

2013 National Training Program

Módulo: 12

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños (CHIP)



Módulo 12: Medicaid y el Seguro Médico para los Niños (CHIP)

Índice

Introducción	1
Objetivos de la sesión.....	2
Lección 1 — Las generalidades de Medicaid.....	3
¿En qué difieren Medicare y Medicaid?.....	4
Personas con Medicare - Medicaid	5
Administración del programa Medicaid.....	6
Administración Estatal de Medicaid.....	7
La agencia Medicaid de cada estado	8
Fíjese cuánto sabe.....	9
Lección 2 — La elegibilidad para Medicaid y los beneficios.....	10
Grupos obligatorios y optativos	11
Requisitos categóricos en el 2013.....	12
2013 Elegibilidad obligatoria para los grupos relacionados con AFDC	13
La elegibilidad para SSI en el 2013: Ancianos, novidentes y discapacitados	14
Grupos de elegibilidad optativa	15
Requisitos no financieros para el 2013.....	16
Requisitos financieros para el 2013.....	17
¿Qué se considera como ingresos en el 2013?.....	18
¿Qué se considera como ingresos en el 2013?.....	19
Individuos médicamente necesitados.....	20
Programa para los médicamente necesitados.....	21
Beneficios obligatorios del plan estatal de Medicaid.....	22
Beneficios optativos del plan estatal de Medicaid.....	24

Índice

Exenciones de Medicaid	25
Fíjese cuánto sabe	26
Lección 3 — El Seguro Médico para los Niños(CHIP)	27
Descripción general del CHIP	28
El programa CHIP	29
¿Quién es elegible para CHIP?	30
Niños elegibles.....	31
Requisitos de ciudadanía	32
Express Lane una opción de elegibilidad	33
Los programas CHIP en cada estado.....	34
Los límites más altos de ingresos para CHIP	35
Porcentaje de ayuda médica federal	36
Beneficios del Programa Estatal del Seguro Médico para los Niños (Título XXI).....	37
CHIPRA y la nueva Ley.....	38
Fíjese cuánto sabe.....	39
Lección 4 — La Ley de Atención Médica Asequible(ACA) Una cobertura sin fallas y accesible.....	40
La expansión de Medicaid.....	41
La elegibilidad para Medicaid en el 2014.....	42
El Medicaid simplificado y el Seguro Médico para los Niños (CHIP).....	43
¿Qué es el Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI por su sigla en inglés)?	45
Determinación de MAGI	46
Coordinación: Un sistema de cobertura sin fallas.....	47
El proceso de inscripción y la solicitud única	48
Seguros médicos asequibles(2014) - Sin Expansión.....	49
Un sistema de cobertura (2014) – Con Expansión	50

Los próximos pasos	51
Fíjese cuánto sabe.....	53
Lección 5 — Programas de Ahorros de Medicare	54
Los beneficios de Medicaid que reciben las personas inscritas en Medicare-Medicaid	55
¿Quién es elegible para los MSP?	56
Solicitud de los beneficios	57
Fíjese cuánto sabe.....	58
Guía de Recursos para Medicaid y CHIP.....	59
Información de contacto del Programa Nacional de Entrenamiento de CMS	60
Apéndices.....	61
Acrónimos.....	65

Este módulo puede presentarse en 1 hora.
Agregue 30 minutos más aproximadamente
para discusión, preguntas y respuestas y las
actividades de aprendizaje.



Programa Nacional de Entrenamiento



Módulo 12 Medicaid y el Seguro Médico para los Niños (CHIP)

El Módulo 12 le explica el *Programa Medicaid y el Seguro Médico para los Niños (CHIP)*.

Este módulo de entrenamiento fue desarrollado y aprobado por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid y el Seguro Médico para los Niños (CHIP en inglés).

La información en este módulo estaba vigente en mayo de 2013.

Para consultar las actualizaciones a la reforma sanitaria, visite www.healthcare.gov.

Para consultar la Ley de Atención Médica Asequible, visite <http://www.healthcare.gov/law/index.html>.

Para consultar una versión actualizada de este módulo, visite <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html>.

El material del Programa de Entrenamiento Nacional de Medicare no es un documento legal. Las normas oficiales del programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

NOTA: Los presentadores pueden llenar los Apéndice A-D con información local.



Objetivos de la sesión

Esta sesión le ayudará a:

- Identificar al programa Medicaid
- Comparar las diferencias entre la elegibilidad y beneficios de Medicaid entre el 2013 y el 2014
- Obtener un resumen sobre el Seguro Médico para los Niños (CHIP)
- Describir los Programa de Ahorros de Medicare

05/01/2013 Medicaid y el Seguro Médico para los Niños 2

Esta sesión le ayudará a:

- Identificar al programa Medicaid
- Comparar las diferencias entre la elegibilidad y beneficios de Medicaid entre el 2013 y el 2014
- Obtener un resumen sobre el Seguro Médico para los Niños (CHIP)
- Describir los Programa de Ahorros de Medicare



Lección 1 – Las generalidades de Medicaid

- Programa federal y estatal de subsidio
- Ayuda médica para las personas con ingresos y recursos limitados
- Ofrece cobertura a 60 millones de adultos/niños
- Complementa la cobertura de Medicare para 9 millones de personas de la tercera edad/discapacitados

05/01/2013 Medicaid y el Seguro Médico para los Niños 3

- Medicaid es un programa federal y estatal de derecho garantizado * para un segmento de la población, que brinda ayuda médica a individuos y familias con ingresos y recursos limitados.
- Medicaid es la fuente más grande de subsidio de servicios de salud para los estadounidenses más pobres. Medicaid y el Seguro Médico para los Niños (CHIP) proveen cobertura a cerca de 60 millones de estadounidenses incluidos los niños, embarazadas, padres, personas de la tercera edad y discapacitados.
- El programa Medicaid fue promulgado como Ley en 1965, Título XIX (19) de la Ley del Seguro Social (SSA en inglés), como un proyecto conjunto financiado por el gobierno federal y los gobiernos estatales (incluidos el Distrito de Columbia y los Territorios), para ayudar a los estados a brindar ayuda médica a las personas necesitadas que cumplan los requisitos de elegibilidad.

*Derecho garantizado – un programa gubernamental que garantiza ciertos beneficios a un grupo o segmento particular de la población.

NOTA: Medicaid no es un programa de ayuda en efectivo sino que les paga a los proveedores de la salud directamente por lo servicios que usted recibe.

¿En qué difieren Medicare y Medicaid?

Medicare	Medicaid
Es un programa nacional que no varía en todo el país	Es un programa estatal que varía de estado a estado
Es administrado por el gobierno federal	Es administrado por los gobiernos estatales dentro de las normas federales (asociación federal/estatal)
Seguro médico para las personas de 65 años de edad, con ciertas incapacidades o con una Enfermedad Renal Terminal (ESRD)	La elegibilidad está basada en la necesidad; requisitos financieros y no financieros.
Es el pagador principal de la nación de los servicios de hospitalización, para las personas de la tercera edad y para aquellas que padecen de ESRD	Es el pagador público principal de la nación de los cuidados agudos, servicios de la salud mental y la atención médica a largo plazo (geriátrico).

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

4

Medicare y Medicaid difieren de las maneras siguientes:

- Medicare es un programa nacional uniforme para todo el país, mientras que Medicaid es un programa estatal que varía en cada estado.
- Medicare es un programa administrado por el gobierno federal, en cambio Medicaid es administrado por los gobiernos estatales dentro de las normas federales (asociación federal/estatal).
- La elegibilidad para Medicare está basada en la edad, discapacidad o Enfermedad Renal Terminal (ESRD en inglés), la elegibilidad para Medicaid está basada en los ingresos y recursos y en ciertos requisitos que no son financieros, como por ejemplo su pertenencia a uno de los grupos elegibles.
- Medicare es el pagador principal de la nación de los servicios de internación hospitalaria para las personas de la tercera edad y aquellas que padecen de ESRD, mientras que Medicaid es el pagador público principal de la nación para los cuidados agudos, los servicios de salud mental y la atención a largo plazo (geriátrico).

Personas con Medicare - Medicaid

- Antes conocidos como “doblemente elegibles”
 - 9 millones en toda la nación
 - 16 por ciento de los inscritos en Medicaid
 - 59% de 65 años o mayores
 - 41% menores de 65 años
- Medicaid puede cubrir total o parcialmente:
 - Las primas de la Parte A y/o la Parte B
 - Otros costos compartidos de Medicare
 - Ciertos servicios que Medicare no cubre

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

5

Las personas inscritas tanto en Medicare como en Medicaid, anteriormente eran conocidas como personas de elegibilidad doble.

Hay aproximadamente 9 millones de ancianos y discapacitados de bajos ingresos que son elegibles para Medicare y Medicaid. Forman el 16 % del total de inscritos en Medicaid, el 59% tienen 65 años o más y el 41% son menores de 65 años.

Medicare cubre los servicios agudos, mientras que Medicaid cubre las primas y los costos compartidos de Medicare. Para las personas con ingresos y recursos por debajo de ciertos límites, Medicaid cubre los servicios de cuidado a largo plazo. Las personas inscritas en Medicare y Medicaid:

- Pueden recibir de Medicaid el pago de las primas de la Parte A y/o la Parte B, a veces también el de otros costos compartidos como los deducibles de las Partes A y B, el coseguro o copagos.
- Medicaid también puede pagar por algunos servicios que Medicare no cubre.

NOTA: La hoja informativa “La cobertura de Medicare de los beneficiarios de Medicare” está disponible en *Medicare Learning Network* para descargarla (ICN 006977 January 2012).

Administración del programa Medicaid

- Administración federal/estatal
 - Financiado conjuntamente
 - Directrices nacionales establecidas federalmente
 - Los estados reciben fondos federales equivalentes
 - Conocidos como Porcentajes de Asistencia Médica Federal (FMAP)
 - Usado para calcular el monto de participación federal en los gastos del estado
 - Varía de estado a estado
 - Basado en el ingreso estatal per cápita

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

6

Medicaid es un programa federal/estatal de colaboración conjunta.

El estado recibe fondos federales equivalentes para los servicios que cubre.

- La proporción de fondos federales, también conocida como Porcentaje de Asistencia Médica Federal (FMAP en inglés) se usa para calcular la cantidad de participación federal en los gastos del estado en los servicios que ofrece.
- FMPA varía de estado a estado según el ingreso estatal per cápita.

Administración Estatal de Medicaid

- Dentro de los parámetros federales, cada estado
 - Desarrolla sus propios programas
 - Desarrolla y opera un plan estatal
 - Establece su propio criterio de elegibilidad
 - Determina el tipo, cantidad, duración y alcance de los servicios
 - Establece la tasa de pago para los servicios
 - Administra su propio programa
- Los estados pueden cambiar la elegibilidad, los servicios y los reembolsos

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

7

- Dentro de los parámetros federales, cada estado
 - Desarrolla sus propios programas.
 - Desarrolla y ejecuta un Plan Estatal donde se describe la naturaleza y alcance de los servicios
 - El Plan Estatal es un contrato entre CMS y el estado, y cualquier enmienda debe ser aprobada por CMS.
 - Establece su propio criterio de elegibilidad. La política de Medicaid sobre elegibilidad, servicios y pago es compleja y varía considerablemente, aun entre los estados de tamaño similar y proximidad geográfica. Una persona elegible para Medicaid en un estado podría no serlo en otro.
 - Determina el tipo, cantidad, duración y alcance de los servicios cubiertos. Además, los servicios ofrecidos en un estado podrían diferir considerablemente en lo que respecta al tipo, la cantidad, duración y alcance que se brindan en los estados similares o vecinos.
 - Establece la tasa de pago de los servicios con la aprobación de CMS.
 - Administra su propio programa junto con CMS.
 - Administra su programa una vez que haya sido aprobado por el gobierno federal.
- Las leyes estatales pueden cambiar la elegibilidad para Medicaid, los servicios y los reembolsos durante el año.

La agencia Medicaid de *cada* estado

- Administra el plan estatal Medicaid
 - Puede delegar algunas funciones administrativas
- Los nombres de las oficinas locales pueden variar
 - Servicios Sociales
 - Ayuda Pública
 - Servicios Humanos

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

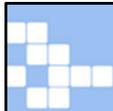
8

La agencia Medicaid *de cada estado individual* administra (legalmente) el plan Medicaid estatal. La Agencia no es responsable por la administración de todo el programa Medicaid; puede delegar algunas funciones administrativas a otros estados o agencias locales y contratistas privados (o ambos). Sin embargo, todas las decisiones finales sobre elegibilidad deben ser tomadas por el personal de la agencia estatal (o local).

Los nombres de las oficinas locales pueden variar. Para solicitar los beneficios de Medicaid, debe comunicarse con su oficina local de Ayuda Médica. A estas oficinas también se las conoce como Servicios Sociales, Ayuda Pública o Servicios Humanos según el estado donde usted viva.

Para más información sobre los requisitos de elegibilidad en su estado, comuníquese con el Director de Medicaid de su estado. Para solicitar los beneficios de Medicaid, debe comunicarse con su Oficina Local de Ayuda Médica.

También puede visitar: <http://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-state/by-state.html>.



Fíjese cuánto sabe- Lección 1

Medicaid es administrado por los gobiernos estatales siguiendo los reglamentos del estado.

a. Verdadero

b. Falso

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

9

Medicaid es administrado por los gobiernos estatales siguiendo los reglamentos del estado

a. Verdadero

b. Falso

Respuesta: b. Falso

Medicaid es administrado por los gobiernos estatales siguiendo los reglamentos federales (asociación federal y estatal). El estado administra su propia elegibilidad y el programa una vez que haya sido aprobado por el gobierno federal.

 **Lección 2 – La elegibilidad para Medicaid y los beneficios**

En el 2013:

- Cada estado formula sus propios criterios de elegibilidad
- No todas las personas con ingresos y recursos limitados son elegibles
- Deben pertenecer a un **“grupo”**
- Deben cumplir los criterios financieros y no financieros

05/01/2013 Medicaid y el Seguro Médico para los Niños 10

Esta sección le explica los criterios de elegibilidad para Medicaid y los beneficios. Trataremos sobre la elegibilidad para el 2013. Además, repasaremos los beneficios obligatorios y optativos y al nuevo grupo de adultos elegibles para el 2014.

En el 2013, cada estado establece sus propio criterio de elegibilidad y determina los beneficios brindados por Medicaid, siguiendo los parámetros federales. No todas las personas con ingresos y recursos limitados son elegibles. Para serlo, usted debe pertenecer a un **“grupo”**. O sea, individuos que pertenecen a ciertas categorías o **“grupos”** entre los que se incluyen los niños, embarazadas, padres y otros cuidadores, personas de la tercera edad y discapacitados.

Hay también ciertos criterios que no son financieros que se deben cumplir.

Grupos obligatorios y optativos

- Grupos obligatorios
 - Requeridos por la ley federal
 - Los estados deben cubrirlos
- Grupos optativos
 - No son requeridos por la ley federal
 - Los estados pueden escoger si los cubren

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

11

Hay grupos obligatorios y optativos:

- Los grupos obligatorios son un requisito de la ley federal y deben estar cubiertos por los estados.
- Los grupos optativos no son un requisito de la ley federal y los estados deciden si los cubren o no.

Requisitos categóricos en el 2013

- La mayoría de los grupos elegibles para Medicaid
 - Embarazadas
 - Menores de 21 años (niños)
 - Ancianos, novidentes o discapacitados
 - Padre o tutor de un niño
- Deben cumplir los requisitos financieros y no financieros

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

12

La mayoría de los grupos elegibles para Medicaid que incluyen:

- Pregnant Embarazadas
- Menores de 21 años (niños)
- Ancianos, novidentes o discapacitados
- Padre o tutor de un niño

Usted debe cumplir los requisitos financieros y no financieros

2013 Elegibilidad obligatoria para los grupos relacionados con AFDC

- Ayuda para Familias con Niños Dependientes (AFDC por su sigla en inglés)
 - Se aplican los límites de ingresos (por debajo del 133% FPL)
 - Embarazadas y bebés con bajos ingresos
 - Menores de 6 años con bajos ingresos
 - Niños de 6-19 años con bajos ingresos
 - En o por debajo del Nivel Federal de Pobreza
- Los que reciben ayuda por adopción o acogida temporal (*foster care*)

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

13

Los grupos relacionados con la Ayuda para Familias con Niños Dependientes (AFDC por su sigla en inglés) incluyen a las embarazadas y niños menores de 6 años, cuyos ingresos familiares son equivalentes o menores al 133% del Nivel Federal de Pobreza; los niños de 6 a 19 años, cuyos ingresos familiares son equivalentes o menores al 100% del FPL; y a los que reciben ayuda por adopción o acogida temporal (*foster care*) según el Título IV-E de la Ley del Seguro Social.

(Un ejemplo del 133% para una familia de 4 en el 2013 es \$31,322, para un individuo \$15,282). El nivel de ingreso mínimo para las embarazadas e infantes en ciertos estados puede ser mayor al 133% del FPL si, a partir de ciertas fechas, el estado ha establecido un porcentaje más alto para cubrir a dichos grupos.

Si piensa que está embarazada, solicite Medicaid. Ya sea que esté casada o soltera, usted y su bebé estarán cubiertos. Cuando se haya determinado si cumple los requisitos, su elegibilidad para Medicaid continuará hasta el final del mes del día 60 después del embarazo, independientemente de cualquier cambio en la condición económica. La elegibilidad del bebé debe continuar durante el primer año de vida, siempre que el bebé siga viviendo con la madre y ella sea elegible o si hubiera sido elegible si aún estuviera embarazada.

NOTA: El programa AFDC fue reemplazado por La Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) en 1997, pero funcionó de la misma manera que SSI pero para los niños y embarazadas. Debido a que AFDC era el programa de ayuda en efectivo más cercano a dicho grupo, las normas de AFDC se usan para determinar la elegibilidad para Medicaid de los grupos relacionados con AFDC (niños, familias con niños y embarazadas).

La elegibilidad para SSI en el 2013: Ancianos, novidentes y discapacitados

- Solicítelos si es un anciano, novidente o discapacitado y cualquiera de los enunciados siguientes se aplica
 - Tiene ingresos y recursos limitados
 - Tiene una enfermedad terminal y desea los servicios de hospicio
 - Vive en un asilo para ancianos (geriátrico)
 - Y tiene ingresos y recursos limitados
 - Necesita los servicios de un asilo pero es elegible para la opción
 - De recibir cuidado en su hogar a través de servicios comunitarios
 - Es elegible para Medicare y tiene ingresos y recursos limitados

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

14

La elegibilidad se basa en los programas de ayuda en efectivo. El programa SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) brinda ayuda en efectivo para las personas ancianas, novidentes o discapacitadas. Es un programa en función de la situación económica con normas específicas, requisitos y procesos para determinar la elegibilidad. Debido a que es el programa de ayuda más relacionado a este grupo, las normas de SSI son las que se usan para determinar la elegibilidad para Medicaid de los grupos relacionados con las prestaciones de SSI (ancianos, novidentes y discapacitados).

Solicite las prestaciones si tiene 65 años o más, es un novidente o discapacitado y uno de los enunciados siguientes se aplica:

- Tiene ingresos y recursos limitados
- Tiene una enfermedad terminal y desea los servicios de hospicio
- Tiene ingresos y recursos limitados y vive en un asilo para ancianos (geriátrico)
- Necesita los servicios de un asilo para ancianos pero es elegible para los servicios en el hogar por parte de los servicios comunitarios especiales.
- Es elegible para Medicare y tiene ingresos y recursos limitados

Grupos de elegibilidad optativa

- Beneficiarios que reciben la Seguridad de Ingreso Suplementario
- Individuos en instituciones con ingresos relativamente altos
- Personas discapacitadas que trabajan
- Personas con necesidades médicas (ingreso por encima del nivel de elegibilidad)
 - Pueden calificar inmediatamente
 - Deben “gastar el ingreso excesivo” para calificar

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

15

Los estados también tienen la opción de brindar la cobertura de Medicaid a los grupos optativos a pesar de no estar obligados a hacerlo por la ley federal.

Los grupos opcionales más amplios para los cuales los estados recibirán fondos federales equivalentes para la cobertura bajo el programa de Medicaid, incluyen:

- Personas que reciben pagos de la Seguridad de Ingreso Suplementario del estado. Generalmente el estado aumenta las prestaciones de SSI. Los beneficios son en efectivo.
- Personas en instituciones con ingresos relativamente altos (hasta el 300% del la tasa de beneficios federal de SSI, que es \$2,130 por mes en el 2013 (\$710x3).
- La Ley “Boleto para Trabajar” y Mejoras a los Incentivos Laborales de 1999 (P.L. 106-170) , creó dos nuevos grupos elegibles para personas discapacitadas que trabajan. Ambos son opcionales para los estados y ambos entraron en vigor el 1º de octubre de 2000.
- El grupo de personas con necesidades médicas es un grupo opcional que consiste de personas que serían elegibles para Medicaid excepto que sus ingresos sobrepasan un cierto nivel que de otra forma les permitiría ser elegibles para Medicaid. Las personas podrán obtener acceso a Medicaid si tienen gastos médicos y de medicamentos elevados en relación a su ingreso mensual.
- Para ser elegibles las personas deben “gastar” (*spend down*) el porcentaje de ingreso excesivo. Algunas personas ganan mucho como para calificar para Medicaid. A esto se le conoce como “ingreso excesivo”, en ese caso si gastan la parte del ingreso excesivo en servicios médicos, pueden ser elegibles para Medicaid.

Requisitos no financieros para el 2013

- Para ser elegible para Medicaid usted debe:
 - Ser residente de un estado
 - Ser ciudadano o residente legal
 - Tener un número de Seguro Social
 - Asignar al estado los derechos para asistencia médica y pago

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

16

Los requisitos no financieros son:

- Ser residente de un estado
- Ser ciudadano o residente legal
- Tener un número de Seguro Social
- Asignar al estado los derechos para asistencia médica y pago
- Si los padres u otros adultos solicitan Medicaid en nombre de ellos y de sus hijos, deben asignarle los derechos para la asistencia médica y los pagos al estado, y deben proveer información sobre cualquier otra cobertura como condición para su elegibilidad, a menos que estén exentos.

Requisitos financieros para el 2013

- Divididos en dos áreas amplias
 - Requisitos de ingresos
 - Requisitos de recursos
- Las normas para considerar los ingresos y recursos varían
 - En cada estado
 - Con cada “grupo”
- Normas especiales
 - Para los que viven en asilos para ancianos
 - Niños discapacitados que viven en sus hogares

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

17

Los requisitos financieros están divididos en dos áreas amplias:

- Requisitos de ingresos
- Requisitos de recursos

Las normas para considerar los ingresos y recursos varían de estado a estado y de un “grupo” a otro

Hay normas especiales para los que viven en un asilo para ancianos y los niños discapacitados que viven en su hogares.

¿Qué se considera como ingresos en el 2013?

- Todo lo que le permita pagar por alimentos y alojamiento
- Hay dos tipos
 - Ingresos devengados (ganados por trabajo)
 - Remuneración y salario
 - Compensación por trabajo
 - Ingresos no devengados
 - Seguro por Discapacidad del Seguro Social
 - Beneficios jubilatorios
 - Intereses y dividendos

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

18

Se consideran ingresos a todo lo que le permita pagar por los alimentos y el alojamiento.

Hay dos tipos de ingresos:

- Los ingresos devengados (ganados) son la remuneración, salario y compensación por trabajo
- Los ingresos no devengados son las prestaciones por discapacidad del Seguro Social, los beneficios jubilatorios y los intereses y dividendos.

NOTA: Muchos estados tiene algún tipo de “ingresos descartados” que no se tienen en cuenta, como los vales para comida, el valor de la vivienda subsidiada, algún tipo de manutención de los niños y otros al calcular la elegibilidad para Medicaid. Esto cambiará en el 2014.

¿Cuáles son los recursos en el 2013?

- Dinero en efectivo
- Cualquier bien que pueda convertir en efectivo
- Recursos disponibles (liquidez)
 - Cuentas de ahorro
 - Acciones y bonos
 - Otros bienes que puedan cambiarse por dinero
- Bienes raíces (excepto su vivienda)
- Los bienes *varían* en cada estado

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

19

El monto de ingresos varía en cada estado pero generalmente se establece al Nivel Federal de Pobreza. Los recursos considerados son:

- Efectivo
- Cualquier bien que pueda convertir en efectivo
- Recursos disponibles como cuentas de ahorro, acciones, bonos o cualquier cosa que pudiera cambiarse por efectivo
- Bienes raíces, excepto su vivienda

Los recursos que puede tener y aun ser elegible para Medicaid varían en cada estado. Los recursos que generalmente no se tiene en cuenta para su elegibilidad son:

- Su vivienda principal
- Bienes personales
- Un automóvil
- Cualquier propiedad que le permita mantenerse
- \$1,500 del seguro de vida
- Dinero para el entierro
- Ciertos bienes en clases específicas de fideicomisos

Individuos médicamente necesitados

- Ciertos estados brindan los beneficios de Medicaid a personas con necesidades médicas
 - Que de otro modo no serían elegibles para Medicaid
- Con gastos médicos muy altos y que por lo tanto
 - Hacen que los ingresos estén por debajo de los parámetros estatales
- Deben “gastar el ingreso excesivo” para calificar
- La elegibilidad se evalúa periódicamente
- En el 2014 será opcional para los estado
 - Cómo cubrir a los adultos que ya tienen necesidades médicas

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

20

Ciertos estados brindan los beneficios de Medicaid a personas con necesidades médicas que de otros modo, no serían elegibles. Más de 30 estados y el Distrito de Columbia actualmente operan programas para los personas con necesidades médicas.

Si le han denegado la cobertura de Medicaid por sus ingreso es muy alto, podría ser elegible como individuo “médicamente necesitado” basándose en sus ingresos y estado de salud.

- Médicamente necesitado significa que una vez que haya pagado sus gastos médicos, su ingreso será menor que los límites estatales establecidos para su elegibilidad para Medicaid.
- Debe “gastar el ingreso excesivo” para calificar.
- La elegibilidad para los médicamente necesitados se evalúa periódicamente a diferencia de lo que se hace regularmente en Medicaid.

NOTA: Los estados tienen la opción de terminar la cobertura de los *adultos* médicamente necesitados (por ejemplo, los discapacitados con ingresos mayores a los estipulados en la elegibilidad categórica) en el 2014, sujetos al Maintenance of Effort SSA §1902(gg). En los estados donde se siga cubriendo a los grupos de adultos médicamente necesitados, aquellos adultos con elegibilidad categórica y que cumplan los requisitos de recursos, podrán gastar el ingresos excesivo y entonces recibir los beneficios de los médicamente necesitados o podrán inscribirse en el grupo de adultos (siempre que cumplan los requisitos de elegibilidad para dicho grupo, entre ellos ser menores de 65 años y no ser elegibles para Medicare).

Programa para los médicamente necesitados

- Si un estado tiene un programa para los médicamente necesitados, debe cubrir:
 - A los niños menores de 19 años que son estudiantes de tiempo completo
 - El cuidado ambulatorio para los niños
 - Ciertos recién nacidos por 1 año
 - Mujeres embarazadas con necesidades médicas
 - Atención médica prenatal y de parto para mujeres embarazadas
 - Novidentes protegidos

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

21

Si un estado decidió ofrecer un programa para los médicamente necesitados, hay requisitos federales según los cuales ciertos grupos y servicios deben estar incluidos. Actualmente, si un estado tiene un programa para los médicamente necesitados debe cubrir:

- A los niños menores de 19 años que son estudiantes de tiempo completo
- El cuidado ambulatorio para los niños
- Ciertos recién nacidos por 1 año
- Mujeres embarazadas con necesidades médicas
- Atención médica prenatal y de parto para mujeres embarazadas
- Novidentes protegidos (aquellas personas elegibles por sus necesidades médicas bajo Medicaid en diciembre 1973 basándose en los criterios de ceguera o incapacidad, que cumplen con los requisitos actuales de elegibilidad de personas con necesidades médicas bajo Medicaid excepto para los criterios de ceguera o incapacidad).

NOTA: Los siguientes estados tienen programas para personas médicamente necesitadas: Arkansas, Hawaii, Maine, Nebraska, Pennsylvania, Vermont, California, Illinois, Maryland, New Hampshire, Puerto Rico, Virginia, Connecticut, Iowa, Massachusetts, New Jersey, Rhode Island, Washington, D. C., Kansas, Michigan, New York, Tennessee, West Virginia, Florida, Kentucky, Minnesota, North Carolina, Texas *, Wisconsin, Georgia, Louisiana, Montana, North Dakota y Utah.

*El programa para personas médicamente necesitados de Texas sólo cubre los grupos "obligatorios" con necesidades médicas. No cubre a las personas mayores, ciegas y discapacitadas.

Beneficios obligatorios del plan estatal de Medicaid

- Servicios de internación en el hospital
- Servicios ambulatorios del hospital
- EPSDT: Servicios de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento
- Servicios de un centro de enfermería
- Cuidado de la salud en el hogar
- Servicios de los médicos
- Servicios de clínicas rurales
- Servicios de los Centros Médicos Aprobados Federalmente (FQHC)
- Servicios de laboratorio y rayos X

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

22

Los servicios obligatorios incluyen:

- Inpatient Servicios de internación en el hospital
- Servicios ambulatorios del hospital
- EPSDT: Servicios de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento
- Servicios de un centro de enfermería
- Cuidado de la salud en el hogar
- Servicios de los médicos
- Servicios de clínicas rurales
- Servicios de los Centros Médicos Aprobados Federalmente (FQHC)
- Servicios de laboratorio y rayos X

Sigue en la próxima diapositiva

Si desea más información, visite: <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Benefits/Medicaid-Benefits.html>

Beneficios obligatorios del plan estatal de Medicaid (continuación)

- Servicios de planificación familiar
- Servicios de partera
- Servicios de una enfermera de pediatría certificada y de la familia
- Clínica independiente de partos (con licencia o reconocida por el estado)
- Traslado a un centro médico
- Consejería para las embarazadas para dejar de fumar
- Asesoría para dejar el tabaco

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

23

Algunos servicios del plan estatal de Medicaid son obligatorios (continuación)

Los beneficios OBLIGATORIOS son:

- Servicios de planificación familiar
- Servicios de partera
- Servicios de una enfermera de pediatría certificada y de la familia
- Clínica independiente de partos (con licencia o reconocida por el estado)
- Traslado a un centro médico
- Consejería para las embarazadas para dejar de fumar
- Asesoría para dejar el tabaco

Si desea más información, visite: <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Benefits/Medicaid-Benefits.html>

Beneficios optativos del plan estatal de Medicaid

- Medicamentos recetados
- Servicios de una clínica
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Servicios del lenguaje/habla y audición
- Servicios respiratorios
- Servicios de podología
- Servicios de Optometría
- Servicios dentales
- Dentaduras
- Prótesis
- Anteojos
- Servicios quiroprácticos
- Otros servicios del practicante
- Otros servicios de diagnóstico, evaluaciones, rehabilitativos y preventivos
- Cuidado personal
- Hospicio
- Gestión de caso

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

24

Los beneficios optativos del plan estatal de Medicaid son:

- Medicamentos recetados
- Servicios de una clínica
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Servicios del lenguaje/habla y audición
- Servicios respiratorios
- Servicios de podología
- Servicios de Optometría
- Servicios dentales
- Dentaduras
- Prótesis
- Anteojos
- Servicios quiroprácticos
- Otros servicios del practicante
- Otros servicios de diagnóstico, evaluaciones, rehabilitativos y preventivos
- Cuidado personal
- Hospicio
- Gestión del caso

Para más información visite: <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Benefits/Medicaid-Benefits.html>

Exenciones de Medicaid

- Todos los estados deben probar alternativas para servicios de atención médica
 - Están eximidos de ciertas leyes federales
- Tipos de exenciones
 - Sección 1915(b) exenciones del cuidado administrado
 - Sección 1915(c) exención para servicios en casa y comunitarios
 - Sección 1115 exención de investigación y programas piloto
 - Exenciones concurrentes a la Sección 1915 (b) y 1915 (c)

05/01/2013

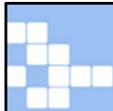
Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

25

Las exenciones les permiten a los estados usar maneras nuevas y existentes para proporcionar y pagar por el cuidado de la salud ofrecidos por Medicaid y el Seguro Médico para los Niños (CHIP). Hay cuatro tipos principales de exenciones y proyectos de demostración:

- [Exenciones de la Sección 1915\(b\)](#) – Los estados pueden aplicar las exenciones para brindar servicios a través de un sistema de cuidado administrados o pueden limitar las opciones de elección de proveedores.
- [Exenciones de la Sección 1915\(c\)](#) - Los estados pueden aplicar las exenciones para brindar servicios de cuidado a largo plazo en el hogar o en la comunidad en vez de en un asilo para ancianos.
- [Exenciones de programas piloto tal como las exenciones de la sección 1115](#) – Los estados pueden solicitar una cierta flexibilidad para probar nuevas o existentes modalidades para financiar y proveer los servicios de Medicaid y CHIP.
- [Exenciones concurrentes a la Sección 1915 \(b\) y 1915 \(c\)](#) – Los estados pueden solicitar la implementación simultánea de dos tipos de exenciones para garantizar la continuidad de los servicios.

Para más información, visite: <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Waivers/Waivers.html>



Fíjese cuánto sabe-- Lección 2

¿Cuál es el programa (disponible en algunos estados) que tiene en cuenta los gastos médicos para determinar la elegibilidad? Los solicitantes deben gastar el “ingreso excesivo” para calificar.

- a. Médicamente necesitados
- b. Necesitados categóricamente
- c. Discapacitados que trabajan
- d. Pagos Estatales de Ingreso Suplementario

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

26

¿Cuál es el programa (disponible en algunos estados) que tiene en cuenta los gastos médicos para determinar la elegibilidad? Los solicitantes deben gastar el “ingreso excesivo” para calificar.

- a. Médicamente necesitados
- b. Necesitados categóricamente
- c. Discapacitados que trabajan
- d. Pagos Estatales de Ingreso Suplementario

RESPUESTA: a. Médicamente necesitados

 **Lección 3**
El Seguro Médico para los Niños(CHIP)

- ¿Qué es CHIP?
- ¿Quién puede obtener los beneficios?



05/01/2013 Medicaid y el Seguro Médico para los Niños 27

Esta sección le explica el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP por su sigla en inglés).

- ¿Qué es CHIP?
- ¿Quién puede obtener los beneficios?

Descripción general del CHIP

- El Seguro Médico para los Niños (CHIP en inglés)
- Cubre a los niños estadounidenses sin seguro médico
- Financiamiento conjunto federal y estatal
 - Porcentajes de Asistencia Médica Federal (FMAP en inglés)
- Administrado por cada estado en asociación con CMS
- Cada estado puede diseñar su programa
- Los estados puede tener sus propios nombres para este programa como por ejemplo *Peach Care* en GA o *Badger Care* en WI

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

28

El Seguro Médico para los Niños (CHIP), fue creado como parte de la Ley de Equilibrio Presupuestario de 1997, con gran apoyo bipartidista para cubrir a los niños de los EE.UU. sin seguro. Esta fue la expansión más grande de cobertura de seguros médicos públicos desde la creación de Medicare y Medicaid en 1965, estipulada en el título XXI (21) de la Ley del Seguro Social.

- CHIP está subvencionado por fondos conjuntos de los gobiernos federales y estatales. El programa es administrado por los estados.
- “Los Porcentajes *Mejorados* de Asistencia Médica Federal” son para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y están estipulados en el Título XXI (21) de la Ley del Seguro Social.
- En asociación con CMS, cada estado administra y determina el diseño de su programa, los grupos de elegibilidad, los niveles de pago para la cobertura y los procedimientos administrativos y operativos. Cada estado tiene la opción de ampliar Medicaid, crear un programa único o crear un programa combinado.
- Los estados puede tener sus propios nombres para este programa como por ejemplo *Peach Care* en GA o *Badger Care* en WI

Si desea más información, visite <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Childrens-Health-Insurance-Program-CHIP/CHIPRA.html>

El programa CHIP

- Proporciona un seguro médico para los niños
 - Hasta los 19 años y aquellos que aún no están asegurados
 - Deben cumplir otros requisitos
- Es una asociación federal/estatal
- Los estados establecen sus propias directrices dentro de las normas federales
- CHIP No es un programa de derecho
- La Ley de Reautorización del Seguro Médico para los Niños (CHIPRA) de 2009, vigente desde el 4 de febrero de 2009, autorizó nuevamente y extendió la cobertura de CHIP

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

29

El Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP) cubre a los niños sin seguro de familias de bajos ingresos que ganan demasiado como para ser elegibles para Medicaid pero no lo suficiente como para comprar un seguro privado o cuyos empleadores no ofrecen cobertura médica. El programa le otorga a cada estado la autoridad para brindarles cobertura médica a los niños de hasta 19 años que no estén asegurados (con ciertas limitaciones) y que además cumplan otros requisitos.

- CHIP es una asociación con los estados que administran sus programa siguiendo las directrices de las normas federales. Debido a que cada estado crea sus propios parámetros no hay un programa SCHIP/CHIP nacional, pero todos deben cumplir ciertas directrices federales.
- A diferencia de Medicaid, CHIP no es un programa de derecho garantizado*. CHIPRA o ACA tampoco cambia esa situación.
- La Ley de Reautorización del Seguro Médico para los Niños (CHIPRA) de 2009, vigente desde el 4 de febrero de 2009, autorizó nuevamente y extendió la cobertura de CHIP

*Derecho garantizado – un programa gubernamental que garantiza ciertos beneficios a un grupo o segmento particular de la población.

¿Quién es elegible para CHIP?

- Los niños no asegurados
 - Con ingreso familiar demasiado alto para Medicaid
- Las embarazadas (es una opción del estado)
- CHIPRA facilita la obtención y el acceso a la atención médica de CHIP para
 - Los niños no asegurados con mayores ingresos
 - Las mujeres embarazadas no aseguradas con ingreso bajo
 - Los niños nacidos de mujeres que reciben asistencia durante el embarazo tiene derecho hasta el año

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

30

¿Quién es elegible para CHIP?

- Los niños no asegurados menores de 19 años
 - Las familias con ingresos demasiado altos como para ser elegibles para Medicaid pueden ser elegibles para CHIP, hasta el 200% FPL o 50% más alto del nivel de Medicaid al 1 de junio de 1997, para la edad del niño (muchos estados pueden tener límites más altos).
- Las embarazadas
 - CHIPRA les otorga a los estados la opción de cubrir a las embarazadas de bajos ingresos a través del plan estatal de CHIP, si cumplen ciertas condiciones. Los bebés nacidos de estas mujeres son elegibles automáticamente para Medicaid o CHIP durante el primer año de vida. Los estados pueden aplicar la elegibilidad presunta o supuesta para las mujeres embarazadas del programa CHIP.
- La legislación CHIPRA facilita la obtención y el acceso a la atención médica de CHIP, que incluye:
 - Los niños sin seguro de familias con ingresos altos
 - Las mujeres embarazadas no aseguradas con bajo ingreso
 - La inscripción es automática en Medicaid o CHIP para los niños nacidos de mujeres que reciben asistencia durante el embarazo

Niños elegibles

- Su hijo podría obtener la cobertura si:
 - Es ciudadano de los EE.UU.
 - Un inmigrante legal
- La elegibilidad está basada en las circunstancias de los niños y no de los padres
- Si el hijo de otra persona vive con usted
 - El niño podría ser elegible inclusive si usted no lo es
 - Sus ingresos y recursos no se tendrán en cuenta para el niño
- No suponga nada sobre la elegibilidad—
¡PREGUNTE!

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

31

Su hijo podría obtener la cobertura si es ciudadano de los EE.UU. O un inmigrante legal, aun si usted no lo es (sin embargo hay un límite de 5 años que se aplica a los residentes legales). Tal vez algunos estados tengan excepciones.

La elegibilidad está basada en las circunstancias de los niños y no de los padres.

Si el hijo de otra persona vive con usted, el niño podría ser elegible inclusive si usted no lo es porque sus ingresos y recursos no se tendrán en cuenta para el niño.

- Solicite Medicaid si es el padre o tutor de niño menor de 18 años y el ingreso familiar es limitado , o si su hijo está tan enfermo que necesita cuidado en un centro pero se lo cuida en su casa y recibe la atención correcta.
- Si usted es un adolescente que vive por su cuenta, el estado podría permitirle que se inscriba en Medicaid por usted mismo o que alguien lo haga en nombre suyo.
- Muchos estados cubren a los niños hasta la edad de 21.

No suponga que su hijo no es elegible— ¡PREGUNTE!

Requisitos de ciudadanía

- Los estados tienen opciones
 - El estado puede eliminar la prohibición de cinco años para la cobertura de inmigrantes legales
 - Se aplican los requisitos de documentación de la ciudadanía
 - La membresía de tribus y documentos de inscripción satisfacen los requisitos
- Cambios retroactivos al 2006
- Los individuos inscritos en CHIP o en Medicaid desde el 2010
 - Pueden usar los datos de SSA en vez de presentar otra vez la documentación de ciudadanía

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

32

Los estados tienen la opción de eliminar la prohibición de cinco años para la cobertura de inmigrantes legales en los casos de las embarazadas y los niños. Desde el 2011, veintitrés estados y el Distrito de Columbia ofrecen cobertura a los niños inmigrantes que son residentes legales y/o las embarazadas sin que se aplique el período de espera de cinco años.

El 1 de julio de 2006, la Ley de Reducción del Déficit creó la sección 1903(x) que requiere que los estados obtengan evidencia de ciudadanía o nacionalidad, cuando inscriban a las personas en Medicaid o en el primer punto de redeterminación de la elegibilidad. A los individuos que aducen ser ciudadanos estadounidenses o nacionales, se les deben dar la oportunidad de presentar la documentación apropiada y se los debe inscribir con la condición de que presenten dicha documentación.

Los documentos de inscripción tribal otorgados por una tribu reconocida federalmente deben aceptarse como comprobante de ciudadanía; y no se requerirán otras pruebas adicionales.

Otra opción estatal permite, desde el 1 de enero de 2010, la verificación de la declaración de ciudadanía por parte de los individuos recientemente inscritos en CHIP o en Medicaid, usando los datos que constan en la Administración del Seguro Social (SSA) para confirmar su ciudadanía.

Express Lane una opción de elegibilidad

- Los estados determinan la elegibilidad usando datos existentes
- Pueden usar las agencias “*Express Lane*”
 - Para determinar la elegibilidad inicial y la redeterminación
 - Ejemplo – La información sobre el Programa de Almuerzos Escolares
- Permite la autoinscripción
- Se exige que el estado
 - Verifique la elegibilidad
 - Documente la ciudadanía
 - Registre y reporte las revisiones de pagos
 - Haga el esfuerzo de no volverse más restrictivo

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

33

Las agencias “*Express Lane*” son organismos identificados en el plan estatal por los programas CHIP y Medicaid, como las agencias capaces de identificar uno o más requisitos de elegibilidad, usando la información que ya han recolectado. Los programas Medicaid o CHIP de un estado pueden utilizar distintas agencias “*Express Lane*” y pueden escoger más de una. La elegibilidad de “*Express Lane*” permite que los estados confíen y usen dichos datos como por ejemplo los ingresos, el número de integrantes del grupo familiar y otros factores de elegibilidad de otros programas designados como “*Express Lane*”, para facilitar la obtención de la cobertura médica. Las agencias “*Express Lane*” pueden incluir: al Programa de Ayuda de Nutrición Suplementaria (SNAP), Almuerzos Escolares, Ayuda Temporal para las Familias Necesitadas (TANF), Head Start, el programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) entre otros. El estado también puede utilizar la información de la declaración de impuestos estatal para identificar a los niños de familias que podrían ser elegibles, para que las familias no tengan que suministrar información fiscal.

CHIPRA también permite la autoinscripción sin una firma o sin formulario de inscripción. El padre o tutor del niño debe autorizar la inscripción. Los estados deben:

- Verificar la falta de elegibilidad (controlar la veracidad de la información proporcionada a la agencia “*Express Lane*”)
- Documentar la ciudadanía (sigue siendo un requisito)
- Registrar e informar las revisiones de pagos
- Mantener el esfuerzo- los estados no pueden adoptar criterios de elegibilidad y métodos que sean más restrictivos que los que entraron en vigencia a partir del 23 de marzo de 2010.

Para más información, visite: <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Outreach-and-Enrollment/Express-Lane-Eligibility.html> or http://www.insurekidsnow.gov/professionals/eligibility/express_lane.html

Los programas CHIP en cada estado

Los 50 estados, DC y los territorios tiene planes CHIP aprobados.

- Separate State Child Health Plans: 15 States
- Medicaid Expansions: 7 States, 5 Territories, and D.C.
- Combination Programs: 28 States

Key:

[^] Approved CHIP 1115 Demonstrations with Coverage for Adults: 7 (AR, CO, ID, NV, NJ, NM, VA)

[#] State no longer has a Medicaid expansion program as of September 30, 2002, due to the aging out of the children phased into the Medicaid program under OBRA'90.



05/01/2013

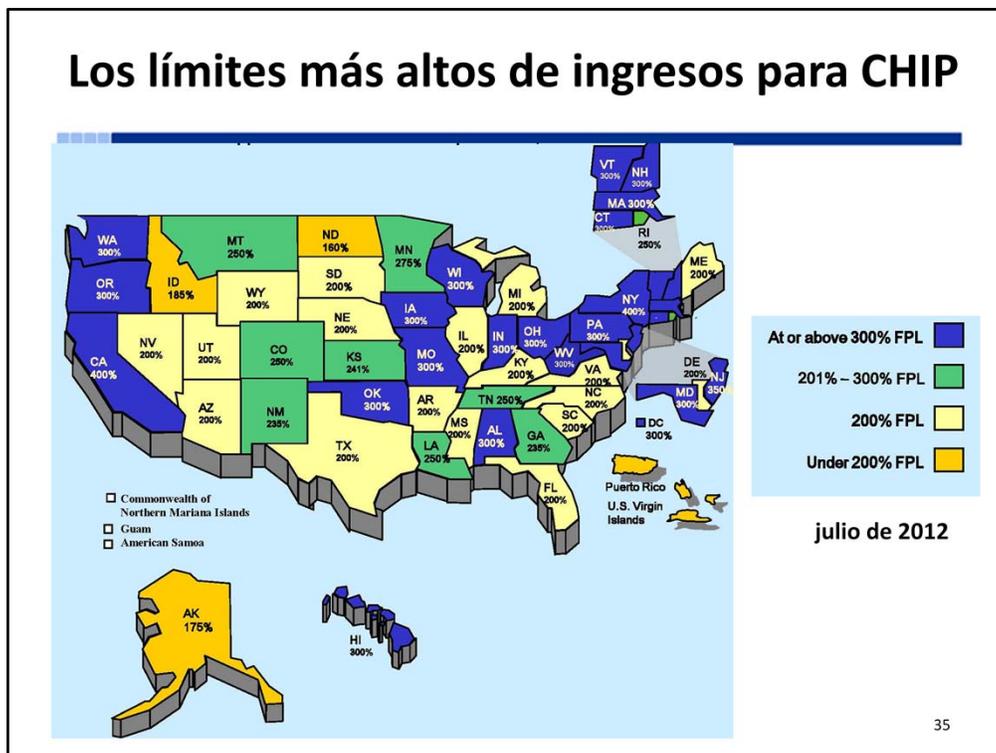
Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

34

Este gráfico le muestra el diseño de los programas CHIP escogidos por cada estado y los territorios estadounidenses a partir de enero de 2013. Los 50 estados, DC y los territorios tienen planes CHIP aprobados. Los estados pueden diseñar sus programas CHIP de tres maneras:

1. Expansión de Medicaid – en los estados que escogen esta opción, los miembros de CHIP son los miembros regulares de Medicaid y tienen derecho a todos los beneficios de Medicaid.
2. Un Programa de Seguro Médico para los Niños separado – el estado crea, diseña y expande un programa separado que no está basado en Medicaid
3. Una combinación de ambos
 - Azul (en las hojas informativas aparece en gris oscuro) para el Programa de Seguro Médico para los Niños en 15 estados: Washington, Oregon, Wyoming, Utah, Arizona, Colorado, Kansas, Texas, Mississippi, Alabama, Georgia, West Virginia, Pennsylvania, Connecticut, y Vermont
 - Amarillo (en las hojas informativas aparece en blanco) para la expansión de Medicaid en 7 estados (New Mexico, Alaska, Ohio, South Carolina, Maryland, New Hampshire y Hawaii), 5 territorios (Puerto Rico, US Virgin Islands, Guam, Marina Islands, y American Samoa), y D.C. Se aplican todas las normas estatales de Medicaid, incluidas las referidas a los costos compartidos y beneficios (incluye EPSDT)
 - Verde (en las hojas informativas aparece en gris claro) para los programas combinados en los 28 estados restantes (CA, ID, MT, ND, SD, MN, IA, MO, OK, AR, LA, FL, TN, KY, IN, IL, WI, MI, VA, NC, DE, NJ, MA, RI, ME, NH, NV)

Los límites más altos de ingresos para CHIP



Mapa de los límites más altos de ingresos para CHIP por estado, basados en el porcentaje del Nivel Federal de Pobreza (FPL) desde julio de 2012.

- Los estados con límites del o por encima del 300% del FPL aparecen en color azul (gris oscuro en la hoja informativa). Incluyen: Vermont, New Hampshire, Massachusetts, Connecticut, New York, Pennsylvania, Maryland, New Jersey, Washington DC, Pennsylvania, West Virginia, Ohio, Indiana, Alabama, Missouri, Iowa, Oklahoma, Alabama, Hawaii, California, Oregon, y Washington.
- Los estados con límites del o por encima del 201-300% FPL aparecen en color verde (gris intermedio en la hoja informativa). Incluyen: Montana, Minnesota, Colorado, Kansas, New Mexico, Louisiana, Georgia, y Tennessee.
- Los estados con límites del o por encima del 200% FPL aparecen en color amarillo (blanco en la hoja informativa). Incluyen: Maine, Virginia, North Carolina, South Carolina, Florida, Kentucky, Mississippi, Arkansas, Illinois, Michigan, Texas, Nebraska, South Dakota, Wyoming, Arizona, Utah, y Nevada.
- Los estados y territorios con límites por debajo del 200% FPL aparecen en color dorado (gris oscuro en la hoja informativa). They include Idaho, North Dakota, Puerto Rico, US Virgin Islands y Alaska.

Los estados definen los criterios de elegibilidad, muchos de ellos cambiarán con la Ley de Atención Médica Asequible.

Porcentaje de ayuda médica federal

- Los estados States reciben un Porcentaje Federal de Ayuda Médica Mejorado (EFMAP) para CHIP
 - Lo porcentajes del EFMAP varían entre el 65% al 83% comparado con el 50% al 74% en Medicaid
- ACA aumenta los índices de 23 puntos porcentuales que no excedan el 100% a partir del 1 de octubre de 2015

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

36

- Los estados States reciben un Porcentaje Federal de Ayuda Médica Mejorado (EFMAP) para CHIP
 - Lo porcentajes del EFMAP varían entre el 65% al 83% comparado con el 50% al 74% en Medicaid
- Los FMAP mejorados para los gastos de CHIP aumentarán un 23%, siempre que no excedan el 100%, entre el 1 de octubre de 2015 y el 30 de septiembre de 2019, según lo estipulado por la Ley de Atención Médica Asequible.

Beneficios del Programa Estatal del Seguro Médico para los Niños (Título XXI)

- En el 2011 el total de inscritos en el programa del Título XXI era 7,935,605
- Lo índices de niños sin seguro han disminuído



05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

37

El programa CHIP le ofrece beneficios significativos.

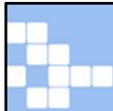
- En el 2011, el total de inscrito en el Título XXI de la Ley del Seguro Social, el Programa Estatal de Seguro Médico para los Niños era 7,935,605
- Los índices de niños no asegurados han disminuído ininterrumpidamente debido a los beneficios de Medicaid y de CHIP.

CHIPRA y la nueva Ley

- CHIPRA reautorizó y extendió la cobertura de CHIP del 2009 al 2019
- Cambios en el cálculo de las subvenciones y fondos hasta el 2015
 - \$44 mil millones del 2009 al 2013
 - \$100 millones para subvencionar la participación
 - La Ley de Atención Médica Asequible– Extiende CHIP hasta el 2019 con fondos autorizados hasta el 2015

La Ley de Reautorización del Seguro Médico para los Niños de 2009, autorizó nuevos fondos federales para CHIP. CHIPRA, o autorizó nuevamente al programa a partir del 4 de febrero de 2009. CHIPRA también es conocido como Ley Pública (PL) 111-3.

- Reautorizó los fondos para CHIP hasta el 2019
- Cambios en el cálculo de las subvenciones y fondos hasta el 2015
 - \$44 mil millones del 2009 al 2013
 - CHIPRA también incluyó un total de \$100 millones en subvenciones de alcance y participación entre el Año fiscal 2009 y el 2013 (\$10 millones para una campaña de alcance nacional, \$10 millones en subsidios para las Tribus indígenas, los proveedores de la salud que atienden a las tribus y \$80 millones para estrategias de inscripción y permanencia).
 - La Ley de Atención Médica Asequible autorizó la extensión del Seguro Médico para los Niños (CHIP) hasta el 2019. Los fondos actualmente están autorizados hasta el 2015.



Fíjese cuánto sabe- Lección 3

La elegibilidad para CHIP para los niños de hasta 19 años, está basada en las circunstancias del niño y no en la de los padres.

- a. Verdadero
- b. Falso

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

39

La elegibilidad para CHIP para los niños de hasta 19 años, está basada en las circunstancias del niño y no en la de los padres.

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: a. Verdadero

★ ACA

Lección 4 - La Ley de Atención Médica Asequible(ACA) Una cobertura sin fallas y accesible

- Expande el acceso a la cobertura médica y garantiza un sistema sin fallas y asequible
 - En los estados que adoptan al nuevo grupo elegible
- Los estados tiene la opción de iniciar la cobertura el 1 de abril de 2010
- Simplifica el criterio de elegibilidad para Medicaid y CHIP
- También se le conoce como la Ley del Cuidado de la Salud

05/01/2013
Medicaid and the Children's Health Insurance Program
40

La Ley del Cuidado de la Salud y Protección del Paciente de 2010, enmendada por la Ley de Reconciliación del Cuidado de la Salud y la Educación de 2010, conocida colectivamente como “Ley de Atención Médica Asequible” (ACA por su sigla en inglés), o Ley del Cuidado de la Salud.

En los estados que adoptan el nuevo grupo elegible:

- Expande el acceso a una cobertura asequible, garantiza un sistema de salud sin fallas e implementa una estructura de cuatros grupos elegibles: los niños, embarazadas, padres y cuidadores y un nuevo grupo *optativo* de adultos sin seguro. (Vea el cuadro en la página 36). Además las personas discapacitadas o que necesitan cuidado a largo plazo o apoyo, se pueden inscribir en una categoría de elegibilidad existente en Medicaid para garantizarles que reciban la cobertura que necesitan.
- Pueden empezar a cubrir estos grupos o hacer la transición de la cobertura del grupo basándose en los ingresos a partir del 1 de abril de 2010.
- Simplifica el criterio de elegibilidad y de inscripción para Medicaid y CHIP al concentrarse en el “Ingreso bruto modificado ajustado” (MAGI) para determinar la elegibilidad para la mayoría de los beneficiarios de Medicaid y CHIP (hijos y adultos que no estén discapacitados menores de 65 años).

Si desea más información sobre Medicaid y el Programa CHIP de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA), visite: <http://www.medicaid.gov/State-Resource-Center/FAQ-Medicaid-and-CHIP-Affordable-Care-Act-ACA-Implementation/FAQ-Medicaid-and-CHIP-Affordable-Care-Act-ACA-Implementation.html>

NOTA: Tal y como nos referimos en esta lección, a la Ley del Cuidado de la Salud y Protección del Paciente de 2010, enmendada por la Ley de Reconciliación del Cuidado de la Salud y la Educación de 2010, se conoce colectivamente como “Ley de Atención Médica Asequible” (ACA por su sigla en inglés), o Ley del Cuidado de la Salud.

La expansión de Medicaid

- ACA la nueva elegibilidad
- Los estados tienen la opción de expandir la elegibilidad a:
 - Las personas con ingresos menores al 133% FPL
 - Que tiene menos de 65 años
 - No están embarazadas
 - No tienen derecho ni están inscritas en la Parte A
 - No están inscritas en la Parte B
 - No pertenecen a otro grupo obligatorio
- Opción de crear un Plan de Salud Básico
 - Para las personas no aseguradas con ingresos entre el 133%-200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

41

ACA estableció un nuevo grupo de elegibilidad que todos los estados que participan en Medicaid podían si lo deseaban, empezar a cubrir a partir del 1 de abril de 2010. Los estados pueden optar por esta expansión en cualquier momento. Este nuevo grupo cubrirá las faltas de elegibilidad del Medicaid actual.

- Este grupo permite que sean elegibles los individuos de muy bajos ingresos (por debajo del 133% FPL que no sean elegibles en ninguna otra categoría de elegibilidad obligatoria) . Incluye a los menores de 65 años, las embarazadas, los que tienen derecho o está inscritos en la Parte A; en la Parte B; o los descritos en otros grupos obligatorios, como ciertos padres, hijos o aquellos que reciben los beneficios del Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) .
- En el 2014, les permite a los estados la opción de crear un Plan de Salud Básico para los individuos no asegurados con ingresos entre el 133%-200% FPL, que de otro modo, serían elegibles para las primas subsidiadas del Mercado de seguros. Los estados que escojan esta opción contratarán uno o más planes estándar para que brinden por lo menos los beneficios de salud esenciales. Deben asegurarse de que los individuos elegibles no paguen por concepto de primas más de lo que pagarían en el Mercado de seguros , y que los costos compartidos no excedan lo que pagan en el plan de platino los miembros con ingresos por debajo del 150% FPL o del plan dorado para el resto de los miembros. Los estados recibirán el 95% de los fondos que se hubieran pagado como prima federal y costos compartidos subsidiados de los individuos, para que establezcan el Plan de Salud Básico. Las personas con ingresos entre el 133-200% FPL en los estados que desarrollan los Planes de Salud Básicos no serán elegibles para los subsidios del Mercado de seguros.

Para información sobre el Mercado de seguros, visite www.HealthCare.gov

La elegibilidad para Medicaid en el 2014

- Extiende la opción de los estados para expandir la elegibilidad de Medicaid a
 - Los adultos de 19 – 65 con ingresos de hasta el 133% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) (\$15,282/anuales para un individuo, \$31,322/anuales para una familia de 4 (cantidades del 2013))
- Garantiza la cobertura de Medicaid para todos los niños
 - Con ingresos de hasta el 133% del FPL

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

42

Antes de la implementación de la Ley de Atención Médica Asequible, como explicamos anteriormente, los individuos que pertenezcan a ciertas categorías o “grupos” categóricos son elegibles para Medicaid. La expansión de Medicaid reemplazará a los grupos” categóricos.

- Por primera vez, los adultos de bajos ingresos con hijos, pueden obtener cobertura a través de Medicaid si sus estados escogen ampliar la cobertura con ayuda federal. Esta expansión de la elegibilidad para Medicaid entrará en vigencia el 1 de enero de 2014, pero los estado pueden escoger expandirla antes.
- Si se implementa, a partir de enero de 2014, el nuevo grupo de adultos, menores de 65 años con ingresos menores al 133 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (FPL) pueden obtener los beneficios de Medicaid si sus estados optan por expandir la cobertura con ayuda federal. Estos adultos de 19 – 65 con ingresos de hasta 133% del FPL (\$15,282/anuales por individuo o \$31,322/anuales para una familia de 4 (cantidades del 2013)).
- Garantiza la cobertura de Medicaid para todos los niños con ingresos de hasta el 133% del FPL.

NOTA: De acuerdo con la Ley de Atención Médica Asequible, el gobierno federal pagaría el 100% de la expansión por los tres primeros años. Luego, los fondos federales disminuirían gradualmente al 90% para el 2020.

El Medicaid simplificado y el Seguro Médico para los Niños (CHIP)

- Simplifica el modo de calcular el ingreso para determinar la elegibilidad para Medicaid/CHIP
 - Conocido como Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI por su sigla en inglés)
- Brinda ayuda técnica a los estados para convertir los estándares actuales a MAGI
- Siguiendo los parámetros estatales, moderniza la verificación de los criterios de elegibilidad confiando principalmente en la información electrónica

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

43

La Nueva Norma simplifica la elegibilidad, inscripción y proceso de renovación de Medicaid y CHIP de las siguientes maneras:

- Reemplaza las normas complejas que existen hoy en día con el estándar MAGI, garantizando que las personas elegibles bajo la categoría basada en MAGI, sean inscritas en Medicaid rápidamente.
- Brindará Ayuda Técnica (TA) a los estados para convertir los estándares actuales a MAGI.
- Siguiendo los parámetros estatales, moderniza la verificación de los criterios de elegibilidad confiando principalmente en la información electrónica y simplificando el proceso de verificación para los estados a través del servicio “Hub” federal que enlaza los recursos federales con el estado correspondiente (por ejemplo, el Seguro Social).

NOTA: CHIP, tanto como Medicaid y el Mercado de seguros usarán MAGI para formar parte de un sistema coordinado.

Medicaid y CHIP simplificados (continuación)



- El gobierno federal hará algunas de las correspondencias de datos para los estados
 - Para aliviar la carga administrativa
- Períodos de elegibilidad de 12-meses
 - Renovación cada 12 meses
- La elegibilidad puede renovarse basándose en la información electrónica disponible

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

44

La Nueva Norma simplifica la elegibilidad, inscripción y proceso de renovación de Medicaid y CHIP de las siguientes maneras:

- El gobierno federal hará algunas de las correspondencias de datos para los estados, para aliviar la carga administrativa
- La elegibilidad será por 12 meses y se debe renovar cada año.
- Si la elegibilidad puede renovarse basándose en los datos existentes, por ejemplo el salario, no se necesita papeleo alguno. La elegibilidad se evaluará nuevamente si el individuo informa sobre algún cambio o si la agencia tiene información que lo amerite.

¿Qué es el Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI por su sigla en inglés)?

- El Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) es un cálculo uniforme
 - Usado para determinar la elegibilidad
 - No un número de su declaración de impuestos
- El tamaño de la familia se determina por
 - El número de exenciones personales reclamadas en la declaración de impuestos
- Los bienes familiares
 - No se tienen en cuenta para determinar la elegibilidad

Según lo estipulado por la Ley de Atención Médica Asequible, el sistema para determinar la elegibilidad estará unificado en todos los estados.

- MAGI es un cálculo uniforme que se usa para determinar la elegibilidad
- MAGI no es un número tomado de la declaración de impuestos. MAGI está basado en las normas impositivas federales que determinan el ingreso bruto ajustado (con alguna modificación).
- El tamaño de la familia se determina por el número de exenciones personales reclamadas en la declaración de impuestos
- Los bienes familiares no se tienen en cuenta para determinar la elegibilidad

Determinación de MAGI

- Cuando se determine MAGI
 - Se usará para calcular los créditos fiscales para las primas del Mercado de seguros
 - Se descarta automáticamente el 5% del ingreso
 - En vez de descontar montos diferentes en cada estado
- MAGI se debe usar para la mayoría de las determinaciones de Medicaid y CHIP
 - Para los niños y los adultos menores de 65 años sin discapacidades
 - A partir del 1 de octubre de 2013

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

46

Con la Ley (ACA), el sistema para determinar la elegibilidad será uniforme para todos los estados.

- Cuando se determine MAGI, se usará para decidir sobre la elegibilidad para los créditos impositivos. Se descarta automáticamente el 5% del ingreso en vez de descontar distintos montos en cada estado. Esto significa que el ingreso de la persona puede ser hasta 138% FPL, pero, dado que el 5% del ingreso no se tendrá en cuenta, la persona estará dentro del límite estipulado del 133%.
- MAGI se debe usar para la mayoría de las determinaciones a partir del 1 de octubre de 2013, para los niños y personas menores de 65 años que no estén discapacitados, ya sea que el estado haya expandido o no al programa Medicaid.

Para más información sobre la conversión al ingreso bruto modificado ajustado, visite <http://www.medicaid.gov/state-Resource-Center/Frequently-Asked-Questions/Downloads/MAGI-Conversion-2-28-13.pdf>

NOTA: La Ley (ACA) no cambia las normas de elegibilidad para Medicaid para las personas de *65 años o mayores* o aquellos que son elegibles por una *discapacidad*. Las categorías de Medicaid exentas de la metodología de MAGI son aquellas que cubren a los individuos *categoricamente elegibles* (que no necesitan una determinación de ingresos); los invidentes; discapacitados; los de 65 años o más, cuando la edad sea una condición para su elegibilidad; o los que piden la cobertura porque necesitan servicios a largo plazo, ayuda con los costos compartidos de Medicare o los medicamentos necesitados.

Coordinación:



Un sistema de cobertura sin fallas

- Políticas de verificación coordinadas en Medicaid, CHIP y el Mercado (intercambios)
- Una sola solicitud para todos los programas de seguro asequibles
- Nuevos estándares y guías para garantizar un proceso coordinado, preciso y en un tiempo adecuado para las determinaciones sobre la elegibilidad y la transferencia de información a otros programas de seguro
- Una nueva página Web que le brinda información acerca de los programas y le facilita la inscripción en todos los programas de seguro asequibles

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

47

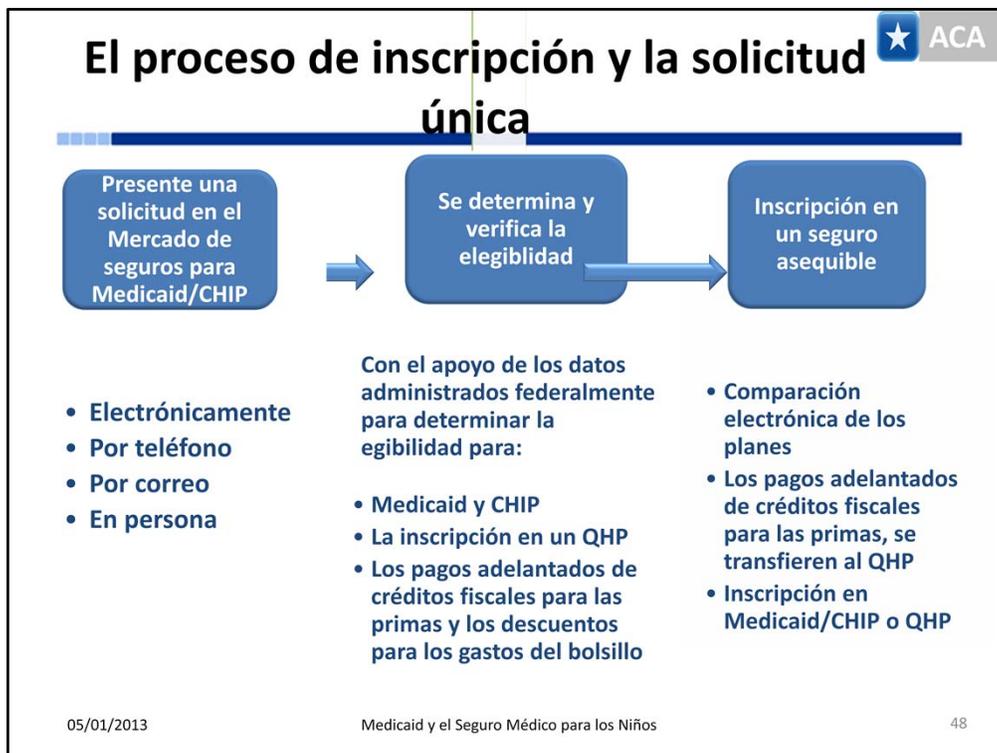
Las nuevas normas implementan :

- Políticas de verificación coordinadas en Medicaid, CHIP y el Mercado de seguros (por ejemplo en los ingresos, el estado de residencia, el pedido del Número de Seguro Social)
- Una sola solicitud para todos los programas de seguro asequibles
- Nuevos estándares y guías para garantizar un proceso coordinado, preciso y en un tiempo adecuado para las determinaciones sobre la elegibilidad y la transferencia de información a otros programas de seguro asequibles

El buscador de seguros en www.HealthCare.gov le permite identificar las opciones de cobertura médica pública y privada disponibles en su zona. El buscador identifica las opciones que le pueden convenir. Si desea más información, visite <http://finder.healthcare.gov/>

Si desea información adicional, visite: <http://www.medicaid.gov/State-Resource-Center/Events-and-Announcements/Events-and-Announcements.html>

NOTA: Las agencias estatales Medicaid deben empezar a transferir a las cuentas electrónicas de intercambio de los solicitantes que no son elegibles para Medicaid, pero que podrían recibir los créditos impositivos a partir del 1 de octubre de 2013.



Los estados utilizarán una aplicación única para la cobertura de los planes privados a través del Mercado de seguros, para el nuevo crédito fiscal para la prima, para la reducción en los gastos del bolsillo, para Medicaid y CHIP. La aplicación le permite comparar los Planes de Salud Calificados (QHP) e inscribirse.

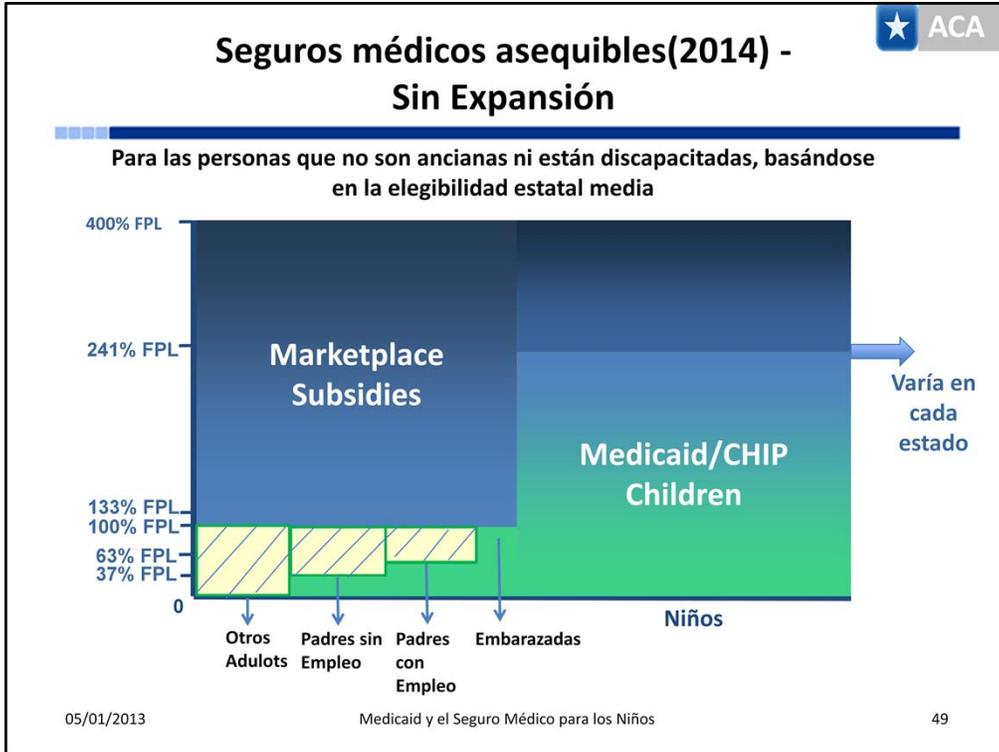
Las solicitudes serán escogidas de acuerdo con sus circunstancias (si es soltero, familia, etc.) y se pueden presentar electrónicamente, por teléfono, correo o en persona.

Los estados pueden usar otro tipo de solicitud siempre que esté aprobada por la Secretaría de HHS.

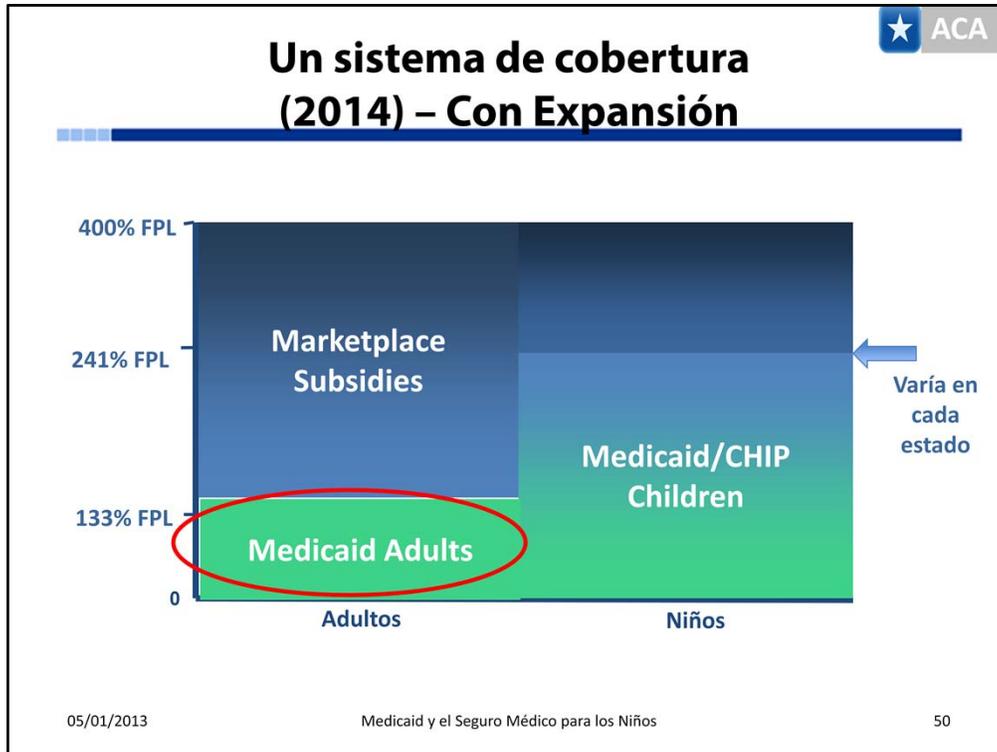
NOTA: ¿Necesita más información sobre el Mercado de seguros?

Inscríbase en signup.healthcare.gov para recibir correos electrónicos y mensajes de texto.

Las actualizaciones y recursos para las organizaciones socias están disponibles en <http://marketplace.cms.gov/index.html>



Este cuadro le muestra la cobertura de Medicaid en el 2014, en los estados que no han expandido dicha cobertura. La Corte Suprema ha decidido que la expansión sea optativa.



Este cuadro le muestra la cobertura de Medicaid en el 2014, en los estados qu han expandido dicha cobertura

Los próximos pasos

- Use los equipos de Operaciones Estatales y Asistencia Técnica de CMS (SOTA)
 - Un equipo estatal multidisciplinario, más un líder
 - Para brindarle un punto coordinado de contacto y ayuda
 - Para el desarrollo de sistemas, políticas y operaciones
- Trabaja con los estados para ayudarle en las transiciones con las exenciones

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

51

La iniciativa de los equipos de Operaciones Estatales y Asistencia Técnica de CMS (SOTA) fue diseñada para promover la comunicación y el intercambio de información con los estados y, de este modo facilitar la implementación de la Ley de Atención Médica Asequible (a bajo costo). Los equipos de SOTA son equipos estatales multidisciplinarios, más un líder que actúan como contactos coordinados para ayudar a los estados en la implementación de la Ley en el 2014. El objetivo de CMS es trabajar con los estados para desarrollar los Mercados de seguros:

- Use los equipos SOTAS
 - Para que le provean un punto de contacto y de apoyo coordinado.
 - Para el desarrollo de sistemas, políticas y operaciones.
- Trabajan con los estados para ayudarle en la transición de las exenciones.

Si desea más información visite: <http://www.medicaid.gov/state-Resource-Center/Eligibility-Enrollment-Final-Rule/Eligibility-and-Enrollment-Final-Rule-Webinars.html>

Los próximos pasos (continuación)

CMS

- Establecerá procedimientos para permitirles a los individuos que soliciten Medicaid, CHIP o el Mercado de seguros a través del sitio web de cada estado, utilizando la firma electrónica
 - Deben estar en vigencia para el 1 de enero de 2014
- Hace campañas de alcance para inscribir a los grupos más vulnerables en Medicaid y CHIP

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

52

CMS

Establecerá procedimientos para permitirles a los individuos que soliciten Medicaid, CHIP o el Mercado de seguros a través del sitio web de cada estado, utilizando la firma electrónica a partir del 1 de enero de 2014

Hace campañas de alcance para inscribir a los grupos más vulnerables en Medicaid y CHIP

Para más información, visite: <http://www.medicaid.gov/state-Resource-Center/Eligibility-Enrollment-Final-Rule/Eligibility-and-Enrollment-Final-Rule-Webinars.html>



Fíjese cuánto sabe-- Lección 4

¿Cuál de estos enunciados es/son verdaderos respecto a la expansión de Medicaid?

- a. Los estados tiene la opción de expandir la elegibilidad para un grupo de adultos nuevo
- b. Cubrirá a los que tienen ingresos por debajo del 133% FPL, los menores de 65 años y las embarazadas
- c. Habrá una sola solicitud para todos los programas de cobertura a bajo costo
- d. Todos los enunciados mencionados

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

53

¿Cuál de estos enunciados es/son verdaderos respecto a la expansión de Medicaid?

- a. Los estados tiene la opción de expandir la elegibilidad para un grupo de adultos nuevo
- b. Cubrirá a los que tienen ingresos por debajo del 133% FPL, los menores de 65 años y las embarazadas
- c. Habrá una sola solicitud para todos los programas de cobertura a bajo costo
- d. Todos los enunciados mencionados

RESPUESTA: d. Todos los enunciados mencionados

 **Lección 5 - Programas de Ahorros de Medicare**

- Ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados
- Frecuentemente con límites de ingresos y recursos mayores
- Pagan las primas de Medicare
 - Pueden pagar los deducibles y el coseguro
- Los montos de ingreso se actualizan cada año según el FPL
- Algunos estados ofrecen sus propios programas

05/01/2013 Medicaid and the Children's Health Insurance Program 54

- Los estados tienen otros programas que pagan las primas de Medicare y, en algunos casos, pueden también pagar los deducibles y el coseguro de Medicare de las personas con ingresos y recursos limitados
- Estos programas frecuentemente tienen límites de ingresos y recursos más altos que los de Medicaid y la elegibilidad para los mismos está determinada por los niveles de ingresos y recursos.
- Podrían pagar las primas de Medicare y, en algunos casos, los deducibles y el coseguro.
- El monto de ingresos se actualiza cada año con el nivel federal de pobreza.
- Además, algunos estados ofrecen sus propios programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar los costos de los que son responsables por la atención médica, incluyendo los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP).

Usted puede contactar a su oficina local de Medicaid o al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) en su estado para encontrar los programas a su disposición. Para obtener el teléfono del SHIP, visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Los montos para el Nivel Federal de Pobreza están disponibles en <http://aspe.hhs.gov/poverty/13poverty.cfm>

Los beneficios de Medicaid que reciben las personas inscritas en Medicare-Medicaid

- Los beneficiarios de Medicare-Medicaid se clasifican en tres grupos
 - Aquellos que reciben los *beneficios completos* de Medicaid disponibles en su estado
 - Los Beneficiarios de Medicare Calificados (*QMBs*) que reciben *beneficios parciales* como ayuda para pagar las primas y los costos compartidos de Medicare
 - Los Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos (*SLMB*), los Individuos Calificados (*QI*) y los Discapacitados Calificados que Trabajan (*QDWI*) que reciben *beneficios parciales* como ayuda para pagar solamente las primas de Medicare

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

55

La ayuda está basada en los ingresos. Según el nivel del beneficios, las personas inscritas en Medicare-Medicaid están clasificadas en tres grupos:

- Aquellos que reciben los *beneficios completos* de Medicaid disponibles en su estado, como ayuda para pagar las primas y costos compartidos de Medicare.
- Los beneficiarios doblemente elegibles que reciben ayuda parcial para pagar los gastos de Medicare:
 - Los Beneficiarios de Medicare Calificados (*QMBs*) que reciben *beneficios parciales* como ayuda para pagar las primas y los costos compartidos de Medicare (excepto la Parte D).
 - Los Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos (*SLMB*), los Individuos Calificados (*QI*) y los Discapacitados Calificados que Trabajan (*QDWI*) que reciben *beneficios parciales* como ayuda para pagar solamente las primas de Medicare

¿Quién es elegible para los MSP?

Programas Medicare de Ahorros	Límite mensual de ingresos para un individuo	Límite mensual de ingresos para un matrimonio	Le ayuda a pagar por
Beneficiarios de Medicare Calificado (QMB)	\$978	\$1,313	Las primas de las Partes A y B y otros costos como (deducibles, coseguro y copagos)
Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB)	\$1,169	\$1,571	Solamente la prima de la Parte B
Individuo Calificado (QI)	\$1,313	\$1,765	Solamente la prima de la Parte B
Individuo Discapacitado que Trabaja (QDWI)	\$3,915	\$5,255	Solamente la prima de la Parte A

05/01/2013

Medicaid and the Children's Health Insurance Program

56

Si es elegible para el programa de Beneficiario de Medicare Calificado (QMB), obtendrá ayuda para pagar las primas de las Partes A y B y los costos compartidos (deducibles, coseguro y copagos). Para hacerlo usted debe tener derecho a la Parte A y un ingreso que no exceda el 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). El beneficio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a que se apruebe su elegibilidad como QMB. La elegibilidad no puede ser retroactiva. Para ser elegible para el programa de Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB), debe tener derecho a la Parte A y un ingreso que equivalga por lo menos al 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), pero que no exceda el 120% del FPL. Si es elegible obtendrá ayuda para pagar la prima de la Parte B.

Para ser elegible para el programa de Individuo Calificado (QI), totalmente subvencionado por el gobierno federal, usted debe tener derecho a la Parte A y un ingreso que no exceda el 135% del FPL. Si es elegible y aún quedan fondos disponibles en su estado, obtendrá ayuda para pagar la prima de la Parte B. El Congreso solo les asigna a los estados una cantidad limitada.

Para ser elegible para el programa de Individuo Discapacitado que Trabaja (QDWI)

debe tener derecho a la Parte A por haber perdido el beneficio de discapacidad de la Parte A por tener ingresos que exceden el límite de la SGA; tener un ingreso que no exceda el 200% del FPL y recursos que no sean más del doble del máximo para SSI (Para el 2013, \$4,000 para un individuo y \$6,000 para un matrimonio); y no debe ser elegible para Medicaid. Si es elegible obtendrá ayuda para pagar la prima de la Parte A. Si su ingreso está entre el 150% y el 200% del FPL, el estado puede pedirle que pague una parte de la prima de la Parte A.

En el 2013, los límites de recursos para los QMB, SLMB y QI son \$7,080 para un individuo y \$10,620 para una pareja casa que viven juntos y no tienen dependientes. Los límites se reajustan el 1 de enero de cada año, según los cambios del Índice de Precios al Consumidor (CPI) desde septiembre del año anterior.

Solicitud de los beneficios

- Usted podría ser elegible para los Programas Medicare de Ahorros
 - Revise las normas locales
 - Reúna sus documentos personales
 - Comuníquese con las agencias locales para obtener información
 - Complete la solicitud en su oficina estatal de Ayuda Médica

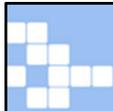
05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

57

Aquí le mencionamos algunos pasos para determinar si califica para recibir ayuda con los gastos de Medicare que salen de su bolsillo.

- Primero, revise los requisitos de ingresos y recursos (o bienes) para su área.
- Si considera que puede calificar, reúna los documentos personales que requiere la agencia para el proceso de solicitud. Usted necesitará:
 - Tarjeta de Medicare
 - Identificación
 - Comprobante de residencia
 - Comprobante de cualquier ingreso, incluyendo cheques de pensiones, pagos de Seguro Social, etc.
 - Estados de cuentas bancarias recientes
 - Títulos de propiedad
 - Pólizas de seguros
 - Estados financieros para bonos o acciones
 - Comprobante de pólizas funerarias o de entierros
- Puede obtener más información comunicándose con su oficina estatal de Ayuda Médica, su programa local de SHIP, o su Agencia de Área sobre Envejecimiento de su localidad.
- Finalmente, llene una solicitud en su oficina estatal de Ayuda Médica.



Fíjese cuánto sabe-- Lección 5

¿Cuál es el nombre del programa para las personas de bajos ingresos que les ayuda a pagar las primas de las Partes A y B y a veces, los costos compartidos?

- a. Programa Medicare de Ahorros
- b. Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos
- c. Beneficiario de Medicare Calificado**
- d. Individuo Calificado

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

58

¿Cuál es el nombre del programa específico que les ayuda a las personas de bajos ingresos a pagar por parte de los costos de las Partes A y B y a veces, por otros costos compartidos:

- a. Programa Medicare de Ahorros
- b. Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos
- c. Beneficiario de Medicare Calificado
- d. Individuo Calificado

Respuesta: c. Beneficiario de Medicare Calificado

Guía de Recursos para Medicaid y CHIP		
Recursos Gubernamentales	Recursos de la industria de la salud	Productos de Medicare
<p>Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048)</p> <p>www.medicare.gov</p> <p>http://www.medicare.gov/</p> <p>http://www.cms.gov/Center/Special-Topic/Ombudsman-Center.html</p> <p>http://www.healthcare.gov/</p> <p>Seguro Social 1-800-772-1213 (TTY 1-877-486-2048) www.socialsecurity.gov</p>	<p>Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)*</p> <p>Oficina Estatal sobre el Envejecimiento *Para obtener los números telefónicos llame a CMS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048</p> <p>Grupo de CMS para la integridad de Medicaid ha creado seis equipos de herramientas para que los estados las usen con los proveedores y beneficiarios. Puede enviarle un correo electrónico al Contratista de educación sobre la integridad de Medicaid a: MedicaidProviderEducation@cms.hhs.gov</p> <p>Si desea más información sobre este tema, visite: http://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/MedicaidIntegrityProgram/WhatIsNew.html</p>	<p><i>Manual de Medicare y Usted</i> Producto de CMS No. 10050</p> <p><i>Sus Beneficios con Medicare</i> Producto de CMS No. 10116</p> <p>Para acceder a estos productos: Vea y encargue copias individuales en Medicare.gov</p> <p>Para encargar copias múltiples (socios solamente), vaya a productordering.cms.hhs.gov. Tiene que registrar su organización.</p> <p>Preguntas frecuentes sobre la implementación de la Ley de Atención Médica Asequible (a bajo costo): http://www.medicare.gov/State-Resource-Center/FAQ-Medicare-and-CHIP-Affordable-Care-Act-ACA-Implementation/FAQ-Medicare-and-CHIP-Affordable-Care-Act-ACA-Implementation.html</p>

Table of Resources



Este módulo fue ofrecido por

El Programa Nacional de Entrenamiento de CMS

Si tiene preguntas sobre estos materiales de entrenamiento, envíe un correo electrónico a Training@cms.hhs.gov

Para ver todos los materiales NTP o para suscribirse a nuestra listserv (lista de servicios), visite <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html>

Este módulo de entrenamiento fue ofrecido por el Programa Nacional de Entrenamiento de CMS. Si tiene preguntas sobre estos materiales, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov. Para ver todos los productos de NTP disponibles o para suscribirse a la lista de correo electrónico, visite [www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/ CMS National TrainingProgram](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram).

Apéndice A

Agencias de Medicaid

Estado/Agencia	Página Web	Solicitud

05/01/2013

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

61

NOTA: Tal vez le convenga llenar esta página con la información de Medicaid correspondiente a su estado/región.

Apéndice B

La inscripción en Medicaid/CHIP

Estado	Inscripción en Medicaid	Inscripción en CHIP

NOTA: Tal vez le convenga llenar esta página con la información de Medicaid y CHIP correspondiente a su estado/región.

Apéndice C

La elegibilidad para Medicaid

Estado	Niños	Embarazadas	Padres	Adultos

NOTA: Tal vez le convenga llenar esta página con la información correspondiente a los porcentajes de FPL para Medicaid en su estado/región.

Apéndice D

Los FMAP para Medicaid

Estado	FMAP	FMAP mejorados

Los Porcentajes de Ayuda Médica Federal (FMAP) se utilizan para determinar la contribución federal a los gastos de ayuda para el pago de ciertos servicios sociales, y los gastos médicos estatales y de seguro. La Ley del Seguro Social obliga a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos a calcular y publicar los FMAP cada año.

Los Porcentajes de Ayuda Médica Federal son para Medicaid. La Sección 1905(b) de la Ley especifica la fórmula para calcularlos.

Los Porcentajes de Ayuda Médica Federal Mejorados son para el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP) según lo estipulado por el Título XXI de la Ley del Seguro Social y la Sección 2105(b) especifica la fórmula para calcularlos.

NOTA: Tal vez le convenga llenar esta página con la información correspondiente a los FMAP y los FMAP para su estado/región.

Acronyms

ACA	Ley de Atención Médica Asequible (de bajo costo)
AFDC	Ayuda para Familias con Niños Dependientes
CHIP	Seguro Médico para los Niños
CHIPRA	Ley de Reautorización del Seguro Médico para los Niños
EFMAP	Porcentaje de Ayuda Médica Federal Mejorado
FMAP	Porcentaje de Ayuda Médica Federal
FPL	Nivel Federal de Pobreza
MAGI	Ingreso Bruto Modificado Ajustado
MSP	Programa Medicare de Ahorros
QDWI	Individuo Discapacitado Calificado que Trabaja
QI	Individuo Calificado
QMB	Beneficiario de Medicare Calificado
SHIP	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico
SLMB	Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos
SOTA	Operaciones Estatales y Ayuda Técnica
SPAP	Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica
SSI	Seguridad de Ingreso Suplementario
TANF	Ayuda Temporal para Familias Necesitadas

