ELIJA UNA COBERTURA QUE MANTENGA LA ATENCION A SU ALCANCE

Su lista de verificacion para la Inscripcion Abierta

Use this checklist before selecting a health plan. Look at your child's complete healthcare needs - not only one provider. Keep notes as you compare options and verify information through official enrollment resources and each health plan.

Child's name: _____	Plan de salud actual: _____
Estado / programa de Medicaid: _____	Fecha limite: _____

1. REVISE LOS PROVEEDORES QUE UTILIZA SU HIJO/A

- ☐ Pediatra o proveedor de atencion primaria
- ☐ Proveedor de terapia del autismo o ABA, incluido Lighthouse Autism Center si corresponde
- ☐ Especialistas, psicologos, proveedores de diagnostico y otros terapeutas
- ☐ Hospital o sistema de salud de preferencia
- ☐ Farmacia y otros proveedores de atencion medica que utiliza regularmente

2. CHECK YOUR CHILD'S HEALTHCARE NEEDS

- ☐ Prescription medications and the plan's current drug coverage
- ☐ Beneficios de terapia, limites de visitas, requisitos de autorizacion y costos compartidos
- ☐ Ubicaciones de proveedores, beneficios de transporte y distancia de viaje
- ☐ Otros servicios o beneficios importantes para su hijo/a y su familia

3. COMPARE CADA PLAN

- ☐ Confirme si cada proveedor importante esta actualmente dentro de la red
- ☐ Llame al plan de salud o consulte su directorio actual de proveedores; no confie solo en una afirmacion general de que un proveedor "acepta Medicaid"
- ☐ Confirme como funcionan las remisiones y las autorizaciones previas
- ☐ Revise primas, copagos, deducibles, reglas de farmacia y otros costos familiares, si corresponde
- ☐ Anota el nombre del representante, la fecha, el número de confirmación y lo que te dijeron.

NOTAS PARA COMPARAR PLANES

Nombre del plan	Proveedores importantes en la red?	Preguntas / notas
	☐ Si ☐ No ☐ Debo verificar	

	☐ Si ☐ No ☐ Debo verificar	
	☐ Si ☐ No ☐ Debo verificar	

4. ANTES DE INSCRIBIRSE

- ☐ Confirme la fecha limite oficial de Inscripcion Abierta para su estado y programa de Medicaid
- ☐ Confirme cuando entraria en vigor el nuevo plan
- ☐ Use el sitio web o numero telefonico oficial de inscripcion para hacer su seleccion
- ☐ Guarde la confirmacion de inscripcion, el numero de referencia y los avisos que reciba
- ☐ Mantenga actualizados su direccion, telefono y correo electronico con Medicaid

5. DESPUES DE QUE CAMBIE SU PLAN

- ☐ Este atento a su nueva tarjeta de miembro y a la informacion del plan
- ☐ Share updated insurance information with your child's healthcare providers
- ☐ Comuniquese con Lighthouse si desea iniciar, reanudar o continuar los servicios
- ☐ Pregunte si se requiere verificar beneficios, obtener autorizacion previa, realizar una evaluacion u otros pasos
- ☐ Guarde copias de los avisos, tarjetas del seguro y documentos de autorizacion

Preguntas para hacer al plan	“Is [provider name and location] currently in-network for my child's specific Medicaid plan?” “What autism therapy benefits and authorization requirements apply?” “When will the plan change become effective?”

Necesita ayuda? Lighthouse puede explicarle que planes incluyen actualmente a Lighthouse, ofrecerle preguntas que puede hacer y dirigirle a recursos oficiales de inscripcion. Lighthouse no puede seleccionar un plan para su familia ni determinar cual es el mejor para su hijo/a.

Importante: La participacion de proveedores, los beneficios, los requisitos de autorizacion, la disponibilidad de planes y la disponibilidad de servicios pueden cambiar. Verifique la informacion con el recurso oficial de inscripcion y con el plan de salud antes de inscribirse. Seleccionar un plan que incluya a Lighthouse en su red no garantiza elegibilidad, autorizacion, cupo, continuidad de atencion ni una fecha especifica de inicio.