

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

 **National Medicare**

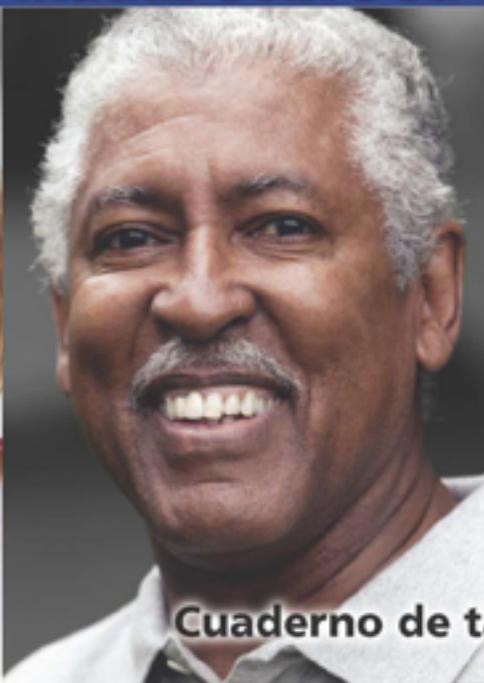
TRAINING PROGRAM

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

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



**...para ayudarle a las personas
con Medicare a tomar decisiones
informadas sobre su salud**



Cuaderno de tareas para el 2011



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

Este módulo de capacitación 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 por su sigla en inglés).

**Nuevo
en el
2011**

Este símbolo se utiliza para destacar los cambios basados en la nueva legislación.

La información en este módulo fue correcta hasta Junio de 2011. Para consultar las actualizaciones de la reforma sanitaria, visite www.healthreform.gov. Para consultar una versión actualizada de este módulo de capacitación, visite www.cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram/TL/list.asp en la Web.

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.

Objetivos de la sesión

Esta sesión le permitirá:

- Definir Medicaid
- Identificar los Programas de Ahorros de Medicare (MSP)
- Describir el Programa del Seguro Médico para los Niños (CHIP)
- Entender cómo obtener cobertura en los Territorios de los EE.UU.

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

2

- Esta sesión le permitirá
 - Definir Medicaid
 - Identificar los Programas de Ahorros de Medicare (MSP)
 - Describir el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP)
 - Entender cómo obtener cobertura en los Territorios de los EE.UU.

Lecciones

1. Medicaid
2. Programas de Ahorros de Medicare
3. Seguro Médico para los Niños (CHIP)
4. Cobertura en los Territorios de EE.UU.

- Este módulo incluye lecciones sobre:
 1. Medicaid
 2. Programas de Ahorros de Medicare
 3. El Seguro Médico para los Niños (CHIP)
 4. Cobertura en los Territorios de EE.UU.

1. Medicaid

Una breve descripción del Programa Medicaid

- Qué es
- Quién es elegible

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

4

- Esta sesión incluye una descripción general del programa Medicaid.
 - Qué es
 - Quién es elegible

Generalidades sobre Medicaid

- El título XIX de la Ley del Seguro Social
- Promulgada por el Congreso en 1965
- Ayuda médica para las personas con ingresos y recursos limitados
- Brinda cobertura a 58 millones de adultos/niños
- Incrementa la cobertura de Medicare para 7 millones de personas de la tercera edad/discapacitados

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

5

- El programa Medicaid, Título XIX (19) de la Ley del Seguro Social (SSA, por su sigla en inglés), es un programa que por derecho legal recibe subsidios federales y estatales para pagar por la ayuda médica para ciertos individuos y familias con bajos ingresos y recursos limitados.
- El programa fue promulgado como parte de la Ley de SSA en 1965, 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.
- Medicaid es la fuente de subsidios más grande de servicios médicos para los estadounidenses de menores recursos.

¿Cómo 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)
La elegibilidad está basada en la edad, discapacidad o en la 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
04/22/2011	Medicaid y el Seguro Médico para los Niños
	6

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 por su sigla en inglés), la elegibilidad para Medicaid está basada en los ingresos y recursos.
- 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.

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

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

7

- 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), se utiliza para calcular la cantidad de participación federal en los gastos del estado en los servicios que ofrece. FMAP varía de estado a estado en base al ingreso estatal per cápita.

Administración del programa 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

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

8

- 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. Por lo tanto, 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 brindados 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
 - Administra su propio programa
- 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

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

9

- La agencia Medicaid de cada estado individual administra 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 agencias locales pueden variar.
- Si desea más información sobre los requisitos de elegibilidad en su estado, puede comunicarse con el Director de Medicaid de su estado. 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.

Beneficios obligatorios del plan estatal Medicaid

- Servicios médicos
- Análisis y radiografías
- Internación hospitalaria
- Servicios ambulatorios del hospital
- Evaluaciones periódicas tempranas y pruebas de diagnóstico
- Planificación familiar
- Centros de salud rurales y aprobados federalmente
- Servicios de una enfermera-partera
- Centros de cuidado para adultos
- Cuidado de la salud en el hogar
- Costos compartidos para las personas con elegibilidad doble

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

10

- Algunos beneficios del Plan Estatal Medicaid son obligatorios (deben ser cubiertos por el estado), algunos son opcionales (el estado decide si los cubre o no).
- **OBLIGATORIOS**
 - Servicios médicos
 - Análisis y radiografías
 - Internación hospitalaria
 - Servicios ambulatorios del hospital
 - Evaluaciones tempranas periódicas y pruebas de diagnóstico
 - Planificación familiar
 - Centros de salud rurales y aprobados federalmente
 - Servicios de una enfermera-partera
 - Centros de cuidado para adultos
 - Cuidado de la salud en el hogar
 - Costos compartidos para las personas de elegibilidad doble

Beneficios opcionales del plan estatal Medicaid

- Servicios dentales
- Terapias – Física/Ocupacional/del Lenguaje/Audiología
- Prótesis, anteojos
- Gestión de casos
- Servicios clínicos
- Cuidado personal, atención personal auto-dirigida
- Hospicio
- Centro de Atención Intermedia para las Personas con Retraso Mental (ICF/MR)
- Residencia de Tratamiento Psiquiátrico (PRTF) para menores de 21 años
- Servicios de rehabilitación
- Servicios especiales en exenciones y programas piloto

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

11

- OPCIONALES
- Servicios dentales
- Terapias – Física/Ocupacional/del Lenguaje/Audiología
- Prótesis, anteojos
- Gestión de casos
- Servicios clínicos
- Cuidado personal, atención personal auto-dirigida
- Hospicio
- Centro de Atención Intermedia para las Personas con Retraso Mental (ICF/MR, por su sigla en inglés)
- Residencia de Tratamiento Psiquiátrico (PRTF, por su sigla en inglés) para menores de 21 años
- Servicios de rehabilitación
- Servicios especiales en exenciones y programas piloto

Elegibilidad para Medicaid

- No todas las personas con ingresos y recursos limitados son elegibles
- Usted debe ser miembro de un **“grupo”**
 - Requisitos no financieros
 - Requisitos financieros

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

12

- No todas las personas con ingresos y recursos limitados son elegibles
- Para poder ser elegible para Medicaid, usted debe ser miembro de un **“grupo”**
 - Requisitos que no son financieros
 - Requisitos financieros

Nota: La Ley de Atención Médica Asequible (costo razonable) incluye un “grupo” nuevo sobre el que hablaremos más adelante.

Grupos elegibles para Medicaid

- Elegibilidad basada en el programa de ayuda en efectivo
 - Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
 - Tercera edad
 - Invidentes
 - Discapacitados
 - Ayuda para familias con niños dependientes (AFDC)
 - Mujeres embarazadas con ingresos por debajo del 133% del FPL
 - Niños de 6-18 años/ingreso por debajo del 100% FPL

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

13

- La elegibilidad de Medicaid se basa en el programa de asistencia en efectivo más estrechamente relacionado.
 - **SSI:** El programa SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario) proporciona beneficios en efectivo para personas de edad, ciegas o discapacitadas. Es un programa de recursos financieros probados que tiene reglas, requisitos y procesos específicos para determinar la elegibilidad. Ya que es el programa de asistencia en efectivo más cercanamente asociado a esta población, las reglas del programa SSI se utilizan para establecer la elegibilidad de Medicaid para los grupos de SSI (personas mayores, ciegas o discapacitadas).
 - **Ayuda para las Familias con Niños Dependientes (AFDC):** El programa AFDC fue reemplazado en 1997 por el programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) pero funcionó casi de la misma manera que el programa SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario) pero orientado hacia niños, familias con niños dependientes, y mujeres embarazadas. Ya que el AFDC era el programa de asistencia en efectivo más estrechamente relacionado para esta población, las reglas del AFDC se utilizan para establecer la elegibilidad de Medicaid para los grupos asociados con la AFDC (niños, familias con niños, y mujeres embarazadas).
- Aquí hay algunos ejemplos de grupos:
 - Personas que reciben los beneficios de SSI
 - Mujeres embarazadas con ingresos por debajo del 133% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)
 - Niños entre los 6 y 18 años de edad con ingresos debajo del 100% del FPL

Beneficiario con elegibilidad doble

- Elegibilidad doble significa que la persona es elegible para Medicare y Medicaid
 - Puede recibir pagos de Medicaid
 - Primas de la Parte A y/o Parte B
 - Otra participación en gastos de Medicare
 - Cobertura de ciertos servicios no cubiertos por Medicare

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

14

- Elegibilidad doble significa que la persona es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.
- Las personas con elegibilidad doble pueden recibir:
 - Pagos de Medicaid para las primas de la Parte A y/o Parte B y a veces participación en otros gastos de Medicare.
 - Cobertura de Medicaid de ciertos servicios que Medicare no cubre

Requisitos no financieros

- Residente del estado
- Ciudadano o extranjero autorizado
- Número de Seguro Social
- Asignación de derechos para ayuda médica y pagos

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

15

- Los requisitos que no son financieros incluyen:
 - El estado donde reside
 - Si usted es un ciudadano estadounidense o un extranjero autorizado
 - Usted debe tener un número de Seguro Social
 - Usted debe asignar los derechos para ayuda médica y pagos

Requisitos categóricos no financieros

- La mayoría de los integrantes de los grupos elegibles para Medicaid son
 - Embarazadas
 - Menores de 21 años (niños)
 - Ancianos, no videntes y discapacitados
 - Padres o tutores de un niño
- Tienen que cumplir los requisitos financieros y los no financieros

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

16

- La mayoría de los integrantes de los grupos elegibles para Medicaid son
 - Las embarazadas
 - Los menores de 21 años (niños)
 - Los ancianos, ciegos y discapacitados
 - El padre o tutor de un niño
- Tienen que cumplir los requisitos financieros y los que no son financieros

Requisitos financieros

- Divididos en dos grandes áreas
 - Requisitos de ingreso
 - Requisitos de recursos
- Normas para contabilizar el ingreso y recursos varían
 - De estado a estado
 - De **“grupo”** a **“grupo”**
- Reglas especiales
 - Aquellos que viven en asilos para ancianos
 - Niños discapacitados que viven en casa

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

17

- Los requisitos financieros están divididos en dos áreas generales
 - Requisitos de Ingreso
 - Requisitos de recursos
- Las normas para contabilizar su ingreso y sus recursos varían de estado a estado y de **“grupo”** a **“grupo”**.
- Hay reglas especiales para aquellos que viven en asilos para ancianos y para los niños discapacitados que viven en casa.

¿Qué se considera como ingresos?

- 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

04/22/2011

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.

¿Cuáles son los recursos?

- El dinero en efectivo
- Cualquier bien que pueda convertir en dinero
- Recursos disponibles
 - Cuentas de ahorros
 - Bonos y acciones
 - Otros bienes que puedan ser canjeados por dinero
- Bienes raíces (excepto su vivienda)

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

19

- Se consideran recursos:
 - El dinero en efectivo
 - Cualquier bien que pueda convertirse en efectivo
 - Recursos disponibles como las cuentas de ahorros, bonos, acciones o cualquier bien que pueda ser canjeado por dinero.
 - Los bienes raíces de su propiedad excepto su vivienda.

Grupos obligatorios y opcionales

- Grupos obligatorios
 - Requisito de la ley federal
 - Los estados deben cubrirlos
- Grupos opcionales
 - No son un requisito de la ley federal
 - Los estados pueden o no ofrecer la cobertura

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

20

- Hay grupos obligatorios y grupos opcionales
 - Los grupos obligatorios son aquellos que el estado debe cubrir porque así lo requiere la ley federal.
 - Los grupos opcionales son aquellos que no tienen que estar cubiertos por los estados porque la ley federal no lo requiere, pero que los estados pueden cubrir si lo deciden.

Grupos de elegibilidad obligatoria

- Familias de ingresos limitados con niños
- Personas que reciben el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
- Infantes nacidos de mujeres embarazadas elegibles para Medicaid
 - La elegibilidad debe continuar durante el primer año, si:
 - El infante permanece con la madre Y
 - La madre sigue siendo elegible O
 - La madre sería elegible si estuviera todavía embarazada

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

21

- Lo grupos siguientes son de elegibilidad obligatoria para Medicaid (“categóricamente necesitados”), para los cuales se proveen fondos federales equivalentes.
 - Familias de ingresos limitados con niños, descritas en la Sección 1931 de la Ley de Seguro Social, que cumplan con ciertos requisitos de elegibilidad en el plan estatal Ayuda para las Familias con Niños Dependientes (AFDC) en vigor desde el 16 de julio de 1996.
 - Personas que reciben el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) (o en estados que usan criterios más restrictivos -- personas de edad, ciegas y discapacitadas que cumplen con criterios más restrictivos que aquellas del programa SSI y que ya se encontraban en el plan aprobado por Medicaid a partir del 1º de enero de 1972).
 - Infantes nacidos de mujeres embarazadas elegibles para recibir Medicaid. La elegibilidad para Medicaid debe continuar durante el primer año de vida siempre y cuando el infante permanezca con la madre y ella siga siendo elegible o sería elegible si estuviera todavía embarazada.

Grupos de elegibilidad obligatoria

- Aplican niveles de ingreso
 - Mujeres embarazadas de bajo ingreso
 - Niños menores de 6 años de familias de bajo ingreso
 - Niños entre 6-19 años de familias de bajo ingreso
 - Personas que reciben asistencia para adopción y crianza temporal/tutela temporal
 - Ciertos beneficiarios de Medicare de bajo ingreso

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

22

Los grupos que deben ser cubiertos por los estados según el requisito federal son:

- Mujeres embarazadas y niños menores de 6 años de edad cuyo ingreso familiar sea igual o menor al 133% del Nivel Federal de Pobreza. (El nivel de ingreso mínimo obligatorio para mujeres embarazadas e infantes en ciertos estados puede ser mayor del 133%, siempre y cuando el estado haya establecido un porcentaje más alto para cubrir a estos grupos dentro de ciertas fechas límite).
 - Una vez que la elegibilidad se ha establecido, las mujeres embarazadas continuarán siendo elegibles para Medicaid hasta el final del mes en el que se cumplan 60 días de haber dado a luz, independientemente de que hayan habido cambios en los ingresos familiares.
- Niños entre los 6 y 19 años de edad de familias con ingresos en o por debajo del Nivel Federal de Pobreza
- Personas que reciben asistencia para la adopción y la crianza temporal según el Título IV-E de la Ley del Seguro Social
- Algunos beneficiarios de Medicare de bajos ingresos.

Grupos de elegibilidad opcional

- Beneficiarios que reciben el Ingreso de Seguridad 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 "ser responsables del pago" para calificar

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

23

- Los estados también tienen la opción de brindar la cobertura de Medicaid a otros grupos opcionales. Estos grupos opcionales comparten características con los grupos obligatorios (esto quiere decir que se encuentran dentro de las categorías definidas), pero los criterios de elegibilidad son más amplios.
- Los grupos opcionales más amplios para los cuales los estados recibirán fondos federales equivalentes para la cobertura bajo el programa de Medicaid, incluyen los siguientes:
 - Personas que reciben pagos de ingreso suplementario del estado
 - Personas en instituciones con ingresos relativamente altos
 - 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.
- Los estados tienen la opción de extender la cobertura de Medicaid a personas con necesidades médicas que de otra forma no serían elegibles por tener un ingreso más alto. Los gastos médicos de la persona se deducen del ingreso a lo largo de un periodo de uno a seis meses. Si el ingreso restante está por debajo del nivel de ingreso establecido por el estado para "personas con necesidades médicas", el individuo podrá obtener la cobertura de Medicaid por el resto del período contable. Esto puede darle acceso a Medicaid a las personas con gastos médicos y de medicamentos elevados en relación a su ingreso mensual.
- 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 deben "ser responsables del pago" para calificar.

Personas con necesidades médicas

- Si un estado tiene un programa para personas con necesidades médicas, éste debe cubrir a:
 - Niños menores de 19 años que son estudiantes de tiempo completo
 - Mujeres embarazadas con necesidades médicas
 - Atención médica prenatal y de parto para mujeres embarazadas
 - Ciertos recién nacidos por 1 año
 - Invidentes protegidos
 - Atención ambulatoria para niños

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

24

- Si el estado tiene un programa para las personas con necesidades médicas, debe cubrir:
 - Niños menores de 19 años de edad que son estudiantes de tiempo completo
 - Mujeres embarazadas con necesidades médicas
 - Atención médica prenatal y de parto para mujeres embarazadas
 - Algunos recién nacidos por 1 año
 - Personas ciegas protegidas (aquellas personas elegibles por sus necesidades médicas bajo Medicaid en diciembre 1973 basándose en los criterios de ceguera o discapacidad, que cumplen con los requisitos actuales de elegibilidad de personas con necesidades médicas bajo Medicaid excepto para los criterios de ceguera o discapacidad).
 - Atención ambulatoria para niños
- Los siguientes estados tienen programas para personas con necesidades médicas
Arkansas, Hawai, Maine, Nebraska, Pensilvania, Vermont, California, Illinois, Maryland, New Hampshire, Puerto Rico, Virginia, Connecticut, Iowa, Massachusetts, Nueva Jersey, Rhode Island, Washington, Distrito de Columbia, Kansas, Michigan, Nueva York, Tennessee, West Virginia, Florida, Kentucky, Minnesota, Carolina del Norte, Texas *, Wisconsin, Georgia, Louisiana, Montana, Dakota del Norte y Utah.

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

Embarazadas

- Solicite Medicaid si piensa que está embarazada
 - Estará cubierta sea soltera o casada
 - Tanto usted como su hijo/a estarán cubiertos

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

25

- Solicite Medicaid si está embarazada. Usted podría ser elegible independientemente de que sea soltera o casada. Si tiene la cobertura de Medicaid cuando nace su hijo/a, ambos estarán cubiertos.

Niños

- Su niño puede ser elegible para Medicaid si
 - Es ciudadano estadounidense
 - Es inmigrante legal
- La elegibilidad está basada en el estatus del niño y no de los padres
- Si el hijo de otra persona vive con usted
 - El niño podría ser elegible aún si usted no lo fuera
 - Sus ingresos y recursos no se tendrán en cuenta para el niño

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

26

- Su niño podría ser elegible para la cobertura si es ciudadano estadounidense o inmigrante legal, aun si usted no lo es (sin embargo, hay un límite de 5 años para los residentes permanentes legales).
- La elegibilidad para los niños está basada en el estatus del niño y no el de los padres. Además, si el hijo/a de otra persona vive con usted, el niño podría ser elegible aun si usted no lo fuera, dado que sus ingresos y recursos no se tienen en cuenta para la elegibilidad del niño.
- Solicite los beneficios de Medicaid si es el padre o tutor de un niño de 18 años o menor y los ingresos familiares son limitados, o si el niño está lo suficientemente enfermo como para necesitar atención en un centro de cuidados, pero podría permanecer en el hogar si recibe servicios de calidad.
 - Si usted es un adolescente que vive solo, el estado puede autorizarlo a que solicite Medicaid por usted mismo o que un adulto lo haga por usted.
 - Muchos estados también cubren a los niños hasta los 21 años.

Personas de la tercera edad, ciegas, discapacitados

- Presente su solicitud si es una persona de la tercera edad, invidente o discapacitado
 - Tiene ingresos y recursos limitados
 - Tiene una enfermedad terminal y desea obtener servicios de un hospicio
 - Vive en un asilo y tiene ingresos y recursos limitados
 - Necesita atención médica de un asilo (puede obtener servicios de atención médica comunitaria)
 - Es elegible para Medicare y tiene ingresos y recursos limitados

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

27

- Presente su solicitud si es una persona de la tercera edad (65 años o mayor), invidente, o discapacitado y cumple con uno de los siguientes requisitos:
 - Tiene ingresos y recursos limitados
 - Es un enfermo desahuciado y desea obtener servicios de un hospicio
 - Vive en un asilo de ancianos y tiene ingresos y recursos limitados
 - Necesita atención médica de asilo pero se puede quedar en casa con servicios especiales de atención médica comunitaria
 - Es elegible para Medicare y tiene ingresos y recursos limitados

Nueva opción para la cobertura Medicaid

- Nuevo grupo de elegibilidad VIII
 - Debe estar cubierto para enero de 2014
 - Los estados tienen la opción de comenzar la cobertura el 1º de abril de 2010
 - El nuevo grupo responde a las faltas en la elegibilidad actual de Medicaid
 - Incluye personas de muy bajo ingreso de otra forma no elegibles
 - Ingreso no puede exceder el 133% FPL
 - No hay prueba de patrimonio

Nuevo
en
2011

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

28



La Ley de Atención Médica Asequible (a bajo costo); P.L. 111-148, tal y como fue enmendada por la Ley de Reconciliación de la Atención Médica y la Educación de 2010; P. L. 111-152 establece un nuevo grupo de elegibilidad que todos los estados que participan en Medicaid deben cubrir a partir de enero de 2014.



La sección 2001(a)(4) agrega una subsección nueva (k)(2) de la sección 1902 de la Ley del Seguro Social (la Ley), que permite que los estados ofrezcan cobertura a este grupo como una opción estatal, o que vayan cubriéndolos progresivamente basándose en sus ingresos, a partir del 1 de abril de 2010.

- Nuevo grupo de elegibilidad VIII
 - Debe estar cubierto para enero de 2014
 - Los estados tienen la opción de comenzar a cubrir este grupo a partir de abril 1º de 2010
 - El nuevo grupo cubre las faltas en la elegibilidad actual de Medicaid
 - Incluye a individuos de muy bajo ingreso de otra forma no elegibles. Su ingreso no puede exceder del 133% del FPL (Nivel Federal de Pobreza) y no hay una prueba de patrimonio.

Nueva opción para la cobertura Medicaid

- El grupo VIII incluye aquellas personas que no
 - Tienen 65 años o más
 - Están embarazadas
 - Tienen derecho a, ni están inscritas en los beneficios bajo la Parte A de Medicare
 - Están inscritas bajo la Parte B de Medicare
 - Están en cualquier otro grupo obligatorio.

Nuevo
en
2011

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

29

- El grupo VIII cubre las faltas en la elegibilidad actual para Medicaid. Permite que las personas de muy bajos ingresos que no son elegibles para las categorías obligatorias, sean admisibles. La ley describe a las personas de este nuevo grupo como individuos que no tiene 65 años o más, mujeres que no están embarazadas y personas que no son elegibles ni tienen la Parte A ni la Parte B de Medicare; y que no están descritas en ninguna otra categoría obligatoria del estatuto (sub-cláusulas (I) – (VII) de la sección 1902(a)(10)(A)(i) de la Ley), tales como ciertos padres, hijos o personas elegibles porque reciben el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).



Bajo la sección 1902(k) (2) de la Ley y hasta 2014, los estados pueden elegir la cobertura “progresiva” para este nuevo grupo de elegibilidad en cualquier momento, a partir del 1º de abril de 2010. Los estados no tienen que esperar hasta enero de 2014 para cubrir a estos individuos que no podrían cubrir con anterioridad bajo el plan estatal y que tienen menos de 65 años y no están discapacitados, embarazadas, no viven con sus hijos dependientes ni tienen otras circunstancias especiales. Según las categorías y los niveles de ingresos que el estado cubre actualmente y los niveles de ingresos que los estados determinen para el grupo VIII bajo la opción 1902(k)(2), el nuevo grupo también podría incluir a otros adultos de bajos ingresos, padres y personas discapacitadas que no reciben SSI.

- Por ejemplo, si un estado no ha extendido de alguna manera la cobertura para los padres o personas con discapacidades hasta un nivel de ingreso del 100% del nivel federal de pobreza (FPL), y adopta la opción 1902(k) (2) hasta ese nivel de ingreso, el nuevo grupo incluiría a los adultos no elegibles según otras categorías, incluyendo algunos padres y personas con discapacidades. Por el contrario, si un estado ya cubre a los padres y personas con discapacidades con ingresos de hasta 100% del FPL e implementa la opción 1902(k) (2) hasta ese nivel de ingreso, los individuos elegibles según la nueva opción generalmente estarían limitados a los adultos sin hijos no elegibles según las otras categorías.

Nota: La carta a los Funcionarios de Salud Estatales y Directores de Medicaid sobre este tema se encuentra en el libro de tareas correspondiente (vea Apéndice B).

Atención médica comunitaria de Medicaid

- Crea una nueva opción estatal de Medicaid
- Las personas inscritas pueden designar un proveedor como su centro de atención médica
- Los estados reciben 90% de pagos federales equivalentes
- Inició el 1º de enero de 2011

Nuevo
en
2011

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

30

Centros de Atención Médica Medicaid

- Crea una nueva opción estatal de Medicaid para permitir que algunas personas inscritas a Medicaid designen a un proveedor o equipo como su centro de atención médica y brinda a los estados la opción con 90% de contrapartidas federales por dos años para los servicios médicos correspondientes.
 - Se inicia el 1º de enero de 2011.
 - Los servicios de atención médica comunitaria se definen como servicios “integrales y oportunos de alta calidad”.
 - Incluye los servicios siguientes que ofrecerán los proveedores de los centros de atención médica o los equipos de salud designados:
 - Gestión integral de la atención médica;
 - Coordinación de la atención médica y promoción de la salud;
 - Atención médica integral de transición del paciente hospitalizado a otros lugares, incluyendo un seguimiento adecuado;
 - Apoyo individual y familiar, que incluye a representantes autorizados;
 - Referencias a los servicios de apoyo comunitario y social, en caso pertinente; y
 - El uso de la tecnología de la información de la salud para enlazar los servicios, lo más factible y apropiadamente.
 - Diseñado según el Centro de Atención Médica Comunitaria Centrada en el Paciente (PCMH)
 - Atención médica suministrada por prácticas dirigidas por médicos
 - Busca fortalecer las relaciones médico-paciente al reemplazar la atención episódica basada en las enfermedades y quejas del individuo por una atención médica coordinada para todas las fases de la vida, aguda, crónica, preventiva y final de la vida, y una relación terapéutica de largo plazo.
 - El equipo de atención médica dirigido por el médico es responsable de coordinar todas las necesidades médicas del individuo, y arregla la atención médica adecuada con otros médicos calificados y servicios de apoyo.
 - El individuo decide quién está en el equipo y el médico familiar se asegura que los miembros del equipo trabajen en conjunto para satisfacer las necesidades del individuo de una manera integrada.
- Vea la Sección 2703 de la Ley de Atención Médica Asequible (a bajo costo).

Prevención de enfermedades crónicas

Nuevo
en el
2011

- Proporciona subsidios a los estados para proveer incentivos a los beneficiarios de Medicaid
 - Que participan en programas de prevención
 - Demuestran cambios en los riesgos de la salud y resultados
- La solicitud de un estado para el subsidio debe incluir metas de prevención específicas
- El CMS aceptará sólo una solicitud por estado

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

31

★ La sección 4108 de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (de bajo costo) (Pub. L.111-148) autoriza un subsidio a los estados para proveer incentivos a los beneficiarios de Medicaid de todas las edades que participan en los programas de prevención y demuestren cambios para evitar los riesgos de salud y los resultados, incluyendo la adopción de hábitos saludables. Las iniciativas o programas deben ser "integrales, basados en evidencia, ampliamente disponibles y fácilmente accesibles." Los programas deben usar los resultados de las investigaciones y recursos como: La Guía para Servicios Preventivos Comunitarios; la Guía para Servicios Clínicos Preventivos; y el Registro Nacional de Programas basados en Evidencias.

- La solicitud de un estado para el subsidio del programa debe incluir por lo menos una de las siguientes metas de prevención: dejar el tabaco, controlar o reducir el peso, disminuir el colesterol, disminuir la presión sanguínea y evitar la diabetes o mejorar el manejo de la enfermedad. El propósito de este programa es probar y evaluar el efecto de la iniciativa en el uso de servicios de atención médica por los beneficiarios de Medicaid participantes; el grado en el cual las poblaciones especiales (incluyendo adultos con discapacidades, adultos con enfermedades crónicas y niños con necesidades especiales de atención médica) están disponibles para participar en el programa; el grado de satisfacción de los beneficiarios de Medicaid con respecto a la accesibilidad y calidad de los servicios de atención médica proporcionados mediante el programa; y los costos administrativos incurridos por las agencias estatales que administran el programa.
- La Oficina del Gobernador o la Agencia Estatal de Medicaid pueden solicitar el subsidio. Los CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) aceptarán únicamente una solicitud por estado; por lo tanto, aconsejamos a las oficinas y agencias estatales que trabajen en colaboración para elaborar un paquete de solicitud. Los Avisos Estatales de Intento se vencen para los CMS el 4 de abril de 2011. Las Solicitudes para el Subsidio Completo se vencen para los CMS el 2 de mayo de 2011. Los solicitantes aceptados recibirán un Aviso de Otorgamiento del Subsidio firmado y fechado por el Funcionario de Gestión de Subsidios de CMS por correo para el 1º de agosto de 2011. Los solicitantes aceptados deberán solicitar fondos adicionales cada año.
- Los estados participantes deben comprometerse a implementar su programa por lo menos por 3 años, realizando una evaluación a nivel estatal, y cumpliendo con los requisitos de los informes especificados por la legislación y los CMS, incluyendo la modificación a sistemas de tecnología de la información necesaria para apoyar la evaluación y requisitos de informes. Los gastos administrativos y del programa aprobados se reembolsarán mediante fondos del subsidio de los \$100 millones de dólares asignados para este programa y su evaluación. En este programa no se pide participación del estado en los gastos.
- Para información visite: http://www.cms.gov/MIPCD/Downloads/HHS_ACA_S4108_Solicitation.pdf

Infecciones adquiridas en hospitales -Medicaid

Nuevo
en el
2011

- Prohíbe pagos federales a los estados para servicios de Medicaid relacionados con ciertas infecciones adquiridas en los hospitales
- Inicia el 1º de julio de 2011

- Prohíbe pagos federales a los estados para servicios de Medicaid relacionados con ciertas infecciones adquiridas en los hospitales.
- Se inicia el 1º de julio de 2011.

Servicios de atención médica a largo plazo

- Provee mejores contrapartidas federales para los servicios de atención médica comunitarios de largo plazo

Nuevo
en
2011

- Crea el Programa de Incentivos Estatales de compensación en Medicaid para proveer mejores

Programa de transición para personas de ingresos limitados elegibles recientemente

- Llamado LI-NET
- Combina la autoinscripción y la inscripción facilitada en el Punto de Venta (POS FE)
- Para beneficiarios con cobertura completa de Medicare y Medicare (doble) y solamente de SSI
- Provee cobertura de la Parte D para todos los que no están cubiertos
 - Beneficiarios con cobertura completa doble y sólo de SSI retroactivamente
 - Beneficiarios elegibles de LIS en forma regular

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

34

- El Programa de Transición para Personas de Ingresos Limitados Recientemente Elegibles se llama LI NET. Es un nuevo programa de los CMS que combina y mejora el proceso actual de auto-inscripción de los CMS para beneficiarios con cobertura completa doble y solamente de SSI y el proceso de inscripción facilitada en el Punto de Venta (POS FE) para todos los beneficiarios elegibles del Subsidio de Bajo Ingreso (LIS).
- El Programa LI NET proveerá la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D para
 - Todos los beneficiarios de cobertura doble completa y únicamente de SSI no cubiertos, en base retroactiva; y
 - Todos los beneficiarios elegibles de LIS no cubiertos actualmente.
- El Programa LI NET será operado por Humana, Inc. en representación de CMS.

Acceso a LI-NET

- Hay tres formas de acceder al programa de LI-NET
 1. Autoinscripción por el CMS
 2. Uso del Punto de Servicio (POS)
 3. Presentando un recibo (Rx ya pagado de su bolsillo)
 - Durante los períodos elegibles

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

35

- Hay tres formas de acceder al programa LI-NET

1 Inscripción automática de CMS

- CMS ha inscrito automáticamente a las personas con elegibilidad doble completa para ambos programas todos los días y mensualmente desde el inicio del Programa de la Parte D. CMS continuará inscribiendo a los beneficiarios automáticamente pero solamente en el Programa LI NET.

2 Uso del Punto de Servicio (POS).

- El beneficiario se presenta en la farmacia con la necesidad inmediata de un medicamento recetado.
- Cobertura entre 30 días y 36 meses antes de la fecha de su presentación
- Excepción a la regla de 36 meses: Pasando los 36 meses para aquellos que tenían una determinación reciente de Medicaid (en un periodo de 90 días) con una fecha de vigencia mayor de 36 meses en el pasado, retroactiva hasta el 1/1/06.
- Solamente los beneficiarios con cobertura doble total y sólo de SSI son elegibles para la cobertura retroactiva.

3 Presentando un recibo de las recetas ya pagadas de su bolsillo durante los períodos elegibles.

Cobertura e inscripción en LI-NET

- Cobertura
 - Completa doble/SSI-únicamente por hasta 36 meses
 - Parcial doble/Solicitantes de LIS por hasta 30 días
 - Sin confirmar por hasta 7 días
- Inscritos en LI NET para cobertura temporal
 - En PDP estándar para futura cobertura
- Formulario abierto, sin previa autorización, sin restricciones de farmacias
- Derechos de PDP estándar para personas inscritas, revisiones de elegibilidad para personas no inscritas

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

36

- Cobertura
 - Completa doble/sólo SSI por hasta 36 meses
 - Solicitantes de cobertura parcial doble/LIS por hasta 30 días
 - Sin confirmar hasta los 7 días
 - Los beneficiarios sin confirmar son aquellos que muestran evidencia de elegibilidad para Medicaid o LIS para la farmacia en el POS, pero para quienes no hay evidencia de elegibilidad de Medicaid o LIS en los sistemas del CMS.
 - Cobertura por hasta **7 días antes de la fecha de presentación del reclamo a LI NET**
 - Los beneficiarios sin confirmar se someterán a una verificación de elegibilidad al final mediante los sistemas estatales de verificación de elegibilidad (EVS).
 - Si se determina que el beneficiario no es elegible, él/ella será responsable de los costos del (los) reclamo(s) a menos que pueda proporcionar prueba de elegibilidad para el Programa LI NET usando la mejor evidencia disponible (BAE).
- Los beneficiarios con cobertura doble completa y sólo con SSI se podrán inscribir a partir del primer día de su estatus de cobertura completa doble o el último mes sin cubrir, lo que suceda al último.
- Solicitantes con beneficios parciales de Medicare y Medicaid y de LIS no serán inscritos automáticamente al Programa de LI NET.
- Inscritos en LI NET para una cobertura temporal
 - En el PDP estándar para futura cobertura
- Beneficios
 - Formulario abierto, sin previa autorización, sin restricciones de farmacias
 - Derechos del Plan Medicare de Recetas Médicas (PDP) estándar para personas inscritas, revisiones de elegibilidad para personas no inscritas.

2. Programas de Ahorros de Medicare (MSP)

- **Una breve descripción de los Programas de Ahorros de Medicare (MSP)**

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

37

- *Los Programas de Ahorros de Medicare (MSP)* explican los programas que ayudan a pagar los costos de Medicare para personas con ingresos y recursos limitados.

Programas de Ahorros de Medicare

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

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

38

- Los estados tienen otros programas que pagan las primas de Medicare y, en algunos casos, pueden también pagar los deducibles y coaseguros de Medicare para personas con ingresos y recursos limitados. Estos programas frecuentemente tienen límites de ingresos y recursos mayores que Medicaid. Estos programas se llaman en su conjunto Programas de Ahorros de Medicare.
- La elegibilidad para estos programas se determina por los niveles de ingreso y recursos. El monto de ingresos se actualiza cada año con el nivel federal de pobreza.
- Adicionalmente, 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.
- 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.

Programa de Ahorros Medicare	Elegibilidad	Ayuda a pagar
Beneficiarios de Medicare Calificados (QMB)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elegible para Parte A de Medicare ▪ Ingreso que no exceda el 100% de FPL ▪ Recursos que no excedan el nivel total de recursos de subsidio de LIS <ul style="list-style-type: none"> – Para 2010: \$6,600 para solteros/\$9,910 para pareja casada viviendo juntos sin otros dependientes ▪ Vigente el primer día del mes después de determinar la elegibilidad de QMB ▪ Elegibilidad no puede ser retroactiva 	Primas, deducibles, coaseguros y copagos de la Parte A y Parte B
Beneficiarios de Medicare con Bajos Ingresos (SLMB)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elegible para Parte A de Medicare ▪ Ingreso por lo menos 100%, pero sin exceder del 120% del FPL ▪ Recursos que no excedan el nivel total de recursos del subsidio de LIS <ul style="list-style-type: none"> – Para 2010 \$6,600 para solteros/\$9,910 para pareja casada viviendo juntos sin otros dependientes ▪ Elegibilidad comienza de inmediato y puede ser retroactiva hasta por tres meses 	Prima de la Parte B

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

39

- El programa de Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) fue establecido por la Ley de Cobertura Catastrófica de Medicare de 1988. Para calificar para QMB debe ser elegible para la Parte A de Medicare, y tener un ingreso que no exceda del 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Esto entrará en vigor el primer mes posterior al mes en el cual se aprobó la elegibilidad de QMB. La elegibilidad no puede ser retroactiva. Si califica para QMB, obtiene ayuda en el pago de sus primas de la Parte A y Parte B, deducibles, coaseguros y copagos.
- El programa de Beneficiarios de Medicare Especificados como de Bajo Ingreso (SLMB) fue establecido por la ley OBRA de 1990 y entró en vigor el 1º de enero de 1993. Para calificar para el SLMB, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare y tener un ingreso que por lo menos sea 100% sin exceder 120% del nivel federal de pobreza. Si usted califica para el SLMB, tendrá ayuda en el pago de la prima de la Parte B.

NOTA: A partir del 1º de enero de 2010, los límites de recursos para los programas de QMB, SLMB y QI son de \$6,600 para una persona soltera y \$9,910 para una persona casada que vive con su esposo y sin dependientes. Estos límites de recursos se ajustan el 1º de enero de cada año con base al cambio en el Índice Anual de Precios al Consumidor (CPI) desde septiembre del año anterior. Los estados deben usar los nuevos límites de recursos al determinar la elegibilidad para estos programas.

NOTA: Esta tabla y la tabla en la página siguiente se proporcionan como una hoja informativa en el cuaderno de tareas correspondiente (vea Apéndice B).

Programa de Ahorros Medicare	Elegibilidad	Ayuda a pagar
Individuo Calificado (QI)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elegible para Parte A de Medicare ▪ Ingreso de por lo menos 120% pero sin exceder del 135% del FPL ▪ Recursos que no excedan el nivel total de recursos de subsidio de LIS <ul style="list-style-type: none"> – Para 2010: \$6,600 para una persona/\$9,910 para una pareja casada viviendo juntos sin otros dependientes ▪ Elegibilidad comienza de inmediato y puede ser retroactiva hasta por tres meses 	Prima de la Parte B
Trabajadores Discapacitados Calificados (QDWI)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con derecho a la Parte A de Medicare debido a la pérdida de la Parte A por discapacidad debido a ingresos que exceden la actividad substancial lucrativa (SGA). ▪ Ingreso no mayor del 200% del FPL ▪ Recursos que no excedan dos veces el máximo para SSI <ul style="list-style-type: none"> – Para 2010 \$4,000 para una persona/\$6,000 para una pareja casada viviendo juntos sin otros dependientes ▪ No pueden ser de otra manera elegibles para Medicaid 	Prima de la Parte A

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

40

- El Programa de Individuo Calificado (QI) lo estableció la BBA en 1997. Está federalmente financiado en su totalidad. El Congreso asigna solamente una cantidad limitada de fondos para cada estado. Para calificar para QI, deberá ser elegible para la Parte A de Medicare y tener un ingreso que no exceda del 135% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Si califica para QI, y todavía hay fondos disponibles en su estado, tendrá ayuda para pagar la prima de su Parte B.
- El programa de Trabajadores Discapacitados Calificados (QDWI) fue establecido por la ley OBRA en 1989. Para calificar en QDWI, debe tener derecho a la Parte A de Medicare debido a la pérdida de la Parte A por discapacidad debido a ingresos que exceden la Actividad Substancial Lucrativa (SGA) y tiene un ingreso no mayor del 200% del FPL, y no puede de otra forma ser elegible para Medicaid. Si califica, podrá tener ayuda en el pago de la prima de la Parte A. Los estados pueden cargar las primas si el ingreso se encuentra entre 150% y 200% del FPL. Los recursos que no excedan dos veces el máximo para el SSI (en 2010 \$4,000 para una persona y \$6,000 para una pareja casada).

NOTA: Esta tabla se proporciona como una hoja informativa en el cuaderno de tareas correspondiente (vea Apéndice C).

Exenciones de Medicaid

- Las exenciones permiten a los estados alternativas para servicios de atención médica
 - Es posible que no cumplan con ciertos estatutos federales
- Tipos de exenciones
 - Sección 1915(b) libertad en exenciones de elección
 - Sección 1915(c) exención para servicios en casa y comunitarios
 - Sección 1115 exención de investigación y programas piloto

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

41

- Las exenciones de Medicaid permiten a los estados recibir fondos federales equivalentes de Medicaid para los gastos que normalmente no serían cubiertos, aún si no cumple con ciertos requisitos o limitaciones del estatuto federal de Medicaid.
- Las exenciones permiten a los estados alternativas para el servicio de atención médica del Medicaid tradicional.
 - Exenciones de la Sección 1915(b) – Los estados pueden restringir la elección de los proveedores que de otra forma tendrían los beneficiarios de Medicaid.
 - Exenciones del programa tales como la exención 1915 (c) para los servicios de atención médica comunitaria – Los estados pueden recibir fondos federales equivalentes para servicios para los cuales no habría fondos federales equivalentes disponibles.
 - Exenciones de programas piloto tal como las exenciones de la sección 1115 – Los estados pueden recibir fondos federales equivalentes para cubrir ciertas categorías de individuos para los cuales no existían estos fondos.

Solicitud

- Si puede calificar para el Programa de Ahorros de Medicare
 - Revise las normas para su localidad
 - Reúna sus documentos personales
 - Comuníquese con las agencias locales para obtener información
 - Complete la solicitud en su oficina estatal de Ayuda Médica

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

42

- 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
 - Prueba de residencia
 - Prueba de cualquier ingreso, incluyendo cheques de pensiones, pagos de Seguro Social, etc.
 - Estados recientes de cuentas bancarias
 - Títulos de propiedad
 - Pólizas de seguros
 - Estados financieros para bonos o acciones
 - Prueba de pólizas funerarias o de entierro
- 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.

Seguro Médico para los Niños (CHIP)

- Qué es
- Quién es elegible

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

43

- Esta sesión le explica el Seguro Médico para los Niños (CHIP).
 - Qué es
 - Quién es elegible

Descripción general del CHIP

- Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP)
- Título XXI de la Ley del Seguro Social
- Parte de la Ley de Equilibrio Presupuestario de 1997
- Cubre a los niños estadounidenses sin seguro médico
- Financiamiento conjunto federal y estatal
 - Porcentajes de Asistencia Médica Federal (FMAP)
- Administrado por cada estado
- Opción del estado para diseñar su programa

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

44

- El programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP), anteriormente denominado Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP), 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. Se contempla en el título XXI (21) de la Ley del Seguro Social.
- CHIP tiene fondos que provienen conjuntamente de los gobiernos federales y estatales y el programa es administrado por los estados.
 - Los Porcentajes de Asistencia Médica Federal (FMAP) se utilizan para determinar el monto de los fondos equivalentes federales para los gastos del estado asignados a la ayuda de pagos de ciertos servicios sociales, y gastos de seguros médicos y médicos del estado. La Ley del Seguro Social exige que el Secretario de Salud y Servicios Humanos calcule y publique los FMAP cada año. Los “Porcentajes de Asistencia Médica Federal” son para Medicaid. La Sección 1905 (b) de la Ley especifica la fórmula para calcular los Porcentajes de Asistencia Médica Federal. “Los Porcentajes Mejorados de Asistencia Médica Federal” son para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) bajo el Título XXI (21) de la Ley del Seguro Social.
- Dentro de los parámetros federales, cada estado 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.
- Más información sobre CHIP está disponible en http://www.cms.gov/CHIPRA/01_Overview.asp#TopOfPage

CHIPRA

- Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños de 2009
- También conocida como PL 111-3
- Reautorización de CHIP vigente el 4 de febrero de 2009
 - Eliminación de la “S”
 - Programa SCHIP conocido ahora como CHIP

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

45

- CHIPRA, o la Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños, reautorizó el programa CHIP en vigor el 4 de febrero de 2009. Con la reautorización de CHIPRA, junto con otros cambios al programa, la “S” se eliminó de SCHIP y ahora el programa se llama únicamente CHIP.
- CHIPRA también se conoce como Ley Pública (PL) 111-3.

Lo que no cambió

- Todavía proporciona seguro médico para niños
 - Hasta los 19 años y aquellos que aún no están asegurados
 - Deben cumplir otros requisitos
- Es todavía una asociación federal/estatal
- Los estados todavía establecen sus propias directrices dentro de las normas federales
- La forma en que CHIP es financiado (no es un programa de derecho)

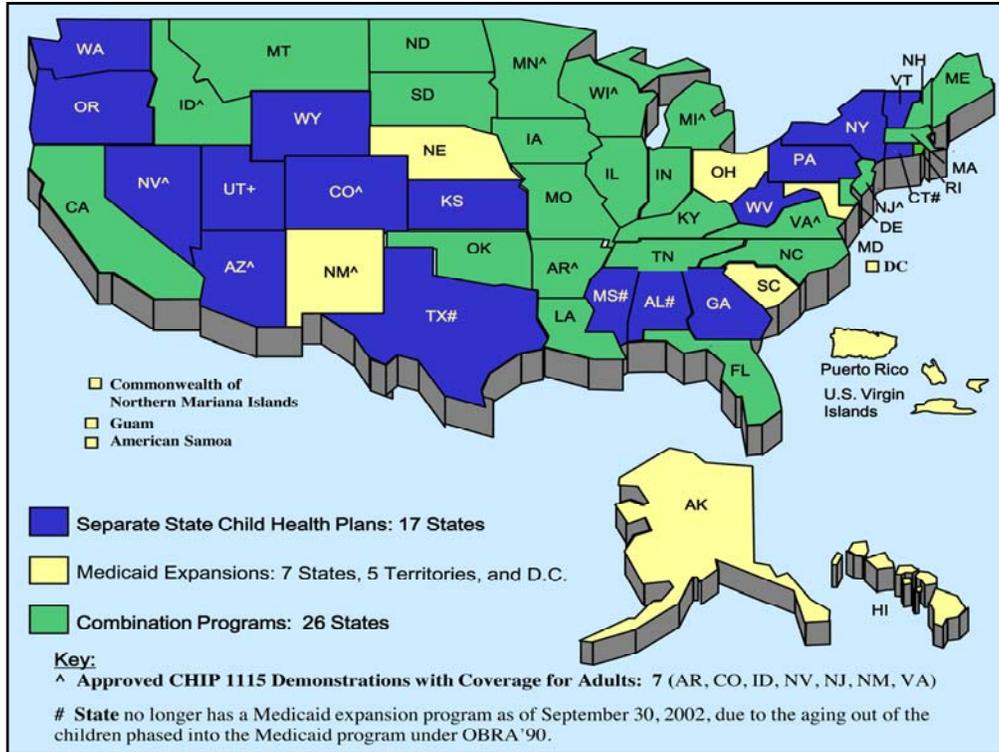
04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

46

Hay algunas cosas sobre el programa CHIP que no fueron cambiadas por CHIPRA.

- El programa le da a cada estado la autoridad para proveer seguro médico a los niños de hasta los 19 años que no están asegurados (sin limitaciones), siempre que cumplan otros requisitos.
- CHIP es una asociación con los estados que administran su programa dentro de las directrices federales.
- Ya que cada estado establece sus propias directrices, no hay un programa SCHIP/CHIP a nivel nacional pero todos deben cumplir con ciertos parámetros federales.
- A diferencia de Medicaid, CHIP nunca ha sido un programa de derecho a prestaciones. CHIPRA no cambia ese estatus.



- Este mapa muestra el diseño de los programas CHIP seleccionados por cada estado y los territorios de los EE.UU.

NOTA: El mapa se encuentra como una hoja informativa en el cuaderno de trabajo correspondiente (vea Apéndice D).

¿Quién es elegible?

- Niños y mujeres embarazadas no asegurados
 - Con ingreso familiar demasiado alto para Medicaid
- CHIPRA hace más fácil obtener y acceder a la atención médica de CHIP para
 - Niños no asegurados con ingreso mayor
 - Mujeres embarazadas no aseguradas con ingreso bajo
 - Niños nacidos de mujeres que reciben asistencia durante el embarazo
 - Inscrito automáticamente en Medicaid o CHIP

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

48

- Niños y mujeres embarazadas no asegurados con ingreso familiar que es demasiado alto para Medicaid, pueden ser elegibles para CHIP.
- La nueva legislación CHIPRA hace más fácil que ciertos grupos obtengan y accedan a la atención médica de CHIP. Esto incluye
 - Niños no asegurados con ingreso mayor
 - Mujeres embarazadas no aseguradas con bajo ingreso
 - Inscripción automática en Medicaid o CHIP para niños nacidos de mujeres que reciben asistencia de embarazo.

Procesos de elegibilidad e inscripción de CHIPRA

- Los estados pueden usar las agencias “*Express Lane*” públicas
 - Para elegibilidad inicial y redeterminación
- Permite la autoinscripción
- Se exige que el estado
 - Verifique la elegibilidad
 - Documente la ciudadanía
 - Registre y reporte las revisiones de pagos

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

49

- CHIPRA le permite a los estados usar las agencias públicas, así como sus procesos de solicitud y elegibilidad para determinar la elegibilidad inicial y la redeterminación para Medicaid y CHIP. A las mismas se les conoce como agencias “*Express Lane*”.
- CHIPRA también le permite la opción de autoinscripción sin la firma o formulario de solicitud. El padre o tutor del niño debe consentir su inscripción.
- Se exige que el estado:
 - Verifique la no elegibilidad (verifique la precisión de la información proporcionada a la agencia de “*Express Lane*”).
 - Documente la ciudadanía (requisito obligatorio)
 - Registre y reporte las revisiones de pagos

Cambios al requisito de ciudadanía

- CHIPRA le brinda opciones
 - El estado puede eliminar la prohibición de cinco años en 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

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

50

- CHIPRA le da a los estados la opción de eliminar la prohibición de cinco años en la cobertura de inmigrantes legales, aplica los requisitos de ciudadanía para CHIP, acepta su pertenencia tribal y documentos de inscripción para satisfacer los requisitos de documentación de la ciudadanía e identidad, excepto para las tribus con fronteras internacionales cuyos miembros no sean ciudadanos de los EE.UU. Estos cambios son retroactivos al 2006.

Cobertura en los Territorios de los EE.UU.

Cobertura en los Territorios de EE.UU.

04/22/2011 Medicaid y el Seguro Médico para los Niños 51

- Esta sección explica la cobertura en los territorios de los EE.UU.

Programas en los Territorios de EE.UU.

- Medicaid/otros programas disponibles en los territorios de EE.UU.
 - Puerto Rico
 - Islas Vírgenes
 - Guam
 - Islas Marianas del Norte
 - Samoa Americana
- Programas varían
 - Comuníquese con la oficina de Ayuda Médica

04/22/2011

Medicaid y el Seguro Médico para los Niños

52

- Medicaid y otros programas para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados también están disponibles para individuos que viven en los territorios de los EE.UU.
 - Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte, y Samoa Americana.
- Los programas también varían en estas áreas.
 - Comuníquese con la oficina local de Ayuda Médica

Guía de Recursos para Medicaid y CHIP		
Recursos Gubernamentales	Recursos de la industria de la salud	Productos de Medicare
www.medicare.gov www.cms.gov/home/medicaid.asp www.socialsecurity.gov www.cms.gov/center/ombudsman Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) 1-800-772-1213 (TTY 1-877-486-2048)	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)* 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	Manual de Medicare y Usted Producto de CMS No. 10050 Sus Beneficios con Medicare Producto de CMS No. 10116 Para acceder a estos productos: Vea y encargue copias individuales en Medicare.gov Para encargar copias múltiples (socios solamente), vaya a productordering.cms.hhs.gov . Tiene que registrar su organización.
04/22/2011	Medicaid y el Seguro Médico para los Niños	53

Recursos gubernamentales

- Llame a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), 1-800-MEDICARE (1-800-633-4247). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- La información para los beneficiarios está disponible en Medicare.gov
- Llame al Seguro Social (SSA), al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- La información sobre el programa Medicaid se encuentra en cms.gov/home/medicaid.asp
- La información para los socios se encuentra en CMS.gov

Recursos industriales de la industria de la salud

- Contacte su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) y/o su Oficina Estatal sobre Envejecimiento. Para obtener los números telefónicos, llame a CMS 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Productos de Medicare

- *Manual Medicare y Usted, Producto CMS No. 10050*
- *Sus Beneficios con Medicare, Producto CMS No. 10116*

NOTA: Vea y ordene copias individuales en www.Medicare.gov. Para ordenar varias copias (socios únicamente) en productordering.cms.hhs.gov. Deberá registrar a su organización.

Este módulo fue ofrecido por

 **National Medicare**
TRAINING PROGRAM

Si tiene preguntas sobre estos materiales
de entrenamiento, envíe un correo electrónico a

www.NMTP@cms.hhs.gov

Para ver todos los materiales NMTP o para suscribirse
a nuestra listserv (lista de servicios), visite

www.cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram