



Programa Nacional de Capacitación 2015




Módulo 12

Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños

El Módulo 12 explica Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Este módulo de capacitación fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, CHIP y el Mercado de Seguros Médicos facilitado por el gobierno federal.

La información en este módulo fue corregida a partir de mayo de 2015. Para confirmar si hay una versión actualizada, visite CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html.

El Programa de Capacitación Nacional de CMS ofrece este documento como recurso informativo para nuestros socios. El presente no es un documento legal ni tiene fines de prensa. Los medios pueden comunicarse con la Oficina de prensa de CMS al correo electrónico press@cms.hss.gov. Las pautas legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

Objetivos de la sesión

- Esta sesión debe ayudarlo a
 - Describir la elegibilidad, los beneficios y la administración de Medicaid, incluso la asistencia estatal para las personas inscritas en Medicare-Medicaid
 - Definir elegibilidad, beneficios y administración del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Esta sesión debe ayudarlo a

- Describir la elegibilidad, los beneficios y la administración de Medicaid, incluso la asistencia estatal para las personas inscritas en Medicare-Medicaid
- Definir elegibilidad, beneficios y administración del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Lección 1 — Panorama general de Medicaid

- ¿Qué es Medicaid?
- Administración de Medicaid
- Elegibilidad
- Ampliación de Medicaid
- Inscripción
- Ingreso bruto ajustado modificado (MAGI)
- Cobertura
- Exenciones
- Programas de Ahorros Medicare

La Lección 1, "Panorama general de Medicaid", explica lo siguiente:

- ¿Qué es Medicaid?
- Administración de Medicaid
- Elegibilidad
- Ampliación de Medicaid
- Inscripción
- Ingreso bruto ajustado modificado (MAGI)
- Cobertura
- Exenciones
- Programas de Ahorros Medicare

Panorama general de Medicaid

- Programa de derecho ciudadano* estatal y federal
- Asistencia médica para las personas con ingresos y recursos limitados
- Cubre alrededor de 71 millones de adultos y niños
- Suplementa a Medicare para más de 10 millones de personas mayores y/o incapacitadas

*Derecho ciudadano: programa gubernamental que garantiza ciertos beneficios a un grupo o segmento de población en particular.

Medicaid es un programa de derecho ciudadano* estatal y federal que paga asistencia médica para ciertos individuos y familias con ingresos y recursos limitados. Medicaid no es un programa de asistencia monetaria; paga directamente a los prestadores para que usted reciba atención.

Medicaid es la fuente de financiación de servicios médicos y relacionados con la salud más importante de la población de más bajos recursos de Estados Unidos. Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños brindan cobertura de salud a casi 71 millones de estadounidenses, entre ellos, niños, embarazadas, padres, madres, personas mayores y personas con incapacidades.

El programa se convirtió en ley en 1965 (Título XIX [19] de la Ley del Seguro Social) como emprendimiento cooperativo cofinanciado por el gobierno federal y los estatales (incluye el Distrito de Columbia y los Territorios) para ayudar a los estados a proporcionar asistencia médica a personas necesitadas elegibles.

*Derecho ciudadano: programa gubernamental que garantiza ciertos beneficios a un grupo o segmento de población en particular.

Administración de Medicaid

- Asociación federal/estado
 - Programa de derecho ciudadano financiado en conjunto
 - Pautas nacionales establecidas por el gobierno federal
 - Los estados reciben fondos equivalentes del gobierno federal
 - Conocido como Porcentaje Federal de Asistencia Médica (FMAP)
 - Se usa para calcular la cantidad de gastos estatales compartidos por el gobierno federal
 - Varía de un estado a otro
 - Se basa en el ingreso per cápita del estado

Medicaid es un programa conjunto de asociación federal/estado con pautas nacionales establecidas por el gobierno federal.

Los estados reciben fondos equivalentes financiados por el gobierno federal para servicios cubiertos.

- La tasa equivalente aportada por el gobierno federal, también conocida como Porcentaje Federal de Asistencia Médica (FMAP), se usa para calcular la cantidad de gastos estatales compartidos por el gobierno federal para cubrir servicios.
- El FMAP varía de un estado a otro según el ingreso per cápita de cada estado.

Administración Estatal de Medicaid

- Dentro de amplias pautas federales, cada estado
 - Desarrolla sus propios programas
 - Desarrolla y opera su propio plan
 - Establece sus propios estándares de elegibilidad
 - Determina el tipo, cantidad, duración y alcance de los servicios
 - Configura la tasa de pago por los servicios
 - Se asocia con CMS para administrar su programa
- Los estados pueden cambiar la elegibilidad, los servicios y el reembolso durante el año

Dentro de amplias pautas federales, cada estado

- Desarrolla sus propios programas.
- Desarrolla y opera el Plan Estatal Medicaid esbozando la naturaleza y el alcance de los servicios. El plan estatal es un contrato entre los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado, y cualquier modificación debe ser aprobada por los CMS.
- Establece sus propios estándares de elegibilidad. Las pólizas de Medicaid para elegibilidad, servicios y pagos son complejas y varían considerablemente, incluso entre estados de tamaño similar o proximidad geográfica. Una persona que es elegible para Medicaid en un estado puede no ser elegible en otro.
- Determina el tipo, cantidad, duración y alcance de los servicios cubiertos dentro de pautas federales. También, los servicios proporcionados por un estado pueden diferir considerablemente en cantidad, duración o alcance de los servicios brindados en un estado similar o vecino.
- Configura la tasa de pago por los servicios con la aprobación de CMS.
- Se asocia con CMS para administrar su programa.
- Administra su propio programa una vez aprobado por el gobierno federal.

Las legislaturas de los estados pueden cambiar la elegibilidad para Medicaid, los servicios y el reembolso durante el año.

La Agencia Estatal Única de Medicaid

- Administra el plan estatal de Medicaid
 - Puede delegar algunas funciones administrativas
- Los nombres de la oficina local pueden variar
 - Servicios Sociales
 - Asistencia Pública
 - Servicios Humanos

La "agencia estatal única" es un concepto estrictamente reglamentario (jurídico) que define la responsabilidad de administración del Plan Estatal de Medicaid. No se exige a la agencia estatal única que administre todo el programa de Medicaid. Puede delegar algunas funciones administrativas en otras agencias estatales (o locales) o en contratistas privados (o a ambos). No obstante, todas las determinaciones finales de elegibilidad deben ser tomadas por el personal de la agencia estatal (o local).

Los nombres de la oficina local pueden variar. Estas oficinas algunas veces se llaman: Servicios Sociales, Asistencia Pública o Servicios Humanos.

Si desea más información sobre los requisitos de elegibilidad, comuníquese con el Director de Medicaid de su estado. Para solicitar Medicaid, comuníquese con la Oficina de Asistencia Médica local.

Para más información, visite [Medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-state/by-state.html](https://www.Medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-state/by-state.html).

Compruebe su conocimiento: pregunta 1

Medicaid es administrado por los gobiernos estatales y los estados tienen completa flexibilidad sobre la manera en que estructuran sus programas.

- a. Verdadero
- b. Falso

Compruebe su conocimiento: pregunta 1

Medicaid es administrado por los gobiernos estatales y los estados tienen completa flexibilidad sobre la manera en que estructuran sus programas.

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: b. Falso

Medicaid es administrado por los gobiernos estatales dentro de las leyes federales (asociación federal/estatal). Un estado administra su propia elegibilidad y programas una vez aprobados por el gobierno federal.

Elegibilidad para Medicaid

- La elegibilidad está atada a grupos específicos bajo la ley federal de Medicaid
 - Mujeres embarazadas
 - Niños
 - Personas con incapacidades
 - Adultos mayores
- Los estados deben cubrir a ciertos grupos, como niños y mujeres embarazadas, y tienen la opción de cubrir a otros grupos
- Requisitos financieros y no financieros

Para calificar para Medicaid, debe pertenecer a uno de los grupos de elegibilidad especificados bajo la ley federal de Medicaid. Para ser elegibles para los fondos federales, los estados deben cubrir a personas de ciertos grupos hasta límites de ingresos definidos por el gobierno federal. No obstante, muchos estados han ampliado estos límites para Medicaid y han extendido la cobertura a otros grupos opcionales. Existen requisitos financieros y no financieros que se deben cumplir. Los requisitos no financieros incluyen requisitos de residencia y ciudadanía.

A partir de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Precio, los estados tienen opciones para cubrir a grupos adicionales, que analizaremos a continuación.

Elegibilidad — Ampliación de Medicaid

- Grupos de Elegibilidad de la ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio (opción estatal) con vigencia a partir del 1/1/2014
 1. Grupo adulto
 - De 19 a 64 con ingresos inferiores a 133% del nivel federal de pobreza (FPL)
 2. Anterior grupo de cuidado temporal
 - Menores de 26 e inscritos en Medicaid mientras estén bajo cuidado temporal a los 18 o a la edad que caduque el cuidado temporal
 3. Grupo de elegibilidad opcional para personas con ingresos superiores al 133% de FPL
 - Menores de 65 con ingresos superiores a 133% del FPL

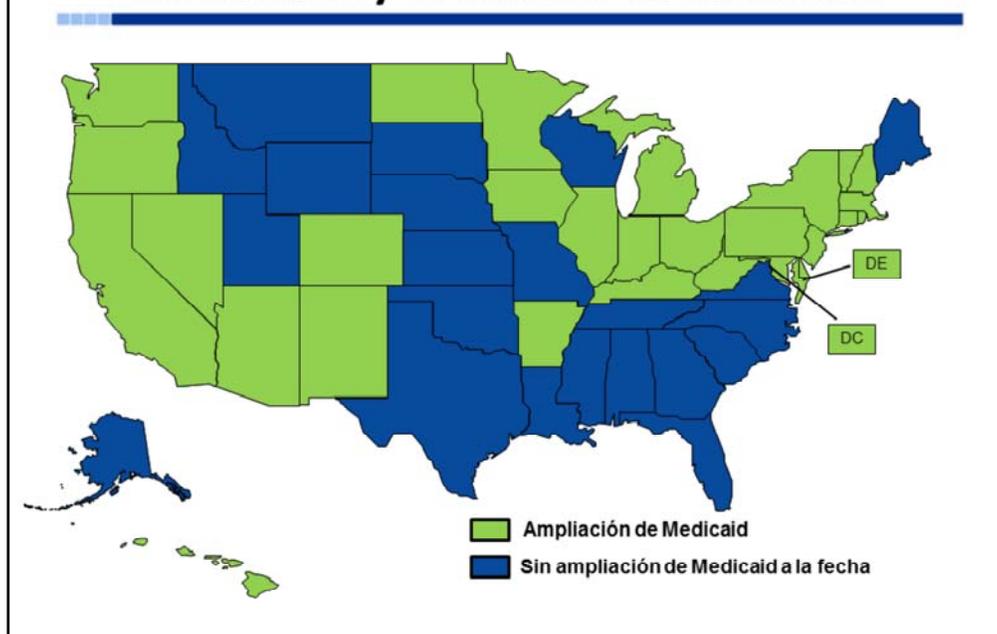
A partir del 1 de enero de 2014, la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio estableció 3 nuevos grupos de elegibilidad para Medicaid que pusieron el seguro de salud a disposición de millones de personas que no eran elegibles con anterioridad:

1. El Nuevo Grupo de Adultos cubre a personas de entre 19 y 64 años con ingresos inferiores al 133% del nivel federal de pobreza (FPL), incluye a hijos de 19 y 20 años de edad. Los hijos menores de 19 no están incluidos en este grupo porque están cubiertos por otros grupos de elegibilidad obligatorios. Para ser elegibles para el Nuevo Grupo de Adultos, las personas no deben tener derecho ni estar inscritos en Medicare, no pueden ser elegibles para ningún otro grupo de elegibilidad obligatorio de Medicaid y no pueden ser mujeres embarazadas al momento de la inscripción. Este grupo es un grupo de elegibilidad obligatorio que los estados pueden elegir cubrir.
2. Un segundo grupo de elegibilidad creado por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio estableció cobertura de Medicaid para personas menores de 26 que estaban inscritas en Medicaid mientras estaban bajo cuidado temporal a los 18 o a la edad que caduque el cuidado temporal. No existe ninguna prueba de ingresos o recursos para este grupo de elegibilidad. Los estados tienen la opción de cubrir a personas que estuvieron bajo cuidado temporal y en Medicaid en otro estado.
3. El tercer grupo es similar al Nuevo Grupo de Adultos. Las personas de este grupo deben ser menores de 65, con ingresos superiores al 133% del FPL y no pueden ser elegibles de otra manera para otro grupo de Medicaid. A diferencia de los requisitos de elegibilidad para el Nuevo Grupo de Adultos, las personas de este grupo opcional pueden ser mujeres embarazadas o personas elegibles para Medicare. Además, este grupo cubre tanto a hijos como a adultos que no son elegibles de otra manera.

Si un estado está ampliando Medicaid, las personas tal vez califiquen si ganan hasta alrededor de \$16,100 al año para 1 persona (\$32,900 para una familia de 4). La cobertura ya comenzó desde el 1 de enero de 2014.

NOTA: La ampliación de Medicaid hasta el 133% del FPL generó en una cantidad de estados la necesidad de contar con transiciones para niños de 6 a 18 años, entre 100 y 133% del FPL, que antes estuvieron cubiertos por Programas del Seguro Médico para Niños de Medicaid individuales.

Ampliación de Medicaid en 2015: 28 estados y el Distrito de Columbia

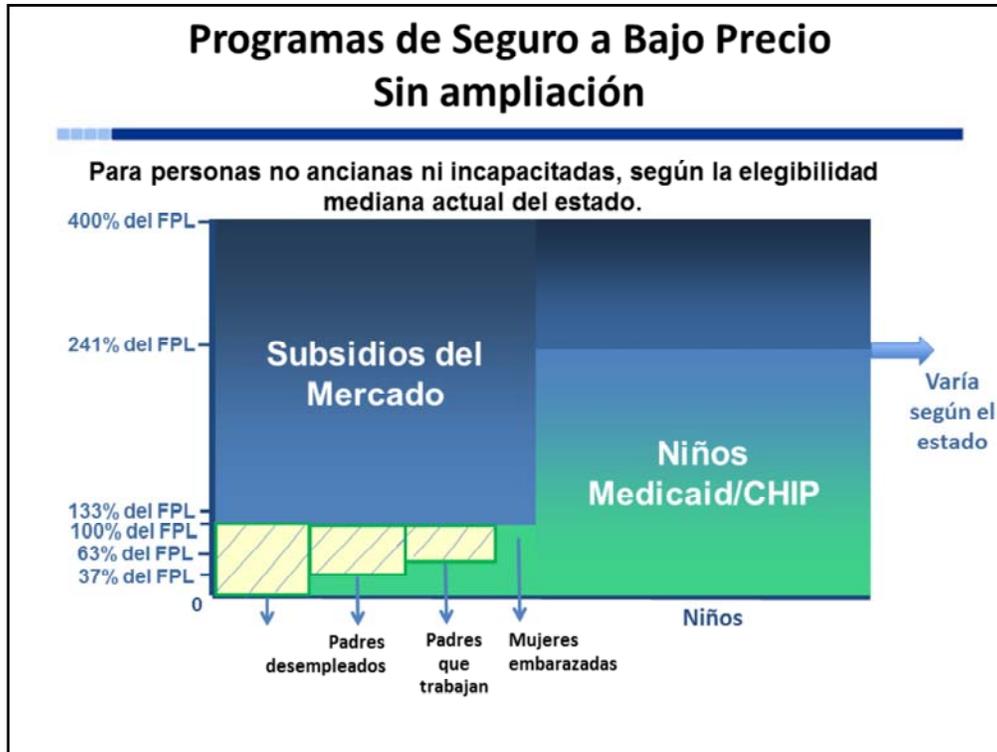


A partir de enero de 2015, 28 estados y el Distrito de Columbia eligieron ampliar la cobertura de Medicaid, incluyendo Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Delaware, Hawái, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Nevada, New Hampshire, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York, Dakota del Norte, Ohio, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, Washington y Virginia Occidental.

Los demás estados no han ampliado sus programas de Medicaid a la fecha, pero podrían hacerlo en el futuro.

Según la ley, el gobierno federal paga a los estados todos los costos de las nuevas personas elegibles durante los primeros 3 años. Pagará no menos del 90% de los costos en el futuro.

Los estados continúan tomando las decisiones de cobertura. Los estados también pueden dar de baja a la cobertura expandida de Medicaid en una fecha posterior sin recibir ninguna sanción federal.



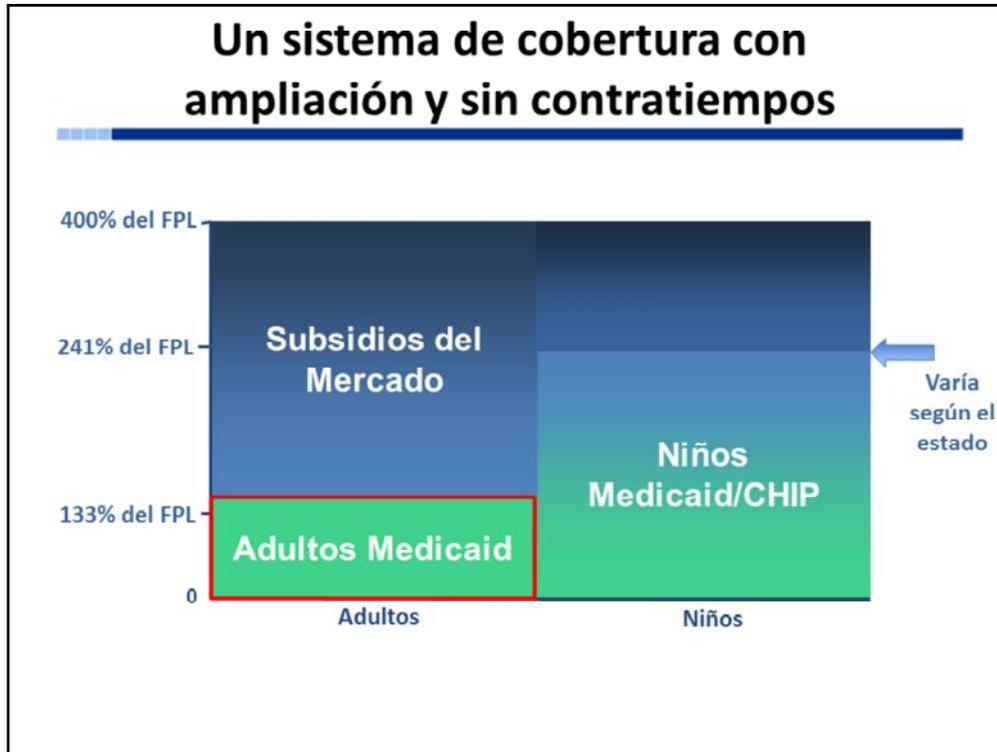
Este gráfico muestra los períodos sin cobertura de Medicaid en los estados que no amplían la cobertura. Si bien el grupo de adulto es un grupo obligatorio, la Corte Suprema determinó que no puede haber sanción para los estados que no adopten el nuevo grupo.

Medicaid y los Programas de Seguro Médico para Niños (CHIP) varían según el estado, con una elegibilidad que varía de 0% a 241% del nivel de pobreza federal (FPL). Según la cláusula de Mantenimiento del Esfuerzo de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Precio, los estados no tienen autorización para usar estándares, procedimientos o metodologías que reduzcan la elegibilidad de los niños, ya sea para CHIP o para Medicaid, hasta después del 30 de septiembre de 2019.

En los estados que no amplían, los grupos que continúan potencialmente sin cobertura o elegibilidad de Medicaid para subsidios del Mercado incluyen a adultos sin hijos de 0% a 100% del FPL, padres desempleados de 37% a 100% del FPL y padres que trabajan de 63% a 100% del FPL.

NOTA: Esto no muestra la opción del estado para el Plan Básico de Salud (BHP) para personas sin seguro con ingresos entre 133% y 200% del FPL, que de otro modo serían elegibles para recibir subsidios de primas en el Mercado de Seguros de Salud. Las personas con ingresos entre 133% y 200% del FPL en los estados que crean los BHP no son elegibles para subsidios en el Mercado.

Actualmente, tanto Minnesota como Nueva York están desarrollando un Plan Básico de Salud (BHP).



Este gráfico es una muestra visual de la cobertura en los estados que amplían la cobertura.

Actualmente, 28 estados y el Distrito de Columbia han adoptado el nuevo grupo de adultos. Cuatro estados están participando a través de un modelo de ampliación alternativo:

- Subsidios del Mercado para personas de 138% a 400% del nivel federal de pobreza (FPL).
- El nuevo grupo de adultos (que se muestra en el recuadro rojo), Medicaid para adultos de 0% a 138% del FPL (permite un 5% de ingresos no computados)
- Para niños, Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) varían de un estado a otro, hasta 241% del FPL. Los subsidios del Mercado están disponibles por encima del límite estatal aplicable hasta 400%.

Para más información sobre Medicaid y la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio, visite [Medicaid.gov/affordablecareact/affordable-care-act.html](https://www.Medicaid.gov/affordablecareact/affordable-care-act.html).

Estados que no amplían Medicaid

- Si vive en un estado que NO amplía Medicaid, usted puede
 - Tener menos opciones de cobertura
 - No calificar para Medicaid o para costos reducidos en un plan de seguros privado del Mercado
 - Tener la posibilidad de conseguir una exención por dificultades y no pagar una tarifa si no recibe la cobertura de salud esencial mínima

Algunos estados no han ampliado sus programas de Medicaid. En estos estados, algunas personas con ingresos limitados pueden tener menos opciones de cobertura.

Si vive en un estado que no está ampliando Medicaid, usted puede no calificar para Medicaid ni para costos reducidos en un plan de seguro privado del Mercado; depende de la categoría en que se encuentren sus ingresos.

- Si su ingreso es superior a 100% del nivel federal de pobreza (FPL), alrededor de \$11,670 al año como persona individual o de \$23,850 para una familia de 4, puede adquirir un plan de seguro de salud privado en el Mercado y obtener costos más bajos en función del tamaño de su hogar y de sus ingresos.
- Si usted gana menos de \$11,670 al año para una persona individual o alrededor de \$23,850 para una familia de 4, es posible que no califique para obtener la reducción de costos basada en su ingreso para un seguro privado. No obstante, puede ser elegible para Medicaid, incluso sin la ampliación, según las normas existentes en su estado.

Muchos adultos de estos estados (que no están ampliando Medicaid) con ingresos inferiores al 100% del FPL entran en esta franja sin cobertura. Sus ingresos pueden ser demasiado altos para recibir Medicaid según las normas actuales del estado, pero demasiado bajos para calificar y recibir ayuda en la adquisición de cobertura en el Mercado. No obstante, estas personas pueden solicitar una exención por dificultades de modo que no tengan que pagar una tarifa si no reciben cobertura de salud.

Estas personas también tienen la opción de comprar un plan de cobertura catastrófica en el Mercado.

Para más información sobre la ampliación de Medicaid, visite [HealthCare.gov/medicaid-chip/medicaid-expansion-and-you/](https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/medicaid-expansion-and-you/).

Solicitud simplificada

- Una única solicitud para todos los programas
- La solicitud puede pasar sin problemas de comparar los Planes de Salud Calificados del Mercado a la inscripción
- Tiene la posibilidad de inscribirse inmediatamente una vez finalizada la determinación de elegibilidad
 - Dependiendo del programa para el cual es elegible el postulante

El Mercado de Seguros facilitados por el gobierno federal y los estados usan la solicitud simplificada para cobertura a través del Mercado, Medicaid y el Programa del Seguro Médico para Niños (CHIP). La solicitud puede pasar sin problemas de la elegibilidad a la selección e inscripción en el plan. Las personas pueden enviar una única solicitud para todos los programas. Las solicitudes en línea están disponibles en todos los estados, junto con las solicitudes tradicionales en papel que se pueden enviar por correo. Y las personas siguen teniendo la opción de postularse en persona o por teléfono.

A través de la solicitud única optimizada, las personas y sus familias reciben las determinaciones de elegibilidad para lo siguiente:

- Medicaid y CHIP
- Inscripción en Planes de Salud Calificados del Mercado
 - Créditos tributarios de primas avanzados
 - Reducciones de gastos compartidos

Una vez finalizada la determinación de elegibilidad, los postulantes tienen la posibilidad de inscribirse inmediatamente en la cobertura a bajo precio, dependiendo de los programas para los que son elegibles y el modelo disponible en su estado.

Proceso de solicitud e inscripción

- Proceso de solicitud
 - Se apoya principalmente en datos electrónicos
 - Reduce la necesidad de documentación en papel
- Postúlese en línea, por teléfono, por correo postal o en persona
- Período de elegibilidad de 12 meses para la mayoría
 - Adultos
 - Padres
 - Niños

Los procesos de solicitud, inscripción y renovación de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) se simplificaron de la siguiente manera:

- Los procedimientos de verificación de la elegibilidad se apoyan principalmente en fuentes de datos electrónicos. Los estados tienen la flexibilidad de determinar la utilidad de los datos disponibles antes de solicitar información adicional a los postulantes.
- Las renovaciones (para personas inscritas a través de las normas simplificadas con base en los ingresos) se limitan a una vez cada 12 meses, a menos que usted denuncie un cambio o la agencia posea información para justificar la reevaluación.
- Movimiento hacia las determinaciones de elegibilidad en tiempo real.

Metodología del Ingreso bruto ajustado modificado (MAGI)

- MAGI es una metodología que permite establecer cómo se contabiliza el ingreso y cómo se determina la composición del hogar y el tamaño de la familia
- MAGI no es un número que figura en la declaración de impuestos
- Para determinar la elegibilidad de la mayoría de las personas para Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) se usan normas basadas en MAGI

El ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) es una metodología que permite establecer cómo se contabiliza el ingreso y cómo se determina la composición del hogar y el tamaño de la familia. MAGI no es un número que figura en la declaración de impuestos. Para determinar la elegibilidad de la mayoría de las personas para Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) se usan normas basadas en MAGI.

La decisión de un estado de ampliar o no la cobertura de Medicaid para adultos de bajos ingresos no se relaciona con el uso de MAGI. Las normas de MAGI son uniformes y promueven la coordinación entre Medicaid y CHIP y la cobertura disponible a través del Mercado.

Opciones estatales para las determinaciones de elegibilidad coordinadas con el Mercado

- El Mercado toma las determinaciones de elegibilidad para Medicaid/Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) según el ingreso bruto ajustado modificado usando las normas y estándares de elegibilidad estatales de Medicaid/CHIP
 - Debe ser una entidad gubernamental
- El Mercado realiza la evaluación inicial de elegibilidad para Medicaid/CHIP; las agencias estatales de Medicaid y CHIP toman la determinación final de elegibilidad

Los estados tienen opciones para las determinaciones de elegibilidad coordinadas con el Mercado. Por ejemplo, el estado puede delegar la determinación de elegibilidad en el Mercado, pero solo en una agencia gubernamental que tiene estándares de personal basados en el mérito y sujetos a protecciones.

Según esta opción, el Mercado toma determinaciones finales de elegibilidad para Medicaid/Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) de conformidad con las políticas y normas de elegibilidad del estado usando un conjunto estándar de procedimientos de verificación aceptados por el estado. Para garantizar una determinación de elegibilidad oportuna, precisa y sin contratiempos, la agencia estatal de Medicaid/CHIP acepta la cuenta electrónica a través de una interfaz electrónica segura y sigue los procedimientos de inscripción de Medicaid/CHIP en la misma medida que si la solicitud hubiera sido presentada ante la agencia de Medicaid/CHIP.

Según la opción de evaluación, el Mercado realiza una evaluación inicial de elegibilidad para Medicaid/CHIP. Las agencias estatales de Medicaid y CHIP realizan la determinación final de elegibilidad. Las evaluaciones se realizan utilizando los estándares de ingresos aplicables para Medicaid/CHIP y otros criterios no financieros tales como la ciudadanía y la condición migratoria, utilizando normas y procedimientos de verificación congruentes con los reglamentos de Medicaid y CHIP. El Mercado y las agencias de Medicaid/CHIP suscriben acuerdos que esbozan las responsabilidades de cada entidad para garantizar un proceso coordinado y sin contratiempos.

¿En la elegibilidad de quiénes se basa MAGI?

Grupos que usan MAGI	Exceptuados de MAGI
Adultos	Cualquier persona para la cual la agencia no está obligada a hacer una determinación de ingresos (por ejemplo, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), cuidado temporal federal o receptores de asistencia para la adopción)
Padres	
Niños	
Mujeres embarazadas	
	Personas elegibles en base a la edad, ceguera o incapacidad
	Personas con necesidades de atención a largo plazo
	Elegibilidad para la asistencia de gasto compartido de Medicare

La metodología del ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) para determinar el ingreso se aplica tanto a la elegibilidad de Medicaid como de CHIP en la mayoría de los inscritos, incluso en niños, mujeres embarazadas, padres y otros parientes cuidadores y el nuevo grupo de adultos (según se aplique en cada estado). Según el estatuto, las metodologías de ingresos basadas en MAGI no se aplican a las determinaciones de elegibilidad de Medicaid para poblaciones de ancianos e incapacitados.

Metodología basada en el Ingreso bruto ajustado modificado (MAGI)

- Atada al ingreso tributable
- Los ingresos actuales no computados se reemplazan por un único 5% no computado
- Composición del hogar basada en las relaciones entre quien declara los impuestos y el dependiente impositivo
- La pensión alimenticia no se tiene en cuenta porque se trata de un ingreso no tributable
- Tamaño de familia ajustado por embarazo

- El ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) y el ingreso del hogar se definen en la sección 36B(d)(2)(A) y (B) del Código de Impuestos Internos (IRC). La metodología basada en MAGI, según el estatuto de Medicaid, incluye ciertas normas de contabilización del ingreso y la composición del hogar reflejadas en la cláusula 42 CFR 435.603 de la normativa del CMS. La metodología basada en MAGI incluye todos los ingresos tributables. La Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), incapacidad de los veteranos, el seguro de accidente del trabajo, la pensión alimenticia, los créditos tributarios federales y la ayuda en efectivo son tipos comunes de ingresos que no son tributables y, por lo tanto, no se contabilizan usando MAGI.
- La Ley del Cuidado de Salud de Bajo Precio estableció un ingreso no computado igual a 5 puntos porcentuales del nivel federal de pobreza (FPL) "a los fines de determinar la elegibilidad de ingresos" para personas cuya elegibilidad esté basada en MAGI. En nuestra norma final, emitida el 15 de julio de 2013, se estableció que el ingreso no computado se aplique al cálculo de ingresos de las personas solo en la medida en que sea significativo no computarlo a los fines de determinar la elegibilidad para Medicaid o CHIP según normas basadas en MAGI. Esto es, aquellos para quienes la aplicación de los ingresos no computados significa la diferencia entre ser elegible para Medicaid o para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y no serlo. La norma final está disponible en gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2013-07-15/pdf/2013-16271.pdf.
- Mientras el tamaño de la familia para el Mercado y el tamaño para Medicaid, en general, será el mismo a causa de las diferencias en las normas, el tamaño de la familia de un individuo para el Mercado puede diferir del tamaño de familia para Medicaid. Por ejemplo, a los fines de calcular el tamaño del hogar del Mercado, una mujer embarazada se contabiliza como una persona. No obstante, Medicaid tiene normas especiales para contabilizar a las mujeres embarazadas que incluyen el número de bebés que se espera dar a luz. Así, una mujer embarazada que espera mellizos podría ser contabilizada como 1 persona según las normas del Mercado y como 3 personas según las normas de Medicaid.

Verificación

- Dependencia primaria de las fuentes de datos electrónicos
- Respaldada por el hub federal de servicios de datos
 - Seguro Social
 - Servicio de Impuestos Internos
 - Departamento de Seguridad Nacional de EE. UU.
- Menor dependencia en la documentación
- Mayor dependencia en la autocertificación

Para quienes presenten la solicitud en línea, las verificaciones de elegibilidad se pueden producir en tiempo real o casi real. Apoyada en parte por el hub de servicios de datos del Mercado gestionado por el gobierno federal, la verificación de la información en tiempo real está disponible a través del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos y el Departamento de Seguridad Nacional de EE. UU.

Con el uso creciente de fuentes de datos electrónicos, la documentación en papel puede no ser necesaria para la mayoría de los solicitantes. Los estados también pueden respaldarse en la autocertificación para muchos de los factores de elegibilidad.

Compruebe su conocimiento: pregunta 2

¿Qué afirmación o afirmaciones NO son verdaderas?

- a. Los estados tienen la opción de ampliar la elegibilidad al nuevo grupo de adultos.
- b. La ampliación de Medicaid cubre a adultos con ingresos inferiores a 133% del nivel federal de pobreza, menores de 65 y que no sean mujeres embarazadas.
- c. Hay un proceso de solicitud simplificado para todos los programas de accesibilidad al seguro.
- d. Todas las anteriores.

Compruebe su conocimiento: pregunta 2

¿Qué afirmación o afirmaciones NO son verdaderas?

- a. Los estados tienen la opción de ampliar la elegibilidad al nuevo grupo de adultos.
- b. La ampliación de Medicaid cubre a adultos con ingresos inferiores a 133% del nivel federal de pobreza (FPL), menores de 65 y que no sean mujeres embarazadas.
- c. Hay un proceso de solicitud simplificado para todos los programas de accesibilidad al seguro.
- d. Todas las anteriores.

RESPUESTA: d. Todas las anteriores.

Los estados tienen la opción de ampliar la elegibilidad al nuevo grupo de adultos. La ampliación de Medicaid cubre a adultos con ingresos inferiores a 133% del FPL, menores de 65 y que no sean mujeres embarazadas. Además, hay un proceso de solicitud simplificado para todos los programas de accesibilidad al seguro.

Beneficios obligatorios del Plan Estatal Medicaid

- Servicios para pacientes internados
- Servicios de hospital ambulatorios
- Servicios tempranos y periódicos de evaluación, diagnóstico y tratamiento
- Servicios en centros de enfermería
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios médicos
- Servicios de clínica de salud rural
- Servicios en centros de salud habilitados federalmente
- Servicios de laboratorio y rayos X

Los beneficios obligatorios del Plan Estatal Medicaid incluyen los siguientes servicios:

- Servicios para pacientes internados
- Servicios de hospital ambulatorios
- Servicios tempranos y periódicos de evaluación, diagnóstico y tratamiento
- Servicios en centros de enfermería
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios médicos
- Servicios de clínica de salud rural
- Servicios en centros de salud habilitados federalmente
- Servicios de laboratorio y rayos X

Continúa en la próxima diapositiva.

Continuación de los beneficios obligatorios del Plan Estatal Medicaid

- Servicios de planificación familiar
- Servicios de enfermero(a) especialista en partos
- Servicios de pediatra certificado y enfermero(a) familiar practicante
- Servicios del Centro de Nacimiento Independiente (cuando está autorizado por licencia o reconocido de otra forma por el estado)
- Transporte para atención médica
- Consejería para dejar de fumar en embarazadas
- Cesación de fumar

- Servicios de planificación familiar
- Servicios de enfermero(a) especialista en partos
- Servicios de pediatra certificado y enfermero(a) familiar practicante
- Servicios del Centro de Nacimiento Independiente (cuando está autorizado por licencia o reconocido de otra forma por el estado)
- Transporte para atención médica
- Consejería para dejar de fumar en embarazadas
- Cesación de fumar

Para más información, visite [Medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/benefits/medicaid-benefits.html](https://www.Medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/benefits/medicaid-benefits.html).

Exenciones de Medicaid

- Permite a los estados evaluar la prestación alternativa de atención
 - Ciertas leyes federales "exentas"
- Tipos de exenciones
 - Exención de Salud Administrada de la Sección 1915(b)
 - Exención de Servicios de Atención Comunitaria y en el Hogar de la Sección 1915(c)
 - Exención de Investigación y Demostración de la Sección 1115
 - Exenciones concurrentes de las secciones 1915(b) y 1915(c)

Las exenciones son vehículos que utilizan los estados para evaluar formas nuevas o existentes de brindar y pagar servicios de cuidado de la salud en Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Existen 4 tipos principales de exenciones y proyectos de demostración:

1. *Exenciones de Salud Administrada de la Sección 1915(b)*: Los estados pueden aplicar exenciones para brindar servicios a través de los sistemas de prestación de salud administrada o limitar de alguna otra manera la elección de proveedores por parte de las personas.
2. *Exenciones de Servicios de Atención Comunitaria y en el Hogar de la Sección 1915(c)*: Los estados pueden solicitar exenciones para prestar servicios de atención a largo plazo en entornos de atención comunitaria y en el hogar en lugar de hacerlo en instituciones.
3. *Proyectos de Investigación y Demostración de la Sección 1115*: Los estados pueden solicitar la flexibilidad del programa para evaluar enfoques nuevos o existentes de financiación y prestación de Medicaid y CHIP.
4. *Exenciones concurrentes de las secciones 1915(b) y 1915(c)*: Los estados solicitan la implementación simultánea de 2 tipos de exenciones para prestar una continuación de servicios.

Para más información, visite [Medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/waivers/waivers.html](https://www.Medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/waivers/waivers.html).

¿En qué se diferencian Medicare y Medicaid?

Medicare	Medicaid
Programa nacional uniforme en todo el país	Programas estatales, varían entre estados
Administrado por el gobierno federal	Administrado por los gobiernos estatales dentro de las leyes federales (asociación federal/estatal)
Seguro médico para personas de 65 años o más con ciertas incapacidades o con diagnóstico de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)	Seguro médico para personas que cumplen requisitos financieros y no financieros
Pagador primario de la nación en cuanto a servicios de internación en hospitales para los ancianos y las personas con ESRD	Pagador público primario de la nación en cuanto a servicio de salud mental y atención a largo plazo (asilo de ancianos)

Medicare y Medicaid se distinguen en los siguientes aspectos:

- Mientras que Medicare es un programa nacional uniforme en todo el país, Medicaid está conformado por programas estatales, y estos varían por estado.
- El gobierno federal se encarga de administrar Medicare, mientras que para Medicaid la administración corre por cuenta de los gobiernos estatales, pero dentro de las leyes federales (asociación federal/estatal).
- Si bien la elegibilidad de Medicare se basa en la edad, la incapacidad o si tiene Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD), la elegibilidad en Medicaid se basa en los ingresos y recursos, así como en otros requisitos no financieros.
- Mientras que Medicare es el pagador primario de la nación para servicios de internación hospitalaria para ancianos y personas con ESRD, Medicaid es el pagador público primario de la nación para servicios de salud mental y atención a largo plazo (atención en asilos de ancianos).

Afiliados a Medicare-Medicaid

- Se denominan beneficiarios con "elegibilidad doble"
 - Más de 10 millones en el ámbito nacional
- Medicaid puede cubrir en forma parcial o total
 - Las primas de la Parte A y/o la Parte B y otros costos compartidos de Medicare
 - Todos los beneficios del plan estatal de Medicaid, incluso la asistencia y los servicios a largo plazo
- Los beneficios de Medicaid para costo compartido de Medicare en general se prestan en función de los Programas de Ahorros Medicare

Más de 10 millones de personas cubiertas por Medicaid son beneficiarios con "doble elegibilidad": personas mayores con bajos ingresos y personas jóvenes con incapacidad que también tienen cobertura de Medicare. Los beneficiarios con doble elegibilidad incluyen a personas que reciben todos los beneficios de Medicaid, así como aquellas que sólo reciben asistencia con las primas o los costos compartidos de Medicare.

Los afiliados a Medicare-Medicaid tienen ingresos y recursos limitados y pueden obtener ayuda con el pago de sus primas Medicare Parte A y Parte B y los gastos médicos de Medicaid directos de su bolsillo. Medicaid puede cubrir servicios adicionales fuera de aquellos prestados por Medicare a quienes tienen doble elegibilidad, como los beneficios de Medicaid disponibles por el plan estatal, que incluyen asistencia y servicios de atención a largo plazo. Medicaid también proporciona cobertura completa para los beneficios de Medicare también cubiertos por Medicaid.

NOTA: La hoja de datos "Cobertura de Medicaid de un vistazo para beneficiarios de Medicaid (doble elegibilidad)" (ICN 006977 noviembre de 2014) está disponible en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Medicare_Beneficiaries_Dual_Eligibles_At_a_Glance.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Medicare_Beneficiaries_Dual_Eligibles_At_a_Glance.pdf).

Programa(s) de Ahorros Medicare (MSP)

- Los MSP se categorizan en grupos:
 - Beneficiario Calificado de Medicare* (QMB)
 - Beneficiarios Medicare de Bajo Ingreso (SLMB) específicos*
 - Individuos Calificados* (QI)
 - Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI)

*Reúnen los requisitos automáticamente para Ayuda Adicional

La asistencia se basa en el ingreso. Los Programas de Ahorros Medicare (MSP) se categorizan en los siguientes grupos:

- Los beneficiarios calificados de Medicare son afiliados con beneficios parciales que reciben asistencia de Medicaid para pagar sus primas de Medicare y sus obligaciones de costos compartidos, como deducibles, coseguro y copagos (salvo la Parte D).
- Los Beneficiarios Medicare de Bajo Ingreso (SLMB), los Individuos Calificados (QI) e Individuos Incapacitados y Empleados Calificados son afiliados con beneficios parciales que reciben asistencia de Medicaid solo para pagar las primas de Medicare.

Si cumple los requisitos para QMB, SLMB o QI automáticamente califica para obtener ayuda adicional con los pagos de la Cobertura Medicare de Recetas Médicas.

¿Quién puede calificar para un Programa de Ahorros Medicare?

Programa de Ahorros Medicare	Límite de ingresos mensuales por persona (2015)	Límite de ingresos mensuales por pareja casada (2015)	Lo ayuda a pagar
Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)	\$1,001	\$1,348	Primas de la Parte A y Parte B y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos)
Beneficiarios Medicare de Bajo Ingreso (SLMB) específicos	\$1,197	\$1,613	Sólo primas de la Parte B
Individuos Calificados (QI)	\$1,345	\$1,813	Sólo primas de la Parte B
Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI)	\$4,009	\$5,395	Sólo primas de la Parte A

Si califica para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), recibirá ayuda para pagar las primas, los deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B. Para calificar para QMB debe ser elegible para Medicare Parte A y tener un ingreso que no supere el 100 % del nivel federal de pobreza (FPL). Esto entrará en vigencia el primer mes después del mes en que se apruebe la elegibilidad para el QMB. La elegibilidad no es retroactiva.

Para calificar para el programa de Beneficiarios Medicare de Bajo Ingreso (SLMB), debe ser elegible para Medicare Parte A y tener un ingreso que sea al menos el 100 %, pero que no exceda el 120 %, del FPL. Si califica para SLMB, recibirá ayuda para pagar la prima de la Parte B.

Para calificar para el programa de Individuo Calificado (QI), debe ser elegible para Medicare Parte A y tener un ingreso que no supere el 135% del FPL.

Para calificar para el programa de Individuos Incapacitados y Empleados Calificados, debe tener derecho a Medicare Parte A debido a la pérdida de la Parte A basada en incapacidad por ingresos que se excedían del trabajo sustancial y lucrativo; debe tener un ingreso no mayor al 200 % del FPL y recursos que no superen en dos veces el máximo para la Seguridad de Ingreso Suplementario (\$4,000 para una persona, \$6,000 para una pareja casada, en 2015); y no debe ser elegible para Medicaid. Si califica, recibirá 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 Medicare Parte A.

En 2015, los límites de recursos para los programas QMB, SLMB y QI son de \$8,780 para una persona sola y de \$13,930 para una persona casada que vive con su cónyuge y no tiene otros dependientes. Estos límites de recursos se ajustan el 1 de enero de cada año conforme al cambio en el índice de precios al consumidor desde septiembre del año anterior.

Compruebe su conocimiento: pregunta 3

Si cumple con los requisitos de algún Programa de Ahorros Medicare, automáticamente califica para Ayuda Adicional.

- a. Verdadero solo para QMB, SLMB y QDWI
- b. Verdadero solo para QMB, SLMB y QI
- c. Verdadero
- d. Falso

Compruebe su conocimiento: pregunta 3

Si cumple con los requisitos de un Programa de Ahorros Medicare, automáticamente califica para Ayuda Adicional.

- a. Verdadero sólo para QMB, SLMB y QDWI
- b. Verdadero sólo para QMB, SLMB y QI
- c. Verdadero
- d. Falso

RESPUESTA: b. Verdadero solo para QMB, SLMB y QI

Si cumple los requisitos para las categorías Beneficiario Calificado de Medicare, Beneficiario Medicare de Bajo Ingreso o Individuos Calificados, automáticamente califica para recibir ayuda adicional con el pago de la cobertura Medicare para recetas médicas. No obstante, si cumple los requisitos para el programa de Individuos Incapacitados y Empleados Calificados, automáticamente califica para ayuda adicional.

Lección 2 — Panorama general del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

- ¿Qué es CHIP?
- Opciones estatales para CHIP
- Elegibilidad para CHIP
- Documentos y requisitos
- Autorización y financiación

La Lección 2, "Panorama general del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)", explica lo siguiente:

- ¿Qué es CHIP?
- Opciones estatales para CHIP
- Elegibilidad para CHIP
- Documentos y requisitos
- Autorización y financiación

¿Qué es el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)?

- Asociación estatal-federal
- CMS establece pautas amplias
- El gobierno federal proporciona fondos equivalentes
- El financiamiento de CHIP normalmente es de 15 puntos porcentuales más que la tasa federal equivalente de Medicaid
- Los estados reciben una asignación anual determinada por el estatuto

Al igual que Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) es una sociedad entre los estados y el gobierno federal. Los estados administran CHIP dentro de pautas amplias establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y el gobierno federal proporciona fondos equivalentes a los estados para que brinden cobertura.

La tasa de equivalencia federal para CHIP suele ser de aproximadamente 15 puntos porcentuales más que la tasa federal equivalente de Medicaid (FMAP) para ese estado. Por ejemplo, un estado con una FMAP de 50% normalmente tendría una tasa equivalente "mejorada" para CHIP de 65%. A diferencia de Medicaid, los estados reciben una asignación anual específica para CHIP, determinada por el estatuto.

Opciones estatales para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

- Los 50 estados, el Distrito de Columbia y los territorios de EE. UU. tienen programas aprobados de CHIP
- Los estados pueden diseñar su programa de CHIP en 1 de las 3 maneras
 1. Ampliación de Medicaid (8 estados, el Distrito de Columbia y 5 territorios)
 2. Programa de Seguro Médico para Niños Individual (13 estados)
 3. Combinación de los 2 enfoques (29 estados)

Los 50 estados, el Distrito de Columbia y los territorios de EE. UU. tienen programas aprobados del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

Los estados pueden diseñar su CHIP en 1 de las 3 maneras:

1. Ampliación de Medicaid (8 estados, Distrito de Columbia y 5 territorios): VT, NH, MD, OH, SC, NM, AK, HI, DC, PR, Islas Vírgenes de EE. UU., Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte, Guam, Samoa Americana.
2. Programa de Seguro Médico para Niños Individual (13 estados): PA, WV, GA, AL, MS, KS, TX, WY, UT, AZ, OR, WA, CT.
3. Combinación de los 2 enfoques (29 estados): ME, MA, NY, RI, NJ, DE, VA, NC, FL, KY, TN, MN, IN, WI, IL, IA, MI, MO, AR, LA, OK, NE, SD, ND, CO, MT, ID, NV, CA.

Si un estado incorpora a CHIP en el Programa Medicaid, los servicios prestados a los niños elegibles para CHIP deben ser los mismos que los prestados a los niños elegibles para Medicaid, y la elegibilidad y los procesos de inscripción deben ser uniformes. En un CHIP individual, el estado puede establecer diferentes estándares y procesos dentro de las pautas federales. Al igual que Medicaid, CHIP tiene estándares de ingresos y recursos y la elegibilidad varía de un estado a otro.

Para ver la información de CHIP por estado, visite [Medicaid.gov/chip/state-program-information/chip-state-program-information.html](https://www.Medicaid.gov/chip/state-program-information/chip-state-program-information.html).

Elegibilidad para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

- Para ser elegible para CHIP, usted debe
 - Tener menos de 19
 - Tener un ingreso de hasta 200% del nivel federal de pobreza (FPL) o un ingreso de 50 puntos porcentuales más que Medicaid a partir del 1 de junio de 1997
- Muchos estados tienen límites más elevados
 - 46 estados y el DC cubren a niños con hasta 200% del FPL y más
 - 24 de esos estados cubren a niños con 250% del FPL o más
- Los estados pueden agregar criterios de elegibilidad

Existen 2 estándares de elegibilidad con ingresos mínimos para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), dependiendo del estado de residencia. Los estados pueden cubrir a niños con ingresos de hasta 200% del nivel federal de pobreza (FPL) o de 50 puntos porcentuales más que el nivel de Medicaid al 1 de junio de 1997 para la edad del niño. Muchos estados tienen límites de ingresos más elevados. Existen 46 estados y el Distrito de Columbia que cubren a niños con hasta 200% del FPL y más. De estos estados, 24 cubren a niños con 250% del FPL o más. Algunos estados llegan incluso hasta 400% del FPL. Además de los requisitos federales, los estados pueden agregar criterios de elegibilidad, como requisitos de residencia o niveles de ingreso.

NOTA: Un estado puede agregar sus propios criterios de elegibilidad para CHIP, pero debe cumplir con los estándares de elegibilidad federales, incluso con la prohibición de que el estado cubra a niños de familias con mayores ingresos en detrimento de familias con menores ingresos.

Restricciones sobre la elegibilidad

- Hijos/as de empleados públicos (opción estatal)
- Internos de instituciones públicas
- Algunas personas sin ciudadanía

Históricamente, los niños que tenían acceso a la cobertura de empleados públicos no tienen cobertura del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). La Ley del Cuidado de Salud de Bajo Precio cambió esto al permitir a los estados la opción de cubrir a estos niños.

Los internos de instituciones públicas y los no ciudadanos que no vivieron legalmente en el país siguen sin elegibilidad para CHIP.

Requisitos de documentación

- Ciudadanos estadounidenses
 - Deben presentar pruebas documentales satisfactorias
 - Los miembros de organizaciones tribales y los documentos de inscripción cumplen los requisitos
- Niños residentes legalmente y mujeres embarazadas
 - Los estados pueden elegir levantar 5 años de prohibición
 - Se aplican los requisitos de documentación migratoria legal
- Las personas inscritas a partir de 2010 pueden usar la concordancia de datos del Seguro Social

La Ley de Reducción del Déficit creó la sección 1903(x) de la ley que exige a los estados obtener pruebas documentales satisfactorias de ciudadanía o nacionalización cuando inscriben a individuos en Medicaid, o en el primer punto de redeterminación de elegibilidad. Las personas elegibles que declaran ser ciudadanos o nacionalizados estadounidenses deben recibir una oportunidad razonable para presentar documentación de ciudadanía o nacionalización satisfactoria y deben inscribirse en la cobertura a la espera de la oportunidad razonable para documentar esa reclamación.

La inscripción o los documentos de membresía en organizaciones tribales emitidos por una tribu reconocida por el gobierno federal deben ser aceptados como verificación de ciudadanía; no se requieren documentos de identidad adicionales.

Los estados tienen la opción de usar o no la restricción de 5 años para la ciudadanía en casos de niños y mujeres embarazadas. La Sección 214 de la Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños establece la opción para brindar cobertura de Medicaid y del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) para todos los niños y mujeres embarazadas (que incluyen mujeres cubiertas durante el período de 60 días posteriores al parto) "que residen legalmente en los Estados Unidos..." y son elegibles para este tipo de asistencia. Los estados pueden elegir cubrir a estos grupos solo con Medicaid o con Medicaid y CHIP a la vez. La ley no permite a los estados cubrir a estos grupos solo con CHIP sin ampliar la opción a Medicaid. A partir del 2014, 29 estados, el Distrito de Columbia y las Islas Marianas ya ofrecen cobertura a niños y/o mujeres embarazadas inmigrantes que residen legalmente sin el período de espera de 5 años de Medicaid, o de Medicaid y CHIP (visite Medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/outreach-and-enrollment/lawfully-residing.html para obtener la lista de estados).

Otra opción estatal permite verificar una declaración de ciudadanía de individuos inscritos recientemente en CHIP o Medicaid utilizando la concordancia de datos con el Seguro Social (SSA) para confirmar la correspondencia de la declaración de ciudadanía con los registros del SSA, en lugar de presentar la documentación de ciudadanía.

Autorización y financiación

- **Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio**
 - El Mantenimiento del Esfuerzo autoriza al Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) hasta 2019
 - Aumenta la tasa de equivalencia federal de CHIP en 23 puntos porcentuales en octubre 2015
 - Proporciona financiamiento para los esfuerzos de divulgación
- **Ley de Acceso a Medicare y Reautorización de CHIP de 2015**
 - Amplía la financiación de CHIP hasta el 30 de septiembre de 2017

El Mantenimiento del Esfuerzo previsto por la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Precio autoriza al Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) hasta 2019 y amplía la financiación de CHIP hasta el 30 de septiembre de 2015, cuando la tasa de equivalencia federal de CHIP ya ampliada aumentará en 23 puntos porcentuales. La Ley de Acceso a Medicare y Reautorización de CHIP de 2015 amplió la financiación de CHIP hasta el 30 de septiembre de 2017.

Puesto que las tasas de equivalencia de CHIP varían de un estado a otro, los 23 puntos porcentuales adicionales producirán sumas totales diferentes en estados diferentes. La Ley del Cuidado de Salud de Bajo Precio también proporciona \$40 millones adicionales en financiamiento federal para continuar con los esfuerzos de promocionar la inscripción de niños en CHIP y Medicaid.

Compruebe su conocimiento: pregunta 4

Cada estado puede agregar sus propios criterios de elegibilidad a su programa de seguro médico para niños.

- a. Verdadero
- b. Falso

Compruebe su conocimiento: pregunta 4

Cada estado puede agregar sus propios criterios de elegibilidad a su Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: a. Verdadero. Un estado puede agregar sus propios criterios de elegibilidad para CHIP, pero igualmente debe cumplir con varios estándares de elegibilidad prohibida, incluso con la prohibición de que el estado cubra a niños de familias con mayores ingresos en detrimento de familias con menores ingresos.

Guía de recursos de la Cobertura Medicare para Recetas

Médicas Recursos		Productos Medicare
<p>Sitios web: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) CMS.gov</p> <p>RxAssist - Directorio de los Programas de Asistencia al Paciente rxassist.org</p> <p>Apelaciones de Medicare Parte D MedicarePartDAppeals.com</p> <p>Contactos: Medicare.gov</p> <p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 1-877-486-2048 (TTY)</p> <p>Seguro Social 1-800-772-1213</p> <p>socialsecurity.gov</p> <p>Programas del estado local sobre Seguros de Salud Medicare.gov/contacts</p> <p>Programa NET para personas de ingresos limitados (HUMANA) 1-800-783-1307 o 711 (TRS) Correo electrónico: linetoutreach@humana.com</p> <p>Manuales/Orientación</p> <p>"Manual de Beneficios para Recetas Médicas" CMS.gov/Medicare/prescription-drug-coverage/prescriptiondrugcovcontra/partdmannuals.html</p> <p>"Guía de inscripción y desafiliación en PDP" CMS.gov/Medicare/eligibility-and-enrollment/medicarepresdrugeligenrol/index.html</p>	<p>Manuales/Guías (continuación)</p> <p>"Primas Medicare: normas para beneficiarios con ingresos más altos" SSA.gov/pubs/EN-05-10536.pdf.</p> <p>"Guía 2014/2015 de los correos de CMS, Seguro Social y los planes" CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/LimitedIncomeandResources/downloads/2014Mailings.pdf</p> <p>Programa de capacitación nacional – Ayudas laborales para socios Visite la biblioteca de capacitación en CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram</p> <p>Publicaciones de CMS</p> <p>"Su guía de la cobertura Medicare para Recetas Médicas" (Producto CMS No. 11109)</p> <p>"Cosas para pensar cuando compara la cobertura Medicare para Medicinas" (Producto CMS No. 11163)</p> <p>"4 formas de ayudar a bajar los costos de su Medicare para Recetas Médicas" (Producto CMS No. 11417)</p> <p>"Cómo usan los planes Medicare para Medicinas las farmacias, formularios y normas comunes de cobertura" (Producto CMS No. 11136) Para ver o pedir estos productos: Copia única - Medicare.gov/Publications; Varias copias (solo socios) productordering.cms.hhs.gov</p> <p>Hojas de recomendaciones para socios de CMS — CMS.gov/publications-for-partners.html</p>	<p>Hojas de recomendaciones para socios (continuación)</p> <p>"Cobertura Medicare para Medicinas de Medicare Parte A, B y D"(Producto CMS No. 11315-P)</p> <p>"Gestión de quejas de Medicare Parte D" (Producto CMS No. 11259-P)</p> <p>"Cómo funciona la cobertura para jubilados con la cobertura Medicare para Recetas Médicas" (Producto CMS No. 11403-P)</p> <p>"Corrección del estado del subsidio o nivel basado en la mejor evidencia" (Producto CMS No. 11325-P)</p> <p>"Información que los socios pueden usar sobre: subsanar los períodos sin cobertura" (Producto CMS No. 11495-P)</p> <p>"Información que los farmacéuticos pueden usar sobre: subsanar los períodos sin cobertura" (Producto CMS No. 11522-P)</p> <p>"LI NET para personas en el mostrador de farmacia" (Producto CMS No. 11328-P)</p> <p>"LI NET para personas con elegibilidad para Medicaid retroactiva y SSI" (Producto CMS No. 11401-P)</p> <p>"Cómo funciona la cobertura Medicare para Recetas Médicas con un plan Medicare Advantage o un plan de Costos de Medicare" (Producto CMS No. 11135)</p>

Apéndice A — Agencias de Medicaid

Estado	Sitio Web	Formato de solicitud

Esta diapositiva puede actuar como plantilla para informar los datos de la agencia de Medicaid por estado, dependiendo de la audiencia. Puede estar oculto cuando no se aplica.

Apéndice B — Inscripción de Medicaid

Estado	Números de inscripción Medicaid

Esta diapositiva puede actuar como plantilla para informar los números de inscripción en Medicaid por estado, dependiendo de la audiencia. Puede estar oculto cuando no se aplica.

Apéndice C — Elegibilidad de Medicaid

Estado	Niños	Mujeres embarazadas	Padres	Adultos

Esta diapositiva puede actuar como plantilla para informar la elegibilidad en Medicaid por estado, dependiendo de la audiencia. Puede estar oculto cuando no se aplica.

Apéndice D — Índices del Porcentaje Federal de Asistencia Médica (FMAP) de Medicaid estatal

Estado	FMAP	FMAP ampliado

Esta diapositiva puede actuar como plantilla para informar los Porcentajes Federales de Asistencia Médica (FMAP) por estado, dependiendo de la audiencia. Puede estar oculto cuando no se aplica.

Los FMAP se usan para determinar los gastos federales compartidos para cubrir los pagos de ciertos servicios sociales y para los gastos de seguro médico y de seguro estatal. La Ley del Seguro Social exige al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. calcular y publicar los FMAP todos los años. Los FMAP son para Medicaid. La Sección 1905(b) de la Ley especifica la fórmula para calcular los FMAP.

Los "FMAP ampliados" son para el Programa del Seguro Médico para Niños según el Título XXI de la Ley del Seguro Social. La Sección 2105(b) de la Ley especifica la fórmula para calcular los FMAP ampliados.

Para ver los FMAPS, visite [ASPE.hhs.gov/health/fmap.cfm](https://www.aspe.hhs.gov/health/fmap.cfm).

Programa Nacional de Capacitación de CMS (NTP)

Para conocer todos los materiales de capacitación del NTP disponibles, o para suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite

[CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html)

Por preguntas sobre los productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov

Este módulo de capacitación está suministrado por el Programa de Capacitación Nacional (NTP) de CMS.

Si desea visualizar todos los materiales NTP de CMS, incluso los módulos de capacitación adicional, ayudas laborales, actividades educativas y cronogramas de seminarios y talleres, o suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite: [CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram](https://www.cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram). Si desea formular preguntas sobre productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov.