

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE NEBRASKA

# DOCUMENTO GUÍA

"Este documento de orientación es de carácter consultivo pero es vinculante para una agencia hasta que sea enmendado por dicha agencia. Un documento de orientación no incluye documentos de procedimiento interno que sólo afectan a las operaciones internas de la agencia y no impone requisitos o sanciones adicionales a las partes reguladas ni incluye información confidencial o normas y reglamentos hechos de acuerdo con la Ley de Procedimiento Administrativo de Nebraska. Si cree que este documento de orientación impone requisitos o sanciones adicionales a las partes reguladas, puede solicitar una revisión del documento".

De acuerdo con  
Neb. Rev. Stat. § 84-901.03

**NEBRASKA**

Good Life. Great Mission.

DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES



Fecha de aprobación: 3 de noviembre de 2022

## **Base legal del Programa para niños médicamente discapacitados (MHCP):**

Los servicios del Título V para el Programa para niños con discapacidades médicas se administran conforme a la Ley Pública 97-35, Subtítulo D, 42 Código de los Estados Unidos (U.S.C.) §§ 701-713, "Subvención en bloque para servicios de salud materno-infantil del Título V" y el Estatuto Revisado de Nebraska. (Nebraska. Rev. Stat.) §§ 43-522, 68-309 y 68-717. El Programa de Personas Genéticamente Discapacitadas es un programa para adultos con fibrosis quística, hemofilia y anemia falciforme establecido por Nab. Rev. Estadística. §§ 68-1401 a 68-1406. El Programa para niños discapacitados es administrado por el Departamento como parte de la subvención en bloque para servicios de salud materno infantil del Título V.

El Programa para niños con discapacidades médicas y el Programa para niños discapacitados están financiados por una subvención federal en bloque y fondos estatales asignados por la legislatura. El Programa de Personas Genéticamente Discapacitadas se financia con fondos estatales asignados por la legislatura. El Departamento tiene la autoridad para establecer prioridades de servicios y componentes de servicios según los fondos disponibles. Se pueden aceptar donaciones.

## **Definiciones de MHCP:**

- Tratamiento Activo significa tratamiento que está dirigido inmediatamente a la cura, mantenimiento o mejora de la condición médica del cliente.
- Condición aguda significa una condición médica que tiene un inicio repentino, un aumento brusco y un curso corto.
- Certificación significa un proceso en el que se aprueba al cliente para un plan de tratamiento médico individual específico y se determina que es financieramente elegible; Luego se aprueba la autorización para atención específica.
- Condición crónica significa una condición médica que progresa lentamente y es de larga duración y que puede mejorarse o mantenerse mediante tratamiento médico activo o estabilizarse.
- Clinica significa un proceso en el que especialistas médicos contratados o aprobados por MHCP, incluida la familia, evalúan al cliente y formulan el plan de tratamiento médico individual (IMPT) en un entorno designado por MHCP.
- Las deducciones significan aquellos elementos que se restan directamente de los ingresos y recursos contables de la familia antes de compararlos con las pautas financieras del MHCP para determinar la elegibilidad financiera.



- Elegibilidad significa un proceso en el que se aprueba al cliente para un plan de tratamiento médico individual específico y se determina que es financieramente elegible; Luego se aprueba la autorización para atención específica.
- Menor emancipado significa, al determinar la elegibilidad financiera, un niño de 18 años o menos que se considera un adulto porque:
  1. Casado; o
  2. Se mudó lejos de la casa de los padres y no recibe apoyo de ellos.
- Familia significa una unidad compuesta por uno o más adultos (individuos de 19 años o más) y uno o más niños relacionados por sangre, matrimonio o adopción que se consideran miembros de la unidad familiar. Se puede incluir un feto si se obtiene prueba de embarazo. Se consideran familias separadas las siguientes:
  1. Adultos relacionados distintos de los cónyuges y adultos no relacionados que residen juntos,
  2. Niños que viven con familiares no legalmente responsables; y
  3. Menor emancipado.Una persona de 19 años o más que vive en casa se considera una unidad familiar separada. El coordinador de servicios debe considerar únicamente los ingresos y recursos del individuo. El apoyo familiar se considera contribuciones.
- Margen financiero significa el veinticinco por ciento de la cantidad por la cual los ingresos y recursos contables de la familia exceden las pautas financieras del MHCP menos la desconsideración y las deducciones del margen financiero.
- Deducciones del Margen Financiero significa aquellas partidas que se restan del margen financiero para determinar cualquier monto que el cliente, padres o tutor deba obligar por la atención médica del cliente.
- Plan de tratamiento médico individual (IMTP) significa un plan individualizado escrito desarrollado por un médico especialista contratado por el MHCP o un equipo clínico que prescribe un tratamiento específico y/o una evaluación de diagnóstico.
- Medicamente discapacitados (niños con necesidades especiales de atención médica) significa niños menores de veintiún años de edad que experimentan una condición ortopédica, parálisis cerebral, fibrosis quística, enfermedad cardíaca, un problema ocular susceptible de cirugía, una discapacidad plástica oral, parto en la mitad de la línea defecto, problema de audición, neoplasia o cualquier otra enfermedad importante que sea incapacitante o que conduzca a una discapacidad y para la cual esté indicado un plan de tratamiento activo. Este programa no cubre la atención de afecciones agudas, como enfermedades infecciosas, apendicectomía o fracturas simples.
- Destinatario significa una persona que ha sido referida, ha solicitado o está certificada para MHCP.



- Remisión significa una acción por la cual una familia o un individuo desea recibir servicios para niños con necesidades especiales de atención médica y se da a conocer a una oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- Revisar un reexamen completo de todos los documentos y otra información disponible sobre el caso y, si lo solicita la parte agraviada, puede incluir una reunión para una discusión informal del asunto entre la parte agraviada y su representante (si corresponde), y el personal administrativo del MHCP que realiza la revisión.
- Proveedor significa un individuo o agencia seleccionada por una familia o cuidador para brindar.
- Una licencia de conducir válida es una licencia vigente emitida por la oficina estatal o local autorizada para otorgar licencias a personas para la operación de vehículos motorizados.
- El registro de vehículos es el registro de un vehículo de motor ante una autoridad gubernamental, ya sea obligatorio o no.
  
- Referencia de emergencia:
  - El departamento de emergencias de un hospital que desee derivar a posibles solicitantes debe realizar la derivación dentro de los cinco días posteriores al ingreso al hospital.
  
- Aplicaciones:
  - El Departamento debe recibir la solicitud completa y la autorización firmada del solicitante dentro de los 30 días posteriores al envío por correo del Departamento de los formularios.
  
- Exclusiones de Ingresos:
  - La manutención de los hijos o la manutención del cónyuge se excluyen como fuentes de ingresos.
  
- Límites de recursos:
  - Límites de recursos:
  
- Servicios prestados fuera de Nebraska:
  - Situaciones de emergencia que surgen mientras el destinatario está de visita en otro estado y su salud estaría en peligro si la atención se pospusiera hasta que el destinatario regresara a Nebraska. Los servicios médicos están cubiertos como si se proporcionaran en Nebraska. Los servicios de emergencia pueden ser revisados por el consultor médico. Los servicios de emergencia estarán cubiertos por hasta cinco días.
  
- Determinación de elegibilidad médica:
  - El departamento determinará la elegibilidad médica para el diagnóstico de diabetes. El consultor médico no determina la elegibilidad médica.



- Determinación de elegibilidad médica:
  - El departamento determinó la elegibilidad médica para el diagnóstico cardíaco. El consultor médico solo determinará la elegibilidad para afecciones cardíacas que se incluyan en la categoría “se pueden considerar otros diagnósticos”.
- Diagnóstico y servicios de hemofilia:
  - Este servicio brinda tratamiento para la hemofilia y ciertos trastornos hemorrágicos.
- Atención Médica Especializada:
  - La atención médica especializada está cubierta, según el componente de servicio de cada diagnóstico, para beneficiarios elegibles de 21 años o más. La atención médica debe estar plasmada en el plan de tratamiento médico individual desarrollado y firmado por un profesional de la salud. La atención médica especializada debe estar directamente relacionada con el diagnóstico médicamente elegible. La atención médica general y de rutina no es un servicio cubierto.
- Inscripción de proveedores:
  - El proveedor debe mantener registros de los servicios prestados durante un mínimo de seis años después de la fecha del servicio.
- Presentación oportuna:
  - Los proveedores médicos deben facturar dentro de los seis meses a partir de la fecha del servicio para que el pago sea considerado por el Departamento. Se rechazarán las reclamaciones recibidas más allá de los seis meses desde la fecha del servicio.
- Tarifas de Pago por Servicios Médicos:
  - Las tarifas de farmacia son las facturadas. El equipo médico duradero, las tarifas de los médicos, las tarifas de los hospitales y las tarifas dentales siguen las tablas de tarifas de Medicaid.
- Aplicaciones:
  - Al recibir una remisión, el Departamento verifica el estado de pago actual del Seguro de Ingreso Suplementario antes de enviar las solicitudes por correo a los posibles solicitantes. El Departamento debe recibir la solicitud completa dentro de los 30 días posteriores al envío por correo de la solicitud. Un adulto legalmente responsable de 19 años o más debe completar la solicitud. Una referencia no es un requisito para completar una solicitud.
- Necesita valoración:



- Una vez que se determina que el solicitante o destinatario es elegible, se completa una evaluación de necesidades para identificar las necesidades de la familia relacionadas con la discapacidad.
- Millaje médico:
  - El reembolso de kilometraje médico es un servicio cubierto para familias que transportan a los destinatarios para recibir atención o tratamiento médico relacionado con una discapacidad. El millaje para atención médica general y de rutina no es un servicio cubierto. La tasa de reembolso por millaje médico sigue la tasa de millaje estándar anual del Servicio de Impuestos Internos por milla recorrida con fines médicos.
  - Toda facturación de Reembolso de Millas deberá mostrar prueba de una licencia de conducir válida y registro de vehículo vigente.
    - Se negará el reembolso de millas a los conductores sin licencia.
    - Si el vehículo no está registrado a nombre del padre/tutor, será necesario enviar la aprobación previa al Coordinador del programa.
- Alojamiento:
  - El alojamiento es un servicio cubierto para familias que viajan largas distancias para recibir atención o tratamiento relacionado con una discapacidad para el destinatario. Si hay alojamiento disponible a través de otro programa sin costo o con costo mínimo, es posible que este servicio no esté disponible. La tasa de reembolso por alojamiento sigue las tarifas diarias diarias de la Administración de Servicios Generales de los Estados Unidos según la ubicación del alojamiento. El alojamiento adicional por motivos de ocio es opcional y no está cubierto.
- Cuidado de relevo:
  - El cuidado de relevo es un servicio cubierto que brinda a los cuidadores un breve descanso del cuidado del destinatario con necesidades especiales de atención médica. El Departamento determina el monto máximo en dólares de atención de relevo para cada beneficiario según las necesidades de la familia y los fondos disponibles, sin exceder los \$125 por mes, que luego se incluye en el plan de servicio individual. El cuidado de relevo no se puede utilizar como cuidado infantil cuando un cuidador está trabajando o asistiendo a la escuela.
- Proveedores de relevo:
  - Los padres y tutores legales de los beneficiarios son responsables de localizar proveedores de relevo para cuidar a los beneficiarios. Se requiere lo siguiente de todos los proveedores de relevo:
    - (1) El proveedor debe someterse a una verificación de registro de niños y adultos al menos una vez cada doce (12) meses para estar inscrito como proveedor. El Departamento puede requerir verificaciones de registro adicionales cuando las circunstancias justifiquen una mayor investigación. El Departamento puede, a su discreción, aceptar una verificación de registro de un niño y un adulto completada por otro programa del Departamento dentro de los doce (12) meses anteriores.



Los fondos no se pueden utilizar para pagar a proveedores identificados en los registros de niños o adultos del Departamento como autores comprobados de abuso o negligencia.

- (2) El proveedor debe tener 19 años o más.
  - (2) El proveedor debe tener 19 años o más.
  - (4) Se recomiendan proveedores no familiares. El Departamento tiene la discreción de negar el pago a proveedores familiares siempre que haya proveedores disponibles en el área de residencia del destinatario.
- Pagos a los padres o tutor legal del destinatario:
    - Los pagos se realizan como reembolso al padre o tutor legal del destinatario por el kilometraje médico y los servicios de alojamiento. Los documentos de facturación deben completarse con precisión y recibirse en el Departamento a tiempo, dentro de los 60 días a partir de la fecha del servicio, para que se los considere para el pago. Se negará el pago a las facturas recibidas por el Departamento después de 60 días a partir de la fecha del servicio. Se deberá completar un documento de facturación cada mes por cada tipo de servicio autorizado. Se pueden rechazar reclamos de facturación inexactos o incompletos.