendo estas intervenciones o si estamos hablando de terapias físicas que ellos necesitan tener una o dos veces a la semana por meses o por años. Eso sería una intervención o una terapia que ellos requieren que contin a y no para. Si tienen una condición severa o física o intelectual en la que el menor está -- que nos da al mismo nivel de desarrollo de otros niños. Vale?

Si tienen más preguntas, entonces se pueden poner en contacto con nosotros en la página de web que viene aquí. Nos pueden llamar al este numero en español que es el1-888-808-7462. de nuevo mi nombre es Abby Rivera y apreciamos su tiempo para aprender un poquito más del Medicaid .

[ Evento concluido ]