

Cómo Obtener Servicios para Adultos Mayores de 21 con Discapacidades de Desarrollo a través del Programa de Asistencia Médica de Maryland/Medicaid

Una Guía del Centro Legal de
Discapacidad de Maryland



Edición Agosto 2012

**Esta traducción ha sido posible con fondos del
Concejo Para Discapacidades de Desarrollo de Maryland**

Cómo Obtener Servicios para Adultos Mayores de 21 con Discapacidades de Desarrollo a través del Programa de Asistencia Médica de Maryland/Medicaid

Tabla de Contenidos

¿Qué es el Centro Legal de Discapacidad de Maryland?	4
¿Qué es el Programa de Medicaid en Maryland (Asistencia Médica?).....	4
¿Qué servicios de salud para adultos están cubiertos por Medicaid?	4
¿Qué es HealthChoice?.....	5
¿Qué son Servicios Suplementarios?	5
¿En qué consiste el programa de Medicaid de Pago-Por-Servicio?	6
¿Se puede cobrar por los servicios de salud que recibe un adulto bajo el programa de Medicaid?	6
¿Qué servicios dentales están disponibles para un adulto a través de Medicaid?	6
¿Puede un adulto obtener cobertura para examen de la vista y anteojos?	6
¿Qué son Equipos Médicos Duraderos y qué son Dispositivos Médicos Descartables?	6
¿Cómo se puede obtener Equipos y Dispositivos médicos para un adulto?.....	7
¿Cómo se puede obtener aparatos de comunicación?.....	7
¿Cómo se puede obtener servicios de salud mental?.....	7
¿Qué es Cuidado Personal?.....	9
¿Qué es la Opción de Medicaid llamada Plan Community First Choice (Comunidad como Primera Opción)?	9
¿Qué es atención de salud en el hogar?.....	9
¿Cómo se puede obtener servicio de transporte a citas médicas para un adulto?	10
¿Qué es el Programa de Administración de Casos Raros y Caros (REM, por sus siglas en inglés)?.....	10
¿Qué servicios residenciales pueden obtener los adultos a través de Medicaid?.....	10
¿Qué proceso emplea la Administración para Discapacidades de Desarrollo (DDA, por sus siglas en inglés) para determinar la elegibilidad de un adulto?.....	11
¿Cuál es la relación entre los servicios de Medicaid y los servicios de la Administración para Discapacidades de Desarrollo (DDA, por sus siglas en inglés)?.....	11
¿Qué es el programa de exención Community Pathways (Senderos Comunitarios) ?	12
¿Cómo pueden los adultos afiliarse al programa Community Pathways?	
¿Qué servicios se pueden obtener a través de este programa?	
¿Qué se puede hacer si una persona en este programa necesita servicios adicionales?	
¿Se puede negar servicios bajo este programa?	
¿Qué es el programa de exención New Directions (Nuevos Caminos)?	14
¿Cómo pueden los adultos afiliarse al programa New Directions (Nuevos Caminos)?	
¿Qué es el programa de exención Living at Home (Viva en su Hogar)?	14
¿Cómo pueden los adultos afiliarse al programa Living at Home (Viva en su Hogar)?	
¿Qué es el programa de exención para Personas de Edad Avanzada?	15
¿Cómo se puede solicitar inscripción en el programa de exención para Personas de Edad Avanzada?	
¿Cuáles son algunos de los derechos de todos los afiliados a Medicaid?	15
¿Qué quiere decir “médicamente necesario”?	15
¿Qué se puede hacer si el profesional de salud recomienda un servicio o beneficio como “médicamente necesario” pero la MCO o el DHMH niega el beneficio?	
¿Qué se puede hacer si el servicio que se necesita no está disponible cerca a la casa del beneficiario?.....	16
¿Qué pasa si la persona tiene un seguro privado además de tener Medicaid?	16
¿Cuáles son los pasos a seguir si una persona no puede obtener los servicios que necesita a través de Medicaid?	16

Este folleto ofrece información sobre los derechos para obtener servicios de salud para personas con discapacidades, mayores de 21 años, las cuales son miembros del programa de Asistencia Médica de Maryland. Asistencia Médica es también llamado Medicaid.

Para niños y adultos menores de 21 años, por favor consulte el folleto del MDLC llamado “Cómo Obtener Servicios para Niños con Discapacidades de Desarrollo a través de Medicaid/Asistencia Médica en Maryland y MCHP.”

¿Qué es el Centro Legal de Discapacidad de Maryland?

El Centro Legal de Discapacidad de Maryland (MDLC), es una organización sin fines de lucro designada por el Estado de Maryland para la protección y defensa de los derechos de las personas con discapacidades. Nuestro objetivo es crear una sociedad justa y más integrada promoviendo los derechos legales de las personas con discapacidad y asegurando que tengan igualdad de oportunidades para participar en la vida comunitaria. Ofrecemos información y derivados a otras agencias, representación legal, investigación de casos de abuso y negligencia, asistencia técnica, y alcance y capacitación de miembros de la comunidad.

¿Qué es el Programa de Medicaid en Maryland (Asistencia Médica)?

Medicaid, también llamado el Programa de Asistencia Médica del Estado de Maryland, es un programa de seguro de salud conjunto, entre el gobierno federal y el estatal, que ofrece acceso a una amplia gama de servicios de salud para personas de bajos recursos y para otras personas que califiquen. Si bien este programa pertenece al Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland (DHMH, por sus siglas en inglés), para solicitar inscripción debe contactar al Departamento de Servicios Sociales de su localidad. Para mayor información, por favor revise la página de internet del Departamento de Recursos Humanos de Maryland: <http://dhr.maryland.gov/fiaprograms/medical.php> o la página de internet del Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland: <http://mmcp.dhmh.maryland.gov/chp/SitePages/Home.aspx>.

¿Qué servicios de salud para adultos están cubiertos por Medicaid?

Cualquier servicio que sea recomendado como médicamente necesario por su doctor u otro profesional de salud acreditado, y que esté incluido en el Plan Estatal de Medicaid en Maryland.

Algunos servicios suplementarios, explicados en las páginas 12-15 de este folleto, son cubiertos si la persona está inscrita en uno de los programas de exención de Medicaid, tales como Community Pathways (Senderos Comunitarios) o New Directions (Nuevos Caminos). Llame al MDLC si desea recibir una publicación específica sobre los programas de exención de la Administración para Discapacidades de Desarrollo de Medicaid.

Entre los servicios cubiertos para adultos se incluye:

- Visitas al doctor, incluyendo especialistas
- Planificación familiar
- Salud en el hogar
- Hospicio
- Servicios de hospital, incluyendo servicios psiquiátricos, de emergencia y ambulatorios
- Pruebas de laboratorio y Rayos X
- Equipos y dispositivos médicos
- Primas de Medicare
- Salud mental
- Institución de Convalecencia
- Cuidado personal
- Fisioterapia
- Medicinas que requieren receta

Cuidado primario de salud
Tratamiento por abuso de sustancias
Transporte a los servicios cubiertos por Medicaid
Examen de la vista

Los adultos inscritos en una Organización Administradora de Salud (MCO, por sus siglas en inglés) podrían también tener acceso limitado a servicios dentales, dependiendo de la MCO que escojan. Los adultos que están en el programa de Administración de Casos Raros y Caros (REM) reciben cobertura dental completa. Ver página 10.

Como la cobertura de servicios puede cambiar, por favor, consulte con MDLC para averiguar las nuevas disposiciones.

Servicios que NO están cubiertos para adultos:

Enfermeras o asistentes de salud a tiempo completo en el hogar, por turnos

La mayoría de servicios dentales

Residencias comunitarias (por ejemplo, un hogar de grupo para adultos)

Modificaciones ambientales

Rehabilitación (aprender nuevas destrezas)

Servicios de apoyo en el hogar

Asistentes de conducta en el hogar

Servicios de relevo en el cuidado de un afiliado

Capacitación vocacional

Terapia Ocupacional, a menos que sea en un hospital o a través del programa de salud en el hogar

Terapia de lenguaje, a menos que sea en un hospital o a través del programa de salud en el hogar

Sin embargo, algunos de estos servicios están cubiertos para adultos con discapacidades de desarrollo a través de algunos de los programas de exención de Medicaid. Vea las páginas 12 - 15. Algunos de estos servicios están cubiertos por el programa REM, como enfermeras por turnos y cobertura dental completa. Ver página 10.

¿Qué es HealthChoice?

HealthChoice es el nombre del programa que administra el programa de salud a nivel estatal en Maryland. El programa de HealthChoice ofrece servicios de salud a la mayoría de afiliados a Medicaid. Los beneficiarios de Medicaid deben escoger e inscribirse en una Organización de Administración de Salud (MCO, por sus siglas en inglés) o en un plan de salud. Escogen un Proveedor Primario de Salud (PCP, por sus siglas en inglés) que es el doctor que supervisa la atención médica. Cuando participa en HealthChoice, el beneficiario de Medicaid debe escoger un PCP que sea miembro de la red de proveedores de su MCO. El PCP es una pieza clave, ya que es el responsable de derivar al paciente a especialistas y a otros servicios; por ejemplo, evaluar la necesidad de equipos médicos duraderos. Algunas veces, el PCP necesita obtener la aprobación de la MCO antes de completar la derivación. Los miembros de HealthChoice también tienen derecho de recibir servicios suplementarios de salud bajo Medicaid, como explicaremos a continuación.

¿Qué son Servicios Suplementarios?

Para los miembros de HealthChoice, algunos servicios están cubiertos por Medicaid pero no están cubiertos a través de la MCO. Esas personas no necesitan la derivación de su doctor ni la aprobación de su MCO para obtener esos servicios. Esto puede ser confuso porque la persona debe solicitar estos

“servicios suplementarios” a otras agencias y la MCO no le va a dirigir a estas agencias. Estos servicios son:

- Servicios de salud mental
- Cuidado personal
- Aparatos de comunicación
- Evaluación inicial de abuso de sustancias (también cubierta por la MCO)
- Servicios de asilo o estadía en una institución de convalecencia por más de 30 días
- Atención en el hogar limitada para personas con discapacidades de desarrollo.

¿En qué consiste el programa de Medicaid de Pago- Por- Servicio?

Algunas personas se inscriben en el sistema de Pago- Por- Servicio en lugar de inscribirse en una MCO. En ese caso, el afiliado a Medicaid puede ir a cualquier doctor u otro proveedor que acepte Medicaid. Sin embargo, también en este caso algunos servicios necesitan la aprobación previa del DHMH. Por ejemplo, las personas en el programa REM o las personas que son elegibles para ambos, Medicaid y Medicare, no se inscriben en una MCO sino en este sistema de pago- por- servicio.

¿Se puede cobrar por los servicios de salud que recibe un adulto a través de Medicaid?

La mayoría de los beneficios y servicios son gratuitos pero algunos servicios pueden requerir un pago menor, llamado co-pago. Por ejemplo, la MCO puede cobrar \$1 o \$3 como co-pago por medicinas que requieren receta. Aparte de ese pequeño co-pago, los proveedores no deben cobrarle por servicios que recibe cuando es miembro de Medicaid, ni siquiera cuando la MCO o el DHMH ha negado cobertura o pago por los servicios. Si recibe una factura, llame a MDLC.

¿Qué servicios dentales están disponibles para un adulto a través de Medicaid?

Algunas MCOs ofrecen una cobertura limitada para cuidado dental de prevención. Sin embargo, estos servicios podrían discontinuarse en cualquier momento porque son opcionales y no los exige la ley. Llame a la oficina de servicio al cliente de su MCO para mayor información o consulte el panfleto en: http://mmcp.dhmf.maryland.gov/healthchoice/Documents/120306_HC_cc_Mar012012_v1-PREP.pdf

El programa de Pago- Por- Servicio de Medicaid no cubre atención dental para adultos, excepto para mujeres embarazadas y adultos inscritos en el programa REM; estas personas tienen cobertura dental completa. Para mayor información o para obtener la lista de dentistas afiliados a este programa, llame a DentaQuest, al 1.888.696.9598 o visite la página web: www.dentaquestgov.com.

¿Puede un adulto obtener cobertura para examen de la vista y anteojos?

Las MCOs ofrecen cobertura limitada para anteojos y/o examen de la vista, cada uno o dos años. Aparte del examen de vista cada dos años, estos servicios pueden discontinuarse en cualquier momento puesto que son opcionales y no los exige la ley. Para mayor información, llame a la oficina de servicio al cliente de su MCO o revise el panfleto en la página de internet: http://mmcp.dhmf.maryland.gov/healthchoice/Documents/120306_HC_cc_Mar012012_v1-PREP.pdf

El programa de Pago- Por- Servicio de Medicaid, incluso el Programa REM, cubre el examen de la vista pero no los anteojos.

¿Qué son equipos médicos duraderos y dispositivos médicos descartables?

Las personas inscritas en Medicaid pueden obtener todos los equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y los dispositivos médicos descartables que sean médicamente necesarios. Algunos ejemplos incluyen:

Equipo Médico Duradero:

Sillas de ruedas
Aparatos para posición o sentarse
Equipo para traslado
Camas especializadas

Dispositivos Médicos Descartables:

Pañales para adultos
Dispositivos para diabéticos
Fórmula nutricional enteral/ parenteral
Fórmula para PKU/ otros problemas de alimentación

¿Cómo se puede obtener equipos y dispositivos médicos para un adulto?

Para obtener equipos y dispositivos, debe obtener una orden del doctor. En algunos casos, se puede necesitar una evaluación especializada para determinar las necesidades específicas de equipo de la persona. Un proveedor de DME, la compañía que ofrece los equipos, necesita enviar una propuesta a Medicaid, con la documentación necesaria.

Las personas inscritas en HealthChoice necesitan obtener la aprobación de su MCO o su plan de salud. El plan de salud tiene 72 horas para informarle a usted y al proveedor si aprobó o negó la solicitud de equipos o dispositivos. En caso de que se aprueben, la persona debe recibir los equipos y dispositivos en un plazo de hasta 7 días. Si se trata de una necesidad de emergencia, la persona debe recibir los equipos o dispositivos dentro de 24 horas.

Las personas en el programa de Pago-Por-Servicio necesitan la aprobación de DHMH para los equipos y, en ese caso, estos plazos no se aplican. Sin embargo, las personas en los programas de pago-por-servicio también tienen derecho a que se apruebe o nieguen los equipos y dispositivos médicos sin demoras injustificadas. Una vez aprobados los equipos o dispositivos, tiene derecho a recibirlos en un plazo razonablemente corto.

¿Cómo se puede obtener aparatos de comunicación?

Con el beneficio de DME, los adultos pueden obtener una evaluación para determinar la necesidad de aparatos de comunicación de aumento, así como los aparatos mismos si los recomienda la evaluación. Pida a su doctor de cuidado primario que le haga una derivación a un patólogo del habla y de lenguaje que pueda hacer la evaluación. Si el patólogo del habla y de lenguaje recomienda algún aparato de comunicación, el DHMH debe revisar y aprobar la solicitud primero, ya sea que la persona esté inscrita en una MCO o en uno de los programas de Pago-Por-Servicio de Medicaid. El patólogo del habla y de lenguaje que hace la evaluación debe trabajar con el DHMH y seguramente también con el proveedor del aparato de comunicación para enviar al DHMH toda la documentación necesaria para la aprobación. El doctor de atención primaria debe revisar la evaluación y enviar una carta indicando que está de acuerdo en que la persona necesita el aparato. Para mayor información, revise la página de internet: <http://www.mdclaw.org/wp-content/uploads/2011/01/Communication-devices-from-MA-January-2011.pdf>

Si la persona no puede obtener una evaluación para determinar su necesidad de un aparato de comunicación o el aparato mismo, llame al MDLC.

El programa de Medicaid de Maryland no cubre aparatos de comunicación no tradicionales. Por ejemplo, el DHMH no ha aprobado la cobertura de iPads, incluso cuando la persona lo podría utilizar como un aparato de comunicación. Llame al MDLC para averiguar sobre fondos para aparatos de comunicación no tradicionales a través de la Administración para Discapacidades de Desarrollo (DDA).

¿Cómo puede obtener servicios de salud mental?

Las personas diagnosticadas con una enfermedad mental pueden obtener servicios de salud mental. Aparte de las primeras 12 visitas para terapia en consulta externa o en la sala de emergencias, en general, las visitas deben ser pre-aprobadas por una organización privada que trabaja con el estado y

que se llama ValueOptions, y requieren la derivación de un profesional. Los servicios de salud mental incluyen, pero no están limitados a:

- Evaluación diagnóstica
- Manejo de medicación
- Terapia individual
- Terapia de grupo
- Terapia de familia
- Servicios de consulta externa
- Servicios de un administrador de caso especializado en salud mental
- Hospitalización
- Hospitalización parcial/tratamiento de día
- Tratamiento móvil
- Programa de rehabilitación psiquiátrica

Si una persona no tiene un diagnóstico de enfermedad mental cubierto por el sistema de salud mental pública, no será elegible para servicios de salud mental con un especialista. En ese caso, la MCO debe ofrecer atención primaria de salud mental.

En el caso de una persona con discapacidades de desarrollo que no tiene un diagnóstico de enfermedad mental pero que necesita una evaluación psiquiátrica, una revisión de sus medicamentos, u otro servicio del rubro, la persona, la familia o el profesional de salud puede llamar a ValueOption, en cualquier momento, 24 horas al día.

Profesionales: Llame a ValueOptions para solicitar servicios específicos. Se recomienda que la solicitud de servicio se confirme por escrito, firmada por un profesional acreditado, especificando el servicio que se requiere y la necesidad médica de ese servicio. De ser posible, el profesional que hace la derivación debe utilizar la página de internet de ProviderConnect:

<https://www.valueoptions.com/pc/eProvider/providerLogin.do>.

El profesional puede también llamar al 1-800-888-1965 o contactar ValueOptions por fax (1-877-502-1044) (guarde una copia de la confirmación del fax) o enviarla por correo a:

Jaime Miller, LCSW-C
Director of Clinical Operations
ValueOptions Maryland
P.O. Box 166
Linthicum, MD 21090
410-691-4091

Para mayor información, los profesionales pueden revisar el manual para proveedores del sistema de salud mental público de Maryland. Se puede obtener, a pedido, en la Administración de Higiene Mental, en ValueOptions, o en la página de internet: http://maryland.valueoptions.com/provider/prv_man.htm.

Personas y Familias: Aunque una persona o un familiar puede llamar a ValueOptions para solicitar servicios de salud mental, al 1-800-888-1965, recomendamos que obtenga asistencia de un profesional de salud mental para que haga la derivación. Asegúrese de darle este folleto al profesional de salud, para que le sirva de ayuda en el proceso de derivación.

ValueOptions debe cumplir con plazos muy estrictos para aprobar los servicios y determinar el proveedor de los mismos, según lo establecen las regulaciones del estado.

¿Qué es Cuidado Personal?

Bajo el Programa de Asistencia Médica de Cuidado Personal (MAPC, por sus siglas en inglés), un asistente de cuidado personal ofrece apoyo y asistencia directa a un afiliado en actividades necesarias para la vida diaria, tales como alimentarse, ir al baño, bañarse, vestirse y movilizarse, siempre y cuando esa asistencia sea médicamente necesaria. MAPC puede ofrecer este servicio tanto dentro como fuera de la casa de la persona, incluso en el trabajo o en un programa de capacitación laboral. No se puede mantener lista de espera para este servicio. Cuidado Personal, a diferencia de servicios de enfermería en el hogar o de atención de salud en el hogar, es para personas que no requieren cuidado especializado.

Cualquiera, ya sea un familiar, un administrador de caso, o cualquier persona puede solicitar este servicio llamando al Programa de Cuidado Personal de su localidad, en el departamento de salud de su condado. Si usted llama al departamento de salud de su condado pero tiene problemas para recibir la evaluación de la necesidad de servicios o para la aprobación de los servicios, o para conseguir un asistente de cuidado personal por una cantidad de horas suficiente, llame a MDLC.

Incluso una vez que se han aprobado los servicios, es posible que el departamento de salud tenga problemas para encontrar a alguien que preste los servicios de cuidado personal a la tasa de pago actual, que es una baja cantidad fija por día. Si hay un amigo, vecino o familiar dispuesto a prestar ese servicio de cuidado personal, debe presentar una solicitud para ser un asistente de cuidado personal aprobado por el estado. No pueden ser aprobados como asistentes de cuidado personal los esposos o las personas que tienen custodia completa y sin restricciones sobre la persona que necesita los servicios.

Si la persona está inscrita en uno de los programas de exención de Medicaid, y está recibiendo o desea recibir servicios de Cuidado Personal, las reglas pueden dificultar el obtener la aprobación de horas suficientes como para cubrir las necesidades de la persona. Llame al MDLC si tiene este problema.

¿Qué es la opción del plan de Medicaid del estado llamada Community First Choice (Comunidad como Primera Opción)?

La opción del plan de Medicaid del estado llamada Community First Choice (Comunidad como Primera Opción) va a estar disponible a partir del 2013, para ofrecer servicios y apoyos a través de servicios de cuidado y atención personal, con una tasa de pago más alta y más horas de servicio que el programa actual de Maryland. Para calificar, un adulto debe satisfacer el criterio de necesidad médica correspondiente al “nivel de cuidado de una institución de convalecencia” pero no estar en un hospicio. El DHMH actualiza la información sobre este programa en la página de internet:

<http://mmcp.dhmh.maryland.gov/longtermcare/SitePages/Long%20Term%20Care%20Reform.aspx>.

¿Qué es atención de salud en el hogar?

Las organizaciones de atención de salud en el hogar pueden prestar servicios de enfermería especializados y/o asistentes de salud en el hogar para las actividades de la vida diaria. Los servicios de salud en el hogar generalmente se prestan en la residencia del afiliado. Algunas personas reciben servicios de fisioterapia, de terapia ocupacional o de terapia de lenguaje en su hogar, así como también pueden recibir servicios de salud mental y dispositivos de salud para usar en casa. Los servicios de salud en el hogar están disponibles a tiempo parcial y en forma intermitente, para las personas que tienen una necesidad médica, y no sólo porque es más conveniente que llevar al paciente al centro de servicios. Sin embargo, no es requisito que la persona esté confinada en el hogar para recibir servicios de salud en el hogar.

Para recibir servicios de salud en el hogar, necesita una derivación de su doctor, quien debe obtener la aprobación de la MCO. Si usted está inscrito en el programa de Medicaid de Pago-por-Servicio, su

doctor debe obtener la aprobación del DHMH. El doctor debe coordinar con un proveedor de servicios en el hogar para obtener los servicios.

Los servicios de enfermería a tiempo completo o por turnos y servicios de asistentes de salud en el hogar están disponibles bajo el programa REM para algunas personas pero no están cubiertos por el programa regular de adultos de Medicaid. Los adultos inscritos en algunos de los programas de exención de Medicaid también pueden tener acceso a enfermeras/os o asistentes de salud en el hogar.

¿Cómo se puede obtener servicios de transporte a citas médicas para un adulto?

El servicio de asistencia con transporte para las citas médicas está cubierto cuando el afiliado no tiene transporte para llegar hasta las oficinas de su proveedor de salud. Llame al departamento de salud de su condado y pregunte por el programa de transporte de Asistencia Médica. Puede encontrar el teléfono del departamento de salud en la sección azul, de gobierno, de su guía telefónica. Algunos proveedores de salud tienen sus propios servicios de transporte para los pacientes. Además, su MCO puede ofrecer fichas (tokens) para el bus, servicios de taxi o de van, si se considera médicamente necesario. Llame a su MCO para obtener mayor información. Vea el panfleto:

http://mmcp.dhmh.maryland.gov/healthchoice/Documents/120306_HC_cc_Mar012012_v1-PREP.pdf

¿Qué es el programa para casos raros y caros (REM, por sus siglas en inglés)?

REM es una sección especial del programa de Medicaid para aquellas personas las cuales tienen ciertos diagnósticos o condiciones médicas y que llenan los requisitos de elegibilidad. Puede encontrar una lista de las condiciones médicas que califican, en la página de internet:

<http://www.dsd.state.md.us/comar/getfile.aspx?file=10.09.69.17.htm> o llame a MDLC.

Puede solicitar inscribirse en REM antes o después de escoger una MCO. Una vez que es aceptada en REM, la persona pasa al programa de pago-por-servicio y puede atenderse con cualquier proveedor de salud que acepte Medicaid. Se le asigna a la persona un administrador de caso REM, a quien debe acudir para que le ayude a obtener servicios de salud. Un beneficio importante de REM es que los adultos mayores de 21, así como las personas menores de 21, pueden continuar recibiendo en su hogar todos los servicios de enfermería o de asistentes de salud acreditados, mientras que la mayoría de los adultos en Medicaid sólo puede obtener muy limitados servicios de enfermería o de asistentes de salud acreditados en el hogar. Otros beneficios para adultos mayores de 21 que no pueden recibir otros adultos afiliados a Medicaid incluyen: cobertura total de servicios dentales; terapia ocupacional en la comunidad; servicios de lenguaje, de oído y de habla, en la comunidad; consejería y suplementos nutricionales; y atención quiropráctica.

Si una persona en REM pasa a ser elegible para el Seguro de Discapacidad de la Seguridad Social (SSDI, por sus siglas en inglés) y Medicare, puede continuar siendo elegible para REM.

¿Qué servicios residenciales puede obtener un adulto a través de Medicaid?

El programa Medicaid cubre internamiento en hospitales, en asilos, y en Instituciones de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF-ID, por sus siglas en inglés) para aquellos que cumplen con los requisitos de elegibilidad. La atención institucionalizada se considera la forma más restrictiva de vivienda y sólo se aprueba si no hay otro lugar menos restrictivo disponible para prestar los servicios dentro de un tiempo razonable. Para las personas afiliadas a uno de los programas de exención como Community Pathways (Senderos Comunitarios) o New Directions (Nuevos Caminos), que son programas de exención para personas con discapacidades de desarrollo (como se explica más adelante), la cobertura de servicios residenciales en hogares comunitarios depende de la necesidad de cada caso particular. Para mayor información, llame a su coordinador de servicios o recursos, o a MDLC.

Si un adulto no está inscrito en uno de estos programas de exención de Medicaid y tiene necesidad de servicios residenciales ya sea por razones de salud o de seguridad, llame al coordinador de servicios/recursos o llame a MDLC.

Póngase en contacto con MDLC para conocer los derechos legales de las personas con discapacidades de desarrollo que quieren salir de un asilo. Los residentes en instituciones de asilo pueden ser elegibles para alguno de los programas de exención de Medicaid –incluso aquellos programas que tienen lista de espera- para poder ser ubicados en un programa residencial en la comunidad o para recibir servicios en la comunidad que les permitan abandonar la institución de asilo.

MDLC se centra en conseguir servicios en la comunidad que permitan a la persona continuar viviendo en su casa o en la comunidad.

¿Cuál es el proceso que utiliza la Administración para Discapacidades de Desarrollo (DDA) para determinar elegibilidad?

Si usted cree que una persona tiene una discapacidad de desarrollo, complete la solicitud para que la DDA determine su elegibilidad desde ahora, al margen de si la persona necesita los servicios de DDA en estos momentos o si es elegible para Medicaid. Visite la página de internet <http://dda.dhmf.maryland.gov/SitePages/howtoapply.aspx> para ver una copia del formulario de solicitud. Solicítelo antes de que la persona cumpla 22 (o tan pronto como sea posible después de eso) y entregue a la DDA todos los records y expedientes sobre la discapacidad de la persona antes de los 22, incluyendo los resultados de las pruebas psicológicas disponibles.

La DDA puede determinar que una persona es (1) no elegible para servicios, (2) elegible sólo para Servicios de Apoyo Individual (ISS, por sus siglas en inglés) – también se les llama Solo Apoyo (SO, por sus siglas en inglés), o (3) completamente elegible, como persona con una discapacidad de desarrollo (DD, por sus siglas en inglés) – la categoría que presta la mayor cantidad de servicios. Para que en el futuro una persona pueda ser elegible para un programa de día, un programa residencial, o participar de uno de los dos programas de exención que se discuten a continuación, la DDA debe haber determinado que la persona tiene una discapacidad de desarrollo. Las personas que son consideradas elegibles tanto para ISS/SO o para DD también son ubicadas en una categoría de prioridad, como para resolución de crisis (la categoría más alta), y seguramente van a ser colocados en la lista de espera para servicios. Llame a MDLC para obtener más información sobre los criterios específicos que utiliza la DDA en este proceso y sobre cómo solicitar un cambio, o presentar una apelación a las decisiones de la DDA con respecto al criterio de elegibilidad o de prioridad. También puede solicitar una copia de nuestro folleto: *Los Programas de Exención de Medicaid de la Administración para Discapacidades del Desarrollo de Maryland: Una Guía Práctica*.

¿Cuál es la relación entre los servicios de Medicaid y los servicios de la Administración para Discapacidades de Desarrollo (DDA)?

La DDA ofrece servicios adicionales que no están cubiertos por el programa regular de Medicaid. Estos servicios de la DDA consisten, en principio, en personal de apoyo para ayudar a que las personas vivan más independientemente. Los servicios incluyen apoyo en el empleo, servicios de relevo en el cuidado de un afiliado, personal de apoyo en el hogar, modificaciones ambientales, apoyos de conducta, tecnología de asistencia y servicios residenciales y de día. Como los fondos para nuevos solicitantes son limitados, la DDA asigna a cada persona una categoría de elegibilidad y de prioridad. En general, la DDA sólo puede ofrecer nuevos servicios a las personas en la categoría de resolución de crisis – personas que están en situación de crisis. Una excepción importante es que por varios años la DDA ha tenido fondos para prestar servicios a los adultos jóvenes elegibles para asistirlos en el proceso de transición al salir de la escuela, después de cumplir 21 años. Los jóvenes que tienen una discapacidad de desarrollo que salen o completan la escuela antes de cumplir 21, no están incluidos en la definición

de jóvenes en transición hasta que cumplan los 21 años. La familia debe volver a ponerse en contacto con la DDA en ese momento.

La DDA ofrece la mayoría de sus servicios a través de un programa de exención de Medicaid llamado Community Pathways (Senderos Comunitarios), el que acepta un número limitado de nuevos afiliados cada año. La DDA puede inscribir a personas en sus programas de exención de Medicaid incluso si no son elegibles para el programa de Asistencia Médica en la comunidad. El criterio de elegibilidad para los programas de exención de Medicaid permite un ingreso individual para las personas mayores de 18 años de 300% del máximo monto mensual del beneficio Suplemento al Ingreso a través de la Seguridad Social (SSI, por sus siglas en inglés). Toda persona inscrita en uno de los programas de exención de Medicaid DDA tienen derecho a recibir Asistencia Médica para su atención de salud y de participar en uno de los programas de exención Medicaid DDA, para los servicios que necesitan.

MDLC aconseja a los jóvenes en edad de transición y a sus familias que trabajen con un coordinador de servicios o recursos de la DDA y acepten los servicios de DDA a los 21 o 22, al salir de la escuela. Si uno declina o demora los servicios al momento de salir de la escuela, la DDA pone al joven en la lista de espera y la persona va a tener que esperar a estar en una crisis para recibir servicios de la DDA y entrar en uno de los programas de exención de Medicaid.

Como las categorías de prioridad cambian cuando las circunstancias de la persona o de la familia cambian, si un adulto no está en uno de los programas de exención de Medicaid DDA, debe notificar inmediatamente a la DDA o a su coordinador de recursos si piensa que debería estar en una categoría de mayor prioridad.

Si cree que la DDA ha tomado una decisión equivocada sobre su elegibilidad o sobre su categoría de prioridad, usted puede solicitar una reconsideración o presentar una apelación.

La DDA tiene algunos fondos limitados para responder a una amplia variedad de necesidades individuales hasta por \$3,000 al año, por orden de llegada, a través del programa Servicios de Apoyo de Poca Intensidad (LISS, por sus siglas en inglés). Dependiendo de la disponibilidad de fondos, la DDA puede aprobar financiación para servicios por encima de los \$3,000 a través de LISS. Si usted no sabe si un servicio específico está cubierto por la DDA a través de Medicaid, o con fondos del estado, o si una persona está en un programa de exención, pida asistencia al MDLC.

¿Qué es el programa de exención llamado Community Pathways (Senderos Comunitarios)?

El programa de exención llamado Community Pathways (Senderos Comunitarios) está administrado por la DDA. Community Pathways ofrece servicios y apoyos en la comunidad a personas con discapacidades de desarrollo. Cada año hay un número limitado de vacantes nuevas y, si están llenas, los solicitantes pueden ser puestos en una lista de espera. Los participantes en este programa de exención califican para servicios a través de Medicare y reciben, además, servicios adicionales a través del programa. Para calificar para este programa de exención Community Pathways (Senderos Comunitarios), la persona debe tener un nivel de necesidad de atención que corresponda al que se requiere para ser admitido en una Institución de Cuidado Intermedio (ICF-ID, por sus siglas en inglés). Es decir, la persona debe cumplir con los requisitos que corresponden al criterio de discapacidad de desarrollo según el Código de Maryland, en la Sección General de Salud 7-101, y también, cumplir con el criterio de necesidad financiera. Si usted no sabe si una persona está en el programa de exención pero recibe algún tipo de apoyo de la DDA, pregunte a su coordinador de servicios o recursos, o en la oficina regional de la DDA. Las personas que están en un programa de día o que reciben un número significativo de horas de apoyo en el hogar, es probable que ya estén en el programa de exención. Si la persona no recibe servicios financiados por la DDA, probablemente no está en el programa y necesita solicitar su inscripción.

¿Cómo pueden los adultos afiliarse al programa de exención Community Pathways (Senderos Comunitarios)?

Para solicitar inscripción en este programa de exención, póngase en contacto con la oficina regional de la DDA en su localidad o visite la página de internet:

<http://dda.dhmf.maryland.gov/SitePages/howtoapply.aspx>. Llame al MDLC para recibir ayuda.

Si una persona ya está recibiendo algunos servicios de la DDA y tiene asignado un coordinador de servicios y recursos, el coordinador puede solicitar la admisión de la persona en el programa de exención.

Llame al MDLC si el coordinador no le puede ayudar.

¿Qué servicios están disponibles a través de este programa de exención?

Además de los servicios regulares a través de Medicaid, las personas inscritas en el programa de exención pueden ser elegibles para recibir:

- Coordinación de servicios/ recursos
- Personal de apoyo en el hogar (apoyo necesario para vivir en la comunidad)
- Ubicación en una residencia comunitaria
- Servicios de apoyo en el empleo
- Rehabilitación
- Servicios de apoyo a la persona y a la familia
- Servicios de relevo en el cuidado de un afiliado
- Apoyo conductual
- Modificaciones ambientales
- Tecnología de asistencia y equipamiento de accesibilidad
- Transporte
- Servicios de transición
- Servicios de cuidado médico de día

Llame al MDLC para preguntar sobre servicios de enfermería en el hogar para adultos que no son elegibles para REM.

¿Qué se puede hacer si una persona en este programa necesita servicios adicionales?

El coordinador de servicios/recursos debe organizar una reunión de equipo para discutir los servicios adicionales. Si el equipo decide que la persona necesita servicios adicionales, el coordinador de servicios/recursos debe enviar una solicitud por escrito a la DDA, adjuntando los documentos que la sustentan (tales como las evaluaciones médicas o profesionales, o datos de conducta). En situaciones de emergencia, el coordinador de servicios /recursos debe hacer la solicitud a la DDA por teléfono. Llame al MDLC si la solicitud es denegada o si no la atienden con la debida prontitud, ya que los participantes en el programa de exención tienen derecho a apelar. Vea más abajo.

¿Se pueden negar servicios bajo este program?

Los servicios del programa de exención mencionados anteriormente no deberían negarse si la persona los necesita; aunque algunos están sujetos a límites establecidos en la exención.

Ahora bien, toda persona inscrita en el programa de exención no está autorizada, automáticamente, a recibir los servicios mencionados. Más bien, las personas son elegibles para los servicios que el equipo establezca como necesarios para que aumente

su capacidad de vivir independientemente o para proteger su salud y seguridad. La DDA no puede negar servicios a las personas inscritas en el programa de exención aduciendo falta de fondos. Cuando la DDA niega servicios, debe enviar una carta explicando su decisión y el derecho de apelación. Llame al MDLC si necesita ayuda porque la DDA le ha negado servicios o cuando no ha respondido con la debida prontitud a la solicitud de servicios.

¿Qué es el programa de exención New Directions (Nuevos Caminos)?

El programa de exención New Directions (Nuevos Caminos) está administrado por la DDA y es para personas con discapacidades de desarrollo. El programa New Directions (Nuevos Caminos) permite a sus afiliados dirigir, ellos mismos, los servicios y apoyos en su casa o en la casa familiar, administrando su presupuesto y el personal que presta servicios. Permite a personas mayores de 21 pagar a sus familiares, incluso a sus padres, por servicios que les prestan, tales como apoyos en la casa o en la comunidad. La persona recibe ayuda de un coordinador de servicios/recursos, un gestor de asistencia y un administrador fiscal. Los criterios de elegibilidad médica y financiera, así como los servicios disponibles, son similares a los que ofrece el programa de exención Community Pathways (Senderos Comunitarios).

¿Cómo se puede solicitar inscripción para el programa de exención New Directions (Nuevos Caminos)?

Para solicitar inscripción en este programa de exención póngase en contacto con la oficina regional de la DDA en su localidad en la página de internet:

<http://dda.dhmdh.maryland.gov/SitePages/aboutdda.aspx>.

Si una persona ya está recibiendo algunos servicios de la DDA o si está inscrita en el programa de exención Community Pathways (Senderos Comunitarios), y tiene un coordinador de servicios/recursos, su coordinador puede ayudarle con el proceso de admisión al programa de exención New Directions (Nuevos Caminos).

¿Qué es el programa de exención Living at Home (Viva en su Hogar)?

El programa de exención Living at Home – Viva en su Hogar (LAHW, por sus siglas en inglés) es administrado por el DHMH y permite a sus afiliados la oportunidad de dirigir, ellos mismos, los servicios y apoyos comunitarios en su casa o la casa familiar, administrando su personal y presupuesto. Les permite pagar a familiares, incluso a los padres de estos adultos, por servicios como apoyo directo en el hogar y en la comunidad. Las personas reciben ayuda de un administrador de caso para los servicios y un administrador fiscal. Para calificar para este programa, la persona no necesita estar en un asilo o en una institución pero debe cumplir con el criterio de elegibilidad médica para “nivel de atención en institución de convalecencia” y tener una edad entre 18 y 64 años al momento de ingresar en el programa de exención.

¿Cómo pueden los adultos afiliarse al programa de exención Living at Home (Viva en su Hogar)?

Si la persona está en una institución de convalecencia y quiere solicitar inscribirse en este programa de exención, debe llamar al DHMH al 410-767-7479. Las personas que viven en la comunidad no pueden solicitar ingresar a este programa pero pueden anotarse en la lista de espera llamando al registro de servicios de exención, al teléfono 1-866-417-3480. Para mayor información, visite la página de internet:

http://mmcp.dhmdh.maryland.gov/docs/Living_Home_Waiver_Fact_Sheet_October_2010.pdf

¿Qué es el programa de exención para Personas de Edad Avanzada?

El programa de exención para Personas de Edad Avanzada (OAW, por sus siglas en inglés) es administrado por el Departamento de Edad Avanzada y se dedica a personas que tienen necesidades de servicios y apoyos por largo tiempo. El OAW presta servicios en una institución de vivienda asistida o en la casa de la persona o de su familia, administrando personal y servicios. Las personas reciben asistencia de un equipo médico y de un administrador de caso para servicios exhaustivos. Para calificar, la persona no necesita estar en un asilo pero si debe tener una edad de 50 años o más, y cumplir los requisitos para ser considerado elegible para “nivel de cuidado de asilo o similar”.

¿Cómo se solicita la inscripción en el programa de exención para Personas de Edad Avanzada?

Si se encuentra en una institución de asilo, llame a la oficina local del Departamento de Edad Avanzada. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto, visite la página de internet: <http://www.msa.md.gov/msa/mdmanual/10da/html/dalocal.html>
Las personas quienes viven en la comunidad no pueden solicitar inscripción en este programa pero pueden anotarse en la lista de espera llamando al registro de servicios, al 1-866-417-3480. Para mayor información, visite la página web: http://mmcp.dhmf.maryland.gov/docs/Older_Adults_Fact_Sheet_October_2010.pdf

¿Cuáles son algunos de los derechos legales de los afiliados a Medicaid?

- El Estado no puede poner a los afiliados en una lista de espera para servicios regulares de Medicaid pero si puede mantener una lista de espera para los programas de exención cuando todas las vacantes están cubiertas.
- Los servicios deben estar disponibles en todo el Estado.
- Los servicios deben ser aprobados o denegados y prestados “sin demora injustificada”
- El Estado debe asegurarse de que hayan proveedores disponibles para prestar los servicios necesarios.
- Los afiliados deben tener la libertad de escoger su proveedor.
- Se puede presentar una apelación si un servicio es negado o hay demora en obtenerlo.

¿Qué quiere decir “médicamente necesario”?

“Médicamente necesario” quiere decir que el servicio o el beneficio está relacionado con el diagnóstico, la cura, o la reducción de los síntomas de una enfermedad, lesión, discapacidad o condición de salud. El servicio o beneficio debe corresponder a lo que se considera buenas prácticas médicas, el método o tratamiento debe alcanzar el criterio de costo-efectivo y no primeramente por conveniencia; tampoco puede ser experimental. Para demostrar la necesidad médica es importante tener el apoyo del doctor o profesional tratante. El doctor debe escribir una carta indicando la condición de la persona, las necesidades que tiene del servicio o beneficio, y la razón de esa necesidad. La carta debe ser tan detallada como sea posible. La carta debe decir claramente por qué el doctor cree que el servicio es médicamente necesario para esa persona en particular. Si la persona tiene más de un doctor o profesional tratante, es mejor tener una carta de cada uno de ellos.

¿Qué se puede hacer si el profesional de salud recomienda un servicio o beneficio como “médicamente necesario” pero la MCO o el DHMH niega el beneficio?

Esto es una práctica común pero la persona tiene el derecho de presentar una apelación. En la audiencia de apelación la opinión del profesional de salud es muy importante. La ley le da más

peso a la opinión del profesional de salud que a la opinión de los profesionales que trabajan para los planes de salud o para el estado y que nunca han conocido al paciente. La voluntad del profesional tratante de participar (algunas veces, hasta por teléfono) y explicar por qué el servicio es médicamente necesario es fundamental para el éxito en la audiencia de apelación. Póngase en contacto con el MDLC para recibir ayuda al momento de presentar una apelación.

¿Qué se puede hacer si el servicio que se necesita no está disponible cerca a la casa del beneficiario?

Los miembros de Medicaid tienen derecho a recibir ciertos servicios de salud a una distancia razonable de su casa. Estos servicios incluyen cuidado primario de la salud, farmacia, ginecología/obstetricia y servicios de laboratorio y rayos X. Una “distancia razonable” se define como a 10 minutos de distancia de una farmacia y a 30 minutos de distancia de otros servicios. Si necesita ayuda para ubicar un proveedor de servicios cerca a su casa, llame al número de servicio al cliente en la parte de atrás de su tarjeta de seguro Medicaid y pida ayuda para ubicar un proveedor en su zona.

¿Qué pasa si una persona tiene un seguro privado además de Medicaid?

Medicaid es el pagador de último recurso. Esto quiere decir que Medicaid sólo va a pagar si el otro seguro no cubre ese servicio en particular. Trate de encontrar un proveedor que participe tanto en su plan de seguro médico como en Medicaid. Si el seguro privado cubre el servicio, Medicaid puede pagar la parte de co-pago, siempre y cuando el proveedor participe en Medicaid. Asegúrese de informarle al proveedor de salud que la persona tiene Medicaid además del seguro privado.

Si bajo el plan de seguro privado hay un co-pago para medicinas con receta, Medicaid debe pagar el co-pago, aunque existen ciertas excepciones. Dígale al empleado de la farmacia que cobre la medicina al seguro primario y el co-pago a Medicaid. Si usted tiene preguntas o problemas con la cobertura de medicinas con receta, llame a la línea de Acceso para Miembros del Programa de Farmacia, al 1-800-492-5231, o al MDLC.

¿Cuáles son los pasos a seguir si una persona no puede obtener los servicios que necesita a través de Medicaid?

Si se niega o hay una demora injustificada para un servicio a través de Medicaid o de uno de los programas de exención, la persona tiene el derecho de emprender una acción legal. Cuando se niega, se reduce o se termina un beneficio, la MCO o el DHMH debe notificar por escrito al afiliado, indicando las razones para la denegación y dándole información sobre el proceso de apelación. Le recomendamos que se ponga en contacto con el MDLC antes de iniciar alguno de los pasos indicados en la carta (o más abajo), si el tiempo lo permite. Llame a la oficina de recepción de MDLC entre Lunes y Viernes, al 410-727-6352 o al 1-800-233-7201.

En casos en donde la MCO o el DHMH termina o reduce alguno de los servicios que se estaban recibiendo, es importante que la persona pida, inmediatamente, una audiencia; debe hacerlo por escrito. La carta de apelación debe llegar a la oficina de la MCO o del DHMH en un lapso de 10 días desde la fecha de la carta de denegación. Si se hace esto, los servicios deben continuar hasta que se tome una decisión sobre la apelación.

En algunos casos, el MDLC puede ofrecerle representación legal. La representación del MDLC es gratuita. En otros casos, podemos derivar su caso a otros abogados que le puedan representar en forma gratuita. El MDLC tiene una lista de abogados privados que están dispuestos a representar, pro-bono, a personas de bajos ingresos. Sin embargo, no podemos garantizarle que haya un abogado pro-bono disponible al momento en que usted se ponga en contacto con el MDLC.

Si la MCO niega un servicio a una persona bajo el Programa HealthChoice, llame a la línea de Acción para los Afiliados de Salud (Línea HEAL, por su nombre en inglés) para presentar una queja o una apelación: 1-800-284-4510. Puede llamar a MDLC primero para obtener sugerencias. También, se le puede asignar un ombudsman local para que le ayude a obtener los servicios y beneficios que necesita. Si se le niega un servicio que debería estar cubierto por el programa de pago-por-servicio, llame al 1-800-492-5231 para presentar una queja o una apelación. Toda queja o apelación se debe presentar por escrito.

Si ValueOptions le niega servicios de salud mental, usted debe presentar su apelación por escrito a ValueOptions.

Si se niega un servicio a través de Medicaid o de uno de los programas de exención, o si hay una demora injustificada en obtener el servicio, el afiliado tiene el derecho de solicitar una audiencia de justicia a Medicaid. Esta es una audiencia ante un Juez Administrativo. No se requiere que el afiliado tenga abogado, sin embargo, es altamente recomendable. Podrían haber otras opciones, más informales, de apelación, que varían según las circunstancias. Llame al MDLC para obtener mayor información sobre sus derechos y opciones de apelación.

GLOSARIO

DD – Discapacidades de Desarrollo

DDA – Administración para Discapacidades de Desarrollo

DHMH – Departamento de Salud e Higiene Mental

DME – Equipos Médicos Duraderos

HEAL – Línea de Acción para los Afiliados de Salud

ICF-ID - Institución de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades Intelectuales

ISS/SO – Servicios de Apoyo Individual o Solo Apoyo

LAHW – Programa de Exención Viva en su Hogar (Living At Home Waiver)

LISS – Servicios de Apoyo de Poca Intensidad

MA – Asistencia Médica

MAPC – Cuidado Personal a través de Asistencia Médica

MCO – Organización Administradora de Salud

MDLC – Centro Legal de Dicapacidad de Maryland

OAW – Programa de Exención para Personas de Edad Avanzada

PCP – Proveedor Primario de Salud

REM – Administración de Casos Raros y Caros

SSDI – Seguro de Discapacidad de la Seguridad Social

SSI – Suplemento al Ingreso a través de la Seguridad Social

RECURSOS

Opción del plan del estado Medicaid llamada Community First Choice (Comunidad Primera Opción)

Internet:

<http://mmcp.dhmf.maryland.gov/longtermcare/SitePages/Long%20Term%20Care%20Reform.aspx>

Administración para Discapacidades de Desarrollo

Teléfono: 410-767-5600

Internet: <http://dda.dhmf.maryland.gov/SitePages/howtoapply.aspx>

DentaQuest servicios dentales

Teléfono: 1-888-696-9598

Internet: www.dentaquestgov.com

HealthChoice

Teléfono: 1-800-977-7388

Internet: http://mmcp.dhmf.maryland.gov/healthchoice/Documents/120306_HC_cc_Mar012012_v1-PREP.pdf

Programa de Exención Living At Home (Viva en su Hogar)

Internet: http://mmcp.dhmf.maryland.gov/docs/Living_Home_Waiver_Fact_Sheet_October_2010.pdf

Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland

Teléfono: 1-800-456-8900

Teléfono: 1-800-284-4510 *Línea de Acción para Afiliados de Salud*

Internet: <http://mmcp.dhmf.maryland.gov/chp/SitePages/Home.aspx>. *Información de Medicaid*

Departamento de Recursos Humanos de Maryland

Internet: <http://dhr.maryland.gov/fiaprograms/medical.php> *Información de Medicaid*

Administración para Discapacidades de Desarrollo de Maryland

Teléfono: 410-767-5600

Internet: www.dda.dhmf.maryland.gov

Centro de Discapacidad de Desarrollo de Maryland

Teléfono: 410-727-6352 or 1-800-727-6352

Internet: www.mdclaw.org

Línea de Acceso al Programa de Asistencia Médica de Maryland y de Farmacia

Teléfono: 1-800-492-5231

Programa de Exención para Personas de Edad Avanzada

Internet: http://mmcp.dhmf.maryland.gov/docs/Older_Adults_Fact_Sheet_October_2010.pdf

Manual para Proveedores sobre el Sistema Público de Salud Mental

Internet: http://maryland.valueoptions.com/provider/prv_man.htm

Programa REM – Lista de condiciones que Califican para este programa

Internet: <http://www.dsd.state.md.us/comar/getfile.aspx?file=10.09.69.17.htm>

ValueOptions

Teléfono: 1-800-888-1965 Fax: 1-877-502-1044

Internet: <https://www.valueoptions.com/pc/eProvider/providerLogin.do> (*Para profesionales tratantes*)

NOTAS



**Centro Legal de Discapacidad de Maryland
1500 Union Avenue
Suite 2000
Baltimore, Maryland 21211-1982**

**Teléfono: 410.727.6352 Llamada Gratuita: 1.800.233.7201
www.mdclaw.org**