

Contenidos

Contenidos	I
Módulo 4 – Orientación y planificación de atención de la salud ...	1
Introducción.....	1
Competencias centrales de los CWIC	2
Unidad de Competencia 1 – Comprender Medicaid	3
Introducción.....	3
Información básica sobre Medicaid	3
Servicios que cubre Medicaid.....	6
Elegibilidad para Medicaid: En general	10
Grupos de elegibilidad obligatoria para Medicaid	11
Grupo Obligatorio #1: Elegible para SSI	12
Grupo Obligatorio #2: Elegibilidad 1619(b)	13
Grupo Obligatorio #3: Enmienda Pickle	23
Grupo Obligatorio #4: Beneficiarios por Discapacidad en la Niñez Protegidos por Medicaid.....	27
Grupo Obligatorio #5: Beneficiarios Viudos Discapacitados	30
¿Qué les sucede a los beneficiarios especiales de Medicaid cuando se encuentra involucrado otro ingreso?	32
Identificación de potenciales beneficiarios especiales de Medicaid.....	35
Programas de Elegibilidad Opcional para Medicaid.....	37
Grupo Opcional #1: Programas de Compra de Medicaid (MBI)...	38
Grupo Opcional #2: Personas con Necesidades Médicas.....	41
Grupo Opcional #3: Personas Elegibles para el Pago Complementario del Estado (SSP).....	43
Grupo Opcional #4: Elegibilidad por Bajos Ingresos	45
Grupo Opcional #5: Personas Elegibles para Exenciones de Servicios basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS).....	47
Grupo Opcional #6: Expansión de Medicaid de la Ley de Atención Médica Accesible – Grupo de Adultos.....	49
Exenciones de Servicios basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS)	51
Exenciones de Servicios basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS) de 1915 (c)	53
Plan de Beneficio HCBS del Estado 1915 (i).....	56
Community First Choice de 1915 (k)	58

Medicaid y otros seguros de salud	60
Medicaid y Medicare	60
Medicaid y seguros de salud auspiciados por el empleador	61
Introducción al Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)	62
Apelar las decisiones de Medicaid	63
Investigación independiente	64
Recursos adicionales	64
¿Qué sucederá con mi Medicaid cuando empiece a trabajar?	65
Unidad de Competencia 2 - Comprender Medicare	67
¿Qué es Medicare?	67
Medicare versus Medicaid	67
Puntos Básicos de Medicare.....	68
Medicare Parte A.....	69
Medicare Parte B.....	70
Medicare Parte D	71
Planes de Ventajas de Medicare (Parte C)	73
Complementos Medicare o Planes Medigap.....	75
Elegibilidad para Medicare	76
Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)	77
Empleados del Gobierno Calificados para Medicare (MOGE)	78
Período de Calificación para Medicare	79
Período de calificación para Medicare para Beneficiarios por Discapacidad en la Niñez (CDB)	81
Período de Calificación para Medicare para Beneficios para Viudo(a) Discapacitado(a) (DWB)	82
Excepciones al Período de Calificación para Medicare (MQP)	83
Períodos de inscripción para Medicare	86
Período de Inscripción Inicial (IEP)	86
Período de Inscripción General (GEP) o Período de Inscripción Abierta	87
Período de Inscripción Especial (SEP)	87
Período de elección coordinada anual	88
Incentivos laborales de Medicare y cuándo finaliza Medicare.....	88
Cuándo finaliza Medicare	89
Medicare y el empleo	89
Período Extendido de Cobertura Medicare (EPMC)	90
Complicaciones de EPMC.....	94

Medicare Extendido y Restitución Acelerada	94
Primas de Medicare durante el EPMC	95
Responsabilidades de los CWIC en los Casos de EPMC	96
Premium HI para Individuos con Discapacidades que Trabajan ...	97
Medicare y otras formas de seguro.....	100
Medicare y Medicaid	100
Medicare y beneficios de salud del VA	100
Medicare y otras formas de seguro de salud	102
Programas de Ahorro de Medicare – Programa de	
Asistencia Financiera #1	103
Beneficiarios Calificados para Medicare (QMB)	107
Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Específicos (SLMB)	110
Personas que Califican (QI)	112
QMB, SLMB, QI e Ingresos.....	114
Personas Calificadas Discapacitadas y en	
Actividad Laboral (QDWI)	118
Subsidio por Bajos Ingresos (Ayuda Extra) - Programa de	
Asistencia Financiera #2	120
Subsidio por Bajos Ingresos Completo.....	121
Subsidio por Bajos Ingresos Parcial.....	126
LIS e Ingresos.....	129
Informar los cambios en ingresos y recursos y	
redeterminaciones del Subsidio por Bajos Ingresos (LIS)	132
Orientación y derivación de Medicare.....	135
Programas de Asistencia y Orientación del Seguro de	
Salud del Estado (SHIP)	136
Asesorar a los beneficiarios sobre Medicare.....	136
Conclusión	137
Investigación independiente	137
Recursos adicionales	138
Árbol de Decisiones sobre el Período Extendido de Cobertura	
Medicare (EPMC)	141
Unidad de competencia 3 – Opciones de salud para veteranos	142
Introducción.....	142
Descripción general de los beneficios de salud para miembros de las	
fuerzas militares y veteranos de guerra	143
TRICARE.....	143
El Sistema de Atención Médica del VA	144

Comprensión de los beneficios de salud del VA	145
Solicitar beneficios de salud del VA	145
Elegibilidad	145
Inscripción y Grupos de Prioridad de Inscripción	146
Copagos de beneficios de salud del VA	148
Medicare y beneficios de salud del VA.....	150
Beneficios de medicamentos recetados del VA y Medicare Parte D	151
Elegir inscribirse o no en Medicare Parte D.....	152
TRICARE	153
TRICARE For Life	155
TRICARE y Medicare.....	156
Investigación independiente	159
Unidad de Competencia 4 – Comprender la cobertura del seguro de salud privada	161
Introducción.....	161
Términos y conceptos de la atención de la salud	162
Términos de atención de la salud	162
Reformas amplias de seguro	164
Tipos comunes de planes de atención de la salud.....	165
Seguro de salud auspiciado por el empleador	166
Tipos de cobertura de atención médica auspiciada por el empleador	166
Utilizar Medicaid o Medicare con Cobertura de Salud Auspiciada por el Empleador	167
Protección de la Cobertura de Salud COBRA entre empleos o Cobertura de Continuidad	171
Marketplace (Bolsa de seguros)	174
Elegibilidad y quién puede usar Marketplace.....	174
Períodos de inscripción	176
Planes de salud calificados	176
Crédito Impositivo por Prima Adelantada (APTC).....	178
Reducción de la participación en los costos	181
Planes para catástrofes.....	181
Resolución individual y del empleador	182
Otros caminos al seguro de salud privado	184
Conclusión	185

Investigación independiente	185
Unidad de Competencia 5 – Apoyar a Individuos con Discapacidades en la Evaluación de las Necesidades y Opciones de Atención Médica	187
Introducción.....	187
Orientación sobre temas de atención médica: Definir la función de los CWIC	188
Niveles de competencia para los CWIC	189
Derivaciones	192
Evaluación de las necesidades de atención médica de un beneficiario	192
Ejemplo de un tema de atención médica que excede al cuestionario o lista de control modelo:	194
Evaluación de la elegibilidad actual, de largo plazo y potencial para un seguro externo	194
Medicaid	195
Cobertura de Seguro Privado	202
Evaluación de elegibilidad actual y potencial para estrategias o fuentes de pago no tradicionales para la atención de la salud	203
Programas de Educación Especial	204
Agencias de Rehabilitación Vocacional Estatal (VR)	204
Evaluación de casos para determinar en qué situaciones un beneficiario necesitará conservar Medicaid a largo- plazo	205
Mantenerse actualizado sobre las políticas de atención de la salud .	209
Investigación independiente	209
Recursos adicionales	210
Planificación para cobertura de atención de la salud	211

Módulo 4 – Orientación y planificación de atención de la salud

Introducción

La transición de la dependencia de beneficios públicos a una mayor independencia financiera a través del empleo pago comprende más que un ingreso mensual. Muchos beneficiarios del Seguro Social también se apoyan en gran medida en seguros de salud públicos como Medicaid o Medicare para pagar por servicios y productos esenciales de atención médica. Los CWIC deben ser capaces de ofrecer orientación competente en el área de planificación de atención médica para asegurar que se exploran todas las opciones disponibles para satisfacer las necesidades médicas del beneficiario de manera continua.

El contenido de este módulo se enfocará en:

- Medicaid;
- Programas de exención de Medicaid;
- Medicare (Medicare Partes A, B y D);
- Programas de Ahorro de Medicare;
- Programas de Subsidios por Bajos Ingresos de la Parte D de Medicare;
- Opciones de atención médica para veteranos;
- Opciones de cobertura de seguro médico privado (planes de salud patrocinados por el empleador y planes de salud en el mercado); y
- Interacción de Medicaid, Medicare y otras opciones de seguro médico

Competencias centrales de los CWIC

- Demuestra conocimiento de la disponibilidad y elegibilidad de todos los programas Medicaid del estado incluyendo grupo Medicaid categóricamente elegible, grupos opcionales de Medicaid, Programas de exención de Medicaid, el SCHIP y programas de Pago de Primas de Seguro de Salud financiados por Medicaid.
- Demuestra conocimiento de la elegibilidad para el programa federal Medicare y sus operaciones, esto incluye Medicare Partes A (Hospital) y B (Médica), planes de seguro privado Medigap, el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D), así como la interacción de Medicare con otros seguros de salud públicos y privados.
- Demuestra conocimiento de los componentes clave de la Ley de Atención Médica Accesible (ACA) aplicables a beneficiarios por discapacidad del Seguro Social y sus familias y la relación de las disposiciones de ACA con múltiples programas de seguros médicos públicos para personas con discapacidades.
- Demuestra un entendimiento de la elegibilidad y las disposiciones clave de TRICARE y los programas de atención médica de VA para veteranos y de cómo estos programas interactúan con Medicare y Medicaid.
- Demuestra conocimiento de las reglamentaciones que protegen los derechos de atención médica de personas con discapacidades que comienzan un nuevo empleo o cambian de empleo.
- Demuestra un entendimiento de las interacciones complejas entre la cobertura privada de atención médica y los programas públicos de atención médica así como también de las consideraciones clave al orientar a los beneficiarios con respecto a la elección de opciones de cobertura de salud y oportunidades que resulten del empleo.
- Demuestra la habilidad de brindar asesoramiento efectivo para ayudar a los beneficiarios a comprender las opciones médicas disponibles y tomar decisiones informadas con respecto a la cobertura médica durante todo el proceso de empleo.

Unidad de Competencia 1 – Comprender Medicaid

Introducción

Medicaid es un programa de seguro de salud de importancia crítica para personas con discapacidades. Los beneficiarios que reciben Ingreso Complementario del Seguro (SSI) o beneficios por discapacidad del Título II citan frecuentemente el temor de perder la cobertura de atención médica como un obstáculo importante frente al empleo exitoso. Medicaid es por lo general el más importante de todos los programas de salud porque brinda cobertura para necesidades básicas de atención médica así como también servicios de atención a largo plazo, que no se encuentren cubiertos por otros programas de seguro médico. Por ello, los CWIC deben tener una comprensión general de lo que ofrece Medicaid y de los diversos métodos para adquirir o conservar la elegibilidad.

Información básica sobre Medicaid

Medicaid, también conocido como Medical Assistance, es un programa federal-estatal cooperativo autorizado por el Título 19 de la Ley del Seguro Social. Fue creado en 1965 como un programa opcional para que los estados brindaran cobertura a determinadas categorías de personas con bajos ingresos. Desde principios de los años ochenta, todos los estados han optado por tener un programa de Medicaid.

Para entender cómo funciona Medicaid es esencial reconocer que es un programa estatal y federal financiado en forma conjunta. A nivel federal, los Centros para Servicios Medicare y Medicaid (CMS) dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los EE.UU. administran Medicaid. Los CMS brindan normas y pautas acerca de cómo el estado debe operar su programa. Para que el estado reciba fondos federales, debe cumplir con las normas federales. El objetivo de estas pautas federales es garantizar que cada programa de Medicaid brinde un nivel básico de cobertura a determinados grupos de personas.

Algunos ejemplos de pautas federales incluyen:

- Los servicios cubiertos deben estar disponibles en todo el estado;
- Los proveedores de servicios deben ser razonablemente rápidos;
- Los beneficiarios tienen libre elección de proveedores;
- Los servicios deben estar disponibles de manera similar para la población general;
- La cantidad, duración y alcance de los servicios deben ser suficientes para lograr razonablemente el objetivo de dichos servicios;
- Los proveedores de servicios no deben reducir o rechazar la cantidad, duración y alcance de los servicios para una persona sobre la base de su diagnóstico, discapacidad o afección.

Los estados pueden solicitar una exención a una o más de estas normas. Pero para obtener una exención, el CMS debe aprobarlo y los desvíos deben mejorar la calidad o eficiencia del programa de Medicaid. También es importante reconocer que las normas federales brindan a los estados una flexibilidad considerable al diseñar sus programas de Medicaid. Como resultado, los programas de Medicaid varían significativamente entre los estados en términos de quién recibe los servicios cubiertos, qué servicios paga el programa y cuándo los beneficiarios reciben los servicios. No existen dos estados que coincidan totalmente en el diseño de sus programas de Medicaid. Dentro de pautas federales amplias y opciones estatales que el gobierno federal pone a disposición, los estados usan gran parte de su propio criterio para establecer los estándares de elegibilidad para el programa de Medicaid, al determinar el tipo, cantidad y duración de los servicios disponibles para los beneficiarios de Medicaid y al establecer las tarifas de pago de los servicios. Al diseñar su programa de Medicaid, algunos estados han incluso dado a su programa de Medicaid un nombre único, como por ejemplo el programa Medi-Cal de California o el programa TennCare de Tennessee.

A nivel estatal, la responsabilidad general sobre Medicaid debe recaer en una agencia estatal. La agencia es responsable de desarrollar el Plan Estatal de Medicaid, que es el contrato escrito entre CMS y el estado que

describe los detalles del programa de Medicaid. El Plan del Estado brinda los detalles acerca de cómo el estado cumplirá con los requerimientos federales y define la manera en que el estado implementará las opciones específicas en las cuales el estado tiene flexibilidad. Si bien la agencia estatal también es responsable de administrar Medicaid, generalmente delega las operaciones del programa a diversas entidades, que incluyen una o más agencias estatales, agencias administradas por el condado u organizaciones de mantenimiento de la salud (si el estado usa un modelo de atención administrada para alguna parte de su sistema de provisión de servicios de Medicaid).

Debido a Medicaid difiere sustancialmente de un estado a otro, esta unidad no brindará detalles del programa de Medicaid individual de cada estado. En su lugar, esta unidad proporcionará detalles sobre las normas federales y algunas variaciones estatales comunes. Los CWIC necesitan conocer los detalles específicos del estado del programa de Medicaid de su estado, en particular:

- El nombre específico del programa de Medicaid del estado;
- El nombre de la agencia estatal responsable de administrar Medicaid;
- Cómo acceder al manual de políticas de la agencia estatal de Medicaid (en versión papel o en línea);
- Los servicios que cubre Medicaid;
- Los grupos de elegibilidad para Medicaid (en particular para personas con discapacidades);
- Las exenciones de servicios a largo plazo actualmente aprobadas por CMS en el estado;
- El proceso para solicitar Medicaid;
- El proceso para apelar una decisión adversa de Medicaid.

Al recolectar esta información, los CWIC deberían consultar con otros CWIC que hayan estado haciendo este trabajo durante varios años, ya que probablemente se encuentren familiarizados con estos detalles.

Además, los CWIC deberían desarrollar relaciones en la oficina local de Medicaid y en la unidad de políticas estatales de Medicaid.

Servicios que cubre Medicaid

Al crear un Plan Estatal, el estado debe detallar los elementos y servicios médicos que estarán cubiertos por el programa Medicaid. Los CMS requieren que los estados brinden determinados elementos y/o servicios médicos a individuos elegibles para Medicaid conforme a uno de los grupos de elegibilidad obligatoria. Los grupos de elegibilidad obligatoria son grupos específicos de personas de bajos ingresos que el gobierno federal requiere que los programas estatales Medicaid cubran y por lo general incluye a beneficiarios del SSI. En muchos estados, casi todos los grupos de elegibilidad para Medicaid (opcional y obligatoria) tienen acceso al mismo conjunto de servicios enumerados en el Plan Estatal. Los estados cuentan con cierta libertad de acción para cambiar los servicios brindados conforme al artículo 1115 de la ley Medicaid, que serán explicados en más detalle en esta unidad.

NOTA: Los derechos a servicios que se detallan a continuación no se aplican al Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP), que se cubre al final de esta unidad.

Los servicios obligatorios que los estados deben incluir, como mínimo, en el Plan Estatal para aquellos que son elegibles mediante un grupo de elegibilidad obligatoria incluyen los siguientes:

- Servicios de hospitalización (excluyendo servicios de hospitalización en instituciones para personas que padecen enfermedades mentales);
- Servicios ambulatorios incluyendo Centros de Salud Calificados por el Gobierno Federal (FQHC) y, si la ley del estado lo permite, servicios de clínicas rurales y otros servicios ambulatorios brindados por una clínica médica rural que se incluyan en los planes del estado;
- Otros servicios de laboratorio y rayos x;

- Enfermeros profesionales pediátricos y de familia certificados (cuando cuentan con licencia para ejercer conforme a la ley estatal);
- Servicios de instituciones de enfermería para beneficiarios de 21 años de edad y mayores;
- Servicios de control, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) para menores de 21 años;
- Servicios e insumos de planificación familiar;
- Servicios de médicos;
- Servicios médicos y quirúrgicos de odontólogo;
- Servicios médicos en el hogar para beneficiarios que tienen derecho a servicios de instituciones de enfermería según el plan Medicaid del estado;
- Servicios intermitentes o de medio tiempo de enfermería provistos por una agencia de salud en el hogar o por un enfermero registrado cuando no existe una agencia de salud en el hogar en el área;
- Auxiliares de salud en el hogar;
- Suministros y equipos médicos para utilizar en el hogar;
- Servicios de partera;
- Servicios relacionados con el embarazo y servicios para otras condiciones que podrían complicar el embarazo; y
- Servicios relacionados con el posparto durante 60 días.

Los estados también pueden incluir servicios opcionales en su Plan Estatal Medicaid, incluyendo:

- Servicios de podología;
- Servicios de optometrista y anteojos;
- Servicios de quiropráctico;

- Servicios de enfermería privada;
- Servicios de clínica;
- Servicios dentales;
- Terapia física;
- Terapia ocupacional;
- Terapia del habla, audición y lenguaje;
- Medicamentos recetados (algunas excepciones);
- Prótesis dental;
- Dispositivos ortopédicos;
- Servicios de diagnóstico;
- Servicios de control;
- Servicios preventivos;
- Servicios de rehabilitación;
- Servicios de transporte;
- Servicios para personas de 65 años de edad o mayores en instituciones mentales;
- Instituciones de servicios de terapia intermedia;
- Servicios de institución de terapia intermedia para personas con retraso mental o discapacidades del desarrollo y condiciones relacionadas;
- Servicios de internación psiquiátrica para personas menores de 22 años;
- Servicios prestados en una institución de atención de la salud religiosa y no médica;
- Servicios de internación psiquiátrica para personas menores de 21 años;

- Servicios de emergencia en hospital;
- Servicios de atención personal;
- Servicios de asistencia personal (no médica);
- Atención en hospicio;
- Servicios de administración de casos;
- Servicios de atención respiratoria; y
- Servicios basados en la comunidad y el hogar para personas con discapacidades y enfermedades crónicas.

Otros factores que se deben considerar sobre Medicaid y otras opciones de cobertura de salud incluyen la cantidad de un servicio en particular que puede recibir una persona y durante cuánto tiempo puede recibirlo. Los estados pueden definir tanto la cantidad como la duración de los servicios que se ofrecen en sus programas Medicaid dentro de amplias pautas federales. Por ejemplo, los estados pueden limitar la cantidad de días de internación, la cantidad de visitas del médico o la cantidad de horas por semana de servicios de asistencia personal. Sin embargo, al establecer estos parámetros, los estados deben cumplir con varios requisitos. Primero, deben asegurarse de que el nivel de los servicios que brindan es suficiente para lograr de manera razonable el objetivo del servicio. En segundo lugar, los estados no deben hacer diferencias entre los beneficiarios sobre la base de diagnósticos médicos o enfermedades al momento de establecer estos límites. En general, los estados deben cumplir con un estándar de comparabilidad, lo que significa que los servicios que brindan a todos los grupos deben ser iguales o comparables en términos de alcance, intensidad y duración.

Hay dos excepciones importantes a este requisito. Primero, incluido en la lista de servicios Medicaid obligatorios, se encuentra el Programa de Control, Diagnóstico y Tratamiento de Prevención Temprana (EPSDT). El programa EPSDT se aplica a menores de 21 años con discapacidades. Según el programa EPSDT, se requiere que los estados brinden todos los servicios médicamente necesarios a los niños inscritos en Medicaid. Esto incluye un requerimiento para brindar servicios “opcionales”, incluso si el estado elige no cubrir estos servicios para adultos. Una segunda excepción al estándar de servicios comparable se encuentra en las

disposiciones de exención de Medicaid, que se explicará más adelante en esta unidad.

Como CWIC, su trabajo no incluye ser un experto en los servicios que cubre Medicaid. Sin embargo, para poder ayudar a los beneficiarios a tomar decisiones sobre si obtener, mantener o dejar Medicaid cuando trabajan, los CWIC deben contar con un entendimiento básico de los servicios cubiertos. Como resultado, los CWIC deberían, como mínimo, obtener una lista de los servicios cubiertos por Medicaid en su estado e identificar el lugar apropiado para derivar a los beneficiarios para que obtengan más detalles sobre la cobertura, de ser necesario.

Elegibilidad para Medicaid: En general

Con el fin de ofrecer asesoramiento en incentivos laborales efectivo, los CWIC deben volverse expertos en la elegibilidad de Medicaid para personas con discapacidad. Para ser elegible para Medicaid, una persona primero debe pertenecer a una categoría. Existen 6 categorías:

1. Personas con discapacidad.
2. Personas que tienen 65 años o más,
3. Niños,
4. Mujeres embarazadas,
5. Padres o familiares de los cuidadores, y
6. Adultos.

Dentro de cada categoría, existen grupos de elegibilidad para Medicaid. Cada grupo de elegibilidad para Medicaid tiene criterios de elegibilidad específicos, incluyendo el ingreso y en muchos casos, límites de recursos. Para ser elegible para Medicaid, una persona primero debe entrar en una categoría y luego cumplir los requisitos de un grupo de elegibilidad para Medicaid específico dentro de esa categoría.

Existen más de 60 grupos de elegibilidad diferentes para Medicaid. Algunos son obligatorios, lo que significa que los estados deben brindar Medicaid a aquellos que cumplen con los criterios de elegibilidad. Otros grupos son opcionales, lo que significa que el estado puede elegir incluirlos en el Plan del Estado. Si una persona cumple con los criterios de elegibilidad de un grupo de elegibilidad obligatoria y de elegibilidad opcional, su elegibilidad debe ser por defecto la del grupo obligatorio. Los

detalles de cada grupo de elegibilidad para Medicaid no se cubrirán en esta unidad. En cambio, esta unidad brindará los detalles para los grupos de elegibilidad obligatoria para personas con discapacidades y alguna información general acerca de los grupos de elegibilidad opcional más comunes para personas con discapacidades.

Grupos de elegibilidad obligatoria para Medicaid

Existe una cantidad de grupos de elegibilidad obligatoria para personas ciegas o discapacitadas. Esta unidad se enfocará en los grupos de elegibilidad que pueden ser utilizados por personas con discapacidades que viven en la comunidad (no en una institución, como por ejemplo en una institución de enfermería). Los grupos de elegibilidad obligatoria que se utilizan más comúnmente se encuentran directamente relacionados con la recepción de beneficios de SSI: elegibles para SSI y 1619(b). Los otros grupos de elegibilidad obligatoria que se encontrarán cubiertos son para personas que tenían SSI en algún momento pero que lo perdieron por razones muy específicas. Estos grupos incluyen las personas incluidas en la Enmienda Pickle, Beneficiarios por Discapacidad en la Niñez Protegidos por Medicare y Viudos Discapacitados. Estos grupos se denominan, en conjunto, "beneficiarios especiales de Medicaid". En total, se cubrirán cinco grupos de elegibilidad obligatoria para Medicaid en esta unidad.

IMPORTANTE Aclaración de términos:

- En este manual se emplean los términos "programa de SSI" y "beneficios del SSI". Con ello, queremos decir que la persona puede recibir beneficios en efectivo conforme al Título XVI (SSI) o ser un participante de la categoría 1619(b) que recibe beneficios de Medicaid, pero ningún pago en efectivo del SSI.
- Por Pago Complementario del Estado (SSP), nos referimos a las personas que reciben un beneficio en efectivo además de un beneficio federal del SSI, que el estado o el gobierno federal pueden administrar.
- En algunos casos, las personas pueden recibir únicamente los Pagos Complementarios del Estado (SSP) sin pagos en efectivo del

beneficio federal del SSI. En ambos casos, estas personas son elegibles para los grupos especiales de continuación de Medicaid que se describen aquí y el estado debe contar con procesos de elegibilidad vigentes para evaluar si estas personas serían elegibles para uno de estos grupos especiales.

Grupo Obligatorio #1: Elegible para SSI

En la mayoría de los estados, la elegibilidad para Medicaid es automática una vez que el Seguro Social establece la elegibilidad para el SSI. Cuando el Congreso creó el SSI en 1972, quería que los estados brindaran Medicaid a aquellos que eran elegibles para el SSI. Algunos estados apoyaron la idea, otros no. Como resultado, el Congreso decidió brindar a los estados tres opciones:

- **Estados 1634** Un estado usará la aprobación del Seguro Social del SSI como aprobación automática para Medicaid. En otras palabras, si el Seguro Social determina que una persona tiene derecho al SSI, dicha persona recibe automáticamente Medicaid. Treinta y cuatro estados y el Distrito de Columbia eligieron esta opción y se los denomina "estados 1634". Este título se refiere a la parte de la Ley del Seguro Social que autoriza a los estados a realizar acuerdos con el Seguro Social para tomar decisiones respecto de elegibilidad para Medicaid.
- **Estados de Criterios/Elegibilidad para SSI:** Un estado usará las mismas normas de ingreso y recursos que el SSI para determinar la elegibilidad para Medicaid, pero el beneficiario deberá presentar una solicitud específicamente para Medicaid ante la agencia estatal de Medicaid (o ante quien esta designe). Ocho estados (Alaska, Idaho, Kansas, Nebraska, Nevada, Oklahoma, Oregon y Utah) y las Islas Marianas del Norte eligieron esta opción y se los denomina "Estados de Criterios para SSI" o "Estados de Elegibilidad para SSI". En estos estados, el Seguro Social no toma decisiones relacionadas con Medicaid, sino que el estado toma todas las decisiones de elegibilidad para Medicaid.
- **Estados 209(b):** Un estado usará la mayoría, pero no la totalidad, de las normas de ingresos y recursos de SSI para determinar la elegibilidad para Medicaid. Estos estados utilizan al menos un criterio de elegibilidad más restrictivo que el programa

del SSI. El beneficiario deberá presentar una solicitud para Medicaid ante la agencia estatal de Medicaid (o ante quien esta designe). La elegibilidad para Medicaid empleada por los estados 209(b) varía mucho según el estado. Estos requisitos pueden ser más restrictivos o más liberales que los criterios para el SSI para las distintas partes de la decisión.

Ocho estados han elegido esta opción: Connecticut, Illinois, Minnesota, Nuevo Hampshire, Virginia, Hawái, Missouri y Dakota del Norte. Cada estado 209(b) es diferente en términos de cómo se define la elegibilidad para Medicaid. Los CWIC que residen en estados 209(b) deben contactar a la agencia Medicaid del estado para acceder a las normas de ingreso y recursos específicos para ese estado. En estos estados, el Seguro Social no toma decisiones relacionadas con Medicaid, sino que el estado toma todas las decisiones de elegibilidad para Medicaid.

Grupo Obligatorio #2: Elegibilidad 1619(b)

Desde 1987, el artículo 1619(b) de la Ley del Seguro Social ha dispuesto uno de los incentivos laborales más poderosos actualmente disponibles para destinatarios del SSI: El artículo 1619(b) brinda continuación de elegibilidad para Medicaid para destinatarios del SSI que trabajan cuyo ingreso derivado del trabajo es demasiado alto para calificar para pagos en efectivo del SSI, pero no lo suficientemente altos como para compensar la pérdida de Medicaid. Las personas que son elegibles conforme al artículo 1619(b) no reciben pagos del SSI debido a que su ingreso contable se encuentra por encima del punto de equilibrio (BEP) luego de que el Seguro Social ha aplicado todas las exclusiones y deducciones del ingreso. No existe límite de tiempo en relación con el 1619(b), una persona puede continuar utilizándolo siempre que continúe cumpliendo con los criterios de elegibilidad.

Para beneficiarse de las disposiciones del artículo 1619(b), una persona debe cumplir con los cinco criterios de elegibilidad que se describen a continuación. Si en algún punto un beneficiario no cumple con uno o más de estos criterios, la persona no será elegible para la cobertura de Medicaid según la disposición 1619(b).

- 1. Las personas elegibles deben seguir cumpliendo con el requisito de discapacidad del Seguro Social.** Las personas en condición 1619(b) seguirán estando sujetas a la revisión médica de continuación de discapacidad y deberán pasar esas revisiones (es decir, que no se determine que ha mejorado a nivel médico) para seguir siendo elegible. Debido a que aquellos en condición 1619(b) no reciben un pago por SSI, los beneficiarios pueden asumir que los CDR médicos ya no ocurrirán. Es importante recordar a los beneficiarios que aún se encuentran sujetos a esas revisiones y que deben responder al papeleo relacionado con ellas en tiempo y forma. Si una persona cumple 65 años y elige tener su SSI sobre la base de la edad, en lugar de la discapacidad o ceguera, no podrá utilizar el 1619(b).
- 2. Las personas deberán haber sido elegibles para un pago en efectivo regular del SSI basado en la discapacidad durante un mes previo dentro del período actual de elegibilidad.** Este “mes de prerrequisito” simplemente significa que el 1619(b) no se encuentra disponible para una persona que no era previamente elegible para el SSI debido a discapacidad. Además, para esos estados 209(b), el beneficiario del SSI debe haber sido elegible para Medicaid en el mes inmediatamente previo a volverse elegible para el 1619(b).
- 3. Las personas elegibles deben continuar cumpliendo con todos los demás requisitos para el SSI que no están relacionados con la discapacidad:** Los recursos contables deben permanecer dentro del límite permitido de \$2,000, para una persona, y \$3,000, para una pareja elegible. Además, los ingresos contables no derivados del trabajo deben permanecer por debajo del Índice de Beneficios Federales (FBR). Por último, las personas también deben cumplir con todos los requisitos de ciudadanía y pautas de vivienda del SSI. Todos estos requisitos del SSI no relacionados con la discapacidad se aplican cuando el Seguro Social establece inicialmente la elegibilidad para 1619(b) y permanece en vigencia de allí en adelante.
- 4. Las personas elegibles deben necesitar los beneficios de Medicaid para continuar trabajando.** El Seguro Social determina esta “necesidad” mediante la aplicación de algo

denominado la "Prueba de Uso de Medicaid". Esta "prueba" tiene tres partes; una persona solo necesita cumplir con una de ellas para aprobar. La persona depende de la cobertura de Medicaid si:

- Ha usado la cobertura de Medicaid durante los últimos 12 meses; o
- Espera usar la cobertura de Medicaid en los próximos 12 meses; o
- No podría pagar facturas por servicios médicos no esperados en los próximos 12 meses sin cobertura de Medicaid.

Para tomar esta determinación, un empleado del Seguro Social debe llamar o reunirse con el destinatario para realizarle preguntas relacionadas con las tres partes enumeradas anteriormente. Una respuesta afirmativa a alguna de las preguntas indica que la persona necesita Medicaid para poder continuar trabajando. Una respuesta negativa indica que existen suficientes fuentes alternativas disponibles para que la persona pague su atención médica (por ejemplo, una cobertura médica amplia a través de seguro de salud o membresía de un plan de salud, acceso a otros programas de salud). El empleado del Seguro Social realiza la determinación inicial del uso de Medicaid en el momento que la persona informa los ingresos que producirán la no elegibilidad para el pago en efectivo del SSI. El personal del Seguro Social toma las determinaciones siguientes del uso de Medicaid en cada nueva determinación de 1619(b) programada.

Para más información sobre la prueba de uso de Medicaid, consulte POMS SI 02302.040 Prueba de uso de Medicaid para la Elegibilidad para el artículo 1619(b)
<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0502302040>

- 5. Las personas elegibles no pueden tener ingresos suficientes para reemplazar los beneficios en efectivo del SSI, los beneficios de Medicaid y los servicios de atención personal o profesional financiada con fondos públicos que perderían debido a sus ingresos.** El Seguro Social utiliza el concepto de "umbral" para calcular si la persona cuenta con suficientes ingresos para reemplazar estos beneficios. El Seguro Social sólo considera

los ingresos brutos al determinar el umbral; no considera ingresos no derivados del trabajo. El Seguro Social realiza la determinación inicial al momento en que la persona informa ingresos que causarían la no elegibilidad para el pago en efectivo del SSI (es decir, el punto de equilibrio). La agencia realiza las determinaciones de umbral para el período de 12 meses que comienza en el mes en que comienza la categoría 1619(b) y las realiza de manera anual durante la nueva determinación de 1619(b). Además de la nueva determinación anual que el Seguro Social requiere para los casos del artículo 1619(b), el Seguro Social debe verificar al menos de manera trimestral los ingresos del trabajo y las exclusiones de los ingresos derivados del trabajo. Las oficinas locales del Seguro Social pueden elegir hacerlo con más frecuencia.

Para más información sobre la prueba de umbral, consulte POMS SI 02302.045 Prueba de umbral para la Elegibilidad para el artículo 1619(b): <https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0502302045>

Los montos de umbral del 1619(b) y cómo los determina el Seguro Social

El Seguro Social utiliza un monto de umbral para medir si los ingresos de una persona son lo suficientemente altos como para reemplazar sus beneficios del SSI y de Medicaid. Este umbral se basa en el monto de los ingresos que haría que los pagos del SSI cesaran en el estado en que reside esa persona y el promedio de los gastos de Medicaid en ese estado. Cada estado calcula su umbral de la siguiente manera:

1. Multiplicar la tasa de complemento anual del estado (si es que existe) por 2
2. Agregar a esto el punto de equilibrio actual anual del SSI ($FBR \times 2 + \$85 \times 12$)
3. Agregar el promedio de gastos de Medicaid per capita por estado
4. El monto total equivale al monto de umbral del estado

Los montos de umbral actuales para cada estado se detallan en POMS en: <https://secure.ssa.gov/poms.nsf/lnx/0502302200>

El Seguro Social revisa estos montos de umbral registrados cada año. Si el Seguro Social determina que el ingreso contable derivado del trabajo de la persona para el período de 12 meses es igual o menor que el monto de umbral que se muestra en la tabla, la persona cumple con este requisito de umbral.

Montos de umbral individualizados del 1619(b)

Si una persona tiene ingresos brutos por encima del monto de umbral establecido para ese estado, el Seguro Social puede evaluar si la agencia debe calcular un umbral individualizado mayor. Una persona puede obtener un monto de umbral individualizado mayor si tiene costos de Medicaid por encima del promedio. El propósito del cálculo de umbral individualizado es determinar si la persona tiene ingresos derivados del trabajo suficientes para reemplazar todos los beneficios que de hecho recibiría en ausencia de dichos ingresos. Obviamente, en el caso de las personas con costos de Medicaid inusualmente altos, necesitarían un monto mayor de ingresos derivados del trabajo para reemplazar la cobertura de Medicaid.

Además, cuando el Seguro Social evalúa los ingresos para determinaciones de umbral, se le requiere que considere los Gastos de Trabajo Relacionados con una Discapacidad (IRWE) o Gastos de Trabajo para Ciegos (BWE) que tiene la persona, así como los ingresos excluidos según un PASS aprobado. En algunas instancias, aplicar estas exclusiones de ingreso puede disminuir los ingresos contables por debajo del monto de umbral estándar, permitiendo así que la persona retenga su elegibilidad para Medicaid según el 1619(b) aunque los ingresos brutos derivados del trabajo exceden el monto de umbral establecido en el estado.

Por último, el Seguro Social considera el valor de la atención personal o profesional financiada de manera pública (que no sea Medicaid) que la persona recibe durante las determinaciones de umbral. El Seguro Social reconoce que algunos destinatarios del SSI pueden necesitar servicios de atención profesional que los asistan con funciones esenciales de atención personal o relacionadas con el trabajo. A los efectos de determinar la elegibilidad para el artículo 1619(b), la atención profesional (incluida la

atención personal y otros tipos de asistencia doméstica y servicios de apoyo) significa asistencia con:

- Funciones relacionadas con el trabajo; y
- Necesidades personales tales como bañarse, comunicarse, cocinar, vestirse, realizar tareas del hogar, alimentarse y transportarse, sin importar si dichas necesidades están relacionadas con el trabajo o no.

El Seguro Social considera el costo para la entidad gubernamental por proveer dichos servicios al momento de realizar el cálculo individualizado del umbral si:

- Una persona que recibe un pago en virtud de un programa financiado de forma pública que no sea Medicaid brinda o brindaba asistencia; y
- La persona con SSI dejaría de calificar para el servicio de atención profesional debido a ingresos que alcanzan un monto que resulta en la no elegibilidad para beneficios del SSI.

El Seguro Social evalúa los gastos de Medicaid y los costos de atención profesional o personal utilizados al realizar las determinaciones de umbral individualizado para el período de 12 meses que precede a la determinación.

Para más información sobre las determinaciones de umbral individualizado, consulte POMS SI 02302.050 Cálculo de umbral individualizado:

<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0502302050>

Encontrará una hoja de trabajo de cálculo de umbral individualizado que el personal del Seguro Social utiliza para realizar las determinaciones en POMS SI 02302.300 Hoja de trabajo de cálculo de umbral individualizado - Anexo:

<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0502302300>

Cómo cuenta el Seguro Social los ingresos durante las determinaciones de umbral de 1619(b)

El Seguro Social realiza las determinaciones de umbral de manera prospectiva para el período mensual que comienza el mes en que se inicia la categoría 1619(b), es decir cuando la persona llega al punto de equilibrio por primera vez y cesan los pagos en efectivo del SSI. El personal de Seguro Social calcula los ingresos futuros utilizando los procedimientos estándar que se describen en POMS SI 00820.150 – Cómo calcular ingresos derivados del trabajo futuros. Si el beneficiario tiene los ingresos anuales derivados del trabajo estimados por debajo del monto de umbral actual y con todos los otros requisitos de elegibilidad, el Seguro Social determinará que la persona es elegible para 1619(b). Si los ingresos derivados del trabajo estimados se encuentran por encima del monto de umbral del estado, el empleado del Seguro Social consulta la posibilidad de que pueda establecer un monto de umbral individualizado. Al estimar los ingresos derivados del trabajo futuros, el Seguro Social por lo general utiliza los montos de ingresos derivados del trabajo que obtuvo el beneficiario en los últimos meses, que por lo general son la mejor guía. Sin embargo, el Seguro Social puede considerar cualquier indicación que le dé el destinatario de que se espera un cambio en los ingresos derivados del trabajo.

El Seguro Social revisa los ingresos derivados del trabajo una vez al año durante la nueva determinación del 1619(b), así como las demás formas de ingresos no derivados del trabajo, recursos y otra información relevante respecto de la elegibilidad. Además de la nueva determinación anual que requieren los casos del artículo 1619(b), el Seguro Social debe verificar al menos de manera trimestral los ingresos y exclusiones de los ingresos derivados del trabajo, aunque las oficinas locales del Seguro Social pueden elegir hacerlo con mayor frecuencia. Es importante tranquilizar a los beneficiarios explicándoles que el Seguro Social no vuelve a determinar la elegibilidad para 1619(b) de acuerdo a la prueba de umbral cada trimestre; la agencia únicamente verifica los ingresos en base a la estimación original. Sin embargo, si durante estas evaluaciones trimestrales la estimación anual para el siguiente período de 12 meses excede el monto actual de umbral, y si no existe una indicación de que se necesita un umbral individualizado, puede cesar la elegibilidad para 1619(b). Si el Seguro Social determina que una persona no es elegible para 1619(b) debido a un exceso de ingresos (derivados del trabajo o no

derivados del trabajo) o de recursos, el Seguro Social no finaliza el beneficio a dicha persona, pero esta ingresa en un período de suspensión de 12 meses. Si la persona puede restablecer su elegibilidad nuevamente dentro de este período de 12 meses consecutivos, el Seguro Social podrá reiniciar los beneficios sin que la persona tenga que presentar una nueva solicitud.

Otros beneficios del 1619(b)

Como incentivo laboral, el artículo 1619(b) preserva la cobertura de Medicaid para destinatarios del SSI cuyos ingresos hacen que el total del ingreso contable supere el punto de equilibrio. Este es un beneficio excepcional, pero el 1619(b) ofrece más que esto.

Por ejemplo, el artículo 1619(b):

- Permite a las personas elegibles recibir un pago en efectivo del SSI en cualquier mes en el cual el ingreso contable se encuentre por debajo del punto de equilibrio;
- Permite a las personas que no son elegibles para 1619(b) debido a que sus ingresos exceden el umbral de ingresos de 1619(b) volver a obtener pagos del SSI en efectivo si los ingresos quedan por debajo del punto de equilibrio dentro de los 12 meses;
- Permite a las personas que no son elegibles para 1619(b) debido a que sus ingresos derivados del trabajo exceden el monto de umbral de 1619(b) volver a ser elegibles para Medicaid si sus ingresos quedan por debajo del monto de umbral dentro de los 12 meses; y
- Permite a las personas cuya elegibilidad (incluyendo elegibilidad para 1619(b)) es suspendida por el Seguro Social por menos de 12 meses acceder nuevamente a los beneficios en efectivo o a la categoría 1619(b) sin una nueva solicitud o determinación de discapacidad.

1619(b) en los estados 209(b)

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, existen ciertos estados (a los que se hace referencia como los estados 209(b)) que tienen sus propios

criterios de elegibilidad para Medicaid. Muchos estados 209(b) tienen una definición más restrictiva de discapacidad que la del programa de SSI. Las personas que son elegibles para 1619(a) o 1619(b) y residen en un estado 209(b) pueden retener su elegibilidad para Medicaid (siempre y cuando cumplan con todos los requisitos de 1619) siempre que hayan sido elegibles para Medicaid en el mes anterior a volverse elegibles para las disposiciones de 1619. El estado no debe interrumpir la cobertura de Medicaid siempre que la persona continúe siendo elegible según el artículo 1619(a) o (b).

1619(b) para parejas elegibles

Hay algunos detalles importantes sobre el artículo 1619(b) y parejas casadas sobre los que los CWIC deberían estar al tanto. A los fines del SSI, una pareja es elegible cuando dos destinatarios del SSI están casados o se consideran como casados dentro de la comunidad local. Para más información sobre cómo el Seguro Social determina cuándo existe una pareja elegible, consulte la unidad 5 del Módulo 3.

Si ambos miembros de una pareja elegible se encuentran trabajando, ambos pueden obtener protección del artículo 1619(b). Para que el 1619(b) se aplique a ambos miembros de la pareja, no importa cuánto gane cada persona. Una persona puede incluso ganar menos que el \$65 de la exclusión de ingreso derivado del trabajo. Si el ingreso derivado del trabajo de ambos miembros alcanza un determinado nivel, ambos podrán ser elegibles para el 1619(b). Además, el monto umbral se aplica a cada miembro de la pareja individualmente. En otras palabras, cada miembro puede ganar hasta el monto umbral individualizado o establecido en el estado y permanecer en la categoría 1619(b). Desafortunadamente, si solo un miembro ha obtenido ingresos derivados del trabajo, el artículo 1619(b) solo se puede aplicar a esa persona, no al cónyuge desempleado. Como el 1619(b) es un incentivo laboral, sólo está disponible para personas que trabajan. Esto significa que el cónyuge que trabaja recibirá el 1619(b), pero el Seguro Social quitará al cónyuge que no trabaja del grupo de elegibilidad para Medicaid relacionado con el SSI (a menos que el Seguro Social lo considere elegible bajo otro grupo de elegibilidad para Medicaid diferente).

Tenga en cuenta que un destinatario del SSI que se casa con un cónyuge que no es elegible estará sujeto a todas las normas aplicables que

consideran los ingresos y los recursos. Si el ingreso del cónyuge no elegible hace que el SSI del cónyuge elegible se reduzca a \$0, el 1619(b) no será una opción para ese cónyuge elegible para el SSI. El cónyuge elegible para el SSI debe no ser elegible para el SSI únicamente debido a su propio ingreso derivado del trabajo.

Elegibilidad y Redeterminaciones para el 1619(b)

El Seguro Social es responsable de determinar si una persona cumple con los criterios de elegibilidad para el 1619(b). El proceso puede y debe tener lugar cuando el beneficiario comienza a informar ingresos derivados del trabajo al Seguro Social. Una vez que el empleado del Seguro Social ha realizado una determinación, debe ingresar un código especial en el registro del SSI para especificar el comienzo del 1619(b). Los pasos que siguen varían dependiendo de si la persona se encuentra en un estado 1634, un estado de Criterio/Elegibilidad para SSI o un estado 209(b).

- **Estado 1634:** Debido a que la determinación de elegibilidad para el SSI del Seguro Social sirve como determinación de elegibilidad para Medicaid, Medicaid simplemente continúa cuando el Seguro Social determina que una persona es elegible para el 1619(b). Si la agencia determina que la persona no es elegible para el 1619(b), enviará una carta con derechos de apelación.
- **Estados de Criterio/Elegibilidad para SSI y Estados 209(b):** Debido a que la agencia estatal de Medicaid, o quien esta designe, determina la elegibilidad para Medicaid de los receptores de SSI en estos estados, el proceso difiere del de los estados 1634. La agencia estatal Medicaid y el Seguro Social comparten datos a través de un sistema de datos compartidos, conocido como Intercambio de Datos Estatales (SDX). Cuando el Seguro Social ingresa el código especial en el registro del beneficiario detallando la condición de 1619(b), el trabajador de elegibilidad para Medicaid también podrá ver ese código. Cuando el beneficiario informe sus ingresos a la agencia Medicaid, el trabajador de elegibilidad para Medicaid necesitará buscar en el sistema de datos para ver que el Seguro Social haya determinado la condición 1619(b) para dicha persona. Con ese código implementado, el trabajador de elegibilidad para Medicaid puede continuar la elegibilidad de la persona. Si no existe un código que indique que el Seguro Social

ha determinado la condición 1619(b), o si el trabajador no conoce el código, por lo general el trabajador de Medicaid emitirá un aviso de finalización de Medicaid que vendrá con derechos de apelación.

Una vez que el Seguro Social determine que una persona es elegible para el 1619(b), la agencia realizará las redeterminaciones anuales. El Seguro Social lleva a cabo estas redeterminaciones para asegurar que las personas continúan cumpliendo con los criterios de elegibilidad de 1619(b).

Grupo Obligatorio #3: Enmienda Pickle

Con vigencia a partir del 1 de julio de 1977, en virtud del artículo 503 de la Ley Pública 94-566, la "Enmienda Pickle," los beneficiarios del Título II que continuarían recibiendo el SSI o Pagos Complementarios del Estado (SSP) (o siendo elegibles para beneficios según el artículo 1619(b), si no fuera por los COLA del Título II), continúan siendo considerados por el estado como destinatarios de SSI o SSP a los efectos de Medicaid. Si los otros ingresos de una persona no hubieran impedido la continuación de los pagos de SSI (o no se hubieran considera pagos conforme a 1619(b) sin los COLA de Título II), el estado debe continuar considerando que la persona es elegible para Medicaid.

NOTA: Según se utiliza en esta disposición, el término "Pickle" se refiere al apellido del congresista que introdujo la legislación. También se hace referencia a esta legislación como el artículo 503, refiriéndose a la sección de P.L. 94-566 que requiere que el estado continúe brindando Medicaid en estas circunstancias.

Los beneficiarios deben cumplir con tres requisitos de elegibilidad para que los estados los consideren elegibles para la continuación de la cobertura Medicaid conforme a la Enmienda Pickle. Los estados brindan Medicaid solo a una persona que:

1. Recibe beneficios del Título II;
2. Ha perdido SSI/SSP pero aún sería elegible para los beneficios de SSI/SSP si todos los incrementos de costo de vida del Título II recibidos desde la pérdida de los beneficios de SSI/SSP fueran deducidos de su ingreso; y

3. Era elegible para recibir y recibía el SSI o un complemento del estado conjuntamente con beneficios de Título II durante al menos un mes a partir del 1 de abril de 1977.

El Seguro Social no toma decisiones de elegibilidad de Pickle; las agencias estatales de Medicaid son responsables de estas determinaciones.

Cuando una agencia estatal Medicaid computa la elegibilidad para Pickle resta todos los COLA del beneficio de Título II desde que se detuvo el SSI/SSP. Combina el monto reducido del Título II con cualquier otro ingreso no derivado del trabajo, y luego aplica una Exclusión de Ingreso General de \$20. La agencia calcula luego el ingreso contable derivado del trabajo con las deducciones del ingreso del SSI. Por último, la agencia compara el ingreso contable total con el Índice de Beneficios Federales (FBR) actual. Si el ingreso contable, utilizando el monto reducido de Título II, es menor que el FBR del año actual, entonces la persona podría obtener Medicaid a través de la Enmienda Pickle. La persona debe continuar cumpliendo con todos los demás requisitos de elegibilidad para el SSI (por ej. recursos por debajo del límite, etc.).

Hay dos errores comunes acerca de quién es elegible para recibir la continuación de Medicaid en virtud de la enmienda Pickle. En primer lugar, muchos piensan, erróneamente, que las personas deben haber estado recibiendo pagos en efectivo del SSI y Título II en forma simultánea antes de la pérdida del pago del SSI (o el pago considerado en virtud del artículo 1619(b)). Esto generalmente se define como un "beneficiario concurrente". En realidad, la persona solamente necesita haber obtenido del Seguro Social el "derecho" al Título II y al SSI en el mismo mes. Existe un retraso de un mes en los pagos del Título II ya que el Seguro Social no los desembolsa hasta el mes posterior al otorgamiento del derecho. En comparación, el Seguro Social realiza pagos del SSI en el mes del otorgamiento del derecho.

Ejemplos de esta superposición de derechos en un mes:

- a. **Una persona recibe el SSI mientras espera el recibo de los pagos del Título II.** Una vez que el Título II mensual se inicia, si supera el FBR actual, el beneficiario ya no recibirá el pago del SSI, sino que recibirá sólo el Título II. Aunque la persona en realidad nunca recibió los pagos en forma simultánea de los dos programas en un mismo mes, esta persona aun cumpliría con el primer

requisito de Pickle, porque el derecho es para los dos programas superpuestos.

- b. El Seguro Social determina que un destinatario del SSI tiene derecho a pagos retroactivos del Título II que superan el límite del SSI/SSP para los ingresos no derivados del trabajo.** Bajo las disposiciones “compensatorias”, el Seguro Social deduce los beneficios del SSI que se hayan pagado hasta el momento del pago retroactivo del Título II y la persona deja de ser elegible para el SSI. A los fines de la Enmienda Pickle, el Seguro Social en verdad considera que estas personas han sido elegibles para recibir y reciben beneficios del Título II y del SSI conjuntamente durante este período retroactivo.

En segundo lugar, hay una tendencia a pensar que los COLA del programa anual del Título II deben haber causado la pérdida del SSI (o el 1619(b)) para poder calificar para las disposiciones de Pickle. Este no es el caso. El tema esencial respecto de la elegibilidad para Pickle es si la persona sería elegible para el SSI y SSP si el Seguro Social dedujera el/los COLA del Título II, y no la causa real de la pérdida del SSI.

En varias ocasiones, decisiones judiciales han aclarado esta interpretación errónea de la Enmienda Pickle. Debido a estos importantes casos judiciales, ya no es necesario que una persona muestre que el COLA del Título II fue la causa original de la pérdida del SSI y SSP para poder establecer la elegibilidad para recibir la continuación de Medicaid conforme a las disposiciones de Pickle. Esta aclaración de la Enmienda Pickle realmente ha simplificado las determinaciones de elegibilidad para Pickle para las agencias Medicaid del estado. Debido a que la causalidad ya no es relevante, no hay necesidad de averiguar por qué la persona perdió la elegibilidad para el SSI/SSP, y la condición pasada de la persona respecto de los pagos por discapacidad del Título II ya no es importante. Conforme a la interpretación judicial, sólo es necesario aplicar una fórmula matemática sencilla para “revertir” cualquier COLA que el Seguro Social haya agregado al pago del Título II desde el último mes durante el cual la persona era elegible para el Título II y el SSI/SSP.

Ejemplo de cómo se aplica la Enmienda Pickle:

Casey recibía SSI por un monto de \$529 en enero de 2005, que era el Índice de Beneficios Federales de ese año. No tenía ningún otro ingreso. En junio de 2005, el Seguro Social determinó que había alcanzado la condición de asegurado sobre su propio registro de trabajo y le concedió un beneficio de SSDI de \$700, con una fecha de otorgamiento del derecho de 1 de junio de 2005. Luego de realizarse el proceso de pago de SSDI habitual, recibió su pago de SSDI de junio de 2005 el 3 de julio. Como resultado, en junio todavía le correspondía recibir \$579 de SSI. Eso significa que en junio de 2005, tenía derecho a un SSI y a SSDI.

Ahora, en julio de 2005, cuando cese su SSI y Medicaid, Casey solo cumple con el primer y el tercer requisito de Pickle; recibe un beneficio del Título II y es elegible tanto para el SSI como para el Título II en al menos un mes. Todavía no cumple con el último requisito; no sería elegible para el SSI después de deducir los COLA, porque los COLA todavía no han ocurrido.

Una vez que Casey alcance un año en el que el FBR del SSI sea mayor a \$680 (su SSDI sin ningún COLA, menos la Exclusión General por Ingreso de \$20), tendría la posibilidad de obtener elegibilidad para Pickle. En enero de 2012, el FBR aumentó a \$698. En ese punto, podrá ser posible que Casey obtenga la elegibilidad para Medicaid mediante la Enmienda Pickle.

El Seguro Social informa anualmente a todos los estados sobre los miembros potenciales de este grupo al momento de determinar el COLA. Cada estado recibe dos archivos separados para ayudarlo a ubicar a los potenciales beneficiarios elegibles. Los destinatarios del SSI que entren en la categoría de pago EØ1 debido a los COLA del Título II también son miembros potenciales de este grupo. Los estados 209(b) tiene la opción de dejar de lado parte, la totalidad o nada de los beneficios o incrementos de Título II. Los CWIC en estados 209(b) necesitarán investigar las normas específicas de sus estados.

¡ADVERTENCIA! Las personas Pickle son una categoría que se encuentra en crecimiento. Si el FBR del SSI sigue aumentando como hasta ahora, puede sobrepasar el monto congelado del Título

II de la persona además de otros niveles de ingreso contable. En la práctica, esto significa que con el tiempo hay cada vez más personas que podrían establecer elegibilidad para Medicaid conforme a las disposiciones Pickle. Los CWIC deben saber que algunos beneficiarios de Título II que alguna vez tuvieron derecho a recibir el SSI pueden volverse "elegibles para la Enmienda Pickle" algunos años después de haber perdido inicialmente la elegibilidad para el SSI. Se puede usar una herramienta de evaluación de elegibilidad para Pickle que se encuentra disponible en el sitio Web del NTDC de VCU en cualquier momento para determinar si una persona cumple actualmente con los requisitos para establecer la elegibilidad para Medicaid conforme a las disposiciones de Pickle. Los estados podrán establecer la elegibilidad para Pickle en cualquier momento. No hay una fecha "transitoria" o plazo de prescripción.

La herramienta de evaluación está disponible en el sitio web del NTDC de VCU en:

<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=138>

Grupo Obligatorio #4: Beneficiarios por Discapacidad en la Niñez Protegidos por Medicaid

La Ley del Seguro Social requiere que los estados tengan en cuenta ciertos Beneficiarios por Discapacidad en la Niñez del Título II (CDB) que pierdan la elegibilidad para la categoría 1619(b) o el SSI como si aún fueran destinatarios del SSI a los efectos de Medicaid. Para que esta disposición se aplique, la persona debe seguir siendo elegible para recibir beneficios de SSI o 1619(b) si no fuera por el otorgamiento (o el incremento) de los beneficios CDB a partir del 1 de julio de 1987 o posteriormente. El Seguro Social brinda esta protección únicamente a personas que hayan perdido la elegibilidad para el SSI o el 1619(b) por haberse vuelto elegibles para recibir un pago por los CDB o haber recibido un incremento de dicho pago. Luego de excluir los CDB (o incrementar los CDB), el ingreso contable de la persona debe estar por debajo del FBR actual o debe cumplir con los criterios de 1619(b). Los estados 209(b) tiene la opción de dejar de lado parte, la totalidad o nada de los beneficios o incrementos de los CDB. Los CWIC en estados 209(b) necesitarán investigar las normas específicas de sus estados.

Ejemplo de cuándo el Seguro Social puede excluir la totalidad del pago de CDB:

Cindy tiene 20 años y recibe un SSI. Su madre se retiró y solicitó los Beneficios de Seguro de Retiro del Seguro Social. Su madre tenía ingresos altos. Como resultado, el pago de CDB de Cindy será de \$800 por mes. Cindy debe solicitar este beneficio del Título II ya que el SSI es el último recurso en lo que respecta al pago. Debido a que \$800 es más que el FBR actual más el GIE de \$20, el ingreso no derivado del trabajo es demasiado alto como para permitir los pagos del SSI. Sin embargo, debido a que Cindy no tenía CDB antes de que su madre se retirara, el estado debe excluir todos los beneficios por CDB de Cindy al determinar su elegibilidad para Medicaid. Si Cindy tiene otros ingresos, pueden afectar su derecho a recibir Medicaid.

Ejemplo de cuándo el Seguro Social puede excluir solo el aumento del pago de CDB:

Lucy recibía CDB sobre la base del registro de trabajo de su madrastra. Mientras la madrastra estaba con vida, Lucy recibía \$600 mensuales en pagos de CDB y un pequeño cheque del SSI. Sin embargo, la madrastra murió recientemente, y el Seguro Social aumentó el beneficio de CDB de Lucy al nivel de beneficio de superviviente de \$900 por mes. Sin importar si Lucy trabaja o no, es el exceso de ingresos no derivados del trabajo lo que ahora hace que ella no sea elegible para recibir los pagos del SSI. En la situación de Lucy, la agencia estatal de Medicaid debe excluir la diferencia de \$300 entre lo que Lucy recibía en pagos en efectivo de CDB antes de la muerte de su madrastra y lo que recibe actualmente. Si Lucy no tiene otros ingresos, aún sería elegible para Medicaid. Si tiene otros ingresos, puede o no ser elegible para Medicaid, dependiendo del tipo y monto de los ingresos.

NOTA IMPORTANTE: En algunos estados, la agencia Medicaid omite el pago de CDB completo al determinar la elegibilidad para Medicaid especial incluso en casos cuando un aumento en el pago de CDB fue la causa para no ser elegible para SSI. Esto es una clara ventaja para los beneficiarios. Los CWIC deben realizar investigación en sus estados locales para determinar si su estado aplica esta deducción más generosa o no.

Cuando el Seguro Social envía a los antiguos destinatarios del SSI la notificación para informar que la agencia ha finalizado sus beneficios del SSI debido al otorgamiento de elegibilidad para recibir pagos de CDB o a un aumento de dichos pagos, la agencia incluye un texto especial en la carta para indicar que puede ser posible conservar Medicaid.

Este texto dice lo siguiente:

“(Usted) puede estar recibiendo Medicaid de (su estado). Si (usted es), (usted) puede conservar (su) cobertura Medicaid bajo normas especiales aunque (sus) pagos del SSI estén finalizando. (Usted) puede recibir Medicaid conforme a estas normas especiales si se dan todas las siguientes condiciones:

- (Usted) es discapacitado o ciego y tiene 18 años o más;
- (Usted) comenzó a ser discapacitado o ciego antes de los 22 años;
- (Usted ya no recibe) el SSI porque comenzó a recibir o aumentaron (sus) pagos del Seguro Social; Y
- (Usted cumple) las demás normas del estado para recibir cobertura Medicaid.

Incluso si estas circunstancias no se cumplen en su caso particular, usted aún puede recibir Medicaid conforme a otras normas del estado”.

En todos los estados, la agencia de Medicaid, no el Seguro Social, es la responsable de realizar las determinaciones de CDB Protegido de Medicaid. Los beneficiarios deben llevar la notificación del Seguro Social a la agencia local que toma las determinaciones en cuanto a la elegibilidad para Medicaid y solicitar este grupo de elegibilidad.

No hay un límite de tiempo para establecer la elegibilidad para recibir la cobertura especial Medicaid como antiguo destinatario del SSI que perdió el SSI debido a los pagos de CDB o a los aumentos de los beneficios de CDB. Si los beneficiarios no conservan esta cobertura cuando el Seguro Social finaliza por primera vez los beneficios del SSI, pueden solicitarla más adelante y el Seguro Social puede considerarlos elegibles. Sin embargo, la cobertura especial Medicaid no es retroactiva antes de la fecha de solicitud inicial.

Existen algunos momentos durante los cuales los CWIC deben ser conscientes de que un destinatario del SSI puede recibir el otorgamiento de los CDB, o durante los cuales los pagos por los CDB pueden aumentar. Estos tres puntos de transición críticos que requieren orientación especializada de parte del CWIC para garantizar que los beneficiarios no pierdan la cobertura Medicaid innecesariamente y que su Medicaid continúe conforme a esta disposición en forma integral.

1. El Seguro Social podrá establecer la elegibilidad para los CDB cuando uno de los padres muere, se retira y empieza a acumular los beneficios del Seguro Social, o comienza a padecer una discapacidad y acumula beneficios del Seguro Social. Siempre que alguna de estas situaciones ocurre, existe la posibilidad de que cambie el estado de Medicaid. En algunos casos, uno de los padres es un desconocido para el beneficiario y el otorgamiento de los CDB será completamente inesperado para el beneficiario.
2. Cuando una persona comienza a recibir los CDB de unos de los padres y, en algún momento, su otro padre muere, se retira y acumula los beneficios del Seguro Social, o comienza a padecer una discapacidad y acumula los beneficios del Seguro Social, existe la posibilidad de un aumento de los pagos por los CDB. Si el beneficiario dispone de dos registros de trabajo de los padres, el Seguro Social debe pagar el mayor beneficio disponible. Es posible que el beneficiario sea transferido a un monto de beneficio más alto cuando el segundo registro de trabajo de los padres esté disponible.
3. El Seguro Social brinda pagos más altos por los CDB a los beneficiarios cuando el padre muere que los pagos que son otorgados por la agencia cuando el padre solamente está discapacitado o retirado. La muerte de un padre siempre supone la posibilidad de un punto de transición crítico respecto de los CDB.

Grupo Obligatorio #5: Beneficiarios Viudos Discapacitados

A partir del 1 de enero de 1991, el Congreso enmendó la Ley del Seguro Social para brindar Medicaid a cualquier antiguo viudo/viuda elegible para SSI que:

- Continuaría siendo elegible para beneficios de SSI o SSP si no fuera por sus beneficios de Título II;
- Recibiera un beneficio de SSI/SSP el mes anterior a que comenzaran sus pagos por Título II; y
- No tiene derecho a Medicare Parte A.

El estado considerará que un beneficiario es un destinatario de SSI/SSP a los efectos de Medicaid hasta que tenga derecho a Medicare Parte A. Como con los otros beneficiarios especiales de Medicaid, la agencia estatal de Medicaid determina la elegibilidad y aplica las deducciones del SSI para determinar el ingreso contable. Si el ingreso contable, menos el DWB, se encuentra por debajo del FBR, entonces la persona puede mantener su Medicaid. La norma especial con este grupo es que el DWB total o incrementando no se incluye como ingreso no derivado del trabajo. Los estados 209(b) tiene la opción de dejar de lado parte, la totalidad o nada de los beneficios o incrementos de los beneficios DWB. Los CWIC en estados 209(b) necesitarán investigar las normas específicas de sus estados.

NOTA: Cuando el Seguro Social concluye que un antiguo destinatario del SSI tiene derecho a beneficios DWB, acredita todos los meses en las listas de pago del SSI en cualquier momento contra el período de espera de discapacidad de cinco meses y el Período de Calificación para Medicare (MQP) de 24 meses. Los meses contabilizados de SSI van desde el primer mes de cualquier pago (incluyendo los prorrateados) al mes de designación del DWB. Todos los meses se cuentan, incluyendo los meses en los que no se emitieron pagos, suspensiones y cancelaciones por cualquier motivo. Debido a que Servicios de Determinación de Discapacidad (DDS) adopta la decisión médica del SSI para estos casos, un beneficiario de DWB que recibió al menos un pago del SSI más de dos años atrás y cumple con los factores de falta de discapacidad puede tener derecho al Título II y a Medicare Parte A sin período de espera.

Ejemplo de cómo se aplica un Beneficio para Viudo/Viuda Discapacitado/a:

Katherine tiene 53 años y nunca ha trabajado. Recibía un pago de SSI por un monto de \$750 (el FBR completo para 2018) cuando su

exesposo, Hal, murió en el 2018. Katherine solicitó beneficios en base al registro de Hal como Viuda Discapacitada y el Seguro Social se los otorgó. El beneficio de Katherine era de \$959 por mes y ya no era elegible para el SSI porque su ingreso contable no derivado del trabajo era superior al FBR de 2018 (\$750). La agencia estatal de Medicaid debe excluir todos los beneficios de Viuda Discapacitada de Katherine al tomar una determinación sobre la elegibilidad de Katherine para los beneficios.

NOTA: El grupo de elegibilidad para Medicaid como Viuda Discapacitada se diferencia de los grupos de elegibilidad para Medicaid por Pickle y CDB en que la elegibilidad para Medicaid como Viuda Discapacitada finaliza una vez que comienza el derecho a recibir Medicare. También es importante notar que esta disposición no es “transitoria”; es permanente. El Seguro Social notifica a los miembros de este grupo a medida que dejan de ser elegibles para los pagos administrados de manera federal debido a un exceso de ingresos y notifica a los estados 1634 a medida que ocurren estos casos a través del Intercambio de Datos Estatales (SDX).

¿Qué les sucede a los beneficiarios especiales de Medicaid cuando se encuentra involucrado otro ingreso?

Tanto los estados 1634 como los estados de elegibilidad para el SSI tratan al ingreso para los Beneficiarios Especiales de Medicaid de la misma manera en que lo hace el programa SSI. El estado aplica una Exclusión General de Ingreso de \$20 al ingreso no derivado del trabajo; si no se usa allí, los estados la aplican a los ingresos del trabajo. Las exclusiones normales de SSI de ingresos derivados del trabajo también se aplican: SEIE, EIE, IRWE, dividido por 2, BWE, y PASS. Solo lo que resta después de estas deducciones cuenta para determinar la elegibilidad para Medicaid especial.

Las agencias de Medicaid en los estados 209(b) deben brindar Medicaid Especial utilizando los mismos criterios de elegibilidad que Medicaid dispone para las personas que reciben beneficios de SSI. Estos estados tienen la opción de omitir el beneficio del Título II en parte, totalmente o no omitirlo, u omitir los aumentos en el beneficio que hace que la persona deje de ser elegible, siempre que se omita el mismo monto para todos los miembros del grupo. Para los CWIC en los estados 209(b), es crítico que

encuentren y estudien las normas de ingresos y recursos que se aplican a los diversos programas Estatales de Medicaid.

Ejemplo de cómo los ingresos derivados del trabajo afectan la elegibilidad para Medicaid Especial en los estados 1634 que siguen las normas del SSI.

CDB Protegido de Medicaid e Ingresos Derivados del Trabajo:

Volvamos al ejemplo de Cindy que perdió su elegibilidad para SSI cuando su madre se retiró y Cindy se volvió elegible para \$800 por mes por CDB. Debido a que Cindy no tenía CDB antes de que su madre se retirara, el estado excluyó todos los beneficios por CDB de Cindy al determinar su elegibilidad para Medicaid Especial. Después de establecer su elegibilidad para Medicaid Especial Cindy obtuvo un trabajo por el que ganaba \$1,000 por mes. ¿Cómo afectará esto su Medicaid Especial?

La agencia estatal de Medicaid aplicará las omisiones del ingreso de SSI para determinar el ingreso contable a los efectos de la elegibilidad para Medicaid Especial. Recuerden que Cindy NO tenía ingresos no derivados del trabajo para contabilizar ya que el cheque por CDB completo se omite. El trabajador de Medicaid tomará el ingreso derivado del trabajo bruto de \$1,000 y restará el GIE de \$20, el EID de \$65 y cualquier IRWE o BWE aprobados. El trabajador de Medicaid dividirá el monto restante del ingreso a la mitad ($\$1,000 - \$85 = \$915$) debido a la compensación de uno por dos. Dado que el monto de \$457 restantes es menor que el FBR, Cindy seguirá siendo elegible para Medicaid como Beneficiario Especial de Medicaid.

Elegibilidad para Medicaid Especial cuando los ingresos derivados del trabajo exceden el FBR

Se requiere que las agencias estatales de Medicaid omitan ciertos pagos por discapacidad del Título II (o partes de los pagos) al determinar la elegibilidad para Medicaid conforme a las normas de Medicaid Especial. Esta exclusión se da estrictamente a los efectos de establecer la elegibilidad para esta categoría de Medicaid y se aplica solo si la persona es "elegible de alguna otra forma" para SSI. "Elegible de alguna otra forma" significa que después de que la agencia de Medicaid restó la parte excluible beneficio del Título II, el ingreso contable y los recursos restantes cumplen los criterios de elegibilidad para SSI.

Los CWIC deben recordar que el término “elegible para SSI” de alguna otra forma no se refiere a “elegible de alguna otra forma” para recibir beneficios en efectivo de SSI/SSP, sino “elegible de alguna otra forma” para 1619(b). Cuando una persona cumple con los requisitos para Medicaid durante el empleo 1619(b), se considera que es una persona elegible para SSI, solo que no bajo la categoría de pago en efectivo. Una persona que pertenece a la categoría 1619(b) no es suspendida ni finalizada del programa del SSI del cual forma parte. La continuación de Medicaid bajo la disposición 1619(b) representa una forma única de elegibilidad que sencillamente no implica un pago en efectivo. La persona continúa dentro del sistema de computación del Seguro Social y figura como elegible para el SSI, pero en la categoría de pago N01 (sin pago).

Entonces, ¿qué significa en lo que respecta a la elegibilidad para Medicaid Especial? Técnicamente, esta interpretación de ser “elegible de alguna otra forma para SSI” significa que las agencias estatales de Medicaid deberían permitir la continuación de la elegibilidad para Medicaid Especial mientras que el ingreso derivado del trabajo se mantenga por debajo del monto umbral registrado del estado y se cumplan todos los demás requisitos de elegibilidad para SSI. Para leer un documento de asistencia técnica de los CMS que clarifica la definición de “elegible de alguna otra forma para SSI/SSP” consulte el recurso titulado “Grupos considerados elegibles para SSI por motivos de Medicaid” publicado en el sitio web del NTDC de VCU aquí:

<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=137>

Desafortunadamente, las agencias estatales que toman las determinaciones de elegibilidad para Medicaid por lo general niegan beneficios a personas cuyos ingresos contables totales superan el FBR debido a los ingresos. Cuando los trabajadores de Medicaid determinan la elegibilidad para los Beneficios Especiales de Medicaid, a menudo sólo evalúan dicha elegibilidad en función de si la persona sería o no elegible para recibir pagos en efectivo del SSI (ingreso contable por debajo del FBR). Muchas agencias estatales no saben que los CMS han interpretado anteriormente “de alguna otra forma elegible para SSI” como algo inclusivo que cumple con los requisitos de elegibilidad para 1619(b). La diferencia crítica es el límite de los ingresos derivados del trabajo. Conforme a las disposiciones 1619(b), el límite de ingresos derivados del trabajo contables NO es el FBR, sino que el monto umbral estatal (o monto umbral individual si aplica). Para ejemplos de cómo esta política debería aplicarse al realizar determinaciones de elegibilidad para Medicaid Especial, consulte el documento de recursos titulado “Beneficiarios de Medicaid Especial”, en el sitio web del NTDC de VCU aquí:

<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=136>

El desafío de los CWIC al aconsejar a beneficiarios de Medicaid Especial

En la actualidad, la mayoría de las Agencias estatales de Medicaid no reconocen el monto umbral registrado como el límite de ingresos derivados del para elegibilidad para Medicaid Especial. La mayoría de los estados finalizan Medicaid Especial cuando los ingresos contables de los beneficiarios exceden el FBR. Esto presenta un desafío importante para los CWIC. ¿Cómo deberían los CWIC aconsejar a los beneficiarios cuando la política que consideramos la correcta no se aplica en la práctica? El mejor curso de acción es explicar el problema de la manera más clara posible y sugerir que los beneficiarios apelen las determinaciones adversas de elegibilidad. Consulte con su programa PABSS estatal o algún otro grupo de abogados para preguntar si representarían a los beneficiarios en estos casos. Comuníquese con el Enlace de TA de VCU para más asesoramiento.

Identificación de potenciales beneficiarios especiales de Medicaid

Es muy probable que se encuentre con personas que pueden ser elegibles para la continuación de Medicaid, pero que nunca fueron informadas por la agencia de Medicaid o el Seguro Social acerca de esta opción cuando perdieron el SSI o la categoría 1619(b). Los CWIC se encuentran en una posición privilegiada para ayudar a identificar beneficiarios que pueden entrar en uno de estos grupos debido al historial detallado de beneficios que obtienen en el desarrollo habitual de su provisión de servicios.

Cuando los CWIC identifican un potencial Beneficiario Especial de Medicaid, debería alentar a estas personas a dirigirse a la agencia de Medicaid, o quien esta designe, y pedir una determinación de elegibilidad. El beneficiario podrá necesitar asistencia con este proceso o tal vez incluso necesite una derivación al programa de Protección y Defensoría si el estado ha negado erróneamente su elegibilidad para Medicaid. Es posible que el CWIC deba ayudar al beneficiario con la determinación de que esta persona es un miembro de una de estas clases especiales protegidas de antiguos destinatarios del SSI — una tarea que no siempre es sencilla.

En primer lugar, el beneficiario tendrá que juntar documentación del Seguro Social que indique cuándo se detuvo el SSI de la persona y cuándo su SSDI, CDB o DWB comenzó o se aumentó. La mayoría de los beneficiarios no habrán conservado las cartas originales enviadas por el Seguro Social en donde se indica esto. En la mayoría de los casos, el CWIC necesitará ayudar al beneficiario con esta tarea. En segundo lugar, la persona deberá probar que cumple con todos los otros criterios de elegibilidad para el SSI (límites respecto del ingreso derivado del trabajo, el ingreso no derivado del trabajo y los recursos) después de que se exima el monto permitido del pago del Título II. Por último, el trabajador de la agencia estatal que toma las determinaciones en cuanto a la elegibilidad puede no estar familiarizado con las disposiciones especiales de Medicaid o con el modo de aplicarlas, lo cual puede generar que se niegue la cobertura inapropiadamente. En estos casos, el beneficiario podrá tener que apelar una determinación adversa inicial. En estos casos, puede ser necesario recibir ayuda de los programas de Protección y Defensoría del estado o de otros grupos de abogados. Se aconseja a los CWIC que tengan copias disponibles de las reglamentaciones Estatales de Medicaid que cubren a los beneficiarios especiales de Medicaid para mostrárselas al trabajador de Medicaid encargado de la elegibilidad en caso de que exista confusión acerca de la aplicación de estas disposiciones.

Un recordatorio importante: Debido a que los estados basan estos grupos especiales de Medicaid en el derecho a percibir el SSI considerado, la persona aun así debe cumplir con todas las demás normas no relativas al ingreso para el SSI o la categoría 1619(b). Por ejemplo, los recursos contables de una persona deben estar dentro del límite de recursos del SSI o por debajo de este y la persona debe continuar padeciendo una discapacidad o tener 65 años o más.

Otro punto importante para recordar es que las protecciones especiales de Medicaid siguen vigentes para las personas elegibles, sin la imposición de una fecha “transitoria”. Esto significa que las personas que cumplen con los requisitos básicos de elegibilidad para uno de estos grupos pueden recibir el derecho a recibir Medicaid en cualquier momento. NO es cierto que estas protecciones sólo se aplican en el momento inicial cuando los beneficiarios pierden la elegibilidad para SSI/SSP debido al

otorgamiento de elegibilidad para recibir un beneficio por discapacidad del Título II o un aumento de dicho beneficio. En realidad, algunos beneficiarios del SSDI pueden no ser elegibles para la continuación de Medicaid conforme a las disposiciones de Pickle, pero pueden ser elegibles más adelante a medida que aumenta el FBR del SSI.

Las disposiciones Especiales de Medicaid sirven como un recurso valioso al brindar orientación sobre cuestiones relativas a la atención de la salud. Es imperativo que los CWIC conozcan en profundidad la aplicación de estas disposiciones y quién es potencialmente elegible para beneficiarse de ellas.

Programas de Elegibilidad Opcional para Medicaid

A través de los años el Congreso ha creado una cantidad de grupos de elegibilidad opcional para Medicaid que los estados pueden elegir cubrir. Cuando los presupuestos estatales son grandes, los estados pueden agregar nuevos grupos opcionales. En cambio, cuando los presupuestos estatales son ajustados, los estados pueden recortar uno o más de estos grupos. Debido a que la disponibilidad de estos grupos varía de manera significativa de un estado a otro, solo se describen en esta unidad los grupos más comúnmente usados. También es importante tener en cuenta que muchos de los grupos de elegibilidad opcional tienen algo de flexibilidad, lo que permite a los estados establecer algunos de los criterios de elegibilidad, tales como los límites de ingreso y recursos. Como resultado, la explicación de cada uno de los grupos de elegibilidad opcional de Medicaid será de naturaleza genérica. Además, para la mayoría de los grupos de elegibilidad opcional cada estado ha creado un nombre único, por ejemplo el programa de Compra de Medicaid se llama Apple Health para Trabajadores con Discapacidades (HWD) en Washington, mientras que en Minnesota se llama Asistencia Médica para Personas Empleadas con Discapacidades (MA-EPD). Los CWIC deben investigar en su estado para clarificar cuál de los grupos de elegibilidad opcional de Medicaid se encuentran disponibles, qué nombre específico se usa para cada grupo y los detalles de los criterios de elegibilidad.

Grupo Opcional #1: Programas de Compra de Medicaid (MBI)

Este grupo opcional de elegibilidad de Medicaid, el Programa de Compra de Medicaid, fue específicamente creado por el Congreso para brindar elegibilidad para Medicaid a los trabajadores con una discapacidad. La Ley de Presupuesto Equilibrado (BBA) de 1997 y la Ley Boleto para Trabajar y Mejora de Incentivos Laborales de 1999 (Ley "Boleto") autorizaron el MBI. Los MBI pueden ofrecer cobertura de salud para las personas discapacitadas que trabajan y que, debido a un aumento de los ingresos o los recursos, o ambos, no califican para recibir Medicaid dentro de otra categoría. Al utilizar MBI, las personas con discapacidades que trabajan pagan primas asequibles en forma mensual para su cobertura de Medicaid.

IMPORTANTE: Los CMS ofrecen a los estados libertad suficiente para establecer sus propias normas para los MBI en su estado. Algunos estados no establecen un tope respecto de los ingresos derivados del trabajo o recursos que puede tener alguien que participa en un MBI. Otros estados, sin embargo, son muy restrictivos respecto de quién puede participar, pero cuentan con normas menos restrictivas en relación con los ingresos y los recursos una vez que determinan que la persona es elegible y está inscrita en el MBI. El MBI de cada estado será único en cuanto a su combinación de características dentro de las normas federales con las que deben operar.

Varios beneficiarios probablemente consideren que el MBI es un incentivo laboral útil. En algunos estados, los MBI pueden ser una herramienta accesible para que los beneficiarios del Título II que regresen al trabajo puedan acceder a Medicaid en el estado donde residen. Para las personas que dejaron de recibir el SSI debido a sus ingresos, pero no cumplen con los criterios de elegibilidad de 1619(b), el MBI puede ser una forma de mantener Medicaid. Además, en algunos estados las personas con discapacidades que no han recibido nunca el SSI o un beneficio por discapacidad del Título II debido a un exceso de ingresos o recursos pueden solicitar el programa de Compra de Medicaid una vez que comiencen a trabajar. Los estados suelen requerir que la persona cumpla con la definición de discapacidad del Seguro Social, pero algunos estados excluyen la SGA o permiten un monto de SGA mayor cuando realizan el

paso uno del proceso de evaluación secuencial de cinco pasos. El estado realizará la determinación al momento de la solicitud del MBI.

Como se indicó, un estado puede estructurar la opción de compra de muchas maneras distintas en función de la ley federal habilitante con la cual elija trabajar dicho estado, ya sea la BBA de 1997 o la Ley "Boleto" de 1999.

La opción original de compra de 1997 incluía los siguientes componentes clave de elegibilidad:

- La mayoría de los estados no requieren que las personas hayan recibido el SSI o el SSDI ni ningún beneficio del Título II, Título XVI o Título XIX (Medicaid) para que el estado las considere elegibles para participar en el MBI del estado.
- Las personas deben contar con ingresos derivados del trabajo para calificar para esta opción de Medicaid en casi todos los estados.
- Los estados fijaron límites de ingresos derivados del trabajo permitidos para el MBI a un ingreso contable neto de menos del 250 por ciento del actual nivel federal de pobreza (FPL), con todas las exclusiones permitidas de ingresos del SSI, por ejemplo, los Gastos de Trabajo Relacionados con una Discapacidad (IRWE).
- Los estados también pueden establecer exenciones adicionales que sean más generosas que las exclusiones del SSI y que incrementen de manera efectiva el límite de ingresos.
- Si no fuera por sus ingresos derivados del trabajo, las personas con una discapacidad serían elegibles para el SSI al momento de otorgar los beneficios. Si bien esto significa que los límites de recursos del SSI se encuentran vigentes al momento de solicitar participación en un MBI, en algunos estados las normas relativas a los recursos pueden cambiar y mejorar significativamente después de que el estado determine que el solicitante es elegible y este se inscribe en un MBI.
- Una actividad lucrativa y sustancial no es una consideración de elegibilidad. Una persona podría ser elegible cuando presenta su solicitud de compra a pesar de tener ingresos que superan el monto de actividad sustancial y lucrativa. La mayoría de los estados exigen una prueba de los ingresos derivados del trabajo.
- Los estados podrían aumentar efectivamente los límites de recursos de Medicaid al no tomar en cuenta los recursos que excedan el

estándar de recursos del SSI de \$2,000 tanto al momento de la solicitud como luego de la inscripción.

- Los estados pueden cobrar primas u otros cargos de participación de costos sin límite federal sobre el monto que cobran.
- No existe un límite de edad en sí (por ejemplo, la persona debe tener menos de 65 años) para un MBI autorizado por la BBA.

El artículo 201 de la Ley Boleto para Trabajar y Mejora de Incentivos Laborales de 1999 (Ley "Boleto") creó un segundo programa de MBI con varias disposiciones clave para hacer que el programa de compra fuera más atractivo:

- Permite a los estados ofrecer una opción de compra a las personas con cualquier nivel de ingresos o recursos que el estado elija establecer.
- Las personas deben contar con ingresos derivados del trabajo para calificar para esta opción de Medicaid en todos los estados.
- Ahora los CMS les permiten a los estados requerir participación en los costos y primas accesibles, en base al ingreso en una escala móvil. Un estado podía requerir que algunas personas abonen la prima completa mientras que las primas no excedieran el 7.5 por ciento del ingreso total mensual de la persona.
- El estado debe requerir el pago del 100 por ciento de la prima para las personas con ingresos que excedan aproximadamente el 450 por ciento del FPL.
- Las personas inscritas en el MBI autorizadas por la Ley "Boleto" deben ser mayores de 18 años y menores de 65 años.

El CMS brinda una reseña de la opción de compra Medicaid en el siguiente sitio web:

<https://www.medicaid.gov/medicaid/ltss/employment/index.html>

Grupo Opcional #2: Personas con Necesidades Médicas

El grupo de Personas con Necesidades Médicas (también conocido como reducción de gastos) es una categoría opcional para la cobertura de Medicaid en los estados de criterio para SSI y estados 1634. Estos estados tienen la opción de expandir la elegibilidad de Medicaid a las personas ciegas o discapacitadas que tienen elevados costos médicos y demasiados ingresos para calificar para Medicaid en algún otro grupo. Debido a que los estados 209(b) tienen al menos un criterio restrictivo más que las normas de SSI, deben ofrecer una reducción de ingresos para cumplir con los estándares de elegibilidad.

En el caso de las personas con Necesidades Médicas de Medicaid, cada estado establece sus límites de ingresos para Personas con Necesidades Médicas en base al tamaño de la familia. Los límites de recursos son por lo general los mismos que en el programa SSI. Los estados también establecen normas de ingresos y recursos para determinar la elegibilidad para el grupo de Personas con Necesidades Médicas. El gobierno federal requiere que la metodología del estado empleada en determinar la elegibilidad para recursos e ingresos “no sea más restrictiva que la metodología que se emplearía según el programa [SSI] en el caso ... de personas ciegas o discapacitadas”. (NOTA: Este requisito no se aplica en los estados 209(b)). Los estados pueden desarrollar metodologías de ingresos y recursos que sean menos restrictivas (o más generosas) que las normas del programa de SSI mediante la aplicación del artículo 1902(r)(2) de la Ley del Seguro Social. Los estados también deben establecer sus propios períodos de presupuesto y estos pueden variar sobre la base de los arreglos de vivienda de una persona. Por último, los estados pueden ofrecer un paquete más restrictivo de servicios médicos para este grupo de lo que aplica a los grupos de elegibilidad obligatoria. Es importante notar que las normas de los estados que rigen qué ingresos o recursos cuentan para determinar la elegibilidad para el programa de reducción de gastos varían ampliamente. Los CWIC deben acceder a una copia del manual de política de Medicaid de su estado para averiguar exactamente cómo determina su estado el ingreso y los recursos contables y qué servicios médicos se encuentran disponibles para este grupo.

Las personas que se encuentren por encima del límite de ingresos para Personas con Necesidades Médicas deben cumplir con la reducción de

gastos antes de poder obtener la cobertura de Medicaid. La reducción de gastos es el monto de ingresos que excede el Límite de Ingresos para Personas con Necesidades Médicas, luego de restar todas las deducciones permitidas. La reducción de gastos funciona como un deducible que el beneficiario debe pagar o en el que se debe incurrir antes de que comience la cobertura. La mayoría de los gastos médicos que los beneficiarios pagan o en los que estos incurrir pueden usarse para cumplir con el requisito de reducción de gastos, incluso si se trata de bienes o servicios que no están cubiertos por el plan Medicaid del estado. La siguiente es una lista de costos o gastos adicionales típicos que pueden utilizarse para cumplir con el requisito de reducción de gastos:

- Primas de seguro de salud y copagos;
- Facturas médicas;
- Facturas por tratamientos de salud mental (incluyendo servicios de psiquiatría y servicios de orientación en salud mental);
- Facturas por odontología;
- Atención de salud en el hogar;
- Medicamentos recetados;
- Facturas por anteojos y optometría; y
- Medicamentos de venta libre o compras relacionadas con la atención de salud.

Ejemplo del grupo de elegibilidad de Personas con Necesidades Médicas:

Shauna recibe un SSDI de \$1,075 por mes. Cuenta con Medicare pero aun así gasta alrededor de \$500 por mes en coseguro y en servicios no cubiertos. El límite de ingresos para Personas con Necesidades Médicas en su estado, dado el tamaño de su familia, es de \$750 por mes. En su estado, todos sus ingresos no derivados del trabajo cuentan (sin deducciones de ingresos no derivados del trabajo) Como resultado, la reducción de gastos de Shauna será de \$340 por mes ($\$1,075 - \$750 = \325). Una vez que Shauna cumpla con su

reducción de gastos (\$325 por mes), Medicaid comenzará a brindar la cobertura.

Recuerde, las reglas para calcular una reducción de gastos y el período de presupuesto varían significativamente según el estado; los CWIC deben investigar estos detalles en su estado.

Cuando una persona que utiliza Medicaid para Personas con Necesidades Médicas comienza a trabajar, suele significar que tendrá un incremento en el monto de su reducción de gastos. Es importante que los CWIC entiendan los límites de ingresos y recursos asociados con este grupo de elegibilidad, así como los puntos básicos acerca de cómo se calcula la reducción de gastos.

Ejemplo de qué le sucede a Shauna una vez que comienza a trabajar: Shauna consiguió un empleo con un sueldo de \$800 por mes. Continuará recibiendo su SSDI de \$ 1,075 por mes, dado que este nivel de ingresos no se consideraría SGA. El estado permite las siguientes deducciones del ingreso derivado del trabajo: SEIE, exclusión de ingreso derivado del trabajo de \$65, IRWE, BWE, exención de la mitad y PASS. Shauna tendrá un ingreso derivado del trabajo contable de \$367.50 ($\$800 - \$65 \div 2 = \367.50). Además Shauna cuenta con SSDI de \$1,075, que resulta en un ingreso contable total de \$1,442.50 por mes. Como resultado, la reducción de gastos de Shauna aumentará a \$692.50 por mes ($\$1,442.50 - \$750 = \692.50). Shauna ya no podrá obtener Medicaid mediante el grupo de elegibilidad de Personas con Necesidades Médicas porque no tiene suficientes gastos médicos adicionales para cumplir con la reducción de gastos.

Los CWIC deben estar preparados para identificar y comunicarse con los beneficiarios cuando su reducción de gastos aumentará debido al trabajo. También deben poder identificar alternativas, como por ejemplo el Programa de Compra de Medicaid.

Grupo Opcional #3: Personas Elegibles para el Pago Complementario del Estado (SSP)

Algunos estados brindan un pago en efectivo, denominado Pago Complementario del Estado (SSP), para complementar el beneficio federal

del SSI y los montos bajos de beneficio por discapacidad del Título II. El monto máximo de SSP varía de estado a estado así como los factores, tales como estado civil, situación de vida y condición de ceguera. Los límites de ingresos y recursos también varían por estado. El Seguro Social administra los SSP para algunos estados, una lista de los cuales puede encontrarse en: <https://www.ssa.gov/ssi/text-benefits-ussi.htm>

Si una persona es elegible para un SSP, también es posible que pueda obtener Medicaid a través de este grupo de elegibilidad para Medicaid relacionado. Si este grupo opcional se encuentra disponible, el CWIC debe confirmar los límites de ingreso de SSP, el límite de recursos, la metodología utilizada por el estado para calcular ingresos contables y la metodología utilizada por el estado para determinar los recursos contables.

Ejemplo del grupo de elegibilidad para SSP:

Phillip recibe un SSDI de \$820. Su estado ofrece un SSP de hasta \$150 por mes. El límite de ingresos para el SSP es de \$900 por mes y el estado permite todas las deducciones de ingresos de SSI al determinar la elegibilidad. El ingreso contable de Phillip es de \$800 ($\$820 - \$20 \text{ GIE} = \800). Como resultado, es elegible para recibir un SSP de \$100 por mes. Debido a que es elegible para un SSP, también es elegible para Medicaid a través del grupo de elegibilidad para Medicaid por SSP.

Cuando una persona elegible para Medicaid a través de este grupo comienza a trabajar, es probable que su ingreso derivado del trabajo lo lleve por encima del límite de ingresos.

Ejemplo de qué le sucede a Phillip una vez que comienza a trabajar: Phillip consigue un empleo con un sueldo de \$500 por mes, y además continuará recibiendo un SSDI de \$820. Usando las deducciones de ingresos de SSI, el ingreso contable no derivado del trabajo de Phillip es de \$800 ($\$820 - \$20 = \800) y su ingreso derivado del trabajo contable es de \$217.50 ($\$500 - \$65 \div 2 = \217.50). Esto significa que su ingreso contable total es de \$1,017.50. El límite de ingresos para el SSP es de tan solo \$900 por mes, lo que significa que Phillip está ahora por encima del

límite. Su pago en efectivo de SSP finalizará y no será elegible para Medicaid mediante este grupo de elegibilidad.

Cuando el Seguro Social administra el SSP, se lo trata como si fuera el beneficio de SSI. En consecuencia, una persona que pierde un SSP administrado por el Seguro Social puede usar 1619(b) para conservar Medicaid. Con los SSP administrados por el estado, los CWIC deben investigar en el manual de políticas de Medicaid del estado para clarificar si la pérdida de SSP por los ingresos puede llevar a la pérdida de Medicaid relacionado. Si eso sucede, los CWIC deben poder identificar alternativas, como por ejemplo el Programa de Compra de Medicaid.

Grupo Opcional #4: Elegibilidad por Bajos Ingresos

Otro grupo de elegibilidad opcional para Medicaid que algunos estados utilizan brinda Medicaid para personas con discapacidades con un ingreso de hasta 100 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (FPL). El estado puede elegir el límite específico de ingresos, pero no puede exceder el 100 por ciento del FPL. El estado también debe establecer un límite de recursos. Si este grupo opcional se encuentra disponible, los CWIC deben confirmar los límites de ingreso, el límite de recursos, la metodología utilizada para calcular el ingreso contable y la metodología utilizada para determinar los recursos contables.

Unas palabras sobre los Niveles de Pobreza Federales (FPL)

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS) establece las pautas de pobreza anual que se utilizan ampliamente como una medición de pobreza para los efectos administrativos, por ejemplo, al determinar la elegibilidad financiera para ciertos programas federales o estatales. Por lo general, se refiere vagamente a las pautas de pobreza como el "nivel federal de pobreza" (FPL).

El DHHS basa los montos de FPL en el tamaño de la familia. Por ejemplo, en 2017, el FPL para una familia de una persona era \$12,060 (\$1,005 por mes) y para una familia de dos personas era \$16,240 (\$1,353 por mes). Cada año, hay un grupo de cifras de FPL para los 48 estados contiguos y otro grupo de cifras más altas para Alaska y Hawai. Los FPL (o porcentajes de ellos) se utilizan frecuentemente como un estándar para elegibilidad de ingresos

para diversos programas de Medicaid. Los ejemplos de este módulo utilizan los FPL de 2017. Esto se debe a que el DHHS publica los FPL actualizados en enero o febrero cada año, después de que publicamos nuestro manual actualizado. Los CWIC tendrán que investigar los FPL de 2018 cuando estén disponibles. Hay más información disponible sobre los FPL en el sitio web del DHHS aquí:

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Ejemplo del grupo de elegibilidad por Bajos Ingresos:

Kallie recibe un SSDI de \$990. El límite de ingresos en su estado para este grupo de elegibilidad es de \$1.005, dado el tamaño de su familia, y el estado permite todas las deducciones de ingresos de SSI al determinar la elegibilidad. El ingreso contable de Kallie es de \$970 ($\$990 - \$20 \text{ GIE} = \970). Debido a que su ingreso contable se encuentra por debajo del límite de ingresos del estado para este grupo de elegibilidad para Medicaid, puede acceder a Medicaid de esta manera.

Cuando una persona elegible para Medicaid a través de este grupo comienza a trabajar, es probable que su ingreso derivado del trabajo lo lleve por encima del límite de ingresos.

Ejemplo de qué le sucede a Kallie una vez que comienza a trabajar:

Kallie consigue un empleo con un sueldo de \$700 por mes, y además continuará recibiendo un SSDI de \$990. Usando las deducciones de ingresos de SSI, el ingreso contable no derivado del trabajo de Kallie es de \$970 ($\$990 - \$20 = \970) y su ingreso derivado del trabajo contable es de \$317.50 ($\$700 - \$65 \div 2 = \317.50). Esto significa que su ingreso contable total es de \$1,287.50. El límite de ingresos para el grupo de elegibilidad por Bajos Ingresos es de tan solo \$1.005 por mes, lo que significa que ahora se encuentra por encima del límite de ingresos y no será elegible para Medicaid dentro de este grupo de elegibilidad.

Los CWIC deben estar preparados para identificar y comunicarse con los beneficiarios cuando su ingreso excederá el límite del grupo de elegibilidad por Bajos Ingresos debido al trabajo. También deben poder

identificar alternativas, como por ejemplo el Programa de Compra de Medicaid.

Grupo Opcional #5: Personas Elegibles para Exenciones de Servicios basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS)

Este grupo de elegibilidad opcional se encuentra disponible para personas que son elegibles para una exención de Servicios de Medicaid Basados en la Comunidad y en el Hogar (HCBS). Las exenciones HCBS se establecen para servicios especiales de Medicaid brindados a poblaciones específicas, haciendo de esta manera posible que las personas vivan con máxima independencia en la comunidad en vez de vivir en una institución (por ej. institución de enfermería).

Para utilizar este grupo, la persona debe tener un ingreso menor al estándar establecido por el estado (que no debe exceder el 300 por ciento del FBR de SSI), tener recursos por debajo de \$2,000 (\$3,000 para una pareja) y ser elegible para una exención HCBS. Si el estado elige utilizar este grupo de elegibilidad opcional de Medicaid pueden requerir el "tratamiento de ingreso post elegibilidad" que por lo general se denomina participación de costos, pasivo de pacientes, pérdida o costo de atención. Esta participación de costos es un monto específico en el ingreso mensual del beneficiario que debe pagar para cubrir alguno de los servicios de exención HCBS.

Es importante destacar que un beneficiario no necesita usar este grupo de elegibilidad de Medicaid para ser elegible para una exención HCBS. En la solicitud de exención HCBS, que crea el estado y el CMS aprueba, habrá una lista de grupos de elegibilidad para Medicaid que pueden utilizar la exención (por ej. Elegible para SSI, Plan de Compra de Medicaid, Elegible por Bajos ingresos), uno de los cuales podría ser este grupo de elegibilidad opcional. Si un beneficiario es elegible para Medicaid mediante su elegibilidad para el SSI y ese grupo se encuentra en la solicitud de la exención HCBS, entonces el beneficiario no tendría la necesidad de utilizar este grupo de elegibilidad opcional para Medicaid. Sin embargo, si el beneficiario tuviera ingresos que superan los límites de ingresos para el SSI, entonces esta sería una manera de que la persona se volviese elegible para Medicaid y accediera a la exención HCBS.

Ejemplo del grupo de elegibilidad para exenciones de Servicios basados en el Hogar y en la Comunidad:

Denbe recibe un SSDI de \$1,500. El límite de ingresos en su estado para este grupo de elegibilidad es de \$2,250 (300% del FBR de SSI para 2018). Todos sus ingresos cuentan cuando el estado determina si se encuentra por encima o por debajo de este límite. Debido a que \$1,500 se encuentra por debajo del límite de ingresos actual, puede acceder a Medicaid de esta manera. Cuando una persona es elegible para Medicaid a través de un grupo de exención HCBS, su ingreso total podría exceder el límite de ingreso al trabajar.

Ejemplo de qué le sucede a Denbe una vez que comienza a trabajar:

Denbe consigue un empleo con un sueldo de \$850 por mes, y además continuará recibiendo un SSDI de \$1,500. Debido a que el estado cuenta todos los ingresos al determinar si una persona se encuentra por encima o por debajo de este límite de ingresos, su ingreso total es de \$2,350. Ahora se encuentra por encima del límite de ingresos y dejará de ser elegible para Medicaid mediante este grupo de elegibilidad.

Algunos estados les permiten a las personas colocar el excedente de ingresos en un Fideicomiso Miller, lo que les permite cumplir con el límite de ingresos para este grupo de elegibilidad. La disponibilidad de los Fideicomisos Miller varía según el estado, por lo que los CWIC necesitan realizar una investigación específica para su estado. También es importante destacar que si una persona tiene una participación de costos, el monto que paga también podrá incrementarse cuando comience a trabajar.

Es fundamental que los CWIC entiendan los límites de ingresos y recursos asociados con este grupo de elegibilidad, sepan si los Fideicomisos Miller son una opción y comprendan los puntos básicos acerca de cómo se calcula la participación de costos. Los CWIC deben estar preparados para informar a los beneficiarios si su participación de costos se incrementará debido al trabajo o si probablemente excedan el límite de ingreso. Si alguno de esos resultados es esperado, los CWIC deben ayudar a identificar alternativas, tales como el Programa de Compra de Medicaid, con el fin de mantener Medicaid y los servicios de exención.

Grupo Opcional #6: Expansión de Medicaid de la Ley de Atención Médica Accesible – Grupo de Adultos

Este grupo de elegibilidad final no es específico de las personas con discapacidades, pero puede ser útil para beneficiarios por discapacidad del Título II en el período de calificación para Medicare de 24 meses. Este grupo de elegibilidad para Medicaid se denomina el "grupo de adultos", el "grupo 133 por ciento" o el "grupo VIII". Los estados individuales pueden establecer un nombre diferente si eligen adoptar este grupo de elegibilidad. Cuando el Congreso aprobó la Ley de Atención Médica Accesible (ACA), se diseñó que el grupo de adultos fuera un grupo de elegibilidad obligatoria para Medicaid. Para poder continuar recibiendo fondos federales para el programa Medicaid, se requeriría a los estados que brindaran Medicaid a todos los que cumplieran con los criterios de elegibilidad. Sin embargo, en 2012, la Corte Suprema determinó que la expansión obligatoria era injustamente coercitiva injusta para los estados y determinó que un estado podía rehusarse a adoptar la expansión. Como resultado, este grupo de elegibilidad no está disponible en todos los estados.

Para los estados que agregan el grupo de adultos a su Plan Medicaid del Estado, existen cinco normas federales específicas que dictan los criterios de elegibilidad. Para ser elegible, una persona debe:

1. Tener un ingreso al 133 por ciento del Nivel Federal de Pobreza o por debajo de dicho porcentaje,
2. Tener de 19 a 64 años;
3. No estar embarazada;
4. No ser elegible para Medicare; y
5. No ser elegible para Medicaid conforme a un grupo de elegibilidad obligatoria.

El estado no cubrirá a un padre u otro familiar cuidador que viva con un niño dependiente en virtud del grupo de adultos a menos que el niño se encuentre inscrito en Medicaid, el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP), u otro plan de atención de la salud con al menos la

cobertura esencial mínima. El estado utiliza la metodología basada en el Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MIGA) para determinar si una persona cumple con el límite de ingresos para este grupo. Determina esto tomando el ingreso bruto ajustado (concepto del IS) del grupo en la presentación de impuestos y agregando todos los ingresos del Seguro Social. Luego realiza unos ajustes adicionales por elementos como pagos de sumas únicas, premios, subsidios o becas educativos, e ingreso de indio americano o nativo de Alaska.

Una vez que el estado determina el ingreso basado en MIGA, se aplica una exención de 5 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Como resultado, el límite de elegibilidad efectiva para este grupo es del 138 por ciento del FPL. El estado basa el tamaño del hogar en el tamaño impositivo del hogar, lo que generalmente significa adultos casados y niños viviendo juntos; sin embargo, existen algunas instancias en las cuales las normas del hogar de IS y de Medicaid pueden diferir. No existe límite de recursos para el grupo de adultos.

El CMS no requiere a los estados que brinden el alcance completo de los servicios del Plan Medicaid del Estado a aquellos que integran el grupo de adultos. En cambio, deben brindar "beneficios esenciales de salud". Estos beneficios incluyen: servicios ambulatorios para pacientes, servicios de emergencia, internación, atención por maternidad y a recién nacidos, trastornos de salud mental y abuso de sustancias, medicamentos recetados, servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, servicios de laboratorio, servicios preventivos y de bienestar, manejo de enfermedades crónicas y servicios pediátricos. Los estados tienen la opción de proponer paquetes de beneficios alternativos para el grupo de adultos, que podrían incluir los beneficios del Plan de Medicaid del Estado.

Ejemplo del grupo de elegibilidad de Adultos:

Luther recibe un SSDI de \$1,270. Todavía no tiene Medicare. Dado el tamaño de su familia, el límite de ingresos para este grupo de elegibilidad para Medicaid es de \$1,387 por mes (138% del FPL para 2017). Su ingreso basado en MIGA se encuentra por debajo del límite y, como resultado, puede acceder a Medicaid de esta forma.

Al asesorar a beneficiarios que usan este grupo, es importante reconocer que volver a trabajar podría hacer que no sean elegibles.

Ejemplo de qué le sucede a Luther una vez que comienza a trabajar:

Luther consigue un empleo con un sueldo de \$500 por mes, y además continuará recibiendo un SSDI de \$1,270. Su ingreso basado en MIGA es de \$1,770 por mes, que se encuentra por encima del límite de ingresos para este grupo. Como resultado, el estado tendría que considerar a Luther elegible mediante otro grupo de elegibilidad para Medicaid con el fin de mantener Medicaid.

Los CWIC no solo deben identificar a aquellos que podrían ser elegibles para este grupo, sino que también deben estar familiarizados con otros grupos de elegibilidad para Medicaid en su estado que pudieran beneficiar a los trabajadores con discapacidades, tales como el grupo de Compra de Medicaid (si se encuentra disponible).

Exenciones de Servicios basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS)

Históricamente, Medicaid solo financiaba servicios de atención a largo plazo en un contexto institucional. Los servicios de atención a largo plazo (LTC) incluyen apoyo con actividades de la vida diaria (AL) tales como bañarse, vestirse t comer. Los servicios de LTC también han incluido apoyo con actividades instrumentales de la vida diaria (LIAD), tales como tomar los medicamentos según fueron recetados, administrar dinero, hacer las compras y transporte dentro de la comunidad. Si una persona necesitaba este tipo de apoyo, en el pasado Medicaid solo lo brindaba en una institución de enfermería, instituciones de cuidado intermedio (ICE), instituciones de cuidado intermedio para aquellos con discapacidades intelectuales (anteriormente llamadas ICE o MAR), u hospitales.

Ejemplo de servicios de LTC:

Dense tuvo un accidente de automóvil que le causó una parálisis completa por debajo de la cintura. Estuvo en el hospital durante varias semanas, que fue cubierto por el seguro de sus padres. Luego, ingresó en una institución de enfermería, donde tenía acceso a atención de enfermería, terapia física y ocupacional. El seguro de sus padres cubrió gran parte de su atención, pero existían limitaciones acerca de la cantidad de atención de rehabilitación. Se

inscribió en Medicaid, lo que cubría los servicios que el seguro de sus padres no cubría. Luego de tres meses de servicios en la institución de enfermería, Dense comenzó a preguntar cuando podría volver a su departamento. Se reunió con el trabajador social de la institución y crearon un plan. Dense solicitó un programa a través de la agencia Medicaid del estado que brindaba servicios de LTC para las personas en sus propios hogares (también brindaban apoyo a las personas en hogares sustitutos y de grupo pero no estaba interesada en eso). Un trabajador de caso de la agencia estatal de Medicaid vino a la institución de enfermería y realizó una evaluación de sus necesidades de apoyo de LTC. El trabajador de caso le informó a Dense que había un conjunto especial de servicios para asistir a las personas con necesidades de LTC para vivir en la comunidad, llamado Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad. Explicó que en base a los resultados de la evaluación, Dense podría contar con una determinada cantidad de horas por día de servicios de atención personal y enfermería para ayudarla a vivir en su propio departamento. Dense conversó acerca de esta opción con sus padres y el trabajador social en la institución de enfermería. Juntos, con el trabajador de caso de Medicaid, desarrollaron un plan para que Dense se mudara nuevamente a la comunidad usando los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad para ayudarla a vivir en su departamento nuevamente.

A través de los años, el Congreso ha creado diversas opciones para que los estados brinden servicios de LTC para ayudar a personas a vivir en la comunidad, en vez de vivir en una institución financiada por Medicaid. Este concepto despegó en los años ochenta cuando el Congreso aprobó el artículo 1915(c) de la Ley del Seguro Social. Esta ha sido la autoridad principal que los estados han utilizado para brindar servicios basados en el hogar y la comunidad a través de los años. Más recientemente, conforme a la Ley de Reducción de Déficit de 2005, el Congreso creó otra opción, la 1915(i), y luego a través de la Ley de Atención Médica Accesible de 2010, creó la opción 1915(k). La cuarta autoridad que los estados pueden usar para brindar servicios de LTC en la comunidad es a través de una exención de demostración 1115. Esta autoridad tiene un contexto más amplio, ya que permite a los estados operar su programa Medicaid de una manera única para que pueda brindar servicios de mejor calidad de manera más eficiente.

Los beneficiarios que reciben estos servicios generalmente tienen dudas sobre cómo el trabajo afectará su elegibilidad. Estos servicios brindan soporte fundamental, sin el cual la persona probablemente necesitaría vivir en una institución. Dada la importancia de estos servicios, es esencial que los CWIC entiendan estos programas especiales de Medicaid y sean claros acerca de cómo los ingresos afectarán o no la elegibilidad.

Exenciones de Servicios basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS) de 1915 (c)

Esta disposición permite a los estados, con la aprobación de los CMS, eximir (o no seguir) los requisitos específicos federales de Medicaid. Por lo general se hace referencia a ellas como las "exenciones del artículo 1915(c)". Actualmente, 47 estados participan en estas exenciones opcionales en diversos grados y algunos estados tienen en funcionamiento numerosas exenciones 1915(c) de manera simultánea. Arizona, Rhode Island y Vermont usan la autoridad de la exención de demostración 1115 para brindar servicios basados en el hogar y la comunidad, en lugar de la autoridad 1915(c). Las exenciones HCBS son importantes para personas con discapacidades porque brindan un medio de recibir servicios críticos que hacen posible vivir en la comunidad en vez de en una institución.

Para calificar para los servicios de exención HCBS, los solicitantes deben cumplir con los siguientes criterios:

- 1.** Requerir atención de nivel institucional (institución de enfermería, hospital, institución de cuidado intermedio o institución de cuidado intermedio para aquellos con discapacidades intelectuales);
- 2.** Cumplir con la definición de grupo objetivo que recibe servicios por la exención (por ejemplo, discapacidad física, discapacidad del desarrollo o intelectual, lesión cerebral traumática); y
- 3.** Calificar para Medicaid mediante uno de los grupos de elegibilidad para Medicaid enumerados en la exención específica que utiliza la persona.

Según la autoridad de una exención HCBS un estado puede brindar un rango más amplio de servicios de atención a largo plazo de lo que generalmente se permite bajo un programa Medicaid del estado,

incluyendo servicios no médicos como modificaciones menores a un hogar tales como rampas o dispositivos de seguridad especiales. Algunos estados cuentan con diferentes exenciones HCBS orientadas a diversas poblaciones. Los estados pueden usar la exención HCBS para eximir tres requisitos federales clave de Medicaid:

- 1. Exención a nivel del estado:** Por lo general, el plan Medicaid del estado debe ofrecer cobertura comparable en todas las regiones del estado. El estado puede establecer una exención que les permita ofrecer un nivel de cobertura Medicaid en una o más partes del estado que no se encuentre disponible a los destinatarios a nivel del estado.
- 2. Exención de comparabilidad:** Por lo general, el plan de Medicaid del estado debe tratar a todos los destinatarios en situación similar igualmente. Una exención puede seleccionar a un grupo específico de receptores de Medicaid (tales como personas con lesión cerebral traumática) y ofrecerles un conjunto de servicios no disponibles a personas con diferentes discapacidades pero similares necesidades.
- 3. Exención de ciertas reglas de ingresos y recursos:** El estado puede implementar una exención que exima a determinadas poblaciones de los requisitos generales de ingresos y de recursos. Por ejemplo, muchos estados tienen programas de exención que garantizan que determinados niños con discapacidades graves sean elegibles para Medicaid sin importar el ingreso y los recursos de los padres.

El alcance expandido de los servicios potencialmente disponibles a través de una exención HCBS puede ser muy importante para personas con discapacidades que buscan empleo. Según las normas federales de exención HCBS, el estado puede ofrecer un rango muy amplio de servicios, incluyendo:

- Manejo de casos
- Servicios de asistencia
- Servicios de asistencia de salud en el hogar
- Servicios de atención personal

- Servicios de salud de día para adultos
- Rehabilitación, incluyendo servicios de Empleo con Apoyo.
- Alivio del dolor
- Hospitalización parcial y rehabilitación psicosocial para personas con diagnósticos psiquiátricos
- Otros servicios requeridos por la agencia y aprobados por el CMS como rentables y necesarios para evitar la institucionalización.

Los estados han utilizado esta categoría de "otros servicios" para aprobar cosas como modificaciones a hogares e incluso modificaciones a vehículos.

Las exenciones HCBS también difieren de Medicaid estándar porque permiten a los estados limitar la inscripción y establecer listas de espera para los servicios. Conforme a las políticas estándar de Medicaid, los estados deben brindar servicios a todas las personas elegibles con rapidez razonable. Sin embargo, los estados podrán colocar en una lista de espera a cualquier persona que determinen como elegible para las exenciones HCBS y brindarle servicios hasta que se encuentre disponible un lugar en la exención.

En 1997, el CMS enmendó las reglamentaciones de HCBS para permitir "servicios de rehabilitación expandida", lo que incluye "servicios prevocacionales" y "servicios educativos". Bajo las categorías de servicios prevocacionales y educacionales, el CMS permitirá una exención aprobada para brindar un amplio rango de servicios que prepararían a una persona con una discapacidad grave para que, con el tiempo, pasara a un empleo competitivo, un empleo con apoyo a largo plazo o a un programa de rehabilitación vocacional más tradicional. Como resultado, los CWIC pueden trabajar con beneficiarios que reciben servicios cruciales de empleo que se encuentran financiados mediante una exención HCBS.

Un beneficiario puede tener dudas acerca de cómo el trabajo afectará su elegibilidad para la exención HCBS que está utilizando. Para mantener los servicios de la exención HCBS, el beneficiario debe continuar cumpliendo con los tres criterios de elegibilidad. Los primeros dos generalmente no se ven afectados cuando una persona comienza a

trabajar; por lo general la persona continúa teniendo una necesidad de atención a nivel institucional y continúa cumpliendo el criterio del grupo objetivo. El tercer criterio es el criterio financiero de la exención, la persona debe continuar siendo elegible para uno de los grupos de elegibilidad para Medicaid enumerados en la exención. Si el estado proyecta que la persona seguirá en el mismo grupo de elegibilidad para Medicaid cuando comience a trabajar, entonces podría mantener la elegibilidad para la exención. Si el estado proyecta que la persona perderá la elegibilidad para su grupo de elegibilidad para Medicaid actual debido a su meta de ingresos, el CWIC debería apoyar al beneficiario en la identificación de otros grupos de elegibilidad para Medicaid enumerados en la exención que podría utilizar.

Para brindar este apoyo, los CWIC deben identificar qué exenciones HCBS se encuentran disponibles en sus estados, ubicar la solicitud de exención HCBS (el acuerdo aprobado entre el CMS y el estado) para la exención que el beneficiario está usando y ubicar el Apéndice B-4 en dicha exención. El Apéndice B-4 brinda una lista de los grupos de elegibilidad para Medicaid que el beneficiario puede utilizar para acceder a dicha exención específica.

El CMS tiene un sitio web que brinda una lista de todas las exenciones 1915(c) aprobadas en cada estado en:
<https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demo/demonstration-and-waiver-list/index.html>

La mayoría de los estados han agregado las solicitudes aprobadas de exención HCBS a cada descripción de exención en este sitio o en el sitio web de Medicaid del estado. Si el estado no ha agregado la solicitud de exención, los CWIC deberán hacer contactos para encontrar una copia.

Plan de Beneficio HCBS del Estado 1915 (i)

A través de la opción 1915(i), los estados pueden incluir una variedad de servicios Basados en el Hogar y la Comunidad en virtud del Plan Estatal de Medicaid. En comparación, conforme a la opción 1915(c), el estado no considera los servicios como parte del Plan del Estado. En cambio los servicios de la exención 1915(c), son programas especiales de Medicaid separados del Plan del Estado al que solo pueden acceder aquellos que cumplen con los criterios de elegibilidad. Los CMS no les permiten a los

estados limitar la inscripción para los beneficios 1915(i) ni establecer listas de espera para los servicios conforme a esta opción.

Además, dentro de la opción 1915(i), los estados pueden brindar servicios a un grupo más amplio de personas que el que puede recibir servicios de las exenciones 1915(c). Los estándares de elegibilidad clínica conforme a la 1915(i) deben ser menos estrictos que el nivel de atención institucional que se requiere conforme a la 1915(c). Lo que significa es que los estados pueden usar la opción 1915(i) para brindar servicios basados en el hogar y la comunidad a personas con discapacidades menos significativas, en comparación con aquellos que reciben servicios del estado en virtud de las exenciones 1915(c).

Ejemplo de la opción 1915(i):

Iowa fue uno de los primeros estados en utilizar la opción 1915(i). El Departamento de Servicios Humanos de Iowa trabajó con los CMS para diseñar un programa que cumpliera con las necesidades de servicios de los habitantes de Iowa con las limitaciones funcionales que normalmente se asocian con la enfermedad mental crónica. Este es un ejemplo de una población de personas que generalmente no cumple con los criterios de elegibilidad de nivel de atención institucional para la 1915(c). Estos servicios incluidos en esta opción asisten a los participantes en adquirir, conservar y mejorar las habilidades de autoayuda, socialización y de adaptación necesarias para residir de manera exitosa en el hogar y en un entorno comunitario. Los servicios disponibles a través de esta opción del Plan del Estado incluyen manejo de casos, habilitación basada en el hogar, habilitación de día, servicios prevocacionales y empleo con apoyo.

Para calificar para los servicios específicos de la 1915(i), una persona debe:

- 1.** Cumplir con los criterios de elegibilidad clínica para los servicios de la 1915(i) establecidos por el estado; y
- 2.** Ser elegibles para Medicaid; y
- 3.** Tener un ingreso por debajo del 150 por ciento del FPL (los estados pueden elegir incrementar el límite de ingresos a 300

por ciento del índice de SSI para las personas que cumplen con el criterio de atención a nivel institucional).

Los últimos dos criterios son de particular importancia para los CWIC, ya que el ingreso derivado del trabajo puede afectar el si una persona continúa cumpliendo con dichos estándares de elegibilidad o no.

Respecto del segundo criterio, las secciones anteriores en esta unidad explican cómo los ingresos afectan a los distintos grupos de elegibilidad para Medicaid. Los CWIC deben estar preparados para ayudar a los beneficiarios a explorar otros grupos de elegibilidad para Medicaid que podrían utilizar, si es necesario. El tercer criterio es de hecho un concepto muy nuevo en el mundo de Medicaid. Hasta este punto, un conjunto específico de servicios no ha tenido un límite de ingresos asociado a él. Pero, para que un beneficiario se vuelva elegible y pueda mantener servicios 1915(i), su ingreso debe encontrarse por debajo del límite establecido en el criterio tres más arriba, sin importar el límite de ingresos para el grupo de elegibilidad para Medicaid de la persona. Al determinar si el ingreso de una persona se encuentra por encima o por debajo de ese límite, el estado utilizará las deducciones de ingreso permitidas conforme al grupo de elegibilidad para Medicaid que esa persona se encuentra utilizando.

Community First Choice de 1915 (k)

La mayoría de los estados actualmente brindan una cantidad limitada de servicios de atención personal a través del beneficio del Plan del Estado de Medicaid. La Ley de Atención Médica Accesible establece Community First Choice (CFC) en virtud del artículo 1915(k) de la Ley del Seguro Social como una nueva opción del Plan del Estado de Medicaid que permite a los estados brindar servicios de proveedores de atención basados en la comunidad y en el hogar en todo el estado y apoya a las personas que de otra manera requerirían un nivel de atención institucional. Los estados que toman esta opción recibirán un 6 por ciento de incremento en su porcentaje de asistencia médica federal (FMAP) para servicios CFC. No existe límite de tiempo o vencimiento en el FMAP mejorado y el CMS ha indicado que el FMAP mejorado también se encontrará disponible para las actividades CFC requeridas tales como evaluaciones y planificación centrada en la persona.

Los estados deben brindar los servicios CFC en todo el estado sin límite de inscripción. Los estados pueden brindar los servicios mediante un modelo de agencia-proveedor (dentro del cual las personas deben mantener la capacidad de tener un rol significativo en la selección y despido de los proveedores de su elección), un modelo autodirigido u otros modelos aprobados por los CMS. Los estados determinan los servicios específicos luego de una evaluación cara a cara de las necesidades de las personas y un proceso de planificación centrado en la persona dirigido por la persona hasta el máximo límite posible. Los servicios CFC requeridos incluyen: servicios que asisten a los beneficiarios con las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y tareas relacionadas con la salud a través de la asistencia práctica, supervisión o guía, servicios para la adquisición, mantenimiento y mejora de las habilidades necesarias para que las personas logren realizar las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, y tareas relacionadas con la salud, oportunidades de "autodirección" incluyendo capacitación voluntaria en la selección, manejo y despido directo de trabajadores de atención; y sistemas de respaldo (tales como localizadores y otros dispositivos electrónicos) para asegurar la continuidad de apoyo y servicios.

A fin de ser elegible para los servicios CFC, los beneficiarios deben:

- Requerir de otra manera una atención a nivel institucional;
- Ser elegibles para Medicaid; y
- Si utilizan un grupo de elegibilidad para Medicaid que no ofrece servicios de institución de enfermería, el beneficiario debe tener un ingreso menor al 150 por ciento del FPL. **NOTA:** No hay un límite de cobertura secundario para la cobertura 1915(k) si una persona está inscrita en una categoría de Medicaid en la que la cobertura para servicios de instituciones de enfermería es parte del paquete de beneficios.

Los últimos dos criterios son de particular importancia para los CWIC, ya que el ingreso derivado del trabajo puede afectar el si una persona continúa cumpliendo con los criterios. Respecto del segundo criterio, las secciones anteriores en esta unidad explican cómo los ingresos afectan a los distintos grupos de elegibilidad para Medicaid. Los CWIC deben estar

preparados para ayudar a los beneficiarios a explorar otros grupos de elegibilidad para Medicaid que podrían utilizar, si es necesario. Según se aclara en la explicación de la 1915(i), el tercer criterio es un concepto nuevo en el mundo de Medicaid. Hasta este punto, un conjunto específico de servicios no ha tenido un límite de ingresos asociado a él. Pero, para que un beneficiario se vuelva elegible y pueda mantener servicios 1915(k), también debe cumplir con el tercer criterio. Al determinar si el ingreso de una persona se encuentra por encima o por debajo de ese límite, el estado utilizará las deducciones de ingreso permitidas conforme al grupo de elegibilidad para Medicaid que esa persona se encuentra utilizando.

Medicaid y otros seguros de salud

Muchos beneficiarios tiene dudas acerca de que cuando se vuelvan elegibles para Medicare o para un plan de seguro de salud auspiciado por el empleador perderán elegibilidad para Medicaid; sin embargo, existen muchas opciones para que las personas mantengan Medicaid y otro seguro. Como programa basado en necesidades financieras, Medicaid es pagador de último recurso. Como resultado, incentiva a los beneficiarios a buscar otras opciones de seguro de salud. Al acceder a otro seguro de salud, Medicaid puede ahorrar dinero porque el otro seguro de salud se transforma en el pagador primario. Algunos estados requerirán al beneficiario de Medicaid que tome Medicare si es elegible. Si su empleador o el empleador de un miembro de su familia ofrece al beneficiario un seguro de salud "rentable" auspiciado por el empleador, el estado podrá requerirle al beneficiario que acepte la cobertura y a cambio, el estado pagará la prima. Cuando un beneficiario se vuelve elegible para una nueva cobertura de salud, es importante recordarle al beneficiario que informe esta opción a su trabajador de elegibilidad para Medicaid para aclarar sus opciones y responsabilidades.

Medicaid y Medicare

Una cantidad de los beneficiarios con los que el CWIC trabaja serán beneficiarios concurrentes que recibirán beneficios por discapacidad de SSI y del Título II. En la mayoría de los estados estos beneficiarios serán, eventualmente, elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Cuando una persona es elegible tanto para Medicare como para Medicaid es "doblemente elegible" respecto de su seguro de salud. También es

posible que un beneficiario por discapacidad del Título II tenga demasiados ingresos para el SSI pero podría ser elegible para Medicaid a través del grupo de elegibilidad para Medicaid que tiene un límite de ingreso no derivado del trabajo más alto (por ejemplo, Programa de Compra de Medicaid, exención HCBS, Personas con Necesidades Médicas). Cuando esto sucede, la persona será elegible tanto para Medicare como para Medicaid. Cuando un beneficiario de Medicaid tiene o puede obtener Medicare, la mayoría de las agencias de Medicaid requerirán que el beneficiario se inscriba en Medicare. Los CWIC deberán investigar detalles sobre este requisito en el manual de políticas de Medicaid de su estado. Cuando un beneficiario tiene cobertura Medicare y Medicaid, Medicare siempre paga primero y Medicaid segundo. Las personas doblemente elegibles suelen recibir asistencia con los gastos de Medicare, incluyendo primas, participación en los costos y deducibles.

Medicaid y seguros de salud auspiciados por el empleador

En algunos estados, si un beneficiario puede obtener un seguro de salud a través de su propio empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de sus padres, el estado puede requerirle que lo tome. Cuando un beneficiario de Medicaid se vuelve elegible para solicitar otra forma de seguro de salud, la agencia estatal de Medicaid por lo general requerirá que el beneficiario informe esta nueva opción al trabajador de elegibilidad de Medicaid. El personal de Medicaid preguntará a los beneficiarios detalles acerca de la póliza de seguro de salud (por ejemplo, monto de la prima mensual, deducible, monto de cobertura, servicios cubiertos, etc.). Con esa información el personal de Medicaid determinará si el plan es "eficiente respecto de los costos". Si es eficiente respecto de los costos, para poder mantener Medicaid, el estado requerirá que el beneficiario tome la nueva opción de seguro de salud. Por lo general, si las reglas estatales de Medicaid requieren que los beneficiarios tomen la nueva opción, el estado pagará la prima mensual. Esto se llama un Pago de Seguro de Salud (HIP). En muchos casos, Medicaid también pagará por la participación de costos asociados con el seguro de salud, incluso copagos y deducibles. Si Medicaid no considera que el plan es eficiente respecto de los costos, por lo general el estado no requerirá que el beneficiario tome la nueva opción de seguro de salud. El beneficiario podría aun optar por tomarlo si así lo desea, pero el estado por lo general no pagará la prima.

Introducción al Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)

Si bien los beneficiarios del Seguro Social que regresan al trabajo generalmente pueden continuar recibiendo la cobertura Medicaid para sí mismos en la mayoría de los estados, ¿qué sucede con sus hijos? ¿Qué sucede si encuentran un trabajo con un sueldo demasiado alto para que sus hijos continúen en Medicaid, pero el empleador no brinda seguro de salud? Para aquellas personas, el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) puede brindar la cobertura de atención de la salud. El CHIP brinda cobertura a niños elegibles, mediante Medicaid y programas independientes de CHIP. Los CHIP son administrados por los estados, de conformidad con los requisitos federales. Los estados y el gobierno federal financian conjuntamente el programa.

El Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) brinda servicios a niños sin seguro de hasta 19 años en familias con ingresos demasiado elevados para que ellos califiquen para Medicaid. Los estados cuentan con amplia discreción para establecer sus estándares de elegibilidad por ingresos y la elegibilidad varía entre los estados. Cuarenta y nueve estados y el Distrito de Columbia cubren a niños hasta el 200 por ciento del FPL o por encima de dicho porcentaje, y 19 de estos estados ofrecen cobertura a niños en familias con ingresos al 300 por ciento del FPL o mayores. Los estados tienen la opción de brindar elegibilidad continua a los niños que siguen siendo elegibles para el programa CHIP.

Es importante que los CWIC comprendan el programa CHIP, sus criterios de elegibilidad y los servicios cubiertos, para poder ofrecer información exacta a los beneficiarios que puedan tener hijos que utilizan esta cobertura de seguro de salud. Para obtener más información sobre el programa CHIP, visite: <https://www.medicaid.gov/CHIP/index.html>

NOTA IMPORTANTE: El Programa CHIP se basa en legislación que el Congreso debe volver a autorizar periódicamente. En febrero de 2009, el presidente Obama firmó la Ley de reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños de 2009, que extendía el CHIP hasta 2013. La Ley de Atención Médica Accesible (ACA) extendió CHIP dos años más hasta 2015. En 2015,

la ley volvió a ser autorizada. Entre muchas disposiciones, la ley extendía la autorización del programa CHIP federal para dos años más, hasta el 30 de septiembre de 2017. Al momento de la redacción del presente, la legislación de CHIP aún no se ha vuelto a autorizar. Si bien la legislación CHIP venció en septiembre de 2017, la legislación financiaba servicios hasta septiembre de 2019. Se necesita que el congreso actúe para que el CHIP continúe. Para más información sobre el proceso de reautorización, consulte el sitio web la Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales en: <http://www.ncsl.org/research/health/childrens-health-insurance-program-overview.aspx>

Apelar las decisiones de Medicaid

Según la ley federal Medicaid, una persona que solicita o recibe Medicaid tiene derecho a una audiencia administrativa luego de que se tome una decisión que afecte su derecho a Medicaid o a cualquier servicio para el que solicita la financiación de Medicaid. Esto se conoce como una "audiencia justa" y está disponible en todos los estados.

Una persona a quien el estado le niega o rescinde sus beneficios de Medicaid o derechos a los servicios financiados por Medicaid tiene derecho a una notificación por escrito de dicha decisión. En la mayoría de los casos, la carta dirá lo siguiente: NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN. La notificación debe explicar la acción que toma el estado, el motivo de la acción, el derecho a una audiencia para apelar la decisión y la disponibilidad de servicios gratuitos como servicios legales, ayuda legal o programa similar (como por ejemplo el programa de Protección y Defensoría). Los estados pueden establecer sus propios límites de tiempo para la solicitud de audiencias. Típicamente, los estados le darán a la persona que recibe Medicaid un límite de tiempo (hasta 60 días) para solicitar la audiencia. Sin embargo, si la notificación indica que el estado cancelará un beneficio continuo, como la financiación para los servicios de atención de la salud en el hogar, en una fecha determinada, la persona que lo recibe necesitará solicitar la audiencia antes de la fecha de cancelación si va a solicitar servicios continuos mientras la apelación está en trámite. La ley federal Medicaid dispone que los estados deben continuar los beneficios mientras la apelación está en trámite (un concepto al que a menudo se hace referencia como "continuación de la

ayuda") si el beneficiario solicita la audiencia antes de la fecha de cancelación efectiva y el destinatario (o el defensor que lo representa) solicita específicamente la continuación de los beneficios.

Investigación independiente

Umbrales registrados 1619(b):

<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0502302200!opendocument>

Sección del Manual de Operaciones del Programa del Seguro Social sobre los beneficiarios especiales de Medicaid:

<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0501715015>

Recursos adicionales

Un folleto que los CWIC pueden utilizar para explicar el 1619(b) titulado "¿Qué sucederá con mi Medicaid cuando empiece a trabajar?" se encuentra adjuntado en la siguiente página. Los CWIC pueden personalizar este folleto agregándole la cifra del Umbral de su Estado.

¿Qué sucederá con mi Medicaid cuando empiece a trabajar?

Continuación de Elegibilidad para Medicaid - Artículo 1619(b)

Este incentivo continúa la cobertura Medicaid para la mayoría de los beneficiarios del SSI que trabajan incluso hasta después de que sus ganancias se vuelven demasiado elevadas para permitirles un beneficio en efectivo. A fin de calificar para este incentivo, la persona debe:

- Haber sido elegible para el pago en efectivo del SSI por al menos un mes.
- Aún cumplir con el requisito de discapacidad.
- Cumplir con la prueba de “necesidades” de Medicaid.
- Tener ingresos anuales BRUTOS derivados del trabajo inferiores al “monto umbral” (ingresar el monto aquí) del estado actual.
- Tener ingresos contables no derivados del trabajo menores al FBR actual y recursos según el límite actual para destinatarios del SSI.

¿Qué hace la disposición 1619(b)?

- Permite a las personas que no son elegibles para la continuación de la cobertura de Medicaid, debido a que sus ingresos exceden el monto de umbral, obtener pagos del SSI en efectivo si los ingresos quedan por debajo del punto de equilibrio dentro de los 12 meses.
- Permite a las personas que no son elegibles para la continuación de cobertura de Medicaid debido a que sus ingresos derivados del trabajo exceden el monto de umbral volver a ser elegibles para Medicaid si sus ingresos quedan por debajo del monto de umbral dentro de los 12 meses.
- Permite a los destinatarios elegibles para 1619(b) obtener los pagos en efectivo de SSI en cualquier momento que los ingresos desciendan por debajo del punto de equilibrio.

- Permite a las personas mantener la elegibilidad para los pagos del SSI en efectivo o la cobertura Medicaid continua después de un período de no elegibilidad sin completar una nueva solicitud.

Unidad de Competencia 2 - Comprender Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es el programa de seguro de salud de nuestro país para personas de 65 años o más, ciertas personas con discapacidades que se encuentran por debajo de los 65 años y personas de cualquier edad que tienen insuficiencia renal permanente. Brinda la protección básica contra el costo de atención de la salud, pero no cubre todos los gastos médicos o el costo de la mayoría de los servicios de atención a largo plazo. Una parte de los impuestos de la Ley Federal de Contribuciones de Seguro (FICA) abonados por los trabajadores y sus empleadores financia el programa Medicare. También es en parte financiado por primas mensuales abonadas por los beneficiarios. Los Centros para Servicios Medicare y Medicaid (CMS) son la agencia federal a cargo del programa Medicare. Sin embargo, la Administración del Seguro Social determina quién es elegible para Medicare, inscribe a las personas en el programa y divulga información general de Medicare.

Medicare versus Medicaid

Muchas personas creen que Medicaid y Medicare son dos nombres diferentes para el mismo programa. En realidad, son dos programas muy diferentes. Medicaid es un programa administrado por el estado diseñado principalmente para ayudar a aquellas personas con bajos ingresos y con algunos recursos. Medicare, en comparación, es un derecho ganado por alguien que ha pagado al fondo de fideicomiso de Medicare a través de impuestos sobre ingresos derivados del trabajo; no está basado en las necesidades. El gobierno federal ayuda a pagar Medicaid, pero cada estado tiene sus propias reglas acerca de quién es elegible y qué se cubre según Medicaid. Por oposición, el programa Medicare original es un programa dirigido federalmente que tiene los mismos estándares de elegibilidad y normas de cobertura a lo largo de los 50 estados. La cobertura Medicaid es típicamente gratuita (con algunas excepciones en determinados estados) mientras que la cobertura Medicare implica primas, copagos y deducibles. Algunas personas reciben ambos, Medicaid

y Medicare. Los CMS se refieren a estas personas como “doblemente elegibles”. La unidad 1 de este módulo ofrece explicaciones exhaustivas acerca de los varios programas Medicaid disponibles para personas con discapacidades.

Puntos Básicos de Medicare

Hay tres partes centrales de Medicare: Parte A, B y D. Medicare Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico complementario) eran las partes originales de Medicare, como resultado se las denomina “Medicare Original”. Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados) se estableció en el 2006. Tal vez se pregunte: “¿Qué sucede con la Parte C?” Parte C es una manera de que los beneficiarios obtengan beneficios de Parte A y B, incluso de Parte D, a través de una compañía de seguro de salud privado.

Esta unidad brindará detalles acerca de cada parte de Medicare, pero tenga en cuenta que no se espera que los CWIC sean expertos en lo que cubre o no cubre Medicare. Cuando los beneficiarios tienen preguntas acerca de la cobertura de Medicare, los CWIC deben derivarlos al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP). SHIP es un programa nacional que ofrece asistencia y orientación individual a las personas con Medicare y a sus familias. A través de los subsidios federales destinados a los estados, los SHIP brindan asesoramiento y asistencia a través del teléfono y reuniones personales. Los orientadores de SHIP pueden ser empleados pagos o voluntarios y realizan un proceso de capacitación detallada para ayudar a contestar una cantidad de preguntas sobre la cobertura de Medicare. Los detalles acerca de SHIP se brindan más adelante en esta unidad.

NOTA: La publicación anual de los CMS “Medicare and You” ofrece una descripción general sencilla de las partes de Medicare. Esta publicación es una guía de referencia muy valiosa para los CWIC sobre las normas de los programas de Medicare. Puede pedir a Medicare que le envíe una copia por correo llamando al 1-800-MEDICARE o descargándola en:
<https://www.medicare.gov/medicare-and-you/medicare-and-you.html>

El siguiente cuadro explica resumidamente las partes de Medicare:

Parte de	Descripción general	Gastos adicionales
Parte A: Seguro del Hospital (HI)	Atención médica en el hospital Rehabilitación posterior a un estado	Deducibles, más coseguro basado en la duración de la estadía
Parte B: Seguro Médico Complementario (SMI)	Servicios de médicos y atención ambulatoria.	Primas mensuales, más por lo general 20% de los cargos habituales aprobados para paciente externo después del
Parte D: Cobertura de medicamentos recetados	Costos de medicamentos recetados.	Varía por Plan de Parte D, por lo general tiene primas mensuales, deducibles, copagos y coseguro

Medicare Parte A

Medicare "Parte A" (también conocida como Seguro del Hospital o HI) ayuda a pagar por la atención en un hospital e instituciones de enfermería especializada, atención de la salud en el hogar y atención en hospicio. Cuando un beneficiario por discapacidad del Título II se vuelve elegible para Medicare se los inscribe automáticamente en Medicare Parte A. El seguro de hospital Parte A no cobra prima para estas personas y no es opcional. Los beneficiarios del Seguro Social que son elegibles para Medicare Parte A no tienen la opción de rechazar la participación. El Seguro Social administra el proceso de inscripción para la Parte A. Si bien no hay una prima mensual para la Parte A para los beneficiarios por discapacidad del Título II, existen deducibles y coseguros. Los detalles de los deducibles y coseguros de la Parte A pueden encontrarse en el siguiente sitio web de Medicare: <https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/costs-at-a-glance/costs-at-a-glance.html>

Conforme al modelo original de Medicare, para usar la Parte A, el beneficiario ubica a un proveedor médico que acepte Medicare y recibe servicios médicos de dicho proveedor; luego el proveedor le factura a Medicare (generalmente un contratista de Medicare que procesa reclamos y pagos) para cubrir lo permitido por las normas de Medicare.

Medicare Parte B

Medicare “Parte B” (también conocida como Seguro Médico Complementario o SMI) ayuda a pagar médicos, atención ambulatoria y otros servicios médicos. Cualquier persona que sea elegible para el seguro del hospital de Medicare (Parte A) con prima gratuita también puede inscribirse en el seguro médico complementario de Medicare (Parte B). Cuando un beneficiario por discapacidad del Título II se vuelve elegible para Medicare automáticamente se lo inscribe en la Parte B. El Seguro Social administra el proceso de inscripción para la Parte B. La prima mensual estándar para la Parte B es de \$134.00/mes en el 2017. Si los ingresos anuales de un beneficiario son mayores a \$85,000 (\$170,000 para una pareja), tendría una prima más elevada. El Seguro Social por lo general deduce la prima de la Parte B del beneficio de Título II del beneficiario. La Parte B también tiene un deducible anual de \$ 183 (en 2017) y un coseguro de aproximadamente 20 por ciento. Las primas de Medicare para 2018 y demás costos de bolsillo no se publicaron a tiempo para incluirlas en el Manual de Capacitación de WIPA para 2018. Sin embargo, los CMS publican estas cifras en los sitios web de Medicare ni bien se anuncian. Los detalles de la prima, deducible y coseguro de la Parte B pueden encontrarse en el siguiente sitio web de Medicare: <https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/costs-at-a-glance/costs-at-a-glance.html>

Los beneficiarios tienen la opción de no elegir la Parte B, pero es importante que entiendan las consecuencias de dicha decisión. Los beneficiarios que no optan por la Parte B podrían tener que pagar una penalidad de prima (una prima mensual más alta) si optan por inscribirse en la Parte B más adelante. La prima mensual de la Parte B se incrementará en un 10 por ciento por cada período completo de 12 meses que el beneficiario podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió en ella. No hay una penalidad de prima para ningún mes en que el beneficiario tuviera seguro de salud auspiciado por el empleador (a través de su propio empleador o del empleador de su cónyuge). Los meses de

cobertura en virtud de COBRA no califican como cobertura en virtud de un plan de salud auspiciado por el empleador.

Más adelante en esta unidad, se brindará información sobre la asistencia financiera denominada Programas de Ahorro de Medicare (MSP), que pueden ayudar a pagar la prima de la Parte B y otros costos de bolsillo. Algunos beneficiarios dicen que no quieren inscribirse en la Parte B porque creen que no pueden pagar por ella. Cuando esto sucede, los CWIC deberían brindar información sobre los Programas de Ahorro de Medicare y derivar la persona a un orientador de SHIP para conversar acerca de sus opciones. Si un beneficiario está sujeto a una prima más alta de Parte B debido a la penalidad de prima, es posible eliminar la penalidad si se determina que el beneficiario es elegible para un nuevo período de derecho a Medicare (como por ejemplo al cumplir 65 años) o si determina que es elegible para el Programa de Ahorros de Medicare. Al igual que con la Parte A, para usar Medicare Parte B conforme al modelo original, el beneficiario ubica a un proveedor médico que acepte Medicare y recibe servicios médicos de dicho proveedor; luego el proveedor le factura a Medicare (generalmente un contratista de Medicare que procesa reclamos y pagos) para cubrir lo permitido por las normas de Medicare.

Medicare Parte D

Medicare Parte D es la parte más nueva de Medicare y ayuda a pagar los costos de los medicamentos recetados para los beneficiarios de Medicare en los Estados Unidos. Fue aprobado como parte de la Ley de Modernización y Mejora de Medicamentos Recetados de Medicare de 2003 (MMA) y entró en vigencia el 1 de enero de 2006. Cualquier persona que esté inscrita en Medicare Parte A o Parte B también puede inscribirse en la Parte D. A diferencia de las Partes A y B, el Seguro Social no procesa las inscripciones a la Parte D. Los beneficiarios deben inscribirse directamente en un Plan de Medicamentos Recetados (PDP) de Medicare Parte D o con un Plan de Ventajas de Medicare (Parte C descrito más adelante). Las compañías de seguro privadas que contratan con los CMS para participar en el programa Medicare Parte D desarrollan y operan los planes de medicamentos recetados. Según el Plan de Medicamentos Recetados, los beneficiarios pueden tener una prima mensual, un deducible anual (no más de \$405 por año en 2018) y pagos de coseguro.

Con respecto a la prima, los beneficiarios que no optan por la Parte D podrían tener que pagar una penalidad de prima (una prima mensual más alta) si optan por inscribirse en la Parte D más adelante. Se debería pagar una penalidad de prima si el beneficiario se encuentra durante un período ininterrumpido de 63 días o más sin cobertura acreditable. La prima mensual de Parte D podría incrementar un 1 por ciento de la "prima de beneficiario de base nacional" las veces equivalentes a la cantidad de los meses completos sin cobertura que el beneficiario podría haber tenido Parte D pero que eligió no inscribirse. Los meses que el beneficiario tuvo cobertura acreditable no contarán para calcular la penalidad. Existe un programa de asistencia financiera, Subsidio por Bajos Ingresos (también conocido como Ayuda Extra), que puede ayudar a pagar la prima de la Parte D. Este programa se analizará más adelante en esta unidad.

Para más información sobre lo que los CMS consideran "cobertura comprobable" consulte <https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/CreditableCoverage/index.html?redirect=/creditablecoverage/>

Para más información sobre las penalidades de prima de Medicare y las formas de evitar incurrir en este costo, consulta el sitio web de Medicare aquí:

<https://www.medicare.gov/part-d/costs/penalty/ways-to-avoid-part-d-late-enrollment-penalty.html>

Un PDP podría tener un deducible y tres fases de coseguro:

- **Deducible:** No más de \$405 por año en 2018
- **Fase 1 - Cobertura inicial:** Se le podría cobrar al beneficiario hasta el 25 por ciento de coseguro. Esta fase finaliza cuando el beneficiario y su plan de medicamentos pagan \$3,750 de gastos en medicamentos en 2018.
- **Fase 2 - Sin cobertura:** Si un plan tiene un período sin cobertura, el beneficiario pagará el 35 por ciento por los medicamentos de marca y el 44 por ciento por medicamentos genéricos en 2018. El período sin cobertura solía denominarse "hueco en la cobertura" porque los beneficiarios, históricamente, tenían que pagar el 100 por ciento de los gastos en medicamentos. Según la Ley de Atención Médica Accesible (ACA), se está

eliminando el período sin cobertura. Para 2020 el coseguro del beneficiario se reducirá a 25 por ciento para medicamentos genéricos y de marca, hasta el punto en que el beneficiario alcance el nivel de cobertura por catástrofe.

- **Fase 3 - Cobertura por catástrofe:** Luego de que un beneficiario ha pagado \$5,000 (2018) de gastos en medicamentos, se pasa a la cobertura por catástrofe. Una vez que un beneficiario se pasa a la cobertura por catástrofe, paga un monto pequeño de coseguro o un copago por los medicamentos cubiertos durante el resto del año.

Los beneficiarios que son elegibles para el programa de Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) recibirán ayuda financiera para pagar estos gastos adicionales de la Parte D. Puede encontrar detalles acerca de cuándo comienza el período sin cobertura y cuándo termina en el siguiente sitio web de Medicare:

<https://www.medicare.gov/part-d/costs/coverage-gap/part-d-coverage-gap.html>

Los CWIC deben derivar a los beneficiarios a SHIP si piensan en no elegir la Parte D o necesitan ayuda para elegir un plan. Los estados inscribirán automáticamente a los beneficiarios que son elegibles para Medicaid en un plan de la Parte D cuando Medicare comience, a menos que elijan un plan ellos mismos.

Planes de Ventajas de Medicare (Parte C)

La Parte C de Medicare también se conoce como Ventajas de Medicare (MA). Los Planes MA brindan una opción para que los beneficiarios de Medicare obtengan servicios de Parte A y Parte B de Medicare, y en algunos casos Parte D, a través de un plan de salud privado. Estas opciones de planes de salud son parte del programa Medicare federal, pero son operados por compañías de seguro privadas. Una gran variedad de planes MA están disponibles en muchas áreas del país. Los diferentes planes de MA cubren diferentes servicios, y los costos de estos planes también varían ampliamente. Las personas que se unen a uno de estos planes, en general, obtienen toda su atención médica cubierta por Medicare a través de aquel plan y la cobertura puede incluir cobertura de medicamentos recetados.

Los Planes de Ventajas de Medicare incluyen:

- Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO)
- Organización de Proveedor Preferido (PPO)
- Planes Arancel Por Servicio Privados
- Planes de Necesidades Especiales Medicare

Las personas que se unen a un Plan de Ventajas de Medicare utilizan su tarjeta de seguro de salud que obtienen del plan para todos los puntos o servicios de atención de la salud. En la mayoría de estos planes, existen beneficios extra y copagos menores que en el Plan Medicare Original. Sin embargo, algunas personas pueden tener que atenderse con los médicos que pertenecen al plan o dirigirse a ciertos hospitales para obtener los servicios.

Para sumarse al Plan de Ventajas de Medicare, los individuos deben tener tanto Medicare Parte A y Parte B. Además de la prima de Parte B, puede que los participantes de algunos Planes de Ventajas de Medicare tengan que pagar una prima mensual adicional a su Plan de Ventajas de Medicare por los beneficios extra que les ofrece su plan. Las personas que se unen a un Plan de Ventajas de Medicare no necesitan una póliza Medigap (que se describe a continuación), ya que los planes Medigap no pagan deducibles, copagos u otra participación en los gastos según un Plan de Ventajas de Salud de Medicare. Por lo tanto, las personas que deciden unirse a un Plan de Ventajas de Medicare pueden querer omitir las pólizas Medigap.

Los planes de Ventajas de Medicare a menudo ofrecen beneficios extra que las personas inscritas en el Plan Medicare Original no reciben. El CMS evalúa la calidad de los servicios brindados a través de planes de la Parte C utilizando un "sistema de calificación de estrellas" que puede ayudar a las personas a evaluar los diferentes planes. Se encuentra disponible más información acerca de los planes, servicios y calificaciones en: <http://www.medicare.gov>

Complementos Medicare o Planes Medigap

Aunque Medicare es un recurso valioso, no cubre todas las cuestiones o los servicios médicos que una persona podría necesitar. Además, debido a que Medicare implica deducibles y pagos de coseguro, algunas personas terminan con muchos gastos no cubiertos elevados. Las pólizas de seguro complementario de Medicare, también denominadas “Planes Medigap”, pueden ayudar a llenar vacíos en los servicios y cubrir determinados gastos adicionales no cubiertos. Estas son pólizas de seguro privadas que los beneficiarios de Medicare tienen la opción de comprar, pero cuya existencia es obligatoria en cada estado. Una amplia gama de planes está disponible y los planes varían de manera significativa en el monto de cobertura que prestan y cuánto les cuesta. Las compañías de seguro sólo pueden vender pólizas Medigap “estandarizadas”, que deben contar con beneficios específicos para que las personas puedan compararlas fácilmente. Es importante comparar las pólizas Medigap porque los costos y cobertura pueden variar significativamente.

Si un beneficiario tiene Medicaid, por lo general las compañías de seguros tienen prohibido vender a la persona un plan Medigap. Esto se debe a que Medicaid actuará como seguro secundario a Medicare y cubrirá los tipos de costos que por lo general cubriría Medigap. Otra consideración es que los beneficiarios de Medicare también pueden reducir sus gastos no cubiertos inscribiéndose en un Plan de Ventajas de Medicare. Para algunos beneficiarios, esta puede ser una mejor opción que comprar una póliza Medigap, según las necesidades específicas de atención de la salud que tenga la persona.

Los beneficiarios pueden visitar www.medicare.gov para encontrar herramientas electrónicas interactivas para comparar diversos planes Medicare y Medigap. Los CWIC también pueden derivar a los beneficiarios a un orientador SHIP para ayudarlos a decidir si un plan Medigap sería útil. Para obtener más información sobre las pólizas Medigap, incluso cómo decidir si una póliza Medigap es adecuada y qué cubren las pólizas Medigap, se aconseja a los CWIC que lean la publicación titulada “Elegir una Póliza Medigap: Una Guía para el Seguro de Salud para las Personas con Medicare”, que se encuentra en línea en: <https://www.medicare.gov/pubs/pdf/02110-medicare-medigap.guide.pdf>

Elegibilidad para Medicare

Estos grupos específicos de personas son elegibles para Medicare:

- Personas de 65 años y más que no están asegurados por los beneficios de retiro conforme al Seguro Social, ya sea por medio de su propio trabajo o por medio del trabajo del cónyuge.
- Personas que reciben el Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI) que han cumplido el período de calificación para Medicare de 24 meses.
- Las personas que reciben beneficios como Beneficiarios por Discapacidad en la Niñez (CDB) que han cumplido con el período de calificación de 24 meses.
- Personas que cumplen con los estándares de discapacidad del Seguro Social y que tienen derecho a beneficios para viudo(a) discapacitado(a) (DWB) o Medicare por el registro de un trabajador fallecido y que hayan cumplido con el período de calificación de 24 meses.
- Personas que perdieron los beneficios por discapacidad del Título II debido al trabajo y que están en el Período Extendido de Cobertura Medicare (EPMC).
- Personas con discapacidades que han agotado su Período Extendido de Cobertura Medicare (EPMC) y son elegibles para comprar la cobertura Medicare Partes A, B y D a través de Premium-Hi para Personas con Discapacidades y en Actividad Laboral.
- Personas que padecen Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) y que han estado recibiendo diálisis durante tres meses, o que han estado realizándose autodiálisis durante un mes o que han recibido un trasplante de riñón. Hay que tener en cuenta que una persona que recibe Medicare conforme a las disposiciones de Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) no tiene que cumplir con el período de calificación de 24 meses.

- Empleados del gobierno que pagaron impuestos Medicare y cumplen con cualquiera de las categorías antes mencionadas.
- Personas de 65 años o más que no están aseguradas por los beneficios de retiro del Seguro Social y pagan una prima por la Parte A así como también las otras partes de Medicare.

La mayoría de los beneficiarios a los que los proyectos de WIPA prestan servicios son elegibles para Medicare en base a su derecho al beneficio por discapacidad del título II (SSDI, CDB o DWB). Existen otras dos maneras de obtener Medicare con las cuales pueden encontrarse los CWIC. Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal y Empleados del Gobierno Calificados para Medicare.

Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)

La ESRD es una afección de los riñones causada por muchos factores que requiere diálisis o trasplante de riñón. Es posible que una persona se vuelva elegible para Medicare por tener este diagnóstico si cumple con otros criterios, incluyendo:

- Haber estado recibiendo diálisis durante tres meses, o haber estado realizándose autodiálisis durante un mes o haber recibido un trasplante de riñón; y
- Tener derecho a un beneficio mensual conforme al Título II o a la Ley de Retiro de Empleados Ferroviarios o estar totalmente o actualmente asegurado, o tener un cónyuge o ser el hijo dependiente de una persona que tiene derecho a un beneficio mensual o está totalmente o actualmente asegurada.

Para acceder a Medicare sobre la base del diagnóstico de ESRD, no es necesario que la persona reciba un beneficio en efectivo del Seguro Social, que cumpla con la definición de discapacidad del Seguro Social o que tenga determinada edad. Como resultado, los requisitos para establecer la condición de asegurado para Medicare por ESRD son mucho más fáciles de cumplir que las normas para beneficios en efectivo por discapacidad.

Medicare por ESRD también tiene normas diferentes para cuándo comienza y termina la cobertura. Medicare por ESRD generalmente

comienza con el tercer mes posterior al comienzo de la diálisis. La cobertura puede comenzar antes si la persona se autoadministra diálisis o si previamente tenía derecho a Medicare conforme a las disposiciones de ESRD. La cobertura finaliza a los 12 meses posteriores a la finalización de la diálisis o a los 36 meses posteriores a un trasplante exitoso. Un punto importante para que sepan los CWIC es que la actividad laboral no afecta la elegibilidad continua de una persona para Medicare por ESRD.

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de ESRD, consulte la Cobertura de Medicare de Servicios de Diálisis y Trasplante Renal publicado por los CMS, que puede encontrarse en línea en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10128-Medicare-Coverage-ESRD.pdf>

Empleados del Gobierno Calificados para Medicare (MQGE)

Los Empleados del Gobierno Calificados para Medicare (MQGE) son personas que trabajaron y pagaron los impuestos al fondo de fideicomiso de Medicare pero no los impuestos al fondo de fideicomiso del Seguro Social. Los beneficios Medicare para estas personas siguen todas las mismas normas de beneficios por discapacidad que se aplican a los beneficios para las personas que pagaron los impuestos del Seguro Social. Por ejemplo, estas personas deben esperar 29 meses calendario completos desde la fecha en que comienza la discapacidad para volverse elegibles para Medicare. Esto representa los cinco meses completos del período de espera del beneficio más el Período de Calificación para Medicare de 24 meses (MQP). Asimismo, algunos dependientes pueden recibir el derecho a los registros de trabajo MQGE. Estos dependientes no reciben pagos en efectivo, pero si cumplen con los requisitos adecuados para recibir cobertura Medicare, entonces pueden recibir la cobertura Medicare. Las personas que reciben cobertura Medicare por MQGE pueden continuar con esta cobertura si pasan las revisiones médicas y pagan las primas de Medicare.

A diferencia de Medicare por ESRD, el trabajo puede afectar la elegibilidad para Medicare para un MQGE. Cuando comienza el derecho a recibir beneficios de Medicare, el beneficiario recibe un Período de Trabajo de Prueba (TWP) de 9 meses. Durante el TWP el beneficiario conserva Medicare sin importar el monto que gane. Después del TWP, si los ingresos contables del beneficiario están por debajo del nivel de

Actividad Sustancial y Lucrativa (SGA), la elegibilidad para Medicare simplemente continua. Si el Seguro Social determina que el beneficiario desempeña una SGA, el Período Extendido de Cobertura Medicare (EPMC) extiende la elegibilidad para Medicare por MQGE de la misma manera que lo haría para alguien que recibe pagos del SSDI. El EPMC es un incentivo laboral que se explicará más adelante en esta unidad.

Período de Calificación para Medicare

El Período de Calificación para Medicare (MQP) es diferente del período de espera de beneficios por discapacidad del Seguro Social de cinco meses. El MQP de 24 meses comienza con el primer mes en el que la persona tiene derecho a un pago después de un período de espera de cinco meses. La cobertura Medicare generalmente comienza el primer día del mes 25 de elegibilidad para beneficios por discapacidad del Título II con algunas excepciones.

Ejemplo de un período de calificación para un beneficiario del SSDI:

Denny sufrió una lesión de la columna vertebral el 10 de noviembre de 2015. Debido a que el período de espera debe ser en meses calendario completos, el período de espera por discapacidad de Denny para SSDI fue desde diciembre de 2015 hasta abril de 2016. Su derecho a SSDI comenzó en mayo de 2016. La cobertura Medicare y su derecho comienza para Denny el 1 de mayo de 2018, siempre que Denny todavía tenga una discapacidad que cumpla con las normas del Seguro Social.

Cuando un Seguro Social aprueba el beneficio por discapacidad de un beneficiario años más tarde de haberlo solicitado, es posible que una persona pueda haber cumplido la totalidad o parte del período de calificación de 24 meses al momento en que los beneficios en efectivo comienzan a ser pagados.

Ejemplo de un período de calificación para un beneficiario del SSDI: Frieda recibió la carta de aprobación para sus beneficios por discapacidad del Seguro Social en diciembre de 2017, después de apelar su rechazo inicial. El Servicio de Determinación de Discapacidad del estado donde Frieda vivía determinó que ella había quedado discapacitada el 15 de marzo de 2015. Su período

de espera por discapacidad de cinco meses fue desde abril hasta agosto de 2015. Como resultado, su primer mes de elegibilidad fue septiembre del 2015. Aunque Frieda no recibió pagos en efectivo hasta enero de 2017, el período de calificación para Medicare comenzó en septiembre de 2015, su primer mes de derecho a los pagos. A Frieda se le deberá la cobertura Medicare desde el 1 de septiembre de 2017, el primer día del mes 25 después de que comenzara su derecho al SSDI.

No es necesario que el período de calificación de 24 meses se cumpla de manera consecutiva. Si el Seguro Social finaliza la elegibilidad de una persona para los beneficios en efectivo y le vuelve a otorgar derecho a estos dentro de cinco años de la finalización, los meses anteriores a la elegibilidad pueden cumplir total o parcialmente con el período de calificación para Medicare. Si la discapacidad es la misma que la de la elegibilidad anterior o está relacionada con esta, es posible que el período de tiempo para volver a tener derecho a los beneficios mencionados anteriormente sin un nuevo período de calificación sea indefinido.

Ejemplo de elegibilidad anterior que ayuda a cumplir con el período de calificación:

A Dorothy se le manifestó un cáncer de mama y tenía derecho al Seguro de Discapacidad del Seguro Social. Su fecha de comienzo fue el 15 de abril de 2017. Su período de espera de cinco meses fue de mayo a septiembre de 2017 y obtuvo el derecho al SSDI en octubre de 2017. En septiembre de 2018, el cáncer de Dorothy se encontraba en remisión completa y ella informó la mejoría médica. El Seguro Social finalizó sus beneficios en octubre de 2018. En ese momento, había cumplido 12 meses de su Período de Calificación para Medicare. Si Dorothy vuelve a adquirir el derecho a los pagos por discapacidad dentro de los cinco años desde la fecha en que el Seguro Social finalizó sus beneficios, ella sólo necesitaría cumplir los últimos 12 meses del período de calificación para que comience su cobertura Medicare.

Ejemplo de persona con la misma discapacidad que vuelve a ser elegible para los beneficios:

Frances nació con una discapacidad física grave. Cuando tenía 25, obtuvo el derecho al SSDI. Recibió beneficios durante cinco años, antes de perderlos en enero de 2011. En mayo de 2018, Frances

volvió a adquirir el derecho al SSDI por la misma discapacidad. Debido a que Frances obtuvo derecho al SSDI en virtud de la misma discapacidad, no tuvo que cumplir nuevamente con el Período de Calificación para Medicare de 24 meses.

Los beneficiarios continúan cumpliendo el MQP aun cuando el beneficiario no está en la categoría de pago en efectivo debido a los ingresos de nivel de SGA durante el Período de Elegibilidad Extendido (EPE). Existe una percepción incorrecta de que si cesan los pagos en efectivo, los beneficiarios también dejan de cumplir el MQP. De hecho, no existe relación entre la recepción de los pagos en efectivo durante el EPE y los meses de cumplimiento del MQP.

Ejemplo de período de calificación y el EPE:

Gary se convirtió en discapacitado el 1 de enero de 2016 debido a un accidente automovilístico. La discapacidad de Gary es permanente. Su período de espera para los beneficios de SSDI fue desde enero hasta mayo de 2016. Adquirió derecho al SSDI en junio de 2016. En julio de 2017, Gary regresó a trabajar. No estaba realizando una SGA, pero trabajaba constantemente. En octubre de 2017, Gary recibió un aumento y un incremento en sus horas, haciendo que sus ingresos fueran sustanciales. Su Período de Trabajo de Prueba terminó en enero de 2018 y sus beneficios en efectivo cesaron luego de su Período de Gracia (febrero de 2018 - abril de 2018) debido a la SGA. Aunque Gary no tenía pagos adeudados en vigencia a partir de mayo de 2018, su MQP aún estaba corriendo. Su cobertura se efectivizó en junio de 2018.

Período de calificación para Medicare para Beneficiarios por Discapacidad en la Niñez (CDB)

Un Beneficiario por Discapacidad en la Niñez (CDB) no puede alcanzar su MQP antes de que cumpla 20 años. Recuerde, lo más temprano que puede comenzar elegibilidad para CDB es el mes en el que la persona cumple 18 años. Esto significa que los 24 meses de MQP no comenzarán a correr hasta el mes en que se cumplen los 18 años, como temprano. En consecuencia, lo más temprano que puede finalizar el MQP de 24 meses para un Beneficiario por Discapacidad en la Niñez es el cumpleaños número 20. Las personas que pierden el derecho a CDB y a quienes el Seguro Social vuelve a otorgarles el derecho a recibir beneficios más

adelante no tendrán que pasar por el período de calificación de 24 meses si la readquisición del derecho ocurre dentro de los siete años.

Ejemplo de período de calificación para CDB:

Michael ha estado discapacitado desde su nacimiento. Cumplió 18 años en enero de 2016. Tenía derecho a los beneficios habituales para niños hasta diciembre de 2015 y obtuvo derecho a los beneficios CDB en enero de 2016. Aunque Michael tuvo una discapacidad que comenzó con anterioridad, el período de calificación no puede comenzar hasta el mes en que cumple 18 años. Michael recibirá cobertura Medicare en enero de 2018. (Nota: No existe nunca un período de espera de cinco meses para los beneficios CDB).

Período de Calificación para Medicare para Beneficios para Viudo(a) Discapacitado(a) (DWB)

Los Beneficiarios Viudos Discapacitados pueden cumplir el MQP a través del derecho actual a los beneficios DWB o pueden cumplir el MQP con la elegibilidad previa a los beneficios del SSI. Las personas que reciben DWB pueden continuar recibiendo Medicare conforme a la elegibilidad para DWB, incluso si tienen derecho a una clase diferente de beneficio en efectivo del Título II, tal como retiro anticipado, que no confiere elegibilidad para Medicare.

Cuando un destinatario antiguo o actual del SSI adquiere el derecho (o se considera que tiene derecho a los efectos de Medicare únicamente) a DWB, el beneficio DWB recibirá crédito para el MQP de 24 meses por todos los meses durante un período de elegibilidad para el SSI a partir del primer mes durante el cual el individuo recibió cualquier pago hasta el mes de otorgamiento de derecho (o consideración de derecho) al beneficio DWB. Todos los meses cuentan, incluyendo los meses en que no se emitieron pagos o hubo suspensiones y cancelaciones. Los mismos meses de SSI/SSP que el Seguro Social acredita para el período de espera de DWB de cinco meses también pueden ser acreditados por la agencia para el MQP de 24 meses.

Ejemplo de período de calificación para DWB sin elegibilidad para SSI previa:

Marge tuvo una lesión en la médula espinal el 5 de mayo de 2016. Marge obtuvo el derecho a los beneficios DWB en noviembre de 2016, después de cumplir su período de espera de cinco meses por discapacidad. El Medicare de Marge comenzó en noviembre de 2018.

Ejemplo de período de calificación para DWB con elegibilidad para SSI previa:

Linda recibió SSI durante varios años; luego su exesposo murió en mayo de 2017. El Seguro Social utilizó su elegibilidad para SSI previa para cumplir con el período de calificación para Medicare. La cobertura Medicare de Linda comenzó en mayo de 2017.

Ejemplo de período de calificación con Medicare DWB y beneficios de Niño en Cuidado o de la Madre:

Jane tenía 58 años cuando su marido falleció en febrero de 2016. Su hijo menor tenía 15 años. Aunque Jane tenía una discapacidad, era financieramente ventajoso para ella recibir beneficios como madre de un niño menor de 16 años, denominado beneficios de la Madre o beneficios de "Niño en Cuidado". Jane solicitó los beneficios de Niño en Cuidado y Medicare conforme al DWB. Aunque previamente Jane no tenía derecho a los beneficios del Seguro Social, el Seguro Social pudo establecer que su discapacidad comenzó nueve meses antes de la solicitud. De esta forma, Jane cumplió el período de prueba de cinco meses antes de solicitar los beneficios de Madre y de DWB. Aunque la discapacidad comenzó en el pasado, sus beneficios en efectivo no podían ser retroactivos ya que el mes en que falleció su marido fue el primer mes posible de pago de este beneficio. Su MQP comenzó con el primer mes de elegibilidad para los beneficios de Madre y su Medicare se efectivizó dos años después, en febrero de 2018.

Excepciones al Período de Calificación para Medicare (MQP)

Las personas que obtienen el derecho a los beneficios por discapacidad del Título II deben completar el MQP antes de que pueda comenzar la cobertura Medicare. Existen algunas excepciones específicas a esta

norma general, en especial para las personas que estaban recibiendo beneficios por discapacidad en algún momento en el pasado y a las que luego el Seguro Social volvió a otorgarles el derecho a dichos beneficios.

Las Enmiendas de 1980 a la Ley del Seguro Social aplicaron unos cambios importantes a las normas del MQP. A partir de diciembre de 1980, el Seguro Social puede contar los meses de los períodos previos de derecho a beneficios por discapacidad al momento de determinar cuándo los beneficiarios cumplen con el requisito del MQP de 24 meses en determinadas circunstancias. Esta excepción se aplica cuando se da una de las siguientes situaciones:

- Un periodo previo de otorgamiento de derecho a beneficios DIB finalizó hace menos de cinco años (60 meses) antes del mes en que apareció la discapacidad actual. Esto significa que si los beneficios DI de un individuo finalizaron hace menos de cinco años y esa persona ahora vuelve a tener derecho a los beneficios, puede solicitar los meses que haya cumplido del MQP del período previo de otorgamiento al período actual de otorgamiento. Para muchas personas, eso significa que ya han cumplido el MQP y Medicare puede empezar de inmediato.
- Un periodo previo de otorgamiento de derecho a beneficios DWB o CDB finalizó hace menos de siete años (84 meses) antes del mes en que apareció la discapacidad actual. Nuevamente, esta excepción permite a estas personas solicitar los meses de cumplimiento del MQP bajo el período previo de otorgamiento hasta el período actual de otorgamiento. En muchos casos, las personas habrán cumplido el MQP completo en el pasado y Medicare podrá empezar de inmediato una vez obtenido el otorgamiento de derechos a los beneficios.
- La condición incapacitante actual es la misma que la condición que sirvió como base para los beneficios por discapacidad, o está directamente relacionada con dicha condición, durante un período previo de otorgamiento del derecho a beneficios por discapacidad. Esta excepción únicamente se aplica a las personas cuyo período previo de otorgamiento haya finalizado después del 29 de febrero de 1988.

- Una persona cuyo otorgamiento previo del derecho a beneficios por discapacidad ha finalizado por razones que no estén relacionadas con la discapacidad antes del 1 de marzo de 1988 tiene derecho otra vez a recibir los beneficios por discapacidad con la misma fecha de aparición de la discapacidad. Si el período previo de otorgamiento de la persona finalizó después del 29 de febrero de 1988, los meses previos de otorgamiento pueden contar conforme a la norma anterior.

Esta información puede encontrarse en POMS HI 00801.152 Contar Meses en Casos de Reotorgamiento. Esta cita también da algunos buenos ejemplos que hace que se puedan comprender más fácilmente estas situaciones. Esta cita se encuentra disponible en línea en: <https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0600801152>

También existen algunas circunstancias adicionales cuando el MQP se exime por completo o se acorta para las personas que no han tenido un período anterior de derechos:

- Las personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) pueden solicitar y recibir cobertura Medicare sin esperar una revisión completa de discapacidad ni el otorgamiento de pagos en efectivo. Este grupo de elegibilidad para Medicare está especialmente diseñado para personas con ESRD y cuenta con sus propias normas.
- La Ley Pública 106-554 enmendó el artículo 226 de la Ley del Seguro Social para eximir el período de espera de 24 meses para cobertura de Medicare en el caso de personas discapacitadas para las cuales se haya determinado médicamente que padecen Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS), más conocida como enfermedad de Lou Gehrig. La fecha de otorgamiento de Medicare es la fecha de otorgamiento de DIB, DWB o CDB en base a un diagnóstico de ALS o a partir del 1 de julio de 2001, lo que sea posterior. Esta disposición afecta tanto a los beneficiarios nuevos como a los actuales.
- Cuando un destinatario antiguo o actual del SSI adquiere el derecho (o se considera que tiene derecho a los efectos de Medicare únicamente) a DWB, el beneficio DWB recibirá crédito para el MQP de 24 meses por todos los meses durante un período de elegibilidad para el SSI a partir del primer mes durante el cual el individuo recibió cualquier pago hasta el mes de otorgamiento

de derecho (o consideración de derecho) al beneficio DWB. Todos los meses cuentan, incluyendo los meses en que no se emitieron pagos o hubo suspensiones y cancelaciones. Los mismos meses de SSI/SSP que el Seguro Social acredita para el período de espera de DWB de cinco meses también pueden ser acreditados por la agencia para el MQP de 24 meses.

ADVERTENCIA: Existen algunas normas complicadas de Medicare para los DWB que no se describen en esta unidad porque son relativamente ambiguas. Recuerde, los CWIC siempre deben verificar exactamente qué tipo de beneficios por discapacidad del Título II está recibiendo la persona. Cuando los CWIC se encuentran con DWB con problemas en relación con Medicare, deben contactar a su Enlace de Asistencia Técnica del NTDC de VCU para obtener asistencia.

Períodos de inscripción para Medicare

Las personas elegibles pueden inscribirse en Medicare sólo en momentos específicos. El período de inscripción inicial (IEP) ocurre cuando la persona se convierte en elegible para Medicare por primera vez. El Período de Inscripción General (GEP) tiene lugar anualmente y el Período de Inscripción Especial (SEP) se otorga a las personas elegibles cuando se producen ciertos cambios en otra cobertura de salud. Los estados inscriben automáticamente a los beneficiarios por discapacidad del Seguro Social en Medicare Partes A y B cuando se convierten en elegibles por primera vez, excepto para residentes de Puerto Rico y países extranjeros.

Período de Inscripción Inicial (IEP)

El período de inscripción inicial es la primera oportunidad que tiene una persona para inscribirse en Medicare sobre la base de los beneficios de discapacidad o al cumplir 65 años. Es un período de siete meses que comienza tres meses antes del primer mes de la posible cobertura Medicare y termina a los tres meses seguidos a ese mes. Los CMS envían una tarjeta Medicare automáticamente. Si una persona quiere las dos partes de Medicare, sólo necesita guardar la tarjeta y la cobertura Partes A y B de Medicare comenzará automáticamente. Si una persona no quiere recibir Medicare Parte B, regresa la tarjeta firmada a quien la envió. Regresar la tarjeta indica negación de la cobertura de la Parte B.

Durante este tiempo una persona puede elegir inscribirse en un Plan de Ventajas de Medicare (Parte C) y en un Plan de Medicamentos Recetados (Parte D).

Período de Inscripción General (GEP) o Período de Inscripción Abierta

Cada año calendario, las personas elegibles que no tienen Parte A o B de Medicare pueden inscribirse durante el Período de Inscripción General (GEP). El GEP dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Cuando las personas se inscriben durante el GEP, la cobertura Medicare comienza el primer día de julio del año en que el beneficiario realizó la solicitud. Recuerde, si han pasado más de 12 meses entre el tiempo en que la persona podría haber recibido Medicare por primera vez y el tiempo en que el beneficiario se inscribe realmente, la prima puede ser más elevada. Para Medicare Partes C y D, el Período de Inscripción Abierta tiene lugar entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Y como con la Parte B, si un beneficiario no opta por inscribirse en la Parte D cuando son elegibles por primera vez podrían tener una prima más alta si se inscriben en la Parte D en el futuro.

Período de Inscripción Especial (SEP)

Una vez que finaliza el Período de Inscripción Inicial de un beneficiario, este podrá tener la oportunidad de registrarse en Medicare durante un Período de Inscripción Especial (SEP). El SEP permite a ciertas personas registrarse para la Parte A y/o la Parte B en cualquier momento siempre que cumplan con ciertos criterios.

Para ser elegible para un Período de Inscripción Especial, la persona debe estar inscrita en un plan de salud de grupo (GHP) o en un plan de salud de grupo amplio (LGHP) basado en empleo (el empleo de la persona o el empleo de un cónyuge). Las personas también tienen un SEP de ocho meses para la Parte A y/o la Parte B que comienza en el primero de los siguientes momentos:

- El mes después de la finalización del empleo, o
- El mes después de la finalización del seguro del plan de salud de grupo basado en el empleo actual.

En la mayoría de los casos, las personas que se inscriben en Medicare durante un SEP no tienen que pagar un recargo de prima. El SEP para Parte C y D conlleva un conjunto diferente de circunstancias. La lista de circunstancia puede encontrarse en la Publicación del CMS “Understanding Medicare Part C and D Enrollment Periods” [Comprender los Períodos de Inscripción en la Parte C y D], que está disponible en línea en el siguiente enlace:
<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11219-Understanding-Medicare-Part-C-D.pdf>

Período de elección coordinada anual

Medicare utiliza un período de elección anual adicional para los cambios a Medicare Parte D y Medicare Parte C (planes de Ventajas de Medicare). Dicho período se denomina el Período de Elección Coordinada Anual (ACEP). Durante el ACEP, los beneficiarios de Medicare pueden cambiar los planes de medicamentos recetados, pueden cambiar los planes de Ventajas de Medicare, volver a Medicare original o inscribirse en un plan de Ventajas de Medicare por primera vez. Desde el otoño de 2011, el ACEP durará cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

NOTA: Si un beneficiario tiene Medicare y Medicaid o está inscrito en el Programa de Subsidios por Bajos Ingresos Parte D (también conocido como “Ayuda Extra”), esta persona puede unirse, cambiar o abandonar un plan de Ventajas de Medicare o un plan Medicare Parte D en cualquier momento. Más adelante en esta unidad, se brinda información más detallada sobre el Programa de Subsidios por Bajos Ingresos.

Incentivos laborales de Medicare y cuándo finaliza Medicare

El derecho a Medicare para los individuos con discapacidades comienza cuando termina el MPQ. Esto ocurre generalmente el primer día del mes 25 de adquirir el derecho a beneficios en efectivo. Este es el primer mes por el que los proveedores de servicios médicos pueden facturar a Medicare. Medicare no ofrece retroactividad de cobertura, lo que significa que los beneficiarios no pueden utilizar Medicare para cubrir facturas médicas en las que incurran antes del mes inicial de cobertura.

Cuándo finaliza Medicare

La cobertura Medicare se detendrá si una persona deja de cumplir con el estándar de discapacidad del Seguro Social. En la mayoría de los casos, lo más temprano que la cobertura Medicare puede detenerse es durante el mes posterior al mes en que la persona recibe la notificación de que el Seguro Social ha finalizado sus beneficios por discapacidad. No existe retroactividad para la finalización de Medicare. La cobertura de Medicare también finalizará si un beneficiario deja de pagar las primas.

Cuando los beneficiarios por discapacidad del Título II cumplen 65 años de edad, el derecho a Medicare basado en la discapacidad finaliza y comienza la elegibilidad para Medicare sobre la base de la edad. No hay ninguna interrupción en la cobertura y los beneficiarios no tienen que volver a inscribirse en Medicare. Si el beneficiario tenía penalidades de prima, estas no pasarán a este nuevo período de derechos. El derecho a Medicare basado en la edad no se ve afectado por el empleo.

Medicare y el empleo

Los beneficiarios de los programas de discapacidad del Título II a menudo creen que la elegibilidad Medicare se detiene cuando se detienen los pagos en efectivo. De hecho, existen dos incentivos laborales incluidos en el programa de Medicare que, cuando se combinan, permiten a los beneficiarios conservar Medicare por un período indefinido si continúan teniendo una discapacidad luego de que los pagos en efectivo se detengan debido a una actividad laboral.

El primer incentivo laboral de Medicare se llama Período Extendido de Cobertura Medicare (EPMC). Siempre que la patología incapacitante continúe, los individuos que pierdan los pagos en efectivo debido a un trabajo a nivel de una SGA pueden usar el EPMC para conservar Medicare Parte A sin primas, así como también la opción de tener Parte B, Parte C y Parte D durante al menos 93 meses después del final del Período de Trabajo de Prueba. En algunos casos, el período será mayor.

Una vez que los beneficiarios agotan el EPMC, pueden continuar la cobertura de Medicare a través del segundo incentivo laboral, Premium-Hi para el Trabajador Discapacitado. Este segundo incentivo laboral no tiene

límite de tiempo, pero la persona debe continuar teniendo una discapacidad y debe comenzar a pagar (u obtener asistencia con el pago) de la prima de Parte A.

Período Extendido de Cobertura Medicare (EPMC)

La Ley Boleto para Trabajar y Mejora de Incentivos Laborales de 1999 hizo un cambio importante al programa Medicare para beneficiarios que trabajan con discapacidades. Extendió significativamente la cantidad de tiempo que los beneficiarios que perdieron derecho debido a trabajo pueden recibir Medicare. La norma, conocida como el Período Extendido de Cobertura Medicare (EPMC) se aplica a cualquiera que tenga actualmente la cobertura Medicare basada en los beneficios de discapacidad, siempre que continúe la condición de discapacitado. El Seguro Social hizo cambios adicionales y aclaraciones sobre el EPMC varios años después de que se aprobó la ley Boleto. Las normas siguientes entraron en vigencia el 23 de noviembre de 2004.

“Si la elegibilidad de una persona para los beneficios de discapacidad finaliza debido a que esta forma parte de una Actividad Sustancial y Lucrativa o se demuestra la capacidad de la misma de formar parte de dicha actividad después de 36 meses posteriores a la finalización del período de trabajo de prueba, la elegibilidad para Medicare continúa hasta que alguna de las siguientes opciones ocurra primero:

- *El último día del 78º mes siguiente al primer mes de Actividad Sustancial y Lucrativa que ocurra después del 15º mes del período de readquisición de derechos de la persona o, si ocurre después,*
- *la finalización del mes siguiente a que finaliza la elegibilidad del beneficio de discapacidad de la persona.”*

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid 42 CFR, Parte 406, Registro Federal: 24 de septiembre de 2004 (Volumen 69, Número 185, Páginas 57224-57225).

Aunque esto puede parecer complicado, en la práctica, es en verdad bastante claro. Para empezar, los CWIC deben entender que el EPMC comprende varios períodos de tiempo clave:

- El final del TWP;
- Los primeros 15 meses del EPE;
- El mes de cese; y
- Los 78 meses del EPMC.

En el párrafo de apertura se declaró que el EPMC proporciona al menos 93 meses de cobertura después de la finalización del TWP y este número 93 es derivado de los períodos de tiempo que se mencionan más arriba. Históricamente, la cobertura de Medicare solo se extendía a 15 meses del EPE. El Congreso ha extendido esta norma original de 15 meses varias veces durante los años, pero debido a la forma en que se redactan las leyes, el Seguro Social tiene que utilizar su límite original cuando se cuentan los meses para fines del EPMC. Debido a esto, según las normas actuales del EPMC, el período de cobertura de EPCM nunca comenzará antes del mes 16 del EPE.

Las normas actuales agregaron 78 meses de cobertura Medicare después de este período original de 15 meses, para alcanzar un total de al menos 93 meses. Los 93 meses representan el número mínimo de meses en que una persona tendrá Medicare, si su beneficio en efectivo cesa debido al empleo y la persona continúa teniendo la discapacidad. El período puede extenderse (y generalmente se extiende bastante) dependiendo de cuándo ocurre el período de cese.

Cese antes del mes 14to del EPE: Si el cese se produce antes del 14to mes del EPE, hay dos posibilidades para cuándo finalizará el EPMC:

1. Si también se produce una SGA en el mes 16to del EPE, el EPMC finalizará 93 meses después del TWP. El beneficiario debe seguir teniendo una discapacidad durante todo este período.
2. Si no se produce también una SGA en el mes 16to del EPE, el EPMC finalizará 78 meses después del primer mes de SGA que ocurra

después del 16to mes. El beneficiario debe seguir teniendo una discapacidad durante todo este período.

Cese en el 14to mes o después del 14to mes del EPE: Si el cese se produce en el mes 14to del EPE o después, el EPMC finalizará 78 meses después del Período de Gracia. El beneficiario debe seguir teniendo una discapacidad durante todo este período.

Al final de esta unidad se proporciona un árbol de decisiones que brinda una representación visual del proceso del EPCM. Además, puede consultar los requisitos en POMS HI 00820.025 Finalización de Discapacidad HI que se encuentra en línea en:

<https://secure.ssa.gov/poms.nsf/lnx/0600820025>

Ejemplo de EPMC que se extiende durante el mínimo de 93 meses: Kali ingresa a trabajar en enero de 2017. Kali completa su TWP nueve meses después en septiembre de 2017. Su mes de cese se produce en diciembre de 2017, antes del 14to mes del EPE. Kali continúa ganando más de lo que corresponde a una SGA durante los 10 años siguientes. Los beneficios de SSDI de Kali son cancelados después de los 36 meses de EPE, pero tiene la cobertura del EPMC durante 93 meses desde el final de su TWP.

¿Qué haría que Kali siga recibiendo Medicare transcurridos esos primeros 93 meses?

- Si Kali vuelve a adquirir el derecho a pagos durante el EPE y sigue habiendo pagos debidos de forma indefinida, también recibirá Medicare en forma indefinida.
- Si Kali deja de trabajar y solicita una Restitución Acelerada o vuelve a pedir los beneficios dentro de los cinco años de quedar desvinculado de su empleador, su cobertura Medicare también se extenderá más allá de los 93 meses.

Predecir el momento exacto en que finalizará el EPMC es imposible, a menos que se hayan producido tres hechos:

1. El TWP ha finalizado;
2. Se ha producido el cese; y

3. La persona pasó el 16to mes del EPE.

Una cuestión importante que los CWIC deben enfatizar es que, mientras el beneficiario tenga derecho a recibir los pagos por discapacidades del título II, la cobertura Medicare continuará. Si una persona completó su TWP y han transcurrido más de 15 meses desde ese momento, la elegibilidad para Medicare continuará durante al menos 78 meses luego de que venza el último pago en efectivo.

Ejemplos del EPMC que se extendió más de 93 meses:

- **Ejemplo 1:** Connie comenzó a trabajar en marzo de 2016 con un ingreso por encima del umbral del período de Trabajo de Prueba pero por debajo de una SGA. En el mes 30 de su EPE, comenzó a tener un trabajo al nivel de una SGA. La cobertura Medicare de Connie se extenderá al menos durante 78 meses después del último mes de gracia. Sin embargo, si vuelve a adquirir el derecho, tendrá Medicare mientras se le deban pagos aunque fuese durante el resto de su vida.
- **Ejemplo 2:** Kelly completó su Período de Trabajo de Prueba en 2001. Ha trabajado desde entonces pero nunca ha realizado una Actividad Sustancial y Lucrativa. Kelly seguirá teniendo Medicare mientras tenga derecho a un pago por discapacidad. Cuando realice una SGA, se le deberán pagos por los meses de gracia y cese y, luego, tendría Medicare durante al menos otros 78 meses durante el EPMC.

Tenga en cuenta que es imposible saber exactamente cuándo finalizaría el EPMC de un beneficiario si el beneficiario todavía no ha comenzado una SGA. Los meses de EPMC no comienzan hasta que se haya terminado el TWP, se haya presentado un trabajo de nivel de SGA y el Seguro Social haya establecido el mes de cese.

Es importante comprender que el EPMC es un incentivo laboral para los beneficiarios por discapacidad del Título II. Se ofrece a personas que han perdido los beneficios en efectivo debido al trabajo. NO es una forma de mantener Medicare cuando los beneficiarios pierden los beneficios debido a la recuperación médica. Las personas en EPMC aún deben cumplir con el requisito de discapacidad del Seguro Social aunque a estas personas no se les deban pagos en efectivo.

Complicaciones de EPMC

Cuando se aconseja a los beneficiarios acerca de la continuación de Medicare, recuerde que el Seguro Social es el único lugar para informarse acerca de cuánto durará la cobertura. El beneficiario puede no saber cuándo finalizó el TWP o si finalizó, si el cese ha tenido lugar, o incluso que el trabajo debería haber causado la finalización del beneficio. Algunos beneficiarios pueden haber utilizado gran parte o la totalidad del EPMC en el pasado sin incluso haberse dado cuenta.

Debido a que el desempeño de una Actividad Sustancial y Lucrativa es tan importante para la duración de tiempo que alguien tiene EPMC, los CWIC deben siempre recordar que una SGA es una decisión y el trabajo que parece ser una SGA puede terminar no siéndolo. Por ejemplo, una persona puede comenzar a realizar un trabajo a un nivel lo suficientemente alto que al principio puede parecer una SGA. Sin embargo, una SGA representa esfuerzo de trabajo sostenido valuado por sobre una cierta suma. Por lo tanto, si la iniciativa de trabajo es corta, y finaliza debido a la discapacidad de la persona, la persona puede de hecho tener un Intento de Trabajo Sin Éxito. En estas situaciones, el Seguro Social puede volver atrás y revertir el cese, porque la persona no se encontraba realizando una SGA, lo que podría tener un efecto directo sobre el cálculo del final del EPMC

Medicare Extendido y Restitución Acelerada

Debido a que el EPMC es un incentivo laboral, las personas aún deben cumplir con los criterios médicos de discapacidad para que el Seguro Social les otorgue el derecho a dicho incentivo. Esto crea un riesgo posible para las personas que solicitan la Restitución Acelerada (EXR). Existen dos estándares que el Seguro Social utiliza para determinar la condición de discapacidad. Uno, utilizado para nuevas solicitudes, es más fuerte debido a que la responsabilidad de presentar pruebas es del solicitante. El otro estándar, denominado Estándar de Revisión de Mejora Médica (MIRS), es utilizado por el Seguro Social tanto en Revisiones de Continuación de Discapacidad médica como en EXR.

Una solicitud al Seguro Social de una Restitución Acelerada cuando el Seguro Social ha rechazado a nivel médico al beneficiario es lo mismo

que el beneficiario tenga una CDR médica cuando se reciben los beneficios y el Seguro Social descubra que dicha persona ha mejorado a nivel médico. Cuando tiene lugar una mejora médica, todos los incentivos laborales, incluyendo el EPMC, cesan. Si la pérdida de Medicare es una preocupación, la persona quizá quiera volver a solicitar los beneficios en lugar de solicitar la EXR. El rechazo de una nueva solicitud no afectaría la elegibilidad para Medicare porque el proceso de solicitud utiliza un estándar de discapacidad diferente. Las decisiones no son equivalentes. Para más detalles acerca de este tema, vea la unidad 9 del Módulo 3.

Primas de Medicare durante el EPMC

Según la disposición del EMPC, Medicare Parte A continúa teniendo prima gratuita mientras que Medicare Partes B, C y D continúan teniendo una prima mensual. Los beneficiarios generalmente pagan sus primas de Medicare Parte B haciendo que el Seguro Social las deduzca de sus beneficios en efectivo. Cuando no se pagan beneficios en efectivo, la persona recibe una factura por las primas de Medicare. Hay cuatro formas de pagar la factura de Medicare. El beneficiario puede:

1. Pagar directamente desde su cuenta bancaria a través del servicio de pago de facturas en línea del banco.
2. Registrarse en Medicare Easy Pay <https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/paying-parts-a-and-b/medicare-easy-pay.html>, que es un servicio gratis que deduce automáticamente los pagos de prima de la cuenta de ahorros o de cheques del beneficiario cada mes.
3. Pagar con cheque o giro postal dirigido a: Medicare Payment Collection Center, P.O. Box 790355, St. Louis, MO, 63179-0355.
4. Pagar con tarjeta de crédito o débito brindando la información de la cuenta en el cupón de pago en la factura de Medicare.

Puede leer más información sobre las opciones de pago en:

<https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/paying-parts-a-and-b/pay-parts-a-and-b-premiums.html>

Si un beneficiario tiene un plan de salud de grupo del empleador o está cubierto por el plan de salud de grupo del empleador del trabajo de un

cónyuge, es posible que desee finalizar la cobertura Medicare Parte B hasta:

- Que finaliza el empleo del beneficiario o del cónyuge;
- El seguro del beneficiario o del cónyuge se vuelve secundario a Medicare; o,
- Finaliza la cobertura del seguro.

En estas circunstancias, las personas elegibles pueden reinscribirse para la cobertura Medicare Parte B durante el Período de Inscripción Especial (SEP). Las personas que no son elegibles para el SEP pueden estar sujetas a una penalización de recargo de prima. El beneficiario debe verificar con el plan de salud auspiciado por el empleador antes de finalizar la Parte B, ya que algunos planes requieren que la persona conserve la cobertura de Parte B.

Otro escenario común es que la persona puede ser elegible para asistencia financiera con la prima de Parte B, como por ejemplo a través de un Programa de Ahorros de Medicare. Una persona que usa EPMC para mantener Medicare habrá perdido el cheque de beneficios de Título II, lo que significa que potencialmente tiene un ingreso contable lo suficientemente bajo como para continuar obteniendo ayuda a través del Programa de Ahorros de Medicare. En este caso, el beneficiario no tendrá que pagar la prima de Parte B.

Responsabilidades de los CWIC en los Casos de EPMC

El EPMC puede ser muy complejo. Un CWIC puede que no tenga suficiente información acerca de los antecedentes laborales de la persona ni suficiente experiencia para determinar el final exacto del EPMC. Además, un CWIC tampoco puede predecir el futuro. ¿La persona tendrá nuevamente derecho a los beneficios? ¿Habrá una decisión de mejoría médica? ¿La persona continuará trabajando? El mejor plan es enfatizar los aspectos positivos del EPMC en términos generales. Los puntos que los CWIC deben expresar son:

- Medicare continuará durante AL MENOS 93 meses después de que finalice el TWP sin importar cuánto gane un beneficiario. Los CWIC

deben comunicar esto a los beneficiarios que aún se encuentran dentro de los primeros 15 meses de su EPE.

- Los beneficiarios que actualmente tienen derecho a Medicare tendrán AL MENOS 78 meses de cobertura Medicare después de que finalicen los beneficios en efectivo debido a un empleo de nivel SGA. Los CWIC deben comunicar esto a los beneficiarios que se encuentran fuera de los 15 meses del EPE y que no cesaron durante los primeros 15 meses.
- Las personas que trabajan pero que no realizan una SGA mantendrán su cobertura Medicare simplemente por la recepción continua del beneficio en efectivo.

Premium HI para Individuos con Discapacidades que Trabajan

Recuerde que durante el EPMC, Medicare Parte A continúa sin el pago de prima. Al finalizar el EPMC, si una persona no recibe el beneficio en efectivo del Título II debido a un trabajo a nivel de una SGA, es posible que las personas elegibles continúen con la cobertura de Medicare (todas las partes) si "adquieren" el programa Medicare. Esta disposición se denomina "Premium HI para Individuos con Discapacidades que Trabajan".

Esencialmente, este incentivo laboral permite a las personas discapacitadas que trabajan inscribirse en Medicare Parte A únicamente, o tanto en Parte A y Parte B, así como también en Parte D, pagando las primas mensuales. Un individuo que califica para esta disposición puede continuar "adquiriendo" Medicare mientras siga teniendo la discapacidad.

Para inscribirse en Premium HI para Individuos con Discapacidades que Trabajan, el individuo debe tener menos de 65 años y:

- haber perdido el derecho a recibir Medicare Parte A sin prima solamente por estar realizando una SGA;
- continuar teniendo la discapacidad física o mental; y

- no ser elegible para recibir la cobertura Medicare por cualquier otro motivo.

Un individuo no se puede inscribir a Medicare Parte B, según esta disposición, sin también inscribirse en la Parte A. No existe ninguna disposición que les permita a los individuos comprar solamente Medicare Parte B. Las personas pueden comprar la Parte A por sí sola o la Parte A y Parte B juntas.

Una persona puede inscribirse en Premium-HI para Personas Discapacitadas que Trabajan durante cualquier período de inscripción en Medicare: el Período de Inscripción Inicial, el Período de Inscripción General o durante un Período de Inscripción Especial. La prima de la Parte A para individuos con discapacidades que trabajan no está sujeta a aumentos por inscripción tardía. La prima de la Parte B, según la disposición de la Premium HI para Individuos con Discapacidades que Trabajan, está sujeta a aumentos en caso de inscripciones tardías, según las normas de aumento de la prima de Parte B. Si un individuo estuvo pagando la prima de Parte B aumentada durante el último mes del tiempo en que tuvo derecho a recibir Parte A sin prima, pero se inscribió para recibir SMI, según la disposición de Individuos con Discapacidades que Trabajan durante su Período de Inscripción Inicial, la prima de la Parte B vuelve a tener la tasa estándar y el sobrecargo desaparece.

Premium HI para Individuos con Discapacidades que Trabajan continúa hasta que se cumpla uno de los siguientes plazos:

- Fin del mes que le sigue al mes en que el Seguro Social notifica al individuo sobre el hecho de que ya no tiene la discapacidad;
- Fin del mes que le sigue al mes en que el individuo presenta una solicitud de cancelación de Premium HI;
- Fin del mes anterior al mes en que el individuo vuelve a adquirir el derecho a recibir HI sin prima. En este caso, la cobertura de Parte B continúa sin interrupciones. (El monto de la prima de Parte B vuelve a ser el importe estándar, desde el primer mes en que el individuo vuelve a adquirir el derecho a recibir HI sin prima, si pagó una tasa aumentada por inscripción tardía);
- Fin del período de gracia para no pagar las primas; o

- Fecha de fallecimiento.

IMPORTANTE: La readquisición del derecho a recibir los beneficios por discapacidad por parte de un individuo a quien se le pide cumplir un MQP de 24 meses no resulta en la cancelación de Premium HI para Individuos con Discapacidades que Trabajan. El derecho a recibir Premium HI continúa hasta que el individuo vuelve a adquirir el derecho a Parte A sin prima, siempre que cumpla el requisito del período de calificación de 24 meses.

La prima de Medicare Parte A de 2017 es de \$ 413 por mes. La prima de la Parte se reduce en un 45 por ciento (\$ 185,85 en 2017) si el beneficiario:

- Tiene 30 o más trimestres de cobertura en su propio registro de ingresos; o
- Ha estado casado durante al menos 1 año con un trabajador con 30 o más trimestres de cobertura; o
- Estuvo casado durante al menos 1 año con un trabajador fallecido con 30 o más trimestres de cobertura; o
- Está divorciado, luego de al menos 10 años de matrimonio, de un trabajador que ha tenido 30 o más trimestres de cobertura al momento de la finalización del divorcio.

Los estados tienen que pagar las primas de Parte A (pero no las de Parte B) en virtud de un tipo de Programa de Ahorros de Medicare denominado Personas Calificadas con Discapacidades y en Actividad Laboral (QDWI). Para ser elegible para este programa, la persona debe tener un ingreso y recursos limitados y no cumplir con las calificaciones para Medicaid. El estándar de los recursos de los QDWI es dos veces el estándar del SSI (\$4,000 para un individuo y \$6,000 para una pareja elegible) y el ingreso familiar contable no puede superar el 200 por ciento de las pautas de pobreza federales actuales. Los recursos y el ingreso se suelen calcular según las normas del SSI.

Medicare y otras formas de seguro

Cuando las personas tienen múltiples formas de seguro, Medicare suele funcionar como el asegurador primario, pagando todos los gastos médicos posibles en primer lugar. En algunas circunstancias Medicare es el pagador secundario.

Medicare y Medicaid

Medicare casi siempre paga primero cuando una persona tiene cobertura de Medicare y de Medicaid, ya que Medicaid se considera pagador de último recurso. Medicaid paga por los gastos remanentes que se encuentran dentro de los confines de las normas de cobertura de Medicaid para ese estado. Por ejemplo, si tanto Medicare como Medicaid cubren un servicio, entonces Medicare pagará por su parte aprobada y Medicaid se haría cargo del monto restante, asumiendo que se encuentra dentro de las normas de cobertura para ese estado. Dada la naturaleza de este arreglo, Medicaid suele terminar pagando el deducible de Medicare y el coseguro para la Parte A y B. Si Medicaid no paga el monto completo del coseguro, los proveedores de atención de la salud pueden no solicitar el pago restante a los beneficiarios.

Medicare y beneficios de salud del VA

La mayoría de los veteranos que tienen menos de 65 años y reciben Medicare han obtenido elegibilidad para Medicare a través del programa del SSDI. Los beneficiarios del SSDI obtienen la elegibilidad para Medicare durante el mes posterior a recibir 24 meses de los beneficios en efectivo del SSDI. Los veteranos que reciban tanto Medicare como los beneficios de salud del VA pueden elegir qué cobertura de salud utilizar cuando reciban atención. El veterano puede recibir atención en un centro del VA o elegir usar Medicare yendo a ver a un proveedor fuera del sistema del VA. En general, los dos programas de atención de la salud son independientes y no hay coordinación de beneficios. Medicare no puede pagar por el mismo servicio que está cubierto por los beneficios de Veteranos, y el VA no puede pagar por el mismo servicio que está cubierto por Medicare. Cuando un veterano utiliza Medicare, esta persona es responsable de todas las primas, deducibles y coseguro de Medicare. Cuando el veterano recibe atención a través del VA, Medicare

no pagará nada. La única circunstancia en la cual Medicare y el VA pueden pagar por los servicios es cuando el VA autoriza el suministro de servicios en un hospital que no sea del VA. En este caso, si el VA no paga por todos los servicios médicos recibidos por el veterano durante la permanencia en el hospital, Medicare puede pagar por la parte de los servicios que está cubierta por Medicare y que el VA no pague. Además, si un veterano recibe una factura por cualquier atención autorizada por el VA por parte de un médico o un hospital que no sea parte del sistema del VA, Medicare puede pagar la totalidad o una parte de los copagos por estos servicios.

Cuando los veteranos estén decidiendo si rechazar o dar de baja la inscripción en Medicare Parte B, deben explorar todas las opciones cuidadosamente antes de tomar una decisión. Si un veterano no se inscribe en Medicare Parte B cuando está disponible por primera vez, el veterano deberá pagar una multa por inscripción tardía si más adelante decide inscribirse en Parte B. El hecho de contar con beneficios de salud del VA no significa que esté exento de pagar esta multa. Sin embargo, si un veterano rechaza la cobertura Parte B porque recibe cobertura de un plan de salud de grupo basado en su empleo actual, no habrá multa por inscripción tardía si decide inscribirse en la Parte B más adelante.

RECUERDE: La multa por inscripción tardía en la Parte B constituye el 10 por ciento de la prima actual de la Parte B por cada período de 12 meses que el veterano retrase la inscripción. Además, es posible que el veterano deba esperar para inscribirse en Parte B. La norma indica que los beneficiarios sólo pueden inscribirse en Parte B durante el Periodo de Inscripción General (desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo). La cobertura Parte B entrará en vigencia el 1 de julio de ese año. Por esta razón, entre otras, el VA alienta fuertemente a los veteranos que reciben beneficios de salud del VA a que conserven otros tipos de seguro de salud, incluyendo Medicare y Medicaid. El financiamiento reservado por el Congreso para el VA varía cada año. Es posible que los veteranos que pertenezcan a grupos de baja prioridad pierdan la elegibilidad para recibir beneficios de salud del VA cuando este financiamiento disminuye. Los veteranos deben pensar con cuidado si desean finalizar otros seguros de salud únicamente porque cuentan con beneficios de salud del VA. Para obtener más

información acerca de las opciones de atención de la salud para los veteranos, consulte la unidad 3 de este módulo.

Medicare Parte D es una historia diferente. La atención médica del VA se considera "cobertura acreditable" para la Parte D. Como resultado, el veterano puede no optar por la Parte D y evitar pagar una multa si decide aceptarla en algún momento en el futuro. Al tomar esta decisión, el veterano tendrá que decidir si la cobertura de medicamentos recetados del VA es suficiente para satisfacer sus necesidades.

Medicare y otras formas de seguro de salud

Un beneficiario puede tener otras formas de seguro de salud además de Medicare. Por ejemplo, un adulto joven que recibe SSDI y Medicare aún podría ser elegible para el seguro de salud de sus padres, o un beneficiario de SSDI que está casado podría ser elegible en base al seguro de salud basado en el empleador de su cónyuge. En algunos casos Medicare pagará primero y en otros casos será el pagador secundario. Otros tipos de seguro que pueden pagar primero son, entre otros:

- La cobertura de los planes de salud provista por el empleador o el sindicato (cuando la cobertura se basa en el empleo del beneficiario o en el de un miembro de su familia):
 - Si el beneficiario tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad, Medicare pagará en segundo lugar si el empleador tiene 100 empleados o más.
 - Si el beneficiario tiene más de 65 años y todavía trabaja, Medicare pagará en segundo lugar si el empleador tiene 20 empleados o más.
- La cobertura de planes de salud provista por el empleador o el sindicato (según se los describe más arriba), sin importar la cantidad de empleados o miembros que estos tengan y su estado actual de empleo, durante 30 meses, si el individuo cuenta con Medicare debido a una ESRD.
- Seguro sin culpa (incluido el seguro automotor)

- Seguro de responsabilidad civil (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por pulmón negro
- Indemnización por accidentes de trabajo

Las personas que cuenten con otros tipos de seguro además de Medicare deben informárselo a su proveedor de atención médica (es decir, médicos, hospitales y farmacias) para asegurarse de que las facturas médicas se paguen correctamente. Las normas relativas a qué seguro paga en primer lugar se denominan normas de pagador primario, pero Medicare también emplea el término Coordinación de Beneficios para referirse a este asunto. Si tienen preguntas acerca de quién paga en primer lugar, las personas pueden leer "Beneficios de Medicare y otros Beneficios de Salud: Su Guía para Saber Quién Paga en Primer Lugar" en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02179-Medicare-Coordination-Benefits-Payer.pdf>. Se trata de una publicación sencilla de los CMS en donde se explica la Coordinación de Beneficios entre Medicare y otros tipos de cobertura de salud. Los beneficiarios también pueden contactar al Contratista de Coordinación de Beneficios de Medicare al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.

PUNTO IMPORTANTE: Si el empleador de un beneficiario ofrece un seguro de salud, debería aconsejarle al beneficiario que hable con el departamento de recursos humanos de su lugar de empleo acerca de la coordinación con Medicare. Algunas políticas de seguro de salud de los empleadores requieren que las personas inscritas mantengan o tomen Medicare si pueden hacerlo, mientras que otros empleadores no tienen dicho requerimiento. Los CWIC deben estar preparados para derivar beneficiarios a SHIP para hablar acerca de sus opciones.

Programas de Ahorro de Medicare – Programa de Asistencia Financiera #1

Como se explicó en la primera parte de esta unidad, existe una cantidad de gastos adicionales no cubiertos para Parte A y B. El Congreso creó los Programas de Ahorro de Medicare (MSP) con financiación conjunta (federal y estatal) para ayudar a los beneficiarios de bajos ingresos de

Medicare a pagar parte o la totalidad de los gastos adicionales no cubiertos de Parte A y B.

A nivel federal, el CMS brinda supervisión regulatoria de los MSP (por ejemplo, guía e interpretación de políticas). Una agencia estatal designada, que por lo general es la agencia que administra Medicaid, es responsable de administrar los MSP. Esto significa que si un beneficiario se encuentra interesado en solicitar un Programa de Ahorros de Medicare, por lo general lo hará de la misma manera que solicita Medicaid en su estado. La agencia Medicaid también es la agencia que generalmente toma las redeterminaciones para evaluar la elegibilidad continua. Es importante notar que en algunos estados este programa no se denomina Programa de Ahorros de Medicare sino que tiene un nombre diferente.

Ya que el gobierno federal financia parcialmente los MSP, los estados deben cumplir con determinadas reglamentaciones federales. Las reglamentaciones federales requieren que los estados (incluyendo los estados 209(b)) usen las metodologías de ingresos y recursos SSI para determinar el ingreso contable y los recursos contables. Los estados pueden elegir usar normas menos restrictivas, pero no se les permite utilizar normas más restrictivas que el SSI. Debido a que los estados tienen cierta discreción para establecer las normas de elegibilidad, los CWIC deberán obtener los detalles específicos de los criterios de elegibilidad de los MSP. La mayoría de los estados tiene un manual de política que detalla la elegibilidad para los MSP. Se aconseja a los CWIC que obtengan una copia de ese manual (en línea o en papel).

Para ser elegible para un MSP, los beneficiarios deben tener ingresos contables por debajo de los límites de ingresos fijados por la agencia estatal de Medicaid. Las leyes que promulgaron el Programa de Ahorros de Medicare establecieron el FPL como el límites de ingresos para los MSP, pero algunos estados han adoptado utilizar montos más altos.

Cómo entender los Niveles de Pobreza Federales (FPL)

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS) establece las pautas de pobreza anual que se utilizan ampliamente como una medición de pobreza para los efectos administrativos, por ejemplo, al determinar la elegibilidad financiera para ciertos programas federales o estatales. Por lo

general, se refiere vagamente a las pautas de pobreza como el “nivel federal de pobreza” (FPL).

Los montos de FPL se basan en el tamaño de la familia. Por ejemplo, en 2017, el FPL para una familia de una persona era \$12,060 (\$1,005 por mes) y para una familia de dos personas era \$16,240 (\$1,353 por mes). Cada año, hay un grupo de cifras de FPL para los 48 estados contiguos y otro grupo de cifras más altas para Alaska y Hawai. Los FPL (o porcentajes de ellos) se utilizan consistentemente como un estándar para elegibilidad de ingresos para diversos programas de Medicaid de manera que hacemos referencia a ellos en reiteradas oportunidades en este Módulo. Los ejemplos que se encuentran en este Módulo utilizan los FPL de 2017 porque el DDHS no publica los FPL actualizados hasta enero o febrero de cada año. Los CWIC tendrán que investigar los FPL de 2018 en ese momento. Hay más información disponible sobre los FPL en el sitio web del DHHS aquí: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Además de que el ingreso contable se encuentre por debajo de los límites requeridos, los recursos contables deben estar por debajo de ciertos límites. A partir de enero de 2010, como resultado de la Ley de Mejoras de Medicare para Pacientes y Proveedores (MIPPA), tres de los límites de recursos del MSP fueron alineados con los límites de recursos para el programa de Subsidios por Bajos Ingresos (LIS). Algunos estados han optado por usar límites de recursos más elevados que los utilizados en el programa de LIS, mientras que otros estados no tienen ningún límite de ingresos. Como resultado, los CWIC deben investigar los detalles sobre la elegibilidad para MSP en sus estados.

Los MSP incluyen cuatro programas separados:

1. Beneficiarios Calificados para Medicare (QMB)
2. Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Específicos (SLMB)
3. Personas que Califican (QI) y
4. Personas Calificadas Discapacitadas y en Actividad Laboral (QDWI)

Como recordatorio, un determinado estado puede usar nombres diferentes para algunos o todos estos programas, por lo que los CWIC deben investigar el término apropiado a utilizar.

A continuación se encuentra una tabla que resume los detalles básicos de estos programas para 2017.

Programa	Límites de ingresos	Límites de recursos	Qué ayuda brinda
Beneficiarios Calificados para Medicare (QMB)	100% Nivel Federal de Pobreza	\$7,390 persona soltera, \$11,090 pareja	Paga primas de Parte A y B, deducibles, coseguros y copagos
Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Específicos (SLMB)	120% Nivel Federal de Pobreza	\$7,390 persona soltera, \$11,090 pareja	Paga solamente la prima de Parte B
Personas que Califican (QI)	135% Nivel Federal de Pobreza	\$7,390 persona soltera, \$11,090 pareja	Paga solamente la prima de Parte B
Personas Calificadas Discapacitadas y en Actividad Laboral (QDWI)	200% Nivel Federal de Pobreza	\$4,000 soltero, \$6,000 pareja	Paga solamente la prima de Parte A

Es importante señalar que estos programas no ayudan con los gastos adicionales no cubiertos por Medicare Parte D; estos son cubiertos por un programa aparte denominado Subsidio por Bajos Ingresos, que se tratará más adelante en esta unidad. Además, los Programas de Ahorro de Medicare no cubren primas de Medigap o de Ventaja de Medicare.

Beneficiarios Calificados para Medicare (QMB)

De los cuatro Programas de Ahorro de Medicare, QMB (a veces conocido como "quimby") brinda la mayor cantidad de apoyo. Si un beneficiario por discapacidad del Título II es elegible para QMB, la agencia de Medicaid estatal pagará su prima de la Parte B, así como también sus deducibles y coseguros de las Partes A y B. Para ser elegible, el beneficiario debe:

- Tener Medicare Parte A;
- Tener ingreso contable al 100% del FPL o menor (o límite mayor fijado por el estado);
- Tener recursos contables por debajo de \$7,390 para una persona soltera, \$11,090 para una pareja en 2017 (o límite mayor fijado por el estado); y
- Cumplir con los requerimientos generales o condiciones no financieras de elegibilidad para Medicaid en su estado (por ejemplo, ciudadanía, residencia).

NOTA: Aquellos elegibles para Medicare conforme a Premium-HI para las Personas Discapacitadas que Trabajan no pueden usar QMB.

Como se detalló anteriormente, para determinar el ingreso contable la agencia de Medicaid del estado debe utilizar la metodología de ingreso de SSI, a menos que el CMS haya aprobado usar un método más liberal. Esto significa aplicar los \$20 de Exclusión de Ingreso General para determinar el ingreso contable no derivado del trabajo y aplicar todas las exclusiones de ingreso derivado del trabajo de SSI cuando se calcula el ingreso del trabajo. Si el ingreso total contable resultante está por encima del 100% del FPL (o límite mayor fijado por el estado), entonces la persona obtendrá QMB. A continuación se detalla un ejemplo de cómo la agencia de Medicaid estatal calcularía el ingreso contable usando la metodología de ingreso de SSI y recursos.

Ejemplo de una persona que es elegible para QMB:

Sylvia recibe \$874 por mes de SSDI, tiene \$2,500 en recursos y se le acaba de notificar que ha completado su Período de Calificación para Medicare y su elegibilidad para Medicare comenzará en tres

meses. Explica que no puede pagar la prima de Parte B deducida de su cheque de SSDI y que no cree que Medicare le sea útil ya que no podrá pagar el deducible y el coseguro. ¿Podría Sylvia ser elegible para QMB?

Utilizando las deducciones de SSI, parece que Sylvia está por debajo del 100 por ciento del FPL. Su ingreso no derivado del trabajo es de \$874; luego de deducir los \$20 de la Exclusión de Ingreso General sus ingresos contables no derivados del trabajo son de \$854. No tiene ingresos derivados del trabajo, por lo tanto su ingreso total contable es de \$854 por mes. El cien por ciento del FPL para una persona soltera es de \$1,005 por mes (tarifa de 2017). El ingreso contable de Sylvia está por debajo de ese nivel. Debido a que sus recursos se encuentran por debajo de los \$7,390 sería elegible para QMB, asumiendo que cumple con todos los requisitos no financieros del programa Medicaid del Estado.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) publica las cifras del FPL todos los años, por lo general antes de mediados de febrero. Los Ajustes del Costo de Vida (COLA) entran en vigencia en enero. Como resultado, los COLA para los beneficios del Título II no se cuentan al determinar el ingreso contable para QMB al menos hasta el mes siguiente al mes en que se publica la actualización anual del FPL. Con respecto a los recursos, los MSP utilizan la misma metodología de recursos que el SSI, a menos que los CMS hayan aprobado un método más liberal. Para obtener información resumida sobre los recursos contables y qué recursos excluye el Seguro Social conforme al SSI, consulte la Unidad 5 del Módulo 3.

Cuando la agencia de Medicaid estatal determina que un beneficiario es elegible para QMB, el estado registra esa información en un sistema de datos (conocido como SDX) que se comparte con el Seguro Social. El Seguro Social entonces dejará de deducir la prima de Parte B del beneficiario de su cheque de beneficio por discapacidad del Título II. Como QMB, el beneficiario también obtendrá ayuda para pagar sus deducibles, coseguros y copagos de su Parte A y Parte B. Por lo general, la agencia estatal de Medicaid emitirá una tarjeta de Medicaid para el beneficiario. Esto no significa que el beneficiario tiene cobertura completa de Medicaid. En cambio, significa que el beneficiario recibe esta tarjeta para dársela a los proveedores médicos, para que sepan que

deben cobrar al estado los deducibles y coseguros de Parte A y Parte B. Dada esta participación de la agencia de Medicaid, algunos estados se refieren a las personas elegibles para QMB con "Beneficiarios de Medicaid Limitados" Es muy importante entender que los MSP no brindan a los beneficiarios acceso a la gama completa de servicios del Plan del Estado de Medicaid o exenciones de atención a largo plazo. En cambio, tienen acceso a servicios cubiertos por Medicare y la agencia de Medicaid del estado utiliza el sistema de facturación de Medicaid para pagar los deducibles, copagos y coseguros de Parte A y Parte B. Una persona debe cumplir los criterios para un grupo de elegibilidad Medicaid a fin de obtener los servicios del Plan del Estado de Medicaid. Ver la unidad 1 de este módulo para información sobre la elegibilidad para Medicaid.

Una determinación de que una persona es QMB por lo general tiene vigencia de 12 meses. Sin embargo, un estado puede realizar redeterminaciones de manera más frecuente que cada 12 meses, siempre que el estado no las realiza con una frecuencia mayor a cada seis meses. Esta limitación en la frecuencia de las redeterminaciones no se aplica a situaciones en las cuales el estado se entera de un cambio real en la situación del beneficiario que podría afectar su elegibilidad.

QMB y Medicaid: Es importante entender que los beneficiarios que reciben QMB también tienen cobertura Medicaid de forma completa porque cumplen con los criterios de elegibilidad para el grupo de elegibilidad de Medicaid. De hecho, muchos beneficiarios concurrentes que reciben beneficios por discapacidad de SSI y Título II tienen cobertura Medicare, Medicaid y QMB. QMB y Medicaid son similares en algunas maneras y diferentes en otras:

Programa	Servicios de Plan del Estado de Medicaid Completos.	Paga deducibles y coseguros de Parte A y Parte B.	Prima Parte B
QMB	No	Sí	Sí
Medicaid	Sí	Sí	Tal vez (ver la nota a continuación)

NOTA: En algunos estados, si una persona supera los límites de ingresos para el Programa de Ahorro de Medicare pero es elegible para Medicaid, el estado pagará la prima de Parte B. Algunos estados imponen un límite de ingreso al brindar esta asistencia o limitan esta asistencia para seleccionar grupos de elegibilidad para Medicaid. Cuando un estado elige pagar la prima de Parte B para alguien que supera el límite de ingresos para los MSP, en ocasiones el estado está utilizando 100 por ciento de los fondos estatales para hacerlo, debido a que la persona no es elegible para los Programas de Ahorro de Medicare estatales y federales con financiación conjunta. Algunos estados han determinado que vale la pena financieramente pagar la prima de Parte B con sus fondos estatales debido a que asegurará que la persona tenga Medicare Parte B, lo que reduce los costos de Medicaid. Otros estados no han realizado dicha determinación y eligen no ofrecer esta asistencia.

Es crítico que los CWIC clarifiquen si su estado paga la prima de Parte B para las personas doblemente elegibles (elegibles para Medicare o Medicaid) que superan los límites de ingresos para MSP. Si ese es el caso, cuando un beneficiario va a trabajar, si mantiene o se vuelve elegible para Medicaid (como por ejemplo a través del Programa de Compra de Medicaid), no experimentará la pérdida de asistencia financiera para Parte A y B cuando su elegibilidad para QMB finaliza. Mirando la tabla que se encuentra más arriba, toda la asistencia financiera que brinda QMB será provista por Medicaid.

Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Específicos (SLMB)

Alguien elegible conforme a SLMB (también conocido como "slimby") obtendrá ayuda para pagar su prima de Parte B. Para ser elegible, el beneficiario debe:

- Tener Medicare Parte A;
- Tener ingreso contable superior 100% del FPL actual o por debajo del 120% (o límite mayor fijado por el estado);

- Tener recursos contables por debajo de \$7,390 para una persona soltera, \$11,090 para una pareja en 2017 (o límite mayor fijado por el estado); y
- Cumplir con los requerimientos generales o condiciones no financieras de elegibilidad para Medicaid en su estado (por ejemplo, ciudadanía, residencia).

NOTA: Aquellos elegibles para Medicare conforme a Premium-HI para las Personas Discapacitadas que Trabajan no pueden usar SLMB.

Para determinar la elegibilidad para SLMB, los estados deben usar la metodología del ingreso de SSI, a menos que se les haya aprobado utilizar un método más literal. Esto significa aplicar los \$20 de Exclusión de Ingreso General para determinar el ingreso contable no derivado del trabajo y aplicar todas las exclusiones de ingreso derivado del trabajo de SSI cuando se calcula el ingreso del trabajo. Si el ingreso total contable resultante está por encima del 100 por ciento pero por debajo del 120 por ciento del FPL (o límite mayor fijado por el estado), entonces la persona obtendrá SLMB. A continuación se detalla un ejemplo de cómo los estados calcularían el ingreso contable usando la metodología de recursos e ingreso de SSI.

Ejemplo de una persona que es elegible para SLMB:

Bruce recibe \$1,126 por mes de SSDI, tiene \$5,500 en recursos y se le acaba de notificar que Medicare comenzará. ¿Podría Bruce ser elegible para SLMB?

Utilizando las deducciones de SSI, parece que el ingreso contable de Bruce estará por debajo del 120 por ciento del FPL. Su ingreso no derivado del trabajo es de \$1,126; luego de deducir los \$20 de la Exclusión de Ingreso General sus ingresos contables no derivados del trabajo son de \$1,106. No tiene ingresos derivados del trabajo, por lo tanto sus ingresos contables totales son de \$1,106 por mes. El ciento veinte por ciento del FPL para una persona soltera es de \$1,206 por mes (tarifa de 2017). El ingreso contable de Bruce se encuentra por debajo de ese nivel. Debido a que sus recursos se encuentran por debajo de los \$7,390, probablemente sería elegible para SLMB, asumiendo que cumple con todos los requisitos no financieros del programa Medicaid del estado.

La deducción de COLA explicada conforme a QMB también se aplica a SLMB. Además, cuando un beneficiario es elegible para SLMB el estado registra esa información en un sistema de datos que se comparte con el Seguro Social. El Seguro Social entonces dejará de deducir la prima de Parte B del beneficiario de su cheque de beneficio por discapacidad del Título II.

Personas que Califican (QI)

Alguien que es elegible bajo QI obtendrá ayuda para pagar su prima de Parte B. Para ser elegible, el beneficiario debe:

- Tener Medicare Parte A;
- Tener ingreso contable superior a 120% del FPL actual o por debajo del 135% (o límite mayor fijado por el estado);
- Tener recursos contables por debajo de \$7,390 para una persona soltera, \$11,090 para una pareja en 2017 (o límite mayor fijado por el estado); y
- Cumplir con los requerimientos generales o condiciones no financieras de elegibilidad para Medicaid en su estado (por ejemplo, ciudadanía, residencia); y
- No ser elegible para Medicaid.

Nota: Aquellos elegibles para Medicare conforme a Premium-HI para las Personas Discapacitadas que Trabajan no pueden usar QI.

Para determinar la elegibilidad para QI, los estados deben utilizar la metodología de ingresos de SSI, a menos que el CMS haya aprobado un método más liberal. Esto significa aplicar los \$20 de Exclusión de Ingreso General para determinar el ingreso contable no derivado del trabajo y aplicar todas las exclusiones de ingreso derivado del trabajo de SSI cuando se calcula el ingreso del trabajo. Si el ingreso total contable resultante está por encima del 120 por ciento pero por debajo del 135 por ciento del FPL (o límite mayor fijado por el estado), entonces la persona obtendrá QI. A continuación se detalla un ejemplo de cómo los estados

calculan el ingreso contable usando la metodología de recursos e ingreso de SSI.

Ejemplo de una persona que es elegible para QI :

Andrew recibe \$1,300 por mes de SSDI, tiene \$6,000 en recursos y acaba de ser notificado que Medicare comenzará. ¿Podría Andrew ser elegible para QI?

Utilizando las deducciones de SSI, parece que el ingreso contable de Andrew estará por debajo del 135 por ciento del FPL. Su ingreso no derivado del trabajo es de \$1,300; luego de deducir los \$20 de la Exclusión de Ingreso General sus ingresos contables no derivados del trabajo son de \$1,280. No tiene ingresos derivados del trabajo, por lo tanto sus ingresos contables totales son de \$1,280 por mes. El ciento treinta y cinco por ciento del FPL para una persona soltera es de \$1,357 por mes (en 2017). El ingreso contable de Andrew se encuentra por debajo de ese nivel. Debido a que sus recursos se encuentran por debajo de los \$7,390, probablemente sería elegible para QI, asumiendo que cumple con todos los requisitos no financieros del programa Medicaid del estado.

La deducción de COLA explicada para QMB y SLMB también se aplica para QI. Además, cuando un beneficiario es elegible para QI, el estado registra esa información en un sistema de datos que es compartido con el Seguro Social. El Seguro Social entonces deja de deducir la prima de la Parte B del beneficiario de su cheque de beneficio por discapacidad del Título II.

Muchos CWIC se preguntan cuál es la diferencia entre SLMB y QI, además del límite de ingresos. Desde la perspectiva del beneficiario, hay una diferencia clave. Una persona que tiene Medicaid puede usar SLMB pero no QI. Las demás diferencias son todas administrativas. El QI es un programa federal de subsidios en bloque, por lo que la financiación se basa en la disponibilidad de los fondos de subsidio. Si el estado se queda sin fondos de bloque, la inscripción en QI puede cerrarse hasta que se encuentren disponibles nuevos fondos de subsidio. Otra diferencia administrativa es el índice de contribución conjunta; el porcentaje que el gobierno federal paga por el programa QI es diferente al del programa SLMB.

QMB, SLMB, QI e Ingresos

Debido a que QMB, SLMB y QI son todos programas basados en necesidades financieras, cuando una persona comienza a trabajar su elegibilidad puede cambiar de un nivel a otro o finalizar por completo. Para evaluar el efecto del trabajo sobre los MSP, los CWIC debería seguir los siguientes pasos:

1. Calcular el ingreso total contable (incluyendo el objetivo de ingresos).
2. Comparar el ingreso contable total para los niveles de ingreso de QMB, SLMB y QI.
3. Identificar si el beneficiario permanecerá en el mismo nivel de cobertura, se moverá a un nivel de cobertura más bajo (QMB a SLMB o QMB a QI) o perderá el MSP del todo.
4. Determinar si una persona mantendrá o se volverá elegible para Medicaid.

Una vez que estos pasos están completos, los CWIC deberán usar las tablas que se encuentran más abajo para ayudar a clarificar cómo cambiará la ayuda con los gastos en efectivo de Medicare Parte A y B. La primera tabla detalla el cambio en la cobertura que tendrá lugar para los beneficiarios que no serán elegibles para Medicaid cuando comienzan a trabajar. La segunda tabla detalla el cambio en la cobertura que tendrá lugar para los beneficiarios que mantendrán Medicaid o serán elegibles para Medicaid cuando comienzan a trabajar.

Los escenarios para beneficiarios que no son ni se volverán elegibles para Medicaid:

Escenario una vez que se logra el objetivo de trabajo	¿Se pagarán los deducibles y coseguros de Parte A y B?	¿Se pagará la prima de Parte B?
Tiene QMB, tendrá QMB	Sí	Sí
Tiene QMB, tendrá SLMB/QI	No	Sí
Tiene QMB, no tendrá MSP	No	No
Tiene SLMB/QI, tendrá QMB	Sí	Sí
Tiene SLMB o QI, tendrá SLMB/QI	No	Sí
Tiene SLMB/QI, no tendrá MSP	No	No

Los escenarios para los beneficiarios que continuarán siendo elegibles para Medicaid o se volverán elegibles cuando comiencen a trabajar:

Escenario una vez que se logra el objetivo de trabajo:	¿Se pagarán los deducibles y coseguros de Parte A y B?	¿Se pagará la prima de Parte B?
Tiene QMB, tendrá QMB	Sí	Sí
Tiene QMB, tendrá SLMB	Sí (Medicaid)	Sí
Tiene QMB, no tendrá QMB/SLMB	Sí (Medicaid)	Tal vez (Medicaid)
Tiene SLMB, tendrá QMB	Sí	Sí

Escenario una vez que se logra el objetivo de trabajo:	¿Se pagarán los deducibles y coseguros de Parte A y B?	¿Se pagará la prima de Parte B?
Tiene SLMB, tendrá SLMB	Sí (Medicaid)	Sí
Tiene SLMB, no tendrá QMB/SLMB	Sí (Medicaid)	Tal vez (Medicaid)

Como recordatorio, alguien que es elegible para Medicaid no puede obtener QI; como resultado, no hay ninguna opción en la tabla que se encuentra directamente arriba que muestre la opción de QI. Debido a que la segunda tabla refleja a los beneficiarios que mantendrán u obtendrán Medicaid completo al trabajar, la persona tendrá más ayuda para pagar los gastos adicionales de Medicare Parte A y B. En todos los escenarios la persona obtiene ayuda para pagar su coseguro y deducibles de Parte A y B. Esto es posible porque Medicaid completo cubre naturalmente estos gastos si QMB no se encuentra disponible. Recuerde, Medicaid funciona como un seguro médico secundario a Medicare. El único cambio potencial en la asistencia es con los grupos que pierden elegibilidad para MSP completamente. En esa situación, si el estado no paga la prima de la Parte B para personas doblemente elegibles (elegibles para Medicare y Medicaid) con ingresos por encima del límite de ingresos de 120 por ciento, entonces el beneficiario necesitará comenzar a pagar dicha prima. En estados que pagan la prima de Parte B para beneficiarios doblemente elegibles sobre el 120 por ciento del FPL, los beneficiarios no verán un cambio efectivo en su cobertura.

Veamos algunos ejemplos sobre cómo el ingreso derivado del trabajo afecta la cobertura de los gastos adicionales no cubiertos por Medicare Parte A y B.

Ejemplo de una persona que es elegible para QMB, no tiene Medicaid y comienza a trabajar:

Sylvia recibe \$874 por mes de SSDI, tiene \$2,500 en recursos, tiene Medicare y tiene QMB. Se le ha ofrecido un trabajo de \$1,100 por mes en salario bruto. ¿Qué pasará con la elegibilidad de Sylvia para QMB?

Su ingreso no derivado del trabajo es de \$874; luego de deducir los \$20 de la Exclusión de Ingreso General sus ingresos contables no derivados del trabajo son de \$854. Su ingreso derivado del trabajo es de \$1,100; luego de deducir los \$65 de la Exclusión por Ingresos del Trabajo y dividir los ingresos restantes por la mitad, su ingreso contable derivado del trabajo es de \$517.50. Esto significa que su ingreso total contable es de \$1,371.50 por mes.

El ingreso de Sylvia no solo se encuentra por sobre el límite de ingreso de QMB (100 por ciento de FPL es \$1,005 – tarifa de 2017); también es superior al límite de ingreso de SLMB (120 por ciento de FPL es \$1,206 – tarifa de 2017) y de QI (135 por ciento de FPL es \$1,357 – tarifa de 2017) para una persona soltera. Tendrá que comenzar a pagar su coseguro y deducibles de Parte A y B, así como también su prima de Parte B.

Como opción, Sylvia podría explorar su elegibilidad para Medicaid (por ejemplo, Programa de Compra de Medicaid). Si fuera elegible para Medicaid, el programa pagaría sus deducibles de Parte A y B de Medicare y su coseguro. Dependiendo del estado en el que viva, Medicaid también pagará su prima de Parte B. Otra opción es explorar los Gastos Laborales Relacionados con una Incapacidad (IRWE) o Gastos de Trabajo para Ciegos (BWE). Si Sylvia tiene suficiente de estas deducciones, su ingreso contable puede caer debajo del límite QI, SLMB o incluso QMB.

Ejemplo de una persona que es elegible para QMB y Medicaid y que comienza a trabajar:

Ericka recibe \$789 por mes de SSDI, tiene \$1,000 en recursos, tiene Medicare y Medicaid y tiene QMB. Se le ha ofrecido un trabajo con un salario bruto de \$600 por mes. ¿Qué pasará con la elegibilidad de Ericka para QMB?

Su ingreso no derivado del trabajo es de \$789; luego de deducir los \$20 de la Exclusión de Ingreso General sus ingresos contables no derivados del trabajo son de \$769. Su ingreso derivado del trabajo es de \$600; luego de deducir los \$65 de la Exclusión por Ingresos

Derivados del Trabajo y dividir los ingresos remanentes por la mitad, su ingreso contable derivado del trabajo es de \$267.50. Esto significa que su ingreso total contable es de \$1,036.50 por mes.

El ingreso de Ericka está por encima del límite de ingreso de QMB (100% de FPL es \$1,005 - tarifa de 2017), pero se encuentra por debajo del límite de SLMB (120% de FPL-\$1,206 - tarifa de 2017) para una persona soltera. Esto significa que continuará recibiendo ayuda para pagar su prima de Parte B, pero a través de SLMB en vez de QMB. Si bien Ericka no tiene el programa QMB para que pague sus deducibles y coseguros de Parte A y B, sí tiene Medicaid. Si mantiene su elegibilidad para Medicaid cuando comienza a trabajar, podría continuar obteniendo ayuda para pagar los deducibles y coseguro de la Parte A y B. En efecto, Ericka continuará teniendo la misma cobertura que tiene ahora. Si Ericka no puede conservar Medicaid al trabajar, debe explorar los IRWE o BWE para ver si el ingreso contable puede caer debajo del límite QMB.

Personas Calificadas Discapacitadas y en Actividad Laboral (QDWI)

El último Programa de Ahorros de Medicare es muy diferente de los otros tres. Las Personas Calificadas Discapacitadas y en Actividad Laboral (QDWI) solo pagan la prima de Parte A para aquellos que compran Medicare conforme a "Premium HI para Trabajadores Discapacitados".

Para ser elegible para QDWI, una persona debe:

- Estar utilizando la Premium HI para Personas Discapacitadas para mantener Medicare;
- Tener un ingreso contable por debajo del 200 por ciento del FPL actual;
- Tener recursos contables por debajo de \$4,000 para una persona soltera, \$6,000 para una pareja;
- No ser elegible para Medicaid de otra manera; y

- Cumplir con los requerimientos generales o condiciones no financieras de elegibilidad para Medicaid en su estado (por ejemplo, ciudadanía, residencia).

Como con otros MSP, QDWI usa las metodologías de ingresos y recursos de SSI para determinar los ingresos y recursos contables. Con QDWI, los estados no tienen permitido utilizar metodologías de ingresos y recursos más liberales, una opción que sí tienen con los programas QMB, SLMB y QI. Si bien el 200 por ciento del FPL puede no parecer alto, una persona puede tener un ingreso mensual relativamente alto y usar este programa. Hay dos factores clave que hacen posible esto: La persona ya no tiene un cheque de beneficio de Título II cuando está usando este programa y la omisión del ingreso derivado del trabajo permite a una persona tener más del doble del límite de ingreso. Veamos un ejemplo.

Ejemplo de una persona que probablemente sea elegible para QDWI:

Frank tiene \$3,200 por mes de salario bruto y su EPMC está por finalizar. Le gustaría mantener Medicare a través de Premium-HI para Personas Discapacitadas que Trabajan pero le preocupa poder pagar la prima de Parte A. Tiene \$3,500 en recursos. ¿Podría Frank ser elegible para QDWI?

Sus ingresos no derivados del trabajo son de \$0, ya que no recibe más su beneficio de SSDI. Su salario bruto es de \$3,200 por mes; luego de deducir los \$20 de la Exclusión por Ingreso General y los \$65 de la Exclusión por Ingreso Derivado del Trabajo, y de dividir el importe restante por dos, tiene \$1,557.50 en ingresos derivados del trabajo contables. Debido a que no tiene ingresos no derivados del trabajo, su ingreso contable total es de \$1557.50 por mes.

El doscientos por ciento del FPL para una persona soltera es de \$2,010 por mes (tarifa de 2017). El ingreso total contable de Frank se encuentra por debajo de ese nivel. Debido a que sus recursos se encuentran por debajo de \$4,000, probablemente sea elegible para QDWI, asumiendo que cumple con todos los requerimientos no financieros del programa Medicaid del estado.

Como demuestra este ejemplo, una persona puede tener un monto sustancial de ingresos derivados del trabajo y aún así usar QDWI.

Subsidio por Bajos Ingresos (Ayuda Extra) - Programa de Asistencia Financiera #2

Como se explicó en la primera parte de esta unidad, existe una cantidad de gastos adicionales no cubiertos por la Parte D, que varían en base al plan privado de medicamentos recetados que elija el beneficiario. Para muchos beneficiarios, estos costos resultan inasequibles. Cuando el Congreso creó la Parte D, también creó un programa de asistencia financiera para ayudar a los beneficiarios con bajos ingresos a pagar por los gastos adicionales no cubiertos por la Parte D. El nombre formal de este programa de asistencia financiera es Subsidio por Bajos Ingresos, pero también se denomina "Ayuda Extra". El LIS no es un programa del estado, lo que es generalmente un punto de confusión. LIS es un programa administrado por los CMS. El programa LIS brinda dos niveles de ayuda: Subsidio por Bajos Ingresos Completo y Subsidio por Bajos Ingresos Parcial.

Para ser elegible para LIS, algunos grupos deben tener ingresos por debajo de ciertos FPL. Cuando una persona solicita LIS, el Seguro Social aplicará el FPL que corresponde al estado de residencia de una persona en el mes en que la persona presentó la solicitud.

Además de algunos grupos que tienen límites de ingreso, algunos grupos deben tener recursos por debajo del límite de recursos del año actual. Si un beneficiario indica que podría usar parte o el total de sus recursos para gastos de funeral o entierro, entonces el Seguro Social permite una exclusión de \$1,500 para una persona y de \$3,000 para una pareja. Como resultado, las publicaciones acerca de los límites de recursos de LIS por lo general inflan el límite del año actual en \$1,500 para una persona y \$3,000 para una pareja, para plasmar esto. Los límites de recursos enumerados en esta unidad no incluyen el subsidio para los gastos de funeral o entierro. Si un beneficiario esperaba esos gastos, su límite de recursos, en efecto, sería más alto (\$1,500 para una persona y \$3,000 para una pareja).

Subsidio por Bajos Ingresos Completo

Un LIS completo brinda apoyo crítico a los beneficiarios. Con un LIS completo el beneficiario por lo general no tiene que pagar una prima mensual. El CMS paga las primas subsidiadas al proveedor de medicamentos recetados (PDP) o al plan de medicamentos recetados del Programa Ventaja de Medicare (MA-PDP) sobre la base de las primas de referencia regionales del área de servicios. Las personas elegibles para LIS completo que eligen participar en un plan más costoso son responsables de pagar la diferencia. Aquellos elegibles para LIS Completo no tienen que pagar un deducible anual. Además, no están sujetos a la cobertura inicial, período sin cobertura o a las normas de pago de cobertura para catástrofes. En cambio, estas personas pagan pequeños copagos, si es que pagan alguno.

A fin de ser elegible para el LIS Completo, una persona debe:

- Tener derecho a los beneficios en virtud Medicare Parte A o tener derecho a Medicare Parte B o ambos;
- Residir en uno de los 50 estados o en el Distrito de Columbia; y
- Tener un ingreso contable igual o menor al 135 por ciento del FPL y recursos iguales o menores a \$7,390 para persona soltera u \$11,090 para parejas en 2017; **O**
- Ser considerado elegible (los siguientes grupos son considerados elegibles para LIS Completo: receptores de Medicaid, beneficiarios de SSI, QMB, SLMB o QI)

Considerados Elegibles:

Aquellos que el CMS considera elegibles no necesitan solicitar el LIS completo, sino que el CMS los inscribe automáticamente. El CMS determina si una persona es considerada elegible para un LIS Completo en base a los datos mensuales de las agencias Medicaid del Estado y los registros del Seguro Social de la participación en SSI, El CMS luego inscribe automáticamente a los beneficiarios considerados elegibles que aún no han sido inscritos en un PDP o MA-PDP. Los beneficiarios que el CMS considera elegibles pueden cambiar de plan en cualquier momento. Muchos beneficiarios no se dan cuenta que una vez que son elegibles para la Parte D, Medicaid no cubrirá la mayoría o ninguna de sus recetas

porque es pagador de último recursos. Para asegurar a los beneficiarios que no se queden sin cobertura de medicamentos recetados sin darse cuenta, el CMS inscribe automáticamente a los beneficiarios considerados elegibles para LIS completo en un plan.

No considerados elegibles:

Aquellos que el CMS no considera elegibles, pero que tienen ingresos y recursos por debajo de los límites detallados más arriba, tendrán que solicitar el programa de Subsidios por Bajos Ingresos. Si bien el CMS administra el programa LIS, no tiene la infraestructura para aceptar y procesar solicitudes; no tienen oficinas de campo en ciudades en todo el país para que los beneficiarios se dirijan y realicen la solicitud. Como resultado, el CMS estableció un acuerdo con el Seguro Social para aceptar y procesar solicitudes de LIS para aquellos que no son considerados elegibles. Esto significa que una persona que no entra en una de las categorías elegibles necesitará solicitar LIS en el Seguro Social. Las personas pueden solicitar el programa LIS de tres maneras:

1. Enviando una solicitud en línea en el sitio web del Seguro Social;
2. Llamando al 1-800-772-1213 para realizar la solicitud por teléfono;
o
3. Realizando la solicitud en persona en la oficina local del Seguro Social.

Una vez el Seguro Social haya recibido la solicitante, la agencia deberá determinar si el ingreso contable se encuentra al 135 por ciento del FPL o por debajo de él, y si los recursos contables se encuentran por debajo de los límites aplicables.

Al determinar la elegibilidad para el grupo considerado no elegible, el Seguro Social utiliza la metodología de ingresos y recursos de SSI, con algunas modificaciones. Para comenzar, el Seguro Social no realiza consideraciones, sino que contará los siguientes ingresos y recursos de la persona al determinar la elegibilidad para LIS:

- El ingreso contable del beneficiario de Medicare y del cónyuge con el que vive (si hubiese) medido contra un porcentaje del FPL anual para el tamaño de la familia del beneficiario (esto incluye parientes dependientes que viven con el beneficiario), y

- Recursos del beneficiario de Medicare y del cónyuge con el que vive (si hubiere).

Al contar el ingreso, a partir del 1 de enero de 2010, el Seguro Social no contará el sustento y manutención en especies como ingreso. La agencia también excluirá los intereses y dividendos, sin importar su origen. También se debe mencionar que el Seguro Social no aprobará un Plan para Lograr la Autosuficiencia cuyo único fin es el de excluir los ingresos y recursos para la elegibilidad para LIS. Respecto de las exclusiones de recursos, existen algunas diferencias de las normas de SSI:

- El Seguro Social no considera transferencias de recursos al realizar las determinaciones LIS. Por lo tanto, el Seguro Social no pregunta a un solicitante si ha transferido recursos.
- Los recursos no líquidos, que no sean bienes inmuebles que no son hogares, no se consideran recursos para los fines de la determinación de elegibilidad para el subsidio. Para fines de determinar la elegibilidad para el subsidio, los siguientes activos no líquidos no se consideran recursos contables: todos los vehículos (autos, camiones, motocicletas, barcos, motos de nieve, etc.), elementos básicos para el hogar y efectos personales, fondos irrevocables para servicios funerarios y contratos irrevocables para servicios funerarios.
- Si la persona declara que espera utilizar algunos de sus recursos para gastos de servicios funerarios o de entierro, el Seguro Social excluye \$1,500 de aquellos recursos contables de la persona. Para una pareja casada que convive, el Seguro Social excluirá hasta \$3,000. El Seguro Social no preguntará a la persona acerca del valor real de los fondos que espera utilizar. Por lo tanto, la exclusión es siempre de \$1,500 a menos que la persona declare que no espera utilizar alguno de sus recursos para gastos de servicios funerarios o de entierro.

Al determinar el ingreso contable, el Seguro Social aplicará las deducciones básicas de SSI. Al determinar el ingreso contable no derivado del trabajo, el Seguro Social aplica la Exclusión de Ingreso General de \$20 a cualquier ingreso no derivado del trabajo en primer lugar, luego a los ingresos derivados del trabajo, si no son utilizados. La agencia aplica la Exclusión de Ingreso Derivado del Trabajo de \$65 y

divide los ingresos en dos para determinar el ingreso contable derivado del trabajo. Además, el Seguro Social puede deducir Gastos de Trabajo Relacionados con una Incapacidad (IRWE) y Gastos de Trabajo para Ciegos (BWE). Si un beneficiario indica al Seguro Social que tiene IRWE, el Seguro Social deducirá automáticamente el 16.3 por ciento del salario bruto. Si un beneficiario con ceguera reglamentaria indica que tiene BWE, el Seguro Social deducirá automáticamente el 25 por ciento del salario bruto. El Seguro Social deducirá el monto real de IRWE o BWE si es más ventajoso que el porcentaje estándar. Para usar estas deducciones, el beneficiario por discapacidad del Título II debe tener menos de 65 años de edad. Si su cónyuge tiene menos de 65 años de edad y recibe beneficios por discapacidad del Título II, también puede usar estos incentivos laborales. A continuación un ejemplo de cálculo.

Ejemplo de una persona que es elegible para LIS Completo:

Sherry tiene \$1,212 por mes en SSDI, \$7,000 en recursos y es soltera. Le dice que no puede pagar sus medicamentos recetados cada mes.

¿Podría Sherry ser elegible para LIS completo?

Paso	Cálculos
Ingreso no derivado del trabajo	\$1,212
Exclusión de ingreso general (GIE) \$20	– \$20
Ingreso Contable No Derivado del Trabajo	=\$1,192
Ingreso Bruto Derivado del Trabajo	\$0
Exclusión por Ingresos del Trabajo Estudiantil	–
Subtotal	–
GIE (si no se usó arriba) \$20	–
Subtotal	–
Exclusión de Ingreso Derivado del Trabajo	–

Paso	Cálculos
(EIE) \$65	
Subtotal	–
Gasto Laboral Relacionado con una Incapacidad (IRWE) (16.3% de salarios brutos o monto real si es más alto)	–
Subtotal	–
Divida el subtotal por 2	–
Gastos de Trabajo por Ceguera (BWE) (25% de salarios brutos o monto real si es más alto)	–
Total de Ingreso Contable Derivado del Trabajo	= \$0
Total de Ingreso Contable No Derivado del Trabajo	\$1,192
Total de Ingreso Contable Derivado del Trabajo	+ \$0
Deducción PASS	– \$0
Total de Ingreso Contable	= \$1,192

Su ingreso no derivado del trabajo es de \$1,212; pero luego de deducir los \$20 de la Exclusión de Ingreso General sus ingresos contables no derivados del trabajo son de \$1,192. No tiene ingresos derivados del trabajo, por lo tanto su ingreso contable total es de \$1,192 por mes. El ciento treinta y cinco por ciento del FPL para una persona soltera es de \$1,357 por mes (tarifa de 2017). El ingreso contable de Sherry está por debajo de ese nivel. Debido a que sus recursos se encuentran por debajo de \$7,390, probablemente sería elegible para LIS Completo. El CWIC debería informarle que es probablemente elegible para el Programa de Ahorros de Medicare, QI, y que una vez que solicite y sea elegible

para QI, la agencia de Medicaid del estado la inscribirá automáticamente en LIS Completo.

Como recordatorio, este cálculo no se utiliza para personas que se consideran elegibles para LIS Completo y que continuarán estando en una categoría considerada elegible mientras trabajan. Por ejemplo, si un beneficiario es elegible para LIS Completo en este momento porque tiene cobertura Medicaid completa, y cuando comience a trabajar, mantendrá Medicaid, entonces no hay necesidad de realizar una planilla de cálculo porque seguirá siendo considerado elegible para el LIS Completo. Por el contrario, si un beneficiario pierde su condición de elegible debido a un cambio en el ingreso, entonces el cálculo podría ser apropiado. Por ejemplo, si un beneficiario es elegible para LIS Completo porque tiene QMB, pero cuando comience a trabajar, perderá la elegibilidad para QMB, SLMB y QI, entonces el beneficiario necesitará una planilla de cálculo para determinar si cumple con los criterios de ingreso, a menos que ingrese en una de las otras categorías consideradas elegibles (por ejemplo, Medicaid o SSI.)

Subsidio por Bajos Ingresos Parcial

El LIS parcial brinda un poco menos de apoyo que un LIS completo. Con LIS parcial, el beneficiario no tiene prima o tendrá una prima basada en una escala móvil. Como sucede con el LIS Completo, el CMS paga las primas subsidiadas al proveedor de medicamentos recetados (PDP) o al plan de medicamentos recetados del Programa Ventaja de Medicare (MA-PDP) sobre la base de las primas de referencia regionales del área de servicios. Los beneficiarios elegibles para LIS parcial que eligen participar en un plan más costoso son responsables de pagar la diferencia. Aquellos elegibles para LIS parcial tienen un deducible anual de \$83 (tarifa de 2018). Además, no están sujetos a la cobertura inicial, período sin cobertura o a las normas de pago de cobertura para catástrofes. En cambio, estas personas pagan coseguros o copagos más bajos durante el curso del año.

Para ser elegible para el LIS parcial, una persona debe:

- Tener derecho a los beneficios en virtud Medicare Parte A o tener derecho a Medicare Parte B o ambos;

- Residir en uno de los 50 estados o en el Distrito de Columbia; y
- Tener un ingreso contable igual o menor al 150 por ciento del FPL y recursos iguales o menores a \$12,320 para personas solteras o \$24,600 para casados en 2017.

Como con los beneficiarios no considerados elegibles para LIS completo, los beneficiarios de LIS parcial deben solicitar LIS a través del Seguro Social. Las personas solicitan LIS parcial de la misma manera que se describió para LIS completo. Las mismas metodologías de ingresos y recursos contables explicadas para LIS completo también se aplican para LIS parcial. La diferencia es meramente que los límites de ingresos y recursos son más elevados.

Ejemplo de una persona que es probablemente elegible para LIS parcial: Sophia tiene \$1,425 por mes en SSDI, \$10,000 en recursos y es soltera. Le dice que tiene dificultades para pagar sus medicamentos recetados cada mes. ¿Podría Sophia ser elegible para LIS parcial?

Paso	Cálculos
Ingreso no derivado del trabajo	\$1,425
Exclusión de ingreso general (GIE) \$20	– \$20
Ingreso Contable No Derivado del Trabajo	= \$1,405
Ingreso Bruto Derivado del Trabajo	\$0
Exclusión por Ingresos del Trabajo Estudiantil	–
Subtotal	
GIE (si no se usó arriba) \$20	–
Subtotal	
Exclusión de Ingreso Derivado del Trabajo (EIE) \$65	–

Paso	Cálculos
Subtotal	
Gasto Laboral Relacionado con una Incapacidad (IRWE) (16.3% de salarios brutos o monto real si es más alto)	–
Subtotal	
Dividir por 2	
Gastos de Trabajo por Ceguera (BWE) (25% de salarios brutos o monto real si es más alto)	–
Total de Ingreso Contable Derivado del Trabajo	= \$0
Total de Ingreso Contable No Derivado del Trabajo	\$1,405
Total de Ingreso Contable Derivado del Trabajo	+ \$0
Deducción PASS	– \$0
Total de Ingreso Contable	= \$1,405

Su ingreso no derivado del trabajo es de \$1,425; pero luego de deducir los \$20 de la Exclusión de Ingreso General sus ingresos contables no derivados del trabajo son de \$1,405. No tiene ingresos derivados del trabajo, por lo tanto su ingreso contable total es de \$1,405 por mes. El ciento cincuenta por ciento del FPL para una persona soltera es de \$1,507 por mes (tarifa de 2017). El ingreso contable de Sophia está por debajo de ese nivel. Debido a que sus recursos se encuentran por debajo de \$12,320, probablemente sería elegible para LIS Parcial.

Con LIS parcial no existen personas consideradas elegibles. En cambio, cada beneficiario de LIS parcial debe cumplir con los límites de ingresos y recursos. Por ello, el Seguro Social debe usar el cálculo para estimar la

elegibilidad cuando un beneficiario comienza a trabajar, a menos que entre en un grupo considerado elegible para LIS completo (por ejemplo, Programa de Compra de Medicaid).

LIS e Ingresos

Para estimar el efecto de las ganancias sobre la elegibilidad para LIS de un beneficiario, el primer paso es clarificar en qué categoría entra: considerado elegible para LIS Completo, elegible para LIS Completo (no considerado elegible) o elegible para LIS Parcial. Una vez que ha identificado la categoría, el próximo paso es clarificar si la persona perderá la elegibilidad para esa categoría una vez que trabaje. Si el beneficiario no perderá la elegibilidad para la categoría en la que se encuentra, entonces los CWIC pueden comunicarle al beneficiario que se espera que su elegibilidad continúe. Si el beneficiario perderá la elegibilidad para la categoría en la que se encuentra, los CWIC deben comunicarle ese cambio esperado y brindar opciones, si las hubiere.

Ejemplo de una persona que el CWIC espera que mantenga la consideración de elegibilidad para LIS completo:

Devin tiene \$320 por mes en SSDI, \$450 por mes en SSI, Medicare, QMB y Medicaid. Ha sido considerada elegible para LIS completo. Devin comenzará a trabajar el mes que viene ganando \$3,000. Tiene diversos medicamentos recetados costosos, para los cuales necesita de LIS para que le ayude a cubrirlos. ¿Qué le sucederá al LIS completo de Devin cuando comience a trabajar?

1. El primer paso es clarificar en qué categoría entra Devin, que es considerada elegible para LIS completo. Es considerada elegible porque tiene Medicaid, así como también SSI y QMB.
2. El segundo paso es clarificar si Devin perderá elegibilidad para estas categorías consideradas una vez que comience a trabajar. Si bien Devin probablemente perderá su elegibilidad para QMB, continuará siendo elegible para Medicaid y SSI (usando el incentivo laboral 1619(b)). Esto significa que el CWIC espera que Devin continúe siendo elegible para LIS completo como beneficiaria considerada elegible. Debido a que el CWIC espera que continúe siendo considerada elegible,

no hay necesidad de realizar el cálculo del ingreso contable para LIS.

Ejemplo de una persona que es considerada elegible para LIS completo pero que el CWIC espera que pierda esa condición:

Tom tiene \$1,080 por mes en SSDI, Medicare y SLMB. Ha sido considerado elegible para LIS completo porque obtiene SLMB. Tom comenzará a trabajar el próximo mes ganando \$850. Tiene varios medicamentos caros, para los que cuenta con LIS para ayudarlo a cubrirlos. ¿Qué pasará con el LIS completo de Tom cuando empiece a trabajar?

1. El primer paso es clarificar en qué categoría entra Tom. Es considerado elegible para LIS completo porque tiene SLMB.
2. El segundo paso es clarificar si Tom perderá su elegibilidad para estas categorías consideradas una vez que comience a trabajar. Luego de revisar las normas de elegibilidad para SLMB, el CWIC determina que no será elegible para SLMB, ni tampoco para QMB o QI. Tampoco recibirá SSI. La única manera en la que Tom puede continuar siendo considerado elegible para LIS Completo es si se vuelve elegible para Medicaid. En muchos estados, existe un programa de Compra de Medicaid, el cual sería una manera de que Tom se vuelva elegible para Medicaid. Debido a que los programas de Compra de Medicaid tienen una prima, necesitará decidir si eso sería vale la pena para él a nivel financiero. Si Tom no se vuelve elegible para Medicaid cuando comience a trabajar, entonces el CWIC deberá usar el cálculo de LIS para determinar si puede mantener la elegibilidad para LIS Completo como una persona no considerada elegible o la elegibilidad para LIS Parcial.

Paso	Cálculos
Ingreso no derivado del trabajo	\$1,080
Exclusión de ingreso general (GIE) \$20	– \$20
Ingreso Contable No Derivado del Trabajo	= \$1,060

Paso	Cálculos
Ingreso Bruto Derivado del Trabajo	\$850
Exclusión por Ingresos del Trabajo Estudiantil	– \$0
Subtotal	\$850
GIE (si no se usó arriba) \$20	– \$0
Subtotal	\$850
Exclusión de Ingreso Derivado del Trabajo (EIE) \$65	– \$65
Subtotal	\$785
Gasto Laboral Relacionado con una Incapacidad (IRWE) (16.3% de salarios brutos o monto real si es más alto)	– \$0
Subtotal	\$785
Dividir por 2	\$392.50
Gastos de Trabajo por Ceguera (BWE) (25% de salarios brutos o monto real si es más alto)	– \$0
Total de Ingreso Contable Derivado del Trabajo	= \$392.50
Total de Ingreso Contable No Derivado del Trabajo	\$1,060
Total de Ingreso Contable Derivado del Trabajo	+ \$392.50
Deducción PASS	– \$0
Total de Ingreso Contable	= \$1,452.50

El ingreso contable de Tom, \$1,452.50, estará por encima del 135 por ciento del FPL (\$1,357 - tarifa de 2017), lo que significa que no será elegible para LIS completo. Pero su ingreso está por debajo del 150 por ciento del FPL (\$1,507 - tarifa del 2017), lo que significa que probablemente sea elegible para LIS parcial. . Para apoyar a Tom a lograr su objetivo de trabajo, será importante que él conozca sus opciones. Podrá usar LIS Parcial en vez de LIS completo o si la elegibilidad para Medicaid es una opción para Tom en su estado, podrá mantener LIS Completo inscribiéndose en Medicaid.

Informar los cambios en ingresos y recursos y redeterminaciones del Subsidio por Bajos Ingresos (LIS)

Para los fines de determinar la elegibilidad para el subsidio y si la persona califica para un subsidio completo o parcial, el Seguro Social considera la totalidad del ingreso contable que la persona y el cónyuge con el que vive reciben (o esperan recibir) durante un período de 12 meses. Aunque el Seguro Social calcula la elegibilidad para el subsidio sobre la base de la proyección del ingreso a 12 meses, dicho cálculo no está relacionado con un año calendario en particular. El sistema de determinación del subsidio utiliza la proyección del ingreso a 12 meses porque el Seguro Social emite los límites de ingreso del FPL como límites de ingreso anual. En el momento en que una persona presenta una solicitud para recibir el subsidio, el Seguro Social compara la proyección del ingreso a 12 meses con el límite de ingresos del FPL para el año en curso. Si la proyección del ingreso de la persona está por debajo del límite, esta persona seguirá siendo elegible para el subsidio hasta que el Seguro Social procese una redeterminación o un suceso que cambie el subsidio.

Ejemplo de determinación de la elegibilidad para el subsidio:

La Sra. Smith presenta la solicitud de subsidio en agosto. El sistema de determinación de subsidio utiliza el ingreso informado en su solicitud de agosto y realiza una proyección a 12 meses, comenzando desde el mes de cómputo del subsidio sin importar el aumento esperado de su ingreso debido al COLA de enero o el aumento esperado de los límites del FPL debido a la actualización anual del FPL (que suele tener lugar en febrero). El sistema de determinación de subsidios necesita este tipo de cómputo porque el ingreso de la persona para el mes de enero siguiente y el monto del

FPL para el año siguiente no se conocen en agosto cuando el Seguro Social procesa el pedido.

El Seguro Social realizar las determinaciones del LIS para un año calendario y no las cambiará durante el año a menos que la persona:

- Apele la determinación;
- Informe un evento que cambie el subsidio; o
- Obtenga elegibilidad para el SSI, Medicaid o el MSP y por lo tanto sea considerado elegible para el subsidio.

El Seguro Social no requiere que los beneficiarios de LIS informen cambios. NO existen normas obligatorias para informar en el programa de LIS. Además, no hay ninguna distinción entre la forma en la que la agencia procesa los informes de los principales interesados y terceros. Los beneficiarios, familiares, amigos u otras agencias pueden informar sobre casos que afecten el subsidio de un beneficiario. La fuente de información no afecta cómo el Seguro Social procesa el informe de cambio.

Hay dos tipos de casos que pueden tener un efecto sobre la determinación o el monto del subsidio:

- Casos de Cambio de Subsidio que entran en vigencia el mes posterior al mes en que se realizó el informe, y
- Otros Casos que constituyen casos que pueden cambiar la determinación del subsidio, pero no entran en vigencia hasta el mes de enero que sigue al informe (o después en algunos casos).

Hay seis Casos de Cambio de Subsidio. Estos casos resultan en la redeterminación del monto o la elegibilidad para el subsidio del beneficiario. Una vez que el Seguro Social recibe e ingresa un informe sobre un caso de cambio de subsidio, la agencia envía un formulario de redeterminación (SSA-1026-OCR-SM-SCE) al beneficiario.

Estos cambios entran en vigencia el mes posterior al mes en que el beneficiario realiza el informe:

1. El beneficiario contrae matrimonio;
2. El beneficiario y el cónyuge con quien vive se divorcian;
3. El cónyuge con quien vive el beneficiario fallece;
4. El beneficiario y el cónyuge con quien vive se separan;
5. El beneficiario y el cónyuge con quien vive anulan el matrimonio.
6. El beneficiario y el cónyuge con quien se separó previamente vuelven a vivir juntos.

Ejemplo de caso de cambio de subsidio:

Mary Smith, una beneficiaria, contacta al Seguro Social en mayo de 2018. Informa que se casó en marzo de 2018. Este es un evento de cambio de subsidio o SCE. Cualquier cambio entra en vigencia en junio de 2018. La Sra. Smith explica que no tiene tiempo para completar las evaluaciones de inmediato. El agente del número 800 ingresará el caso en la pantalla Caso de Cambio en MAPS, lo cual generará un formulario de redeterminación. El agente pregunta a la Sra. Smith si su cónyuge también es elegible para el subsidio. Sí lo es. El agente luego pregunta si la Sra. Smith está informando el cambio para su cónyuge también. Ella dice que sí, por lo que el agente ingresa un SCE para el cónyuge. El cónyuge también recibirá un formulario de redeterminación. La Sra. Smith y su cónyuge deben entregar ambos formularios aunque la información que contienen debe ser idéntica. Cuando entreguen los formularios con la información relativa al ingreso y los recursos actualizada, el agente del Seguro Social los procesará en MAPS. El sistema determinará los nuevos montos del subsidio, que entrarán en vigencia a partir de junio de 2018 para la Sra. Smith y su nuevo cónyuge.

Los casos que no estén dentro de los seis casos de cambio de subsidio que se mencionan pueden afectar la elegibilidad o el monto del subsidio de un beneficiario, pero cualquier cambio que resulte de informar "Otro Caso" generalmente entrará en vigencia a partir del mes de enero siguiente. En general, "otros casos" incluyen cambios en el ingreso o los recursos como conseguir un empleo, obtener elegibilidad para recibir

seguro de desempleo, recibir una compensación del seguro o una herencia significativas, etc.

Ejemplo de “Otro Caso”:

A fines de agosto de 2017, el Seguro Social envía por correo una redeterminación programada al Sr. Jones. Completa el formulario que indica un cambio en sus ingresos y lo envía al Seguro Social el 19 de septiembre de 2017. El Seguro Social redetermina la elegibilidad del Sr. Jones en base al ingreso que informó el 19 de septiembre de 2017. El sistema de determinación del subsidio utiliza el ingreso en este informe, lo proyecta a 12 meses, y compara este monto anualizado con los límites de ingreso del FPL para 2017 para determinar el porcentaje de subsidio. Si el cambio que informó afecta su elegibilidad o el monto de su subsidio, la fecha de vigencia del cambio será a partir de enero de 2018.

Hay algunas diferencias en los cambios de elegibilidad para aquellos considerados elegibles para LIS. En el caso de una persona considerada elegible entre el 1 de enero y el 30 de junio de un año calendario, la persona es considerada elegible para un LIS Completo por el resto del año calendario, sin importar los cambios en su situación. En el caso de una persona considerada elegible entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de un año calendario, la persona es considerada elegible por el resto del año calendario y el año calendario siguiente.

Para más información sobre el LIS de la Parte D, consultar POMS 03001.005 Ayuda Extra de Medicare Parte D (Subsidio por Bajos Ingresos o LIS): <https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0603001005>

Orientación y derivación de Medicare

Los beneficiarios de Medicare tienen que tomar decisiones que determinarán la forma en la que recibirán Medicare. Tienen la opción de conservar Medicare Original o inscribirse en un Plan de Ventajas de Medicare. Los beneficiarios también eligen un proveedor específico para su Plan de Ventajas de Medicare y su plan Parte D.

Los CWIC deben entender los aspectos básicos de estas opciones de Medicare, pero también deberán trabajar con las organizaciones que brindan servicios completos de asesoramiento sobre Medicare. Algunos beneficiarios tendrán dudas o problemas que excederán el área de

conocimiento o experiencia de los CWIC. En estos casos, los CWIC deberían derivar al beneficiario a una organización externa para asistencia.

Programas de Asistencia y Orientación del Seguro de Salud del Estado (SHIP)

En cada uno de los 50 estados, un Programa de Asistencia y Orientación del Seguro de Salud del Estado (SHIP) ofrece orientación gratuita e individual sobre Medicare a las personas mayores y a las personas con discapacidades. Los SHIP ayudan a los beneficiarios a tomar decisiones informadas acerca de su cobertura Medicare y sirven para responder preguntas acerca de facturas apelaciones y derechos del consumidor en relación con Medicare. Se puede encontrar más información sobre estos servicios suministrados por los SHIP y un enlace a los sitios Web estatales de los SHIP en: <https://www.shiptacenter.org>.

Asesorar a los beneficiarios sobre Medicare

Esta unidad cubre partes importantes del programa Medicare que los CWIC deben comprender para poder ayudar a los beneficiarios. Aquí se detallan algunos puntos clave adicionales para recordar:

- Los beneficiarios de Medicare pueden ser elegibles para el programa de Subsidio por Bajos Ingresos, pero no estar inscritos en él. Algunos beneficiarios no están automáticamente inscritos en LIS y deben solicitar este programa.
- Los beneficiarios del SSDI pueden no saber que pueden calificar para Medicaid. Los CWIC deben preguntar a estos beneficiarios si han considerado Medicaid como una opción de cobertura de salud además de Medicare.
- Los beneficiarios de Medicare pueden calificar (y deben solicitar) para el MSP que los ayudará a pagar las primas y coseguros de Medicare.
- Las primas de Parte B de un beneficiario de Medicare pueden ser pagadas por el estado si la persona está inscrita en Medicaid o en el MSP.

- Las personas doblemente elegibles (que tienen Medicare y Medicaid) tienen opciones adicionales según Medicare. Por ejemplo, las personas doblemente elegibles pueden cambiar su Plan de Ventajas de Medicare o su plan Parte D en cualquier mes del año.

Conclusión

Mientras que a muchos beneficiarios por discapacidad del Título II les preocupa cómo afectará el empleo pago sus pagos en efectivo, suele ser la cobertura médica cubierta por Medicare lo que más les preocupa perder. Esta unidad brindó información específica a los CWIC sobre cómo opera el programa federal de Medicare y ofrece explicaciones detalladas sobre cómo obtener ayuda para pagar las primas y otros gastos adicionales en los que incurren los beneficiarios de Medicare. Para finalizar, esta unidad describió con exactitud cómo el empleo pago afecta la cobertura de Medicare y en qué circunstancias la cobertura de Medicare puede continuar incluso después de que los beneficios en efectivo hayan cesado debido a la obtención de un empleo de nivel SGA.

Investigación independiente

Medicare and You - Publicación de CMS:

<https://www.medicare.gov/pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf>

Información del Plan Medigap:

<http://www.medicare.gov/supplement-other-insurance/medigap/whats-medigap.html>

Medicare y otros beneficios de salud: Su Guía para Saber Quién Paga en Primer Lugar

<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02179-Medicare-Coordination-Benefits-Payer.pdf>

Preguntas y Respuestas sobre Cobertura Extendida de Medicare para las Personas con Discapacidades que Trabajan:

<http://www.socialsecurity.gov/disabilityresearch/wi/extended.htm>

SSA POMS DI 40510.140 Prima Medicare para el Discapacitado en Actividad Laboral – General:

<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0440510140!opendocument>

SSA POMS HI 03001.005 Ayuda Extra de Medicare Parte D (Subsidio por Bajos Ingresos o LIS):

<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0603001005>

SSA POMS HI 03020.000 Ingreso (Subsidio por Bajos Ingresos):

<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0603020000>

SSA POMS HI 03030.000 Recursos (Subsidio por Bajos Ingresos)

<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0603030000>

Universidad Cornell, Escuela de Relaciones Industriales y Laborales, Instituto de Empleo y Discapacidad, Resumen de Políticas y Prácticas Resumen #27 – Reseña de Medicare Parte D, John Coburn y Barbara Otto, Defensores de la Salud y Discapacidad, abril de 2006:

http://www.ilr.cornell.edu/edi/publications/PPBriefs/PP_27.pdf

Cobertura Medicare de Diálisis de Riñón y Servicios de Trasplante de Riñón. Este cuadernillo contiene información acerca de la cobertura Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (enfermedad renal permanente tratada con diálisis o trasplante) (56 páginas). <https://www.medicare.gov/pubs/pdf/10128-Medicare-Coverage-ESRD.pdf>

Recursos adicionales

Incluimos plantillas que los CWIC pueden usar para calcular ingresos contables a fin de determinar el efecto del ingreso contable en la elegibilidad para los Programa de Ahorros de Medicare y la Parte D de LIS. También hemos proporcionado un árbol de decisiones que los CWIC pueden utilizar para planear el final del EPMC de un beneficiario.

Hoja de cálculos de MSP

Nombre del beneficiario _____

Fecha _____

CWIC: _____

Descripción de escenario:

(Tabla personalizada en base a cualquier deducción adicional permitida en su estado)

Paso	Cálculos
Ingreso no derivado del trabajo	
Exclusión de ingreso general (GIE) \$20	-
Ingreso Contable No Derivado del Trabajo	=
Ingreso Bruto Derivado del Trabajo	
Exclusión por Ingresos del Trabajo Estudiantil	-
Subtotal	
GIE (si no se usó arriba) \$20	-
Subtotal	
Exclusión de Ingreso Derivado del Trabajo (EIE) \$65	-
Subtotal	
Gasto Laboral Relacionado con una Incapacidad (IRWE)	-
Subtotal	
Dividir por 2	
Gastos de Trabajo para Ciegos (BWE)	-
Total de Ingreso Contable Derivado del Trabajo	=
Total de Ingreso Contable No Derivado del Trabajo	
Total de Ingreso Contable Derivado del Trabajo	+
Deducción PASS	-
Total de Ingreso Contable	=
Resultado basado en la comparación de los límites de ingresos contables con los ingresos del MSP: QMB: No más del 100% de FPL SLMB: No más del 120% de FPL QI: No más del 135% de FPL QDWI: No más del 200% de FPL	

Hoja de cálculos de LIS

Nombre del beneficiario _____

_____ Fecha _____

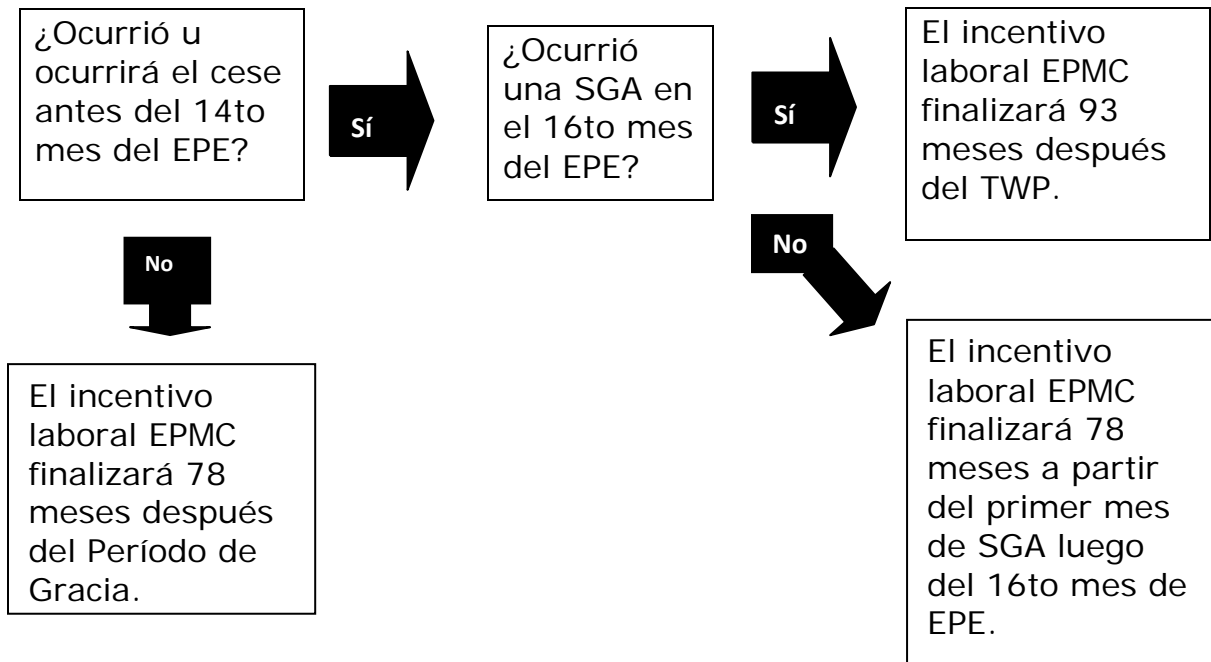
CWIC _____

Descripción de escenario:

A los beneficiarios doblemente elegibles (también tienen Medicaid de algún tipo) se los considera elegibles para LIS completo sin una evaluación financiera adicional. No utilizar esta tabla para esos beneficiarios.

Paso	Cálculos
Ingreso no derivado del trabajo	
Exclusión de ingreso general (GIE) \$20	-
Ingreso Contable No Derivado del Trabajo	=
Ingreso Bruto Derivado del Trabajo	
Exclusión por Ingresos del Trabajo Estudiantil	-
Subtotal	
GIE (si no se usó arriba) \$20	-
Subtotal	
Exclusión de Ingreso Derivado del Trabajo (EIE) \$65	-
Subtotal	
Gasto Laboral Relacionado con una Incapacidad (IRWE) (16.3% de salarios brutos o monto real si es más alto)	-
Subtotal	
Dividir por 2	
Gastos de Trabajo por Ceguera (BWE) (25% de salarios brutos o monto real si es más alto)	-
Total de Ingreso Contable Derivado del Trabajo	=
Total de Ingreso Contable No Derivado del Trabajo	
Total de Ingreso Contable Derivado del Trabajo	+
Deducción PASS	-
Total de Ingreso Contable	=
Resultados basados en la comparación de los límites de ingresos contables con los ingresos del MSP: LIS Completo: No más del 135% de FPL LIS Parcial: No más del 150% de FPL	

Árbol de Decisiones sobre el Período Extendido de Cobertura Medicare (EPMC)



¿Ocurrió u ocurrirá el cese antes del 14to mes del EPE?

- **NO:** El incentivo laboral EPMC finalizará 78 meses después del Período de Gracia.
- **SÍ:** ¿Ocurrió una SGA en el 16to mes del EPE?
 - **NO:** El incentivo laboral EPMC finalizará 78 meses a partir del primer mes de SGA luego del 16to mes de EPE.
 - **SÍ:** El incentivo laboral EPMC finalizará 93 meses después del TWP.

Unidad de competencia 3 – Opciones de salud para veteranos

Introducción

El Departamento de Defensa (DOD) y el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) de los Estados Unidos ofrecen cobertura de salud completa a los miembros activos de las fuerzas militares y a los veteranos de guerra de las fuerzas armadas. El Departamento de Defensa brinda cobertura a través del programa TRICARE. La Administración de Salud de Veteranos (VHA) administra el sistema de salud del VA para los veteranos. Los CWIC pueden encontrarse con beneficiarios del Seguro Social que tienen cobertura de salud a través de uno de estos programas o de ambos. Los beneficiarios por discapacidad del Título II (SSDI, CDB, DWB) también podrán inscribirse en el programa Medicare y algunos veteranos podrán ser elegibles para Medicaid. Esta unidad brindará una descripción general del programa TRICARE y del sistema de salud del VA y tratará sobre las interacciones entre estos sistemas y otros programas de salud como Medicare y Medicaid.

DEFINICIONES IMPORTANTES:

- Determinados términos tienen definiciones específicas en el contexto del ejército de los EE.UU. "Separar" o "recibir la baja" significa dejar el ejército. Las únicas personas que se consideran "retirados" del servicio militar son: 1) Aquellas personas que prestaron servicios durante 20 años antes de abandonar el servicio militar o 2) aquellas personas que cuentan con un certificado de "baja por razones médicas" porque han quedado discapacitadas. Tenga en cuenta que no todos los miembros del servicio militar lesionados o discapacitados son "dados de baja por razones médicas".
- Un veterano se define como una persona que es un antiguo miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (el Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, los Cuerpos de Marina y la Guardia Costera), que prestó servicios mientras se encontraba activo y fue dado de baja en circunstancias que no se deban a

mala conducta. Esto incluye miembros actuales y antiguos de las Reservas o la Guardia Nacional.

Descripción general de los beneficios de salud para miembros de las fuerzas militares y veteranos de guerra

TRICARE

Todos los miembros del servicio militar que se encuentren en actividad (ADSM) están cubiertos por TRICARE. TRICARE, anteriormente conocido como Programa Médico y de Salud de Civiles de los Servicios Uniformados (CHAMPUS), es un programa de asistencia médica del Sistema de Salud Militar del Departamento de Defensa de los Estados Unidos. TRICARE combina los recursos de salud de los militares con las redes de profesionales médicos, instituciones, farmacias y proveedores civiles para proporcionar acceso asequible a servicios médicos de gran calidad en todo el mundo. TRICARE brinda beneficios de salud para el personal militar, militares retirados y sus dependientes, incluyendo algunos miembros del Componente de Reserva.

Cuando un miembro del servicio militar abandona la milicia, es posible que no pueda mantener su cobertura TRICARE. Esto depende de un número de factores, entre ellos, si la persona se retira, se aparta en forma voluntaria o es liberado por razones médicas. Para la mayoría de los miembros del servicio militar, la elegibilidad para TRICARE termina una vez que se apartan de la milicia.

Luego de ser dados de baja, algunos miembros del servicio militar son elegibles para solicitar atención de la salud temporaria a través del Programa de Administración de Asistencia Transitoria (TAMP). El TAMP puede ofrecer cobertura TRICARE en forma transitoria por un máximo de 180 días. Una vez transcurridos los 180 días (o de inmediato en el caso de las personas que no sean elegibles para TAMP), la persona puede comprar cobertura extendida de atención de la salud a través de un programa llamado Programa de Continuación de Beneficios de Atención de la Salud (CHCBP). Este programa es similar a la continuación de la cobertura privada de atención de la salud según COBRA y requiere el pago de una prima mensual. El CHCBP puede utilizarse para extender la

cobertura de salud por un máximo de 18 meses. Cuando terminan los beneficios de atención de la salud de TRICARE, TAMP o CHCBP, los veteranos pueden solicitar los beneficios de salud del VA.

El Sistema de Atención Médica de VA

La Administración de Salud de Veteranos (VHA) es la sucursal del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) de los Estados Unidos que se ocupa de proporcionar atención de la salud para veteranos. Un veterano se define como un antiguo miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos que prestó servicios en servicio activo y fue dado de baja en circunstancias que no se deban a mala conducta. La VHA opera el sistema de atención médica integrado más grande y exhaustivo de los Estados Unidos, el cual está compuesto por 150 centros médicos, casi 1,400 clínicas para pacientes ambulatorios basadas en la comunidad, centros de vivienda comunitarios y Centros Veterinarios. Estas instalaciones médicas junto con más de 53,000 profesionales médicos matriculados independientes que trabajan en ellas brindan asistencia integral a más de 8.3 millones de veteranos cada año.

Después de que un miembro del servicio militar activo abandona la milicia, la VHA se vuelve responsable de proveer atención médica por lesiones o afecciones relacionadas con el servicio militar. En esta instancia, el Departamento de Defensa ya no es responsable de proveer atención por afecciones relacionadas con el servicio militar. La VHA ofrece una cantidad de programas distintos como parte del sistema de atención médica de Veteranos. El más importante es el Paquete de Beneficios Médicos, que se trata de un estándar establecido de servicios de salud que la VHA brinda a veteranos que califican para los beneficios de atención de la salud del VA. Otros programas del VA incluyen servicios de Orientación sobre Reinserción, atención dental y atención de la salud en el hogar para veteranos confinados en el hogar. En la mayoría de los casos, las instalaciones del VA tales como hospitales y centros médicos del VA brindan servicios médicos. Las instalaciones médicas civiles por lo general no brindan asistencia en virtud del VA a los veteranos.

Comprensión de los beneficios de salud del VA

Debido a que los CWIC trabajan principalmente con veteranos en lugar de miembros militares activos, comenzaremos nuestro análisis de las opciones de asistencia médica con los beneficios de salud del VA.

Solicitar beneficios de salud del VA

El VA ofrece a los veteranos varias formas de solicitar beneficios de salud. Los veteranos pueden realizar la solicitud en línea completándola en línea y enviándola electrónicamente al VA para su procesamiento. La solicitud en línea Formulario EZ del VA, Solicitud de beneficios de salud, se encuentra en línea en el siguiente enlace:

<http://www.va.gov/healthbenefits/apply/>

Los veteranos también pueden realizar la solicitud en persona en el centro de atención médica del VA local y completar el mismo Formulario 10-10EZ del VA, Solicitud de beneficios de salud. También es posible solicitar por teléfono con un representante del VA llamando al 1-877-222-VETS (8387), 8 a.m. a 8 p.m. lunes a viernes, EST. Finalmente, las solicitudes deben ser enviadas por correo. Para obtener más información detallada sobre el proceso de solicitud, visite el siguiente enlace:

<http://www.va.gov/HEALTHBENEFITS/apply/index.asp>

Elegibilidad

Una vez que el VA recibe la solicitud completada, determina si el veterano cumple con los requisitos de elegibilidad para su inscripción. El veterano debe cumplir con varios criterios para ser elegible para el Paquete de Beneficios Médicos del VA. En primer lugar, la persona debe haber estado en el servicio militar activo y haber sido dado de baja por cualquier motivo que no sea deshonoroso. Los miembros actuales y pasados de las Reservas o Guardia Nacional que fueron llamados al servicio activo por una orden federal y completaron el período completo para el cual fueron llamados u ordenados al servicio activo también podrán ser elegibles para los beneficios de salud del VA.

En segundo lugar, los veteranos deben cumplir con los requisitos mínimos de servicio (en general, 24 meses continuos de servicio), a menos que hayan sido liberados debido a una discapacidad relacionada con el servicio que prestaron. Ya que hay otras excepciones a los requisitos mínimos de servicio, el VA recomienda a todos los veteranos realizar la solicitud para que pueda determinar su elegibilidad para la inscripción.

Hay otros factores adicionales que determinan si un veterano es elegible para los beneficios de salud del VA, y si debe pagar copagos por los servicios de atención de la salud. Los veteranos de combates recientes son elegibles para beneficios de salud del VA completos durante un período de cinco años a partir de la fecha de liberación, sin importar cuáles sean sus ingresos y bienes. "Veteranos de combates recientes" se define como veteranos que fueron dados de baja del servicio activo luego del 28 de enero de 2003. También, los veteranos que sufrieron una discapacidad en cumplimiento del deber mientras estaban en servicio activo son elegibles para beneficios de salud del VA completos, incluso atención para tratar enfermedades o lesiones que no estén relacionadas con el servicio militar.

Algunos veteranos que no tienen ninguna discapacidad que cuentan con ingresos que superan los umbrales de ingresos, pero aun así son elegibles para los beneficios de salud del VA porque cumplen otro criterio de elegibilidad (por ejemplo, son elegibles para Medicaid o han recibido una medalla Corazón Púrpura). Para más información sobre los requisitos de elegibilidad, consulte:

<http://www.va.gov/HEALTHBENEFITS/apply/veterans.asp>

Inscripción y Grupos de Prioridad de Inscripción

El VA opera un sistema de inscripción anual que ayuda a administrar la provisión de asistencia médica. Una vez que el VA inscribe a un veterano, dicho veterano sigue inscrito en el sistema de atención médica del VA y conserva el acceso a determinados beneficios de salud del VA. Durante el proceso de inscripción, el VA utilizará la calificación de la discapacidad del veterano según el VA y otros factores para ubicar al veterano en uno de ocho Grupos de Prioridad de Inscripción. El Grupo de Prioridad 1 es considerado el grupo de mayor prioridad para recibir atención y el Grupo 8, el de menor prioridad.

El VA utiliza los Grupos de Prioridad de Inscripción para asegurar que los veteranos que necesitan atención de salud estarán cubiertos si el VA no tiene fondos suficientes para brindar atención de salud a todos los veteranos. La cantidad de veteranos que pueden ser inscritos en el programa de atención de la salud está determinada por la cantidad de dinero que el Congreso le da a VA cada año. Debido a que los fondos son limitados, el VA establece Grupos de Prioridad para asegurarse de que determinados grupos de Veteranos puedan inscribirse antes que otros.

Algunos veteranos pueden ser elegibles para más de un Grupo de Prioridad de Inscripción. En dicho caso, el VA colocará siempre al veterano en el Grupo de Prioridad más elevada para el cual es elegible la persona. Con el Paquete de Beneficios Médicos, los mismos servicios están disponibles por lo general a todos los veteranos inscritos. Los Grupos de Prioridad de Inscripción determinan cuánto tiene que pagar un veterano (en copagos) cuando recibe tratamiento médico y medicamentos.

Hay muchas otras normas de calificación para ser asignados a los Grupos de Prioridad y este aspecto del sistema de atención médica del VA es muy complejo. Las calificaciones principales son las siguientes:

- **Prioridad 1:** Los veteranos que tengan discapacidades relacionadas con el servicio militar con calificación del 50 por ciento o más y los veteranos que el VA haya determinado que están desempleados debido a una condición ocasionada como resultado del servicio militar.
- **Prioridad 2:** Los veteranos con discapacidades relacionadas con el servicio militar con una calificación del 30 por ciento o el 40 por ciento.
- **Prioridad 3:** Los veteranos con discapacidades relacionadas con el servicio militar con una calificación del 10 y el 20 por ciento; los veteranos que sean antiguos Prisioneros de Guerra (POW) o que hayan recibido la medalla Corazón Púrpura; y los veteranos que hayan sido liberados por una discapacidad que haya surgido o se haya agravado en cumplimiento del deber.

- **Prioridad 4:** Los veteranos que reciban ayuda o beneficios de asistencia o por confinamiento en el hogar; los veteranos que el VA haya considerado que están catastróficamente discapacitados.
- **Prioridad 5:** Los veteranos que reciban beneficios de pensión del VA o sean elegibles para los programas de Medicaid y los veteranos que tengan discapacidades no relacionadas con el servicio militar y no reciban compensación, los veteranos que tengan discapacidades relacionadas con el servicio militar con una calificación de cero por ciento cuyo ingreso bruto anual del hogar y patrimonio neto estén por debajo de los umbrales de comprobación de ingresos establecidos del VA.
- **Prioridad 6:** Veteranos de la Primera Guerra Mundial; veteranos que tengan discapacidades relacionadas con el servicio militar con una calificación del cero por ciento y reciban beneficios de compensación por discapacidad; y algunos veteranos que prestaron servicio en un teatro de operaciones de combate después del 11 de noviembre de 1998.
- **Prioridad 7:** Los veteranos con ingresos o patrimonio neto que superen el umbral nacional de ingresos del VA y con ingresos por debajo del umbral geográfico de ingresos que acuerden pagar copagos.
- **Prioridad 8:** Los veteranos con ingresos o patrimonio neto que superen el umbral nacional de ingresos del VA y el umbral geográfico de ingresos y que acuerden pagar copagos.

Para más información sobre los grupos de prioridad, consulte el sitio web de VHA en el siguiente enlace:

http://www.va.gov/HEALTHBENEFITS/resources/priority_groups.asp

Copagos de beneficios de salud del VA

Los veteranos no tienen que pagar una prima mensual por los beneficios de salud del VA. En lugar de ello, algunos veteranos pagan un copago adicional por servicios para tratar condiciones que no estén relacionadas con el servicio militar. Si un veterano no tiene una discapacidad calificada por el VA u otro factor especial de elegibilidad, deberá proporcionar información financiera para determinar si es elegible para

recibir beneficios de salud del VA en forma gratuita o por un costo bajo. Este proceso es denominado Evaluación Financiera (o Comprobación de Ingresos). Los resultados de esta comprobación sirven para determinar en qué Grupo de Prioridad de Inscripción se ubicará al veterano y también qué monto tendrán los copagos al momento de recibir servicios.

A partir del 24 de marzo de 2014, la mayoría de los veteranos ya no deberán completar la evaluación financiera anual que se conoce como Comprobación de Ingresos. En cambio, el VA recibirá información sobre los ingresos del IRS y del Seguro Social, y contactará a los veteranos solo si la información recibida indica que se debe realizar un cambio en los beneficios de salud del VA. La eliminación de la comprobación de ingresos anual permite que los veteranos inscritos gocen de los beneficios de la atención de la salud sin preocuparse por completar los formularios de ingresos anuales. Con el nuevo proceso, los veteranos deberán tener una evaluación financiera en su archivo: el actual si ya están inscritos o la evaluación que presentan cuando realizan la solicitud. El VA conservará y controlará dicha evaluación y la actualizará solo si ocurren cambios en el ingreso sustanciales. Para más información, visite:
http://www.va.gov/healthbenefits/cost/financial_assessment.asp

Existen cuatro tipos de copagos en el sistema de salud del VA:

1. Copagos por servicios ambulatorios
2. Copagos por servicios de hospitalización
3. Copagos por atención a largo plazo, y
4. Copagos por medicamentos.

Algunos veteranos con bajos ingresos son elegibles para tarifas de copago reducidas por servicios de hospitalización y los veteranos en el Grupo de Prioridad 1 están exentos de todos los copagos. Los servicios de atención primaria y los servicios de atención especializada tienen copagos de \$15 y \$50 respectivamente. Los medicamentos que los veteranos compran en farmacias del VA cuestan \$8 para obtener un suministro por un máximo de 30 días. Para obtener la información más actualizada sobre los copagos y otros gastos no cubiertos asociados a los beneficios de atención de la salud del VA, visite:
<http://www.va.gov/healthbenefits/cost/copays.asp>

Medicare y beneficios de salud del VA

Los veteranos que reciban tanto Medicare como los beneficios de salud del VA pueden elegir qué cobertura de salud utilizar cuando reciban atención. El veterano puede recibir atención en un centro del VA o elegir usar Medicare yendo a ver a un proveedor fuera del sistema del VA. En general, los dos programas de atención de la salud son independientes y no coordinan beneficios. Medicare no puede pagar por el mismo servicio que está cubierto por los beneficios de veteranos, y el VA no puede pagar por el mismo servicio que está cubierto por Medicare.

Cuando un veterano utiliza Medicare, esta persona es responsable de todas las primas, deducibles y coseguro de Medicare. Cuando el veterano recibe atención a través del VA, Medicare no pagará nada. La única circunstancia en la cual Medicare y el VA pueden pagar por los servicios es cuando el VA autoriza el suministro de servicios en un hospital que no sea del VA. En este caso, si el VA no paga por todos los servicios médicos recibidos durante la permanencia en el hospital, entonces Medicare puede pagar por la parte de los servicios que está cubierta por Medicare y que el VA no pague. Además, si un veterano recibe una factura por cualquier atención autorizada por el VA por parte de un médico o un hospital que no sea parte del sistema del VA, Medicare puede pagar la totalidad o una parte de los copagos por estos servicios.

Cuando los veteranos estén decidiendo si rechazar o dar de baja la inscripción en Medicare Parte B, deben explorar todas las opciones cuidadosamente antes de tomar una decisión. Si un veterano no se inscribe en Medicare Parte B cuando está disponible por primera vez, deberá pagar una multa por inscripción tardía si más adelante decide inscribirse en Parte B. El hecho de contar con cobertura de salud del VA no significa que el veterano esté exento de pagar esta multa. Sin embargo, si un veterano rechaza la cobertura Parte B porque recibe cobertura de un plan de salud de grupo basado en su empleo actual, no habrá multa por inscripción tardía si el veterano decide inscribirse en la Parte B más adelante.

La multa por inscripción tardía en la Parte B constituye el 10 por ciento de la prima actual de la Parte B por cada período de 12 meses que el veterano retrase la inscripción. Además, es posible que el veterano deba

esperar para inscribirse en Parte B. La norma indica que los beneficiarios sólo pueden inscribirse en Parte B durante el Periodo de Inscripción General (desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo). La cobertura Parte B entrará en vigencia el 1 de julio de ese año. Por esta razón, entre otras, el VA alienta fuertemente a los veteranos que reciben beneficios de salud del VA a que conserven otros tipos de seguro de salud, incluyendo Medicare y Medicaid. El financiamiento reservado por el Congreso para el VA varía cada año. Es posible que los veteranos que pertenezcan a grupos de baja prioridad pierdan la elegibilidad para recibir beneficios de salud del VA cuando este financiamiento disminuya. Los veteranos deben pensar con cuidado si desean finalizar otros seguros de salud únicamente porque cuentan con beneficios de salud del VA.

Beneficios de medicamentos recetados del VA y Medicare Parte D

El VA brinda beneficios de medicamentos recetados para todos los veteranos inscritos en los beneficios de salud del VA. Según el programa de medicamentos recetados del VA, los médicos del VA otorgan recetas por medicamentos que figuran en una lista nacional de medicamentos cubiertos (llamada "el formulario del VA"). Los veteranos que utilicen la cobertura de medicamentos del VA sólo pueden completar recetas en una farmacia del VA o a través del programa de orden de compra de medicamentos recetados por correo del VA que se denomina CMOP (Farmacia Ambulatoria Consolidada por Correo). Nótese que si el veterano tiene Medicare Parte D, puede completar una receta emitida por el VA en una farmacia que no sea del VA utilizando su cobertura Medicare Parte D.

La cobertura Medicare Parte D y los Beneficios de Medicamentos Recetados del VA son dos programas totalmente distintos y ninguno afecta al otro de ningún modo. Los veteranos inscritos en ambos programas cuentan efectivamente con dos programas de medicamentos recetados que pueden utilizar. Los veteranos pueden acceder a los beneficios de medicamentos del VA a través de los médicos del VA y las farmacias del VA. Los veteranos pueden usar Medicare Parte D a través de proveedores que no formen parte del VA y pueden completar recetas en farmacias que no sean parte del VA. El VA, por lo general, proporciona cobertura de medicamentos completa a un bajo costo para los veteranos. En algunos casos, sin embargo, los costos adicionales para

un medicamento serán más baratos en una farmacia que no sea del VA a través de Medicare que a través del VA. En estas situaciones, los veteranos pueden ahorrar dinero usando su cobertura de Parte D. Si un veterano tiene Medicare Parte D y califica para el programa de Subsidio por Bajos Ingresos (LIS), los costos no cubiertos que deberá abonar serán mínimos cuando utilice su cobertura Parte D. Esta es otra razón por la cual a algunos veteranos les conviene usar su cobertura Medicare Parte D en lugar de la cobertura de medicamentos del VA. Los veteranos que no califiquen para el LIS pueden pagar menos por los medicamentos si los obtienen a través del VA en lugar de a través de Medicare. Ni Medicare ni el VA pagarán por los medicamentos que ya ha pagado el otro programa.

Elegir inscribirse o no en Medicare Parte D

Los veteranos con beneficios de salud del VA deberán decidir si inscribirse o no en el plan Medicare Parte D. Los CWIC deben conversar con el veterano acerca de las ventajas y las desventajas de tener la cobertura Parte D además de la cobertura de medicamentos recetados del VA. Los veteranos tal vez deban pagar una prima mensual cuando se inscriban en un plan Medicare Parte D. Algunos veteranos decidirán no inscribirse en Medicare Parte D y sólo obtendrán sus medicamentos a través del VA.

Los veteranos que han obtenido beneficios de salud del VA en forma continua no necesitan pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse en Medicare Parte D en cualquier momento en el futuro. Un veterano puede rechazar la cobertura Parte D e inscribirse más adelante sin tener que pagar la multa de primas mensuales de Parte D más altas. Esto se debe a que Medicare considera la cobertura de medicamentos recetados del VA como cobertura comprobable a los efectos de Medicare Parte D. La cobertura comprobable significa que Medicare considera que los beneficios de medicamentos del VA son tan buenos o incluso mejores que los planes de medicamentos Parte D (los beneficios de salud del VA no son considerados cobertura comprobable para Medicare Parte B. Si un veterano rechaza la cobertura Medicare Parte B, deberá pagar una multa por inscripción tardía si decide inscribirse en Parte B más adelante).

Cuando deciden si inscribirse o no en Medicare Parte D, los veteranos deben evaluar cuán importante es para ellos tener cobertura Parte D además de la cobertura de medicamentos recetados del VA. Los factores

que se deben considerar incluyen el costo de las primas de Parte D y la flexibilidad adicional que implica poder obtener recetas por parte de médicos e instalaciones que no forman parte del VA. Los veteranos también pueden usar su cobertura Medicare Parte D para obtener medicamentos que no figuran en la lista de medicamentos del VA. Otra manera de recibir medicamentos que no figuran en el formulario a través del VA es solicitarlos a través de un proceso de exención. Este proceso, sin embargo, puede llevar mucho tiempo y no ser muy sencillo para los veteranos. En ocasiones un veterano puede utilizar la cobertura de medicamentos recetados del VA para obtener medicamentos que son muy costosos o no están disponibles a través de Medicare.

Hay dos consideraciones más que deben tener en cuenta los veteranos. Un veterano que vive o se muda a un área geográfica que tiene acceso limitado a instalaciones del VA quizás desee conservar su cobertura de medicamentos recetados de Medicare para tener acceso más fácilmente a una farmacia. Si un veterano se convierte en paciente o interno de una agencia gubernamental (tal como una cárcel, prisión, hogar del estado para veteranos o institución mental del estado), el veterano podrá no ser elegible para beneficios de salud de VA. Mientras el veterano se encuentre en esa institución, puede que no tenga cobertura acreditable para Medicare Parte D de VA. Debido a esto, puede ser importante mantener la cobertura de Medicare Parte D para evitar interrupciones en la cobertura y una multa por inscripción tardía en Parte D. Es importante notar que los veteranos que estén encarcelados no son elegibles para Medicare Parte D. Esto es porque no cumplen con el requisito de residencia permanente dentro del área de servicios de un plan Parte D.

TRICARE

TRICARE es el programa de atención de la salud del Departamento de Defensa (DoD) para los miembros en servicio activo (ASDM) y sus familiares. TRICARE evolucionó durante la década de 1990 a partir del programa militar existente de atención de la salud, CHAMPÚS (en inglés, Programa Médico y de Salud de Civiles de los Servicios Uniformados). El DOD brinda a todos los miembros de todas las sedes del servicio militar estadounidense una cobertura de salud a través de TRICARE. TRICARE brinda atención de la salud a través de una combinación de instalaciones y proveedores militares y civiles de servicios médicos. TRICARE está diseñado para que los ASDM y sus familiares puedan obtener atención de

la salud en instalaciones médicas civiles cuando no puedan (por razones de distancia, por ejemplo) obtener tratamiento en un hospital o una clínica militares. El nombre TRICARE surge a partir de la existencia de sus tres programas principales:

1. **TRICARE Prime** (un plan de atención administrado para todos los miembros en servicio activo);
2. **TRICARE Standard** (un plan de arancel por servicio para los beneficiarios que no estén en servicio activo, incluso familiares, que residan en los Estados Unidos); y
3. **TRICARE Extra** (un programa de ahorro que funciona con TRICARE Standard).

Los programas adicionales TRICARE incluyen:

- **TRICARE For Life** (para beneficiarios de TRICARE elegibles para Medicare);
- **TRICARE Reserve Select** (para Reservistas y Miembros de la Guardia Nacional);
- **TRICARE Prime Overseas**; y
- **US Family Health Plan** (únicamente disponible en seis áreas del país).

Todos los miembros en servicio activo están cubiertos por TRICARE Prime o TRICARE Prime Remote. Los familiares y otros beneficiarios de TRICARE eligen entre muchas otras opciones de TRICARE. El DOD basa la elegibilidad para los distintos programas TRICARE en una cantidad de factores, incluso si la persona o su patrocinante de TRICARE se encuentra en servicio activo o retirado, dónde vive y si es elegible para Medicare. Cada programa difiere en término de costos no cubiertos y en los proveedores e instalaciones de servicios médicos que sus miembros pueden utilizar (militares, civiles o ambas opciones). En general, TRICARE brinda cobertura de salud completa por un bajo costo a sus miembros.

Cuando un miembro del servicio militar abandona la milicia, la elegibilidad para TRICARE finalizará a menos que la persona se esté retirando del

servicio militar. Los retirados y sus dependientes conservan elegibilidad para TRICARE. Los miembros del servicio militar se pueden retirar después de prestar servicio durante 20 años o si sufren una discapacidad permanente o temporaria, lo cual se denomina retiro por razones médicas. Es posible que un beneficiario tenga tanto TRICARE como beneficios de atención de la salud del VA.

La mayoría de los beneficiarios por discapacidad del Título II que tienen TRICARE y Medicare estarán inscritos en TRICARE for Life (TFL). Otras dos opciones posibles de TRICARE para beneficiarios que tienen Medicare son TRICARE Plus y TRICARE Prime. TRICARE Prime sólo está disponible para beneficiarios que viven dentro de un área de servicio de TRICARE Prime. TRICARE Plus está disponible en algunas Instalaciones Militares de Tratamiento Médico y brinda a los inscritos acceso prioritario a citas médicas de atención primaria en dichas instalaciones.

La atención de TRICARE Prime utiliza un sistema de atención administrado similar a una HMO civil. Con TRICARE Prime, un administrador de atención primaria coordina la atención y los miembros necesitan derivaciones y autorizaciones previas para acceder a la atención especializada. Para los veteranos con TRICARE Prime, la mayoría de la atención es proporcionada en una Instalación Militar de Tratamiento Médico (MTF). Una de las ventajas de elegir TRICARE Prime en lugar de TFL es que Prime da prioridad al beneficiario para acceder a tratamiento en las MTF. La desventaja de elegir TRICARE Prime en lugar de TFL es que el beneficiario no será capaz de hacer uso de la red más amplia de proveedores que aceptan Medicare. Además, con TRICARE Prime, el beneficiario necesitará una derivación y una autorización para ver a un especialista. La mayoría de los beneficiarios de TRICARE que son elegibles para Medicare con quienes se encontrarán los CWIC estarán inscritos en TRICARE For Life.

TRICARE For Life

TRICARE For Life es la opción de programa de TRICARE para los retirados de los servicios uniformados que son elegibles para Medicare, para los familiares y los sobrevivientes elegibles y algunos antiguos cónyuges. TFL está disponible para todos los beneficiarios de TRICARE que sean elegibles para Medicare, sin importar la edad, siempre y cuando tengan Medicare Partes A y B. TFL es la cobertura complementaria de Medicare.

Esto significa que, para la mayoría de los servicios médicos, TRICARE pagará todos los costos no cubiertos en los que hubiera incurrido sólo con Medicare. Para los servicios médicos cubiertos por Medicare y TRICARE, TRICARE cubrirá la totalidad de los deducibles y montos de coseguro de Medicare. Los veteranos con TFL cuentan con una amplia variedad de proveedores y costos mínimos no cubiertos. TRICARE For Life es similar a Medicare Original (es decir, Medicare "arancel por servicio") en el sentido que el veterano puede usar cualquier proveedor o instalación de atención de la salud certificados por Medicare.

En el siguiente enlace podrá encontrar información completa sobre TRICARE: <http://www.tricare.mil>

TRICARE y Medicare

Cuando los beneficiarios tienen tanto TRICARE y Medicare, la cobertura Medicare por lo general será el pagador primario (pagará las facturas en primer lugar). TRICARE es el pagador secundario de los servicios médicos que están cubiertos tanto por Medicare como por TRICARE. Medicare pagará su parte del trato, y luego TRICARE pagará el monto restante de la factura. TRICARE pagará cualquier monto por coseguros y deducibles de Medicare al beneficiario de Medicare. La única excepción a esta norma es cuando el beneficiario ha utilizado la totalidad de un beneficio de Medicare por recibir un servicio médico. En este caso, TRICARE también se hará cargo del pago como pagador primario. El beneficiario será responsable de los deducibles y las partes de costos aplicables de TRICARE.

Por lo general, el beneficiario no tendrá gastos no cubiertos por servicios cubiertos tanto por TRICARE como por Medicare. Por ejemplo, si un veterano tiene ambos tipos de cobertura de salud y debe ser hospitalizado durante cuatro meses, el veterano no tendrá que abonar costos no cubiertos. TRICARE cubrirá todos los costos no cubiertos de Parte B siempre y cuando el veterano use proveedores que acepten Medicare. Los CWIC deben recordar a los veteranos que deben usar proveedores que acepten Medicare. Si utilizan un proveedor que no acepta Medicare, entonces Medicare no se hará cargo de ningún pago. En este caso, TRICARE pagará sólo el 20 por ciento de su tasa permitida

por los servicios y el beneficiario será responsable de pagar el monto restante de la factura.

Si Medicare cubre un servicio médico pero TRICARE no, entonces TRICARE no se hará cargo de ningún pago. Medicare será el pagador primario. El veterano deberá pagar cualquier porción restante de la factura después de que Medicare haya pagado. En este caso, el veterano pagará los montos por coseguros y deducibles de Medicare. Cuando TRICARE cubre un servicio médico pero Medicare no, TRICARE será el pagador primario. El veterano deberá pagar cualquier parte de costos de TRICARE y el deducible anual de TRICARE Standard (a menos que el veterano tenga otro seguro de salud que se haga cargo del pago).

Inscripción a Medicare Parte B y TRICARE

Los beneficiarios por discapacidad del Título II que tengan TRICARE deben entender la importancia de inscribirse y conservar su cobertura Medicare Parte B. Conforme a las leyes federales, si una persona es un beneficiario de TRICARE y es elegible para Medicare Parte A sin prima, esta persona debe inscribirse en Medicare Parte B y pagar las primas mensuales para seguir siendo elegible para los beneficios de TRICARE. Existen algunas excepciones a esta norma que se desarrollan más adelante. Si un beneficiario no se inscribe en Parte B cuando tiene la oportunidad por primera vez, puede hacerlo más adelante, pero puede sufrir una interrupción en su cobertura TRICARE y es posible que deba pagar la multa por inscripción tardía en la Parte B.

Hay dos excepciones principales al requisito de tener Medicare Parte B para poder ser elegible para TRICARE. La primera excepción es para los miembros en servicio activo (ASDM) y sus familiares. Los ASDM no necesitan comprar Medicare Parte B para seguir siendo elegibles para TRICARE. Los ASDM pueden inscribirse en Parte B en cualquier momento mientras estén en servicio o durante los primeros ocho meses posteriores al mes en que se aparten o se retiren del servicio. El período de ocho meses se denomina Período de Inscripción Especial para Medicare Parte B. El DoD alienta fuertemente a los ASDM a que conserven Parte B mientras están en servicio para que no se produzca una interrupción en la cobertura TRICARE después de que abandonen el servicio militar. Si el beneficiario de SSDI es un familiar de un ASDM (que se llama su patrocinador), el beneficiario no necesita comprar la Parte B hasta que su

patrocinador se retire o separe. El familiar tendrá un Período de Inscripción Especial: Puede inscribirse en cualquier momento mientras el patrocinador esté en servicio activo y durante el período de ocho meses después de que el patrocinador se aparte o se retire del servicio militar.

Beneficios de Medicamentos Recetados de TRICARE y Medicare

TRICARE proporciona a los veteranos una cobertura de medicamentos recetados completa y a un bajo costo. TRICARE cuenta con una lista estandarizada de medicamentos cubiertos denominada Formulario Uniforme. TRICARE clasifica todos los medicamentos en tres niveles de costos:

- **Nivel 1:** Formulario - Genérico
- **Nivel 2:** Formulario – Nombre de Marca
- **Nivel 3:** Fuera del Formulario

TRICARE basa los costos no cubiertos del beneficiario en el Nivel de medicamentos y en cómo el beneficiario obtiene el medicamento. Si el beneficiario obtiene el medicamento recetado a través de una farmacia de una Instalación Militar de Tratamiento Médico, no hay ningún costo para el beneficiario. Si obtiene el medicamento por correo o a través de una farmacia que forme parte de la "Red", en ese caso los copagos varían entre \$5 (Nivel 1) y \$17 (Nivel 2). TRICARE cuenta con más de 56,000 farmacias en la Red en todos los Estados Unidos y sus territorios.

La manera en la que Medicare y TRICARE coordinan los beneficios por la cobertura de medicamentos recetados es similar a la forma en que coordinan otros tipos de servicios médicos. Medicare es el pagador primario cuando TRICARE y Medicare cubren ambos el medicamento recetado. No existe un costo para el beneficiario por los medicamentos que ambos planes cubren, hasta un límite de cobertura anual de \$2,250. Luego de que el beneficiario alcanza este límite, es responsable por los copagos estándares de TRICARE por medicamentos. Esto significa que, inicialmente, los veteranos que tienen ambos tipos de cobertura de salud no tendrán costos adicionales por medicamentos recetados. Una vez que hayan alcanzado los \$2,250 por el costo total por medicamentos, los veteranos deberán pagar los copagos de TRICARE Estándar. Si un

veterano utiliza farmacias de MTF para obtener medicamentos que figuran en el Formulario Uniforme, tendrá costos no cubiertos mínimos o ningún costo por los medicamentos, incluso después de haber alcanzado su límite anual de cobertura.

Unirse a un plan Medicare Parte D es voluntario para los beneficiarios de TRICARE. La cobertura de medicamentos TRICARE se considera cobertura comprobable a los efectos de Medicare Parte D. Los beneficiarios no estarán sujetos a pagar multas por inscripción tardía a la Parte D siempre y cuando no haya habido una interrupción en su cobertura TRICARE. La ventaja principal de los veteranos con TRICARE para inscribirse en un plan Medicare Parte D se da si el veterano tiene bajos ingresos. Los veteranos con bajos ingresos pueden tener la posibilidad de obtener medicamentos a un costo no cubierto más bajo si utilizan su cobertura Medicare en lugar de TRICARE. Para muchos veteranos, sin embargo, la cobertura de medicamentos recetados de TRICARE será accesible y cubrirá sus necesidades de atención de la salud. Estos veteranos pueden elegir no inscribirse en un plan Parte D.

Para más información sobre las interacciones entre TRICARE y Medicare, visite: <http://www.tricare.mil/Plans/Eligibility/MedicareEligible.aspx>

Investigación independiente

Página de inicio de la Administración de Salud de Veteranos:
<http://www.va.gov/health/>

Información sobre la Atención de la Salud de veteranos:
<http://www.military.com/benefits/veterans-health-care>

Biblioteca de referencia sobre los beneficios de salud del VA:
<http://www.va.gov/healthbenefits/resources/publications.asp>

Manual de TRICARE for Life:
https://www.hnfs.com/content/hnfs/home/tn/bene/res/handbooks_and_brochures/tricare_for_lifeandretiree.html

“Comparación de la Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios: Medicare, VA, VA-ChampVA, DoD-Tricare

Pharmacy” Centros para Servicios de Medicare y Medicaid:
<http://www.cms.hhs.gov/partnerships/downloads/tricare.pdf>

Información importante sobre TRICARE (Beneficios de Salud Militares): Beneficiarios con derecho a Medicare según la Discapacidad del Seguro Social; Administración del Seguro Social, SSA Publicación Número 05-10020, junio de 2014: <https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10030.pdf>

Unidad de Competencia 4 – Comprender la cobertura del seguro de salud privada

Introducción

Hasta hace poco, muchos beneficiarios por discapacidad del Seguro Social no han podido acceder al seguro de salud privado. Históricamente, las compañías de seguro de salud privadas podían negar la cobertura por condiciones preexistentes. Dado que la mayoría de los beneficiarios elegibles para beneficios por discapacidad del Seguro Social tienen condiciones preexistentes, los planes de seguro de salud privados estaban fuera de su alcance. Gracias a la Ley de Atención Médica Accesible (ACA) de 2010, las compañías de seguro de salud privadas no pueden negar la elegibilidad a un plan de atención de la salud o el acceso a servicios cubiertos por condiciones preexistentes (vigente desde el 1 de enero de 2014). Para los niños, la ACA quitó esta barrera en septiembre de 2010.

Por lo general, las personas acceden a los planes de seguro de salud privados a través de los siguientes medios:

- Seguro de salud auspiciado por el empleador;
- Marketplace (también conocido como Bolsa de Seguros);
- Planes individuales o familiares comprados directamente a compañías de seguro de salud privadas; o
- Planes auspiciados por sindicatos, asociaciones y organizaciones de profesionales.

NOTA: Esta unidad ofrece detalles sobre cada uno de estos caminos para acceder al seguro privado como se encuentran en la actualidad. El próximo año se pueden dar cambios legislativos en la ACA lo que hará que cierta información en esta unidad no sea precisa. Cuando tenga duda, busque ayuda con su Enlace TA del NTDC de VCU.

Términos y conceptos de la atención de la salud

Términos de atención de la salud

Hay determinados términos que un CWIC debe comprender para dominar la información que se encuentra en esta unidad.

Período de Inscripción Inicial:

La primera vez que la cobertura de salud está disponible se llama período de inscripción inicial. Si la persona no se inscribe durante el período de inscripción inicial, necesitará esperar el siguiente período de inscripción abierta o período de inscripción especial para inscribirse.

Período de Inscripción Abierta:

En la mayoría de los caminos a la atención de la salud privada, después de que vence el período de inscripción inicial, probablemente haya un período de tiempo designado durante el cual una persona pueda inscribirse, llamado período de inscripción abierta. Generalmente, es una vez al año y dura durante varias semanas o meses. Durante la inscripción, una persona acepta o cambia los planes de salud.

Período de Inscripción Especial:

Cuando un camino al seguro de salud tiene un período de inscripción inicial y uno de inscripción abierta, es común que también tenga un período de inscripción especial. Esto brinda un medio para que las personas, que cumplen con ciertas excepciones, se inscriban después de la inscripción inicial pero antes de la inscripción abierta. Por ejemplo, una persona que elige no participar del seguro de salud auspiciado por el empleador porque ya tenía el plan de salud del empleador de su cónyuge. Si esa persona pierde la cobertura del plan de salud del empleador de su cónyuge, podrá inscribirse en el plan de salud de su propio empleador (asumiendo que lo tengan y que se permita esto en un período de inscripción especial) incluso si la cobertura finaliza antes de la inscripción abierta.

Primas, deducibles, copagos, coseguro y gastos adicionales máximos

- La prima es un monto mensual que la persona debe pagar para estar inscrito en un plan.
- El deducible es la suma de dinero que una persona es responsable de pagar antes de que el plan de salud comience a ayudar a pagar los servicios cubiertos.
- El coseguro es el porcentaje de una factura médica que paga la persona.
- El copago es un monto fijo que los abonados a un plan de salud pagan por el uso de servicios médicos específicos cubiertos por el plan.
- El gasto adicional máximo es la suma máxima que abona una persona por los servicios de atención de la salud en un año calendario antes de que el asegurador comience a pagar los servicios al 100 por ciento.

El monto de las primas, deducibles, copagos y coseguros puede variar drásticamente de un plan a otro.

Ejemplo de cómo funcionan estos gastos:

Alex casi nunca se enferma y nunca estuvo hospitalizado. En diciembre pasado, Alex se quebró la pierna esquiando y fue llevado rápidamente al hospital. La fractura fue tan grave que necesitó cirugía. Después, tuvo que realizar varios meses de terapia física. La factura por la estadía en el hospital, cirugía y terapia física totalizó \$60,000.

Alex posee un plan de salud a través de su empleador; le deducen \$250 de su cheque de pago cada mes para pagar la prima. Ya que Alex no estuvo enfermo casi nunca, no había pagado todavía el deducible requerido. Después de la estadía en el hospital y de la cirugía, Alex fue responsable de:

- Los primeros \$500 de sus facturas médicas (deducible);

- Veinte por ciento de los gastos médicos restantes hasta el gasto adicional máximo de \$2,000 (coseguro); y
- Pago continuo de la prima del seguro médico (\$250 por mes).

Los gastos totales, sin incluir las primas, que Alex tendrá durante cualquier año calendario serán de \$2,500.

Reformas amplias de seguro

Según la Ley de Atención Médica Accesible (ACA) de 2010, una cantidad de reformas amplias de seguro modificaron algunas de las normas fijadas por las compañías de seguro.

Eliminación de las condiciones preexistentes: A partir del 1 de enero de 2014, las compañías de seguro no pueden negar cobertura o negar la prestación de un plan de seguro a las personas por una condición preexistente. La eliminación de las condiciones preexistentes para niños de menos de 19 años entró en vigencia en septiembre de 2010.

Fijación de tarifas según la comunidad: La fijación de tarifas según la comunidad afecta cómo las compañías de seguro de salud pueden fijar sus tarifas. Históricamente, las compañías de seguros de salud podían tener en cuenta la salud personal de la persona para determinar la tarifa. Conforme a la ACA, las compañías de seguros de salud pueden variar sus tarifas, pero sólo en función de ciertas características, entre ellas: tamaño familiar, ubicación geográfica, consumo de tabaco y edad.

Costos de seguro más bajos: Las compañías de seguros de salud ya no pueden tener límites anuales o de por vida sobre la cantidad de servicios de atención de la salud cubiertos, con la excepción de algunos planes que han sido apadrinados por la ACA. Además, los planes de salud deben crear límites para el monto que pagará un consumidor de su bolsillo y brindar ciertos servicios preventivos sin costo.

Acceso extendido al seguro de salud de los padres: En el pasado, los planes de salud a menudo quitaban a los niños de los planes de sus padres cuando cumplían 19 o terminaban la universidad. Desde septiembre de 2010, los hijos pueden seguir (o ser agregados) en las

pólizas de seguro de sus padres hasta que cumplan 26 años. Esto se aplica a planes de seguro que brindan cobertura para dependientes, incluyendo la cobertura de salud patrocinada por el empleador.

Paridad de salud mental: La ACA no estableció protecciones de Paridad de Salud Mental, pero extiende la aplicabilidad de la paridad de muchos planes de seguro nuevos. Conforme a los requisitos de paridad, los planes de salud no pueden establecer criterios más restrictivos para los servicios de salud de la conducta que para los servicios de atención física o grave. Esto permite un mayor acceso y más accesible a los servicios de salud de la conducta al compararlos con la salud física.

Tipos comunes de planes de atención de la salud

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)

Este tipo de plan de seguro de salud por lo general limita la cobertura a la atención de médicos que trabajan para la HMO o tienen un contrato con esta. Por lo general, no cubrirá atención fuera de la red excepto en una emergencia. Una HMO puede requerirle que viva o trabaje en su área de servicio para ser elegible para cobertura. Las HMO usualmente brindan atención integrada y se enfocan en la prevención y bienestar.

Organización de Proveedor Exclusivo (EPO)

Estos son planes de atención administrados en los que los servicios se cubren solamente si utiliza médicos, especialistas u hospitales en la red del plan (excepto en una emergencia).

Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO)

Con este tipo de plan de salud usted paga menos si utiliza proveedores en la red del plan. Puede usar médicos, hospitales y proveedores fuera de la red sin una derivación por un costo adicional.

Planes Punto de Servicio (POS)

Con este tipo de plan usted paga menos si usa médicos, hospitales y otros proveedores de atención de la salud que pertenecen a la red de plan. Los planes POS requieren que obtenga una derivación de su médico de atención primaria para ver a un especialista.

Seguro de salud auspiciado por el empleador

Para muchos beneficiarios por discapacidad del Seguro Social, el acceso a la atención médica auspiciada por el empleador es un incentivo laboral que permanece mayormente sin explotar. Muchas personas consideran al empleo simplemente como una forma de mejorar su calidad de vida por medio de ingresos aumentados. Sin embargo, acceder a los beneficios auspiciados por el empleador tales como cobertura de salud, la cobertura de seguro por discapacidad a corto plazo o a largo plazo y el seguro de vida pueden permitir a los individuos apoyar sus necesidades de atención médica así como también aquellas de un cónyuge o dependientes. Muchos empleadores ofrecen beneficios a un individuo que trabaja una cantidad de horas específicas y sigue estando empleado durante un período de tiempo específico.

Requisitos de Trabajo Activo: Generalmente, los empleadores requieren que un empleado trabaje una cantidad mínima de horas por semana para ser elegible para los beneficios de empleado. Este requisito de trabajo activo varía de 20 a 40 horas por semana dependiendo del empleador y del proveedor de cobertura de salud.

Tiempo de Espera: Cuando una persona acepta un empleo que ofrece cobertura de salud, se podrá requerir que espere entre uno a seis meses para inscribirse. A este período se lo conoce como tiempo de espera. El tiempo de espera puede ser diferente para cada beneficio que ofrece el empleador.

Una vez que la persona cumple con los requisitos de elegibilidad, habrá un período de inscripción inicial durante el cual puede inscribirse. Según el plan (o planes) ofrecido por el empleador, la persona probablemente tendría una prima mensual. En muchos casos, el empleador paga una parte de la prima y el empleado la parte restante. En algunas situaciones el empleador paga la totalidad de la prima.

Tipos de cobertura de atención médica auspiciada por el empleador

Los empleadores pueden elegir brindar una variedad de planes de salud privados. Cada tipo brinda cobertura en diferentes maneras con ventajas

y desventajas. Las personas deberían considerar el costo asociado con la cobertura. Aunque algunas coberturas permitirán que una persona tenga mayor acceso a los proveedores médicos, la persona debe poder afrontar el costo asociado con esta elección. La mayoría de los beneficios de atención de la salud auspiciados por el empleador usan una forma de atención de la salud explicada anteriormente en “Tipos comunes de Atención de la Salud”.

Es posible que un empleador utilice un fideicomiso autoasegurado o un plan autofinanciado, como alternativa. Estos son planes en los que una compañía grande o sindicato de trabajo cubre los gastos médicos de una persona con fondos separados para pagar los reclamos. Debido a que este tipo de cobertura está menos regulado, existe una gran variación entre las pólizas. Las personas que son miembros de un fideicomiso autoasegurado, deberían revisar en detalle los beneficios para determinar lo que cubre dicho fideicomiso.

Utilizar Medicaid o Medicare con Cobertura de Salud Auspiciada por el Empleador

Los beneficiarios pueden utilizar una cobertura privada auspiciada por el empleador en conjunto con Medicaid y Medicare. Agregar cobertura de salud privada puede ampliar el acceso a los proveedores y a los beneficios para los miembros de la familia. Desafortunadamente, muchos individuos creen que la utilización de la cobertura de salud privada o la elegibilidad para dicha cobertura los hará no elegibles para Medicaid o Medicare, cuando esto no es generalmente así. En consecuencia, muchos se privan innecesariamente a sí mismos y a sus dependientes de acceder a la cobertura de salud auspiciada por el empleador.

Al usar beneficios de salud auspiciados por el empleador junto con Medicaid o Medicare (o ambos), es sumamente importante que los beneficiarios informen a los proveedores médicos actuales y nuevos sobre los múltiples tipos de coberturas de salud, para garantizar una facturación correcta y evitar responsabilizar al paciente.

Cuando un individuo es elegible para Medicaid y para la cobertura de salud privada simultáneamente, la cobertura privada se convierte en la primaria (paga primero) y Medicaid, en la secundaria. No hay

excepciones a la regla: Medicaid siempre es el último recurso en lo que respecta al pago cuando hay otros seguros de salud disponibles.

Los beneficiarios de Medicaid deben informar a su trabajador de elegibilidad cuando se les ofrezca un seguro de salud auspiciado por el empleador. Algunos estados requerirán que el beneficiario tome el seguro de salud auspiciado por el empleador si tiene una buena relación "costo-beneficio". Si tiene una buena relación "costo-beneficio", la agencia de Medicaid posiblemente pagará la prima del seguro de salud de la persona. Si no lo es, no se requerirá a la persona que tome la nueva cobertura pero tampoco recibirá asistencia para el pago de la prima.

Cuando un individuo es elegible para Medicare y para una cobertura de salud auspiciada por el empleador simultáneamente, la cobertura del empleador se convierte en la primaria (paga primero) y Medicare, en la secundaria, si el individuo tiene menos de 65 años y la compañía en la que trabaja tiene más de 100 empleados. Sin embargo, Medicare sólo paga la diferencia entre la cobertura del empleador y el costo del gasto cubierto hasta lo que Medicare pagaría normalmente por el gasto cubierto.

El seguro de salud auspiciado por el empleador se convierte en el segundo pagador y Medicare paga primero en el caso de individuos menores de 65 años que trabajan para compañías con menos de 100 empleados o personas de 65 o más que trabajan para compañías que tienen menos de 20 empleados.

Si bien Medicare permite que un beneficiario elija no participar de Medicare Parte B y D si el beneficiario tiene atención de la salud auspiciada por el empleador, es importante que los beneficiarios sepan que algunos planes de seguro de salud auspiciados por el empleador requerirán que el beneficiario obtenga o conserve todas las partes de Medicare si es elegible.

Si el empleo finaliza y la persona utiliza la cobertura de COBRA o una cobertura de retiro con Medicare, entonces Medicare es el pagador primario. Se brindará más información sobre COBRA más adelante en esta unidad.

NOTA: Si un beneficiario ya tiene COBRA cuando se vuelve elegible para Medicare, en la mayoría de los casos deseará inscribirse en Parte B para evitar pagar una multa por inscripción tardía. El beneficiario no tendrá un Período de Inscripción Especial (SEP) para inscribirse en la Medicare Parte B cuando finalice COBRA. Consulte la unidad sobre Medicare para obtener más información sobre Medicare Parte B y las multas de inscripción tardía.

Los beneficiarios con discapacidades del Título II del Seguro Social tienen ocho meses después de que cesa la cobertura del empleador, independientemente de COBRA, para inscribirse en Medicare Parte B sin que se imponga un recargo en la prima. Para más información detallada sobre el recargo de la prima para la Parte B de Medicare, consulte la Unidad 2 de este módulo, "Comprensión de Medicare".

Ejemplo de utilización de Medicare con cobertura de salud auspiciada por el empleador:

Gus ha estado trabajando para la misma pequeña empresa durante 40 años. Él disfruta de su trabajo, le agrada su empleador y a la edad de 70 años no tiene intención de retirarse. Además del seguro de salud del empleador, tiene Medicare. Gus tuvo una apendicectomía de emergencia cuando le faltaban dos semanas para su cumpleaños número 71. Fue ingresado al hospital, en donde los médicos le realizaron cirugía. En lugar de facturar a su asegurador primario, Medicare pagó la mayor parte de la cirugía y de la estadía en el hospital. Debido a que Gus recibió la cobertura de un empleador pequeño (menos de 20 empleados), Medicare cubrió la cirugía mientras que el pagador primario con la cobertura privada se convertía en secundario.

Ejemplo de utilización de Medicaid con cobertura de salud auspiciada por el empleador:

Michael es un destinatario de SSI que ahora está trabajando y gana \$20,000 anuales y está inscrito en la cobertura de salud auspiciada por su empleador con un deducible y copagos. Además, todavía es elegible para Medicaid según la disposición 1619(b) explicada en detalle en la Unidad 1 de este módulo.

Michael ha estado recibiendo facturas por análisis de laboratorio y consultas que él creyó que cubría su seguro de salud, por eso llamó al laboratorio y pidió hablar con el departamento de facturación. El representante respondió que se le estaban facturando copagos que requería su asegurador primario. Dijo que comprendía, aunque en realidad no lo entendía. Luego llamó al consultorio de su médico de atención primaria y pidió hablar con el departamento de facturación. Nuevamente, cuestionó la factura. Después de un momento, el representante de facturación acordó con él y le aseguró que el departamento de facturación le recordará al laboratorio y al consultorio de su médico que no sólo Michael tiene seguro privado sino también Medicaid que se hará responsable de cualquier copago que el laboratorio le pueda facturar.

Se quedó tranquilo hasta el mes siguiente cuando recibió una factura del mismo laboratorio. Enojado, rompió el sobre y tiró la factura. Sus preocupaciones desaparecieron de inmediato cuando vio en la parte inferior de la factura: "SALDO ADEUDADO: \$0."

Los beneficiarios deben tener en cuenta algunas consideraciones importantes al combinar Medicare o Medicaid con el seguro auspiciado por el empleador:

- Determinar si el plan del empleador cubrirá el médico o médicos actuales y los especialistas del beneficiario.
- Informar a la compañía de seguro de salud acerca de la elegibilidad Medicare para establecer la orden de pago y evitar la responsabilidad del empleador.
- Tener en cuenta disposiciones especiales para la continuidad de la cobertura de Medicaid y Medicare durante el empleo (Ver Unidades 1 y 2 de este Módulo).

Protección de la Cobertura de Salud COBRA entre empleos o Cobertura de Continuidad

La ley estatal y federal permite el acceso continuo a la cobertura de salud auspiciada por el empleador después de que un empleo se finaliza voluntaria o involuntariamente. Estas protecciones legales son aplicables a la cobertura de salud brindada a través de un empleador. Las protecciones suelen llamarse COBRA o protecciones de cobertura de continuidad. El acrónimo "COBRA" significa Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1986. Con la aprobación de la Ley de Atención Médica Accesible (ACA) de 2010, las condiciones preexistentes ya no son una barrera para los planes de seguro de salud individuales y existen nuevos caminos (por ejemplo, Marketplace) para obtener seguro de salud. Como resultado, se espera que menos personas utilicen esta opción de COBRA. Como la ley aún existe, es importante que los CWIC comprendan cuándo y cómo puede ayudar.

Los individuos que están trabajando y reciben una cobertura de salud a través de su empleador, podrían perder esa cobertura por una cantidad de razones, como ser suspendidos o renunciar a su empleo o que se reduzca su cantidad de horas de trabajo. Cuando los individuos pierden la cobertura de salud auspiciada por sus empleadores por alguna de estas razones, las leyes COBRA pueden permitirle conservar esa cobertura durante no más de tres años. Las leyes de cobertura de continuidad, en la mayoría de los casos, también protegen a los cónyuges y dependientes de quienes tienen un plan de salud auspiciado por su empleador.

NOTA IMPORTANTE: Según las disposiciones de COBRA, los empleadores no pagan nada en relación con la cobertura de continuidad. La persona que recibe la cobertura paga en su totalidad la cobertura COBRA.

Para ser elegible para una cobertura de continuidad, el individuo debe haber perdido su cobertura de grupo auspiciada por el empleador debido a un evento calificante. Muchos eventos que pueden hacer que un individuo pierda su cobertura original se consideran eventos que califican. Para los empleados, entre los eventos que califican se encuentran:

- La renuncia,

- el despido por razones distintas de la mala conducta grave,
- la suspensión o
- la reducción de la cantidad de horas de trabajo a un punto en el que el empleador no brinda una cobertura de salud.

Para ser elegible para la cobertura de continuidad, el individuo debe contar con el plan de salud auspiciado por el empleador el día antes de que se produzca el evento que califica. Una vez ocurrido el evento que califica, el empleador debe notificar al plan de salud dentro de los 30 días de que este hubiere ocurrido. Si el individuo cubierto se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge, o cumple la edad en la que ya no puede ser considerado un hijo dependiente, debe notificar al plan de salud dentro de los 60 días.

El plan de salud tendrá 14 días para enviar una notificación que informe a la persona en cuestión sobre la disponibilidad de la cobertura de continuidad. El plan enviará una solicitud junto con una notificación que explique cuál será el monto de la prima de la cobertura de continuidad COBRA. Por lo general, el costo será el monto total de la prima, lo cual incluye lo que el empleador solía pagar más un pequeño monto en concepto de gastos administrativos.

Un individuo cubierto tiene 60 días desde la fecha en que ocurrió el evento que califica para inscribirse en la cobertura de salud de continuidad. Si el individuo recibe una notificación después de ocurrido el evento que califica, tiene 60 días desde la fecha en que reciba la notificación. Si no recibe una notificación, deberá contactar tanto al empleado como con al plan de salud.

En algunos estados, si los beneficiarios reciben la cobertura de Medicaid, el programa de pago de la prima del seguro de salud de Medicaid del estado puede ayudar a pagar las primas de la cobertura de continuidad COBRA. Alentamos a los CWIC a que investiguen si esta opción está disponible en sus propios estados.

Hay dos leyes que se relacionan con esta cobertura continuada. Se aplican a diferentes personas en diferentes cantidades de tiempo. Puede ser confuso determinar cuándo comienza la cobertura conforme a una ley y cuándo termina la cobertura conforme a la otra.

- **COBRA es una ley federal aplicable a empleados de compañías con 20 empleados o más.** Brinda hasta 18 meses de cobertura de continuidad a empleados que pierden la cobertura debido a un evento que califica. La prima por esos 18 meses es de hasta el 102 por ciento de la prima de los empleados actuales que tienen el mismo plan. A veces, los períodos de tiempo de la cobertura son diferentes para los cónyuges y los dependientes. COBRA durará 36 meses si el individuo califica para una cobertura de continuidad debido a su inscripción en Medicare, una separación o divorcio legales, la pérdida del estado de dependiente o el fallecimiento del empleado.
- **OBRA (Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus de 1987) es una ley federal que tiene la intención de extender COBRA durante un período de tiempo mayor para las personas con discapacidades.** Si el individuo está en COBRA durante 18 meses y el Seguro Social determina que el individuo está discapacitado dentro de los primeros 60 días de la cobertura de continuidad de COBRA, el individuo puede extender la cobertura durante 11 meses más. El objetivo de esta ley es proteger la cobertura de salud durante el período entre que la persona se convierte en discapacitada y que califica para Medicare. La prima puede aumentar hasta un 150 por ciento de la prima para los empleados actuales con el mismo plan.

Con la cobertura de continuidad, el individuo tiene la misma póliza de cobertura de salud que tenía previamente y tendrá los mismos beneficios que los otros empleados del plan. Si el empleador aumenta las primas para aquellos que actualmente están en dicho plan, las primas de cobertura de continuidad aumentarán en consecuencia. Si el empleador ofrece a los empleados actuales una oportunidad de cambiar los planes, aquellas personas que tengan cobertura de continuidad tendrán dicha oportunidad de la misma forma. Con COBRA, el individuo también puede elegir continuar la cobertura para beneficios dentales y de visión.

Marketplace (Bolsa de seguros)

Marketplace, también conocido como la Bolsa de seguros, fue una pieza central de la Ley de Atención Médica Accesible (ACA). El objetivo de Marketplace es garantizar la disponibilidad y acceso al seguro para los estadounidenses. El corazón de Marketplace es un sitio web que brinda un lugar para que las personas comparen y compren planes de seguro de salud privados. El modelo promueve la competencia y facilita el acceso. El sitio web también brinda una forma para que las personas soliciten grupos de elegibilidad Medicaid no relacionados con la discapacidad o con personas mayores, el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) y el Crédito Impositivo por Prima Adelantada (APTC), que ayuda a pagar las primas del seguro de salud.

Algunos estados han creado su propio Marketplace específico para el estado, mientras que otros estados eligieron no crear un Marketplace y en su lugar, sus ciudadanos utilizan el Marketplace del gobierno federal. www.healthcare.gov. Algunos estados han implementado un modelo híbrido. Para determinar qué modelo está utilizando su estado para Marketplace consulte la siguiente página web y elija su estado: <https://www.healthcare.gov/marketplace/individual/>. Los CWIC deben familiarizarse con estos recursos para poder derivar a los beneficiarios cuando llegue el momento.

Para las personas que no tienen acceso a internet o que necesitan apoyo para comparar planes, comprar planes o solicitar Medicaid o el APCT, hay disponible asistencia por teléfono y en persona. Los detalles, como por ejemplo el número de teléfono apropiado y cómo recibir asistencia en persona están disponibles en el sitio web de Marketplace de su estado.

Elegibilidad y quién puede usar Marketplace

Para usar Marketplace, una persona debe:

- Vivir en un área de servicio de Marketplace, y
- No estar encarcelado, y
- Ser ciudadano de EE.UU. o nacionalizado, o

- No ser ciudadano pero residir legalmente en EE.UU. por el período completo para el que se busca la inscripción

Notas importantes sobre beneficiarios de Medicare y Medicaid:

Beneficiarios de Medicare: Es ilegal vender y emitir cobertura duplicada para beneficiarios de Medicare. Como consecuencia, los beneficiarios de Medicare no pueden usar Marketplace. La excepción es para los beneficiarios cuyos empleadores compran una cobertura de Programa de Opciones de Salud para Pequeñas Empresas (SHOP), ya que reciben el mismo trato que cualquier otra persona con cobertura de empleador.

Beneficiarios de Medicaid: Si bien los beneficiarios de Medicaid no tienen prohibido comprar un plan en Marketplace, no parecer haber alguna situación en la que tendría sentido a nivel financiero comprar un plan en Marketplace y tener Medicaid. La persona tendría que pagar una prima mensual, ya que no sería elegible para los programas de asistencia financiera de Marketplace.

Ahora que comprende los criterios de elegibilidad para comprar un plan privado en el Marketplace y el hecho de que es poco probable que los beneficiarios de Medicaid y Medicare se beneficien con dicho plan, es útil ver quién se beneficiaría con un plan de Marketplace:

- Personas que reciben SSDI que no califican para Medicaid y están en un Período de Calificación para Medicare de 24 meses.
- Personas sin seguro que actualmente solicitan Seguro Social.
- Beneficiarios del SSI que poseen un ingreso derivado del trabajo que excede 1619 (b) y otras opciones para Medicaid en el estado.
- Beneficiarios por discapacidad del Seguro Social que mejoran desde el punto de vista médico.
- Beneficiarios por discapacidad de Título II debido a un trabajo a nivel de una SGA y cuya cobertura Medicare conforme al EPMC está por vencer pronto.

Períodos de inscripción

- **Período de Inscripción Abierta:** Por lo general, este período es en noviembre, diciembre, y posiblemente uno o más meses al comienzo del año siguiente. El sitio web de Marketplace especificará las fechas para el período de inscripción abierta de un estado. **Período de Inscripción Especial:** Cuando ocurre un evento que califica (por ejemplo, mudanza a un nuevo estado, ciertos cambios en los ingresos, matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo) habrá disponible un Período de Inscripción Especial.

Planes de salud calificados

Los planes ofrecidos en Marketplace se llaman Planes de Salud Calificados (QHP). La entidad que administra Marketplace (la agencia estatal o gobierno federal) debe revisar todos los planes para asegurar que cumplan con ciertos requisitos. Uno de los requisitos principales del QHP es que deben ofrecer Beneficios de Salud Esenciales (EHB). Los Beneficios de Salud Esenciales son un paquete mínimo de servicios que todos los QHP deben ofrecer. Crean un punto de referencia para los planes en Marketplace. Los Beneficios de Salud Esenciales incluyen al menos las siguientes 10 categorías:

1. Servicios ambulatorios para pacientes
2. Servicios de emergencia
3. Hospitalización
4. Atención de maternidad y para el recién nacido
5. Servicios para trastornos de salud mental y uso de sustancias (incluyendo tratamiento de salud de la conducta)
6. Medicamentos recetados
7. Servicios y dispositivos para rehabilitación y habilitación
8. Servicios de laboratorio

- 9. Servicios de prevención y bienestar y manejo de enfermedades crónicas
- 10. Servicios pediátricos (incluyendo atención dental y de la vista)

El paquete de beneficios de salud esencial puede variar levemente entre los estados. Cada estado crea su plan de referencia, que brinda los detalles más específicos sobre la cobertura incluyendo los límites de beneficios específicos, los beneficios requeridos por el estado y una lista de categorías y clases de medicamento recetados cubiertos. Puede encontrar los planes de referencia estatales en la siguiente página web: <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Data-Resources/ehb.html>

Para que sea más fácil para los consumidores comparar planes en Marketplace, los planes están categorizados mediante una agrupación por metales: planes platinum, planes gold, planes silver y planes bronze. La diferencia entre estas categorías de planes es el valor actuarial, que es el costo de salud total que cubre cada plan. Los planes con mayor valor actuarial (el plan de salud cubre más costos de atención de la salud) tienen una prima mensual más alta. Un valor actuarial menor implicará una prima menor.

Niveles de cobertura	El plan paga en promedio	Las personas inscritas pagan en promedio*
Bronze	60 por ciento	40 por ciento
Silver	70 por ciento	30 por ciento
Gold	80 por ciento	20 por ciento
Platinum	90 por ciento	10 por ciento

*Basado en el costo promedio de una persona conforme al plan y puede no ser el mismo para cada persona inscrita.

Al analizar los planes, por ejemplo, una persona puede tener más costos adicionales asociados con la provisión de servicios de atención de la salud con un plan Silver que con un plan Gold. Pero, la persona tendrá menos

costos en primas con un plan Silver que con un plan Gold. Elegir un plan de salud es una decisión financiera que se basa en gran parte en las necesidades de atención de la salud esperadas por la persona. Las primas mensuales variarán no sólo por la categoría de metal, sino que también según el área geográfica, edad, tamaño familiar y consumo de tabaco.

Dos programas de asistencia financiera ayudan a aquellos con bajos ingresos a costear una cobertura a través de Marketplace:

- Crédito Impositivo por Prima Adelantada (APTC)
- Reducción de la participación en los costos

Crédito Impositivo por Prima Adelantada (APTC)

La ACA creó el Crédito Impositivo por Prima Adelantada para ayudar a aquellas personas con bajos ingresos a compensar el costo del seguro de salud. Un crédito impositivo generalmente significa recuperar dinero durante la época de presentaciones impositivas cada año. Este crédito impositivo funciona totalmente diferente. Si el Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) de una persona es lo suficientemente bajo, puede obtener este crédito impositivo por adelantado, obteniendo un poco cada mes. El monto mensual del crédito impositivo se paga directamente a la compañía del seguro de salud elegida por el beneficiario en la bolsa, para cubrir una parte de la prima mensual. El resultado final es que la persona obtiene el pago de una parte de su prima, reduciendo lo que tiene que pagar directamente de su bolsillo cada mes. También es importante tener en cuenta que este crédito impositivo es considerado "reembolsable", lo que significa que está disponible para una persona incluso si no tiene responsabilidad impositiva.

¿Quién puede obtener un APTC?

La ACA basa la elegibilidad para el APTC, en parte, en los ingresos. Las familias con un ingreso entre el 100 por ciento y el 400 por ciento del FPL que compran cobertura a través de una bolsa de seguros pueden ser elegibles para el crédito impositivo. No hay evaluación de activos. El ingreso se determina utilizando el estándar MAGI. Para determinar los

ingresos utilizando el estándar MAGI, el primer paso es determinar los ingresos imponibles menos toda deducción permitida del IRS, que es lo que la persona informa al IRS. Se suma todo ingreso del Seguro Social del Título II que no haya contabilizado como ingreso imponible. A diferencia de los grupos de elegibilidad Medicaid que utilizan la metodología de ingresos basada en el MAGI, no se descuenta un 5% del ingreso. Por ejemplo, George tiene \$1,200 de SSDI y \$850 de ingresos brutos. No tiene Medicare aún y no tiene deducciones impositivas. Su ingreso total de \$2,050 está por debajo del 400 por ciento del FPL para una persona soltera (\$4,020 - tarifa de 2017).

Un concepto importante para comprender, en términos de elegibilidad, es que incluso si los ingresos de una persona entran en ese rango, no puede obtener este crédito impositivo si es elegible para la cobertura esencial mínima. La cobertura esencial mínima incluye seguro de salud público como Medicare Parte A, Medicaid, el programa CHIP, TRICARE y beneficios de atención de la salud del VA. La lógica es que el gobierno federal ya auspicia, al menos en parte, el seguro de salud para estas personas. La cobertura esencial mínima también incluye los seguros de salud auspiciados por el empleador, a menos que el plan auspiciado por el empleador no cubra al menos el 60 por ciento de los gastos de atención de la salud o a menos que la participación de la persona en la prima exceda el 9.5 por ciento de su ingreso. Las personas que tienen un seguro de salud auspiciado por el empleador que no es asequible pueden inscribirse en un plan de seguro de salud a través de la bolsa y pueden recibir créditos impositivos para reducir el costo. Durante el proceso de solicitud en el Marketplace, la persona tendrá que "certificar" que el seguro de salud auspiciado por el empleador no es asequible. El Marketplace luego verifica la declaración.

Si una persona está interesada en solicitar el APTC, tendrá que hacerlo a través del Marketplace de su estado, ya sea una bolsa administrada por el estado o la versión administrada federalmente. Durante el proceso de solicitud, la persona brindará sus ingresos estimados para el año. Si sus ingresos son lo suficientemente bajos, podrá elegir el monto específico del crédito adelantado que desea aplicar a sus primas cada mes, hasta el monto máximo de acuerdo con sus ingresos. Si el monto del crédito impositivo que toma para el año es menor que el crédito impositivo que finalmente se le debe, entonces podrá recibir la diferencia como un crédito reembolsable al completar su declaración de impuestos al

comienzo del año siguiente. Si los pagos adelantados para el año son mayores que el monto de crédito que se le debe a la persona, entonces el crédito impositivo extra reducirá su reembolso total (si hubiera) o la persona deberá devolver los pagos al completar la declaración impositiva al año siguiente. Si los ingresos de una persona son variables, posiblemente desee elegir un monto de crédito impositivo adelantado menor al máximo para evitar o minimizar la posibilidad de tener que pagar al momento de la declaración.

¿Cuánto ayuda el APTC?

El monto del crédito impositivo que una persona puede recibir se basa, en parte, en la prima del segundo costo más bajo del Plan Silver en la bolsa en la que la persona es elegible para comprar cobertura. Un Plan Silver cubre aproximadamente el 70 por ciento de los gastos de atención de la salud. El monto de crédito impositivo se basa también en los ingresos del hogar. En la parte más baja de la escala, aquellos con ingresos de hasta 133 por ciento del FPL pagarán 2 por ciento de sus ingresos en la prima. En la parte más alta de la escala, aquellos con ingresos de hasta 400 por ciento del FPL pagarán 9,5 por ciento de sus ingresos en la prima.

Ejemplo de elegibilidad para un Plan Silver:

Debra tiene 45 años y sus ingresos esperados en 2017 representan el 250% del FPL, que es \$30,150 (tarifa de 2017). Dado su ingreso, no se requiere que Debra pague más del 8.05 por ciento de sus ingresos para una prima, es decir \$2,427 para el año. El Plan Silver con el segundo costo más bajo en su área cuesta \$5,733. Como solo tiene que pagar \$2,427, será elegible para un crédito impositivo adelantado de \$3,306. Esto simplemente es la diferencia entre el segundo

Al solicitar un plan de salud en Marketplace la persona también podrá solicitar el APTC. Marketplace calculará el APTC para el que la persona es elegible. Si una persona está interesada en un estimativo, Kaiser Family Foundation creó una herramienta para estimar costos que está disponible en la siguiente página web: <http://kff.org/interactive/subsidy-calculator/>

Reducción de la participación en los costos

El objeto de los subsidios para la participación en los costos es proteger a aquellas personas con los ingresos más bajos de los altos costos de bolsillo que existen al acceder a los servicios de atención de la salud. La ACA dispone la participación en los costos reducida para las familias con ingresos con un 250 por ciento del FPL o menos al hacerlos elegibles para inscribirse en planes de salud que pagan más costos de atención de la salud. No hay evaluación de activos para esta asistencia.

La forma en la que funciona es a través de la inscripción de la persona en un plan de nivel Silver y también debe ser elegible para APTC. Si cumple con esos criterios y sus ingresos están en el 250% del FPL o por debajo, puede obtener los ahorros de los gastos adicionales de un plan Gold o Platinum al precio de un plan Silver. Como se mencionó antes, los gastos adicionales para el Plan Silver son aproximadamente el 30%, mientras que los costos adicionales del plan Gold son solamente de 20% y del 10% con el plan Platinum. Al brindar a alguien el equivalente a un plan Gold o Platinum al precio del plan Silver, se reducirán sus costos adicionales.

Si la persona que lo solicita es un miembro de una Tribu india reconocida a nivel federal, no tendrá que pagar ninguna participación en los costos si sus ingresos del hogar están por debajo del 300% del nivel federal de pobreza. Se puede encontrar un resumen de las reformas de salud para los nativos americanos y los nativos de Alaska en el siguiente sitio web: http://www.ihs.gov/newsroom/includes/themes/newihstheme/display_objects/documents/2010_Letters/Fact_Sheet.pdf

Planes para catástrofes

Marketplace también ofrece planes para catástrofes. Los planes para catástrofes generalmente requieren que una persona pague todos sus costos médicos hasta un cierto monto, generalmente unos miles de dólares. Si una persona tiene algún costo por beneficios de salud esenciales que excedan ese monto, entonces por lo general la compañía de seguros paga esos gastos. Estas políticas generalmente tienen primas más bajas que un plan exhaustivo, pero cubren a la persona solo si necesita mucha atención. Básicamente brindan protección en los peores de los casos. En Marketplace, las pólizas por catástrofes cubren tres visitas de atención primaria por año sin costo y cubren beneficios

preventivos gratis, como control de la presión sanguínea y control por abuso de alcohol.

Estos planes solo estarán disponibles en Marketplace para personas de menos de 30 años o personas de más de 30 que hayan recibido una exención por dificultad económica del honorario por resolución individual (explicado a continuación). Para obtener una exención por dificultad económica, la persona debe tener ingresos del hogar por debajo del 100% del Nivel Federal de Pobreza. Para alguien con ingresos muy bajos y pocos costos de atención de la salud, esta puede ser una opción potencialmente útil.

Resolución individual y del empleador

Una parte muy controvertida de la ACA incluye las resoluciones individuales y del empleador. La resolución individual es la parte de la ley que requiere que las personas paguen una multa impositiva si no tienen una cobertura de salud. Esta parte de la legislación fue presentada ante la Corte Suprema y ratificada en 2012. La idea detrás de la resolución individual es que cuando alguien sin cobertura de salud tiene una urgencia médica, generalmente costosa, y no paga la factura, afecta el costo de la atención de la salud de todos.

En el 2017, la tarifa será es \$695 por adulto y \$347.50 por niño, hasta \$2,085 por familia O el 2.5% del ingreso familiar, lo que sea mayor. El monto máximo es la prima anual total para el precio promedio nacional de un plan Bronze vendido en Marketplace.

Para evitar tener que pagar la multa, una persona debe tener un seguro que califique como cobertura esencial mínima que incluya cualquier plan comprado en Marketplace, cualquier plan de salud auspiciado por el empleador, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, Beneficios de la Atención de la Salud del VA y planes voluntarios de los Cuerpos de Paz. Otros planes también pueden calificar. Hay algunas excepciones con respecto a quienes tienen que pagar la tarifa, incluyendo:

- Personas que no tienen seguro durante un tiempo no mayor a dos meses consecutivos en el año,

- La cobertura de menor precio disponible, ya sea a través del Marketplace o un plan relacionado con un empleo, costaría más que el 8.05 por ciento del ingreso del hogar.
- Aquellos que no tienen la obligación de presentar una declaración impositiva porque sus ingresos son muy bajos, y
- Las personas que calificarían para Medicaid según los nuevos límites de ingresos, 133% del FPL, pero que viven en un estado que no eligió ofrecer Medicaid expandido.

Además, aquellos que son miembros de una tribu reconocida a nivel federal no tienen que pagar el honorario, al igual que aquellos que participan en un ministerio de participación en la atención de la salud y aquellos que son miembros de una secta religiosa reconocida con objeciones religiosas al seguro de salud.

Cuando los CWIC trabajan con personas que no tienen cobertura esencial mínima, y las personas están preocupadas por la multa, los CWIC deben estar preparados para derivar a las personas al número gratuito de atención de Marketplace o a una de las organizaciones que brindan asistencia en persona. Esas entidades pueden ayudar a la persona a clarificar si entra o no en alguna de las categorías exentas.

La ACA también incluye una disposición para una resolución de empleador, la que impone una multa impositiva si los empleadores con al menos 50 empleados de tiempo completo o equivalentes a tiempo completo no ofrecen una cobertura de salud accesible y que cumpla con los estándares mínimos dispuestos en la ACA. Accesible significa que la participación del empleado en los costos de la prima de la cobertura solo para el empleado es menor al 9.5% del ingreso del hogar anual.

“Estándares mínimos” significa que el plan de salud auspiciado por el empleador debe cubrir al menos el 60% del total de los costos de atención de la salud. La aplicación de esta multa impositiva, que se denomina el Pago de la Responsabilidad Compartida del Empleador comenzó a aplicarse en el 2016. El monto de la multa impositiva se basa en parte en si el empleador ofrece seguro o no.

Las multas por no brindar cobertura accesible no se aplican a menos que un empleado acceda al crédito impositivo en Marketplace. Si solo un empleado accede al crédito, entonces dispara la multa para todos los FTE relevantes.

Cuando trabaje con un beneficiario que tiene preguntas sobre la responsabilidad de su empleador según esta resolución, deberá derivarlo al número gratuito de atención de Marketplace o a las organizaciones que brindan servicios en persona.

Otros caminos al seguro de salud privado

Además de acceder al seguro de salud privado a través de un empleador o mediante Marketplace, puede ser posible también para una persona acceder a la cobertura mediante:

- Planes individuales o familiares comprados directamente a compañías de seguro de salud privadas
- Planes auspiciados por sindicatos, asociaciones y organizaciones de profesionales

Las compañías de seguros de salud privadas seguirán ofreciendo planes de seguro de salud individuales y familiares fuera de Marketplace. Esos planes estarán probablemente dirigidos a las personas que están interesadas en un paquete de beneficios diferente a lo que permite el plan de referencia del estado. Es importante que las personas sepan que el APTC y la Reducción de la Participación en los Costos no están disponibles para nadie que compre planes fuera de Marketplace.

Algunas personas obtienen su cobertura de salud a través de sindicatos, organizaciones profesionales o asociaciones, como la de agentes inmobiliarios, artistas o comerciantes. Determinar qué leyes rigen estos tipos de planes depende de un número de factores, incluido el tipo de póliza, quienes son los participantes y otras variables, por lo que es imposible hacer afirmaciones generales sobre qué leyes son aplicables. Pero, se puede decir que las amplias reformas realizadas con la ACA (eliminación de condiciones preexistentes, fijación de tarifas según la comunidad, etc.) se aplican a todo plan de seguro de salud nuevo que compre una persona, incluyendo aquellos comprados directamente a las compañías de seguros de salud privados, a través de sindicatos, organizaciones o asociaciones profesionales.

Conclusión

La aprobación de la ACA ha modificado el panorama del mercado de seguros de salud privados. Los CWIC deben conocer los detalles del Nuevo Marketplace para ayudar a los beneficiarios sin seguro de salud a explorar esas opciones. Además, los CWIC deben conocer los detalles de la interfaz entre los beneficios de seguro de salud auspiciado por el empleador y los beneficios públicos. Tratar esas cuestiones es una parte clave del apoyo a las personas con discapacidades para que reconozcan los muchos beneficios del trabajo, sin preocuparse del efecto que tendrá sobre sus beneficios.

Investigación independiente

Sitio Web de COBRA del Departamento de Trabajo:

<http://www.dol.gov/dol/topic/health-plans/cobra.htm>

An Employee's Guide to Health Benefits Under COBRA (Una guía para los empleados sobre los beneficios de salud conforme a COBRA), Departamento de Trabajo de los Estados Unidos:

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/cobraemployee.pdf>

Medicare y otros beneficios de salud: Su guía para saber quién paga en primer lugar, Publicación de CMS No. 02179.

<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02179-Medicare-Coordination-Benefits-Payer.pdf>

Kaiser Family Foundation sirve como una fuente de hechos, información y análisis no partidaria para diseñadores de políticas, los medios de comunicación, la comunidad médica y el público en general:

www.kff.org

El Programa de Ley de Salud Nacional (NHeLP) es un estudio de derecho de interés público que busca mejorar la atención de la salud para las personas pobres, desempleadas y con trabajo, las clases minoritarias, los ancianos y las personas con discapacidades de EE.UU.:

www.healthlaw.org

Families USA es un sitio web orientado al consumidor sobre la atención de la salud, Medicaid, Medicare, seguro privado, medicamentos recetados así como también análisis de políticas de salud estatales y nacionales. Es una organización no partidaria, sin fines de lucro dedicada a alcanzar una atención de salud accesible y de alta calidad para todos los estadounidenses: www.familiesusa.org

Programas de Asistencia al Paciente sobre Medicamentos Recetados (PhRMA) es un sitio que contiene un directorio de programas de asistencia al paciente sobre medicamentos recetados. Los usuarios pueden saber qué compañías farmacéuticas participan y cómo acceder a medicamentos a bajo costo o sin costo alguno: www.phrma.org

El Instituto de Políticas de Salud de la Universidad de Georgetown publica información que ayuda a los consumidores a comprender las protecciones a la atención médica conforme a la ley federal y estatal, incluyendo HIPAA: <http://ihcrp.georgetown.edu>

Marketplace administrado a nivel federal: <https://www.healthcare.gov>

Los sitios web de los centros de Medicare y Medicaid brindan información para organizaciones comunitarias sobre cómo pueden apoyar a las personas para que accedan a Marketplace: <http://marketplace.cms.gov>

Sitio web de la Casa Blanca que brinda información sobre las reformas de salud conforme a la ACA, personalizadas para poblaciones específicas: <http://www.whitehouse.gov/healthreform>

Unidad de Competencia 5 – Apoyar a Individuos con Discapacidades en la Evaluación de las Necesidades y Opciones de Atención Médica

Introducción

Todos los beneficiarios de SSI y por discapacidad del Título II padecen discapacidades o patologías graves. En muchos casos, la discapacidad requiere un tratamiento de rutina de atención médica. Dependiendo de la discapacidad, el individuo puede necesitar una gama bastante amplia de servicios médicos y productos. Los costos relacionados con estos servicios y productos variarán en gran medida.

En algunos casos, un individuo puede obtener todos los servicios de atención médica y servicios relacionados que se necesitan por menos de \$200 al año. Otros beneficiarios con discapacidades más graves tendrán necesidades de atención médica que costarán más de \$10,000 por año. En realidad, algunos individuos que trabajan y padecen discapacidades físicas pueden necesitar varias horas de servicios de atención médica en el hogar por día. Sus costos anuales por atención médica pueden ser superiores a \$50,000. Con suerte, al contar con buenas opciones de cobertura de atención médica y asesoramiento de atención de la salud de calidad brindados por CWIC capacitados, los beneficiarios pueden recibir los servicios que necesitan con gastos adicionales limitados. En algunos casos, los CWIC necesitarán realizar una derivación a una agencia que pueda brindar defensoría y asesoramiento de expertos sobre un programa de atención de la salud o plan específicos.

Esta unidad proporcionará un marco para la evaluación de las necesidades de atención médica de los beneficiarios y la orientación para guiar sus decisiones relacionadas con la atención médica. Se hará referencia a detalles sobre elegibilidad proporcionados en unidades anteriores en este módulo, pero no se explicarán. Para clarificar los requisitos de elegibilidad u obtener más información sobre los diferentes programas y estrategias mencionados en esta sección, el lector debe

remitirse a otras secciones del presente manual o a los recursos que se citan como referencia al final de esta unidad.

Orientación sobre temas de atención médica: Definir la función de los CWIC

Los beneficiarios del Seguro Social con frecuencia toman decisiones sobre buscar de trabajo, aceptar un empleo o trabajar más horas basándose y anticipándose en el efecto que el trabajo y los salarios tendrán sobre su continua elegibilidad para Medicaid o Medicare. De manera similar, los beneficiarios pueden tomar estas decisiones basándose en la disponibilidad de otras opciones de seguros de salud, incluyendo planes de seguros privados, planes de seguros patrocinados por el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) o planes de seguros específicos estatales que tienen fondos o subsidios públicos.

Desafortunadamente, estas decisiones relacionadas con el trabajo tomadas por los beneficiarios a menudo se basan en información errónea o incompleta sobre el efecto de su trabajo sobre Medicaid o Medicare, o los derechos que puedan tener sobre la amplia gama de otras opciones de seguros de terceros. Algunos beneficiarios pueden asumir erróneamente que los beneficios (es decir, cobertura del seguro) caducarán, mientras otros pueden asumir erróneamente que los beneficios pueden continuar. Incluso otros pueden carecer de la sofisticación o contexto para darse cuenta de la importancia que tiene considerar estos temas cuando se planea cambiar a un trabajo competitivo o a un trabajo de mayor paga.

Un CWIC bien capacitado trabaja con el beneficiario dentro de un contexto de planificación de beneficios para guiar sus decisiones con respecto a obtener o conservar una cobertura para sus necesidades de atención médica. Si bien el CWIC con experiencia debe ser competente para tratar la mayoría de los temas presentados en esta sección, cada CWIC debe contar con niveles mínimos de especialización sobre estos temas según tipo y naturaleza de las cuestiones presentadas.

Niveles de competencia para los CWIC

Las áreas temáticas de la planificación de atención médica que se enumeran a continuación se clasifican en categorías primarias y secundarias. La especialización en profundidad en las áreas temáticas primarias será un desafío durante los primeros seis a 12 meses luego de que un CWIC se certifica. Sin embargo, con supervisión de cerca, tutoría regular y acceso a asistencia técnica de parte del NTDC, el CWIC recientemente certificado debe ser capaz de brindar servicios competentes de planificación y orientación de atención de la salud en todas las áreas temáticas principales.

Dentro de estas áreas temáticas, los CWIC deben ser capaces de analizar adecuadamente las situaciones complejas de los beneficiarios con el uso de materiales de referencia (como este manual y los sitios web relevantes). En casos que requieren servicios WIPA individualizados, el informe de Resumen y Análisis de Beneficios (BS&A) y el Plan de Incentivos Laborales (WIP) deben tratar ampliamente cada uno de estos temas según sean relevantes.

Lo que sigue a continuación representa las áreas temáticas primarias relacionadas con la planificación y orientación de atención médica:

- El marco básico del programa Medicaid del estado, incluyendo un entendimiento de los servicios cubiertos, el proceso de aplicación y el proceso de apelación;
- Cada grupo de elegibilidad Medicaid disponible para las personas con discapacidades, incluyendo cada límite de ingresos del grupo, límite de recursos y la metodología de ingresos/recursos;
- Conocimiento exhaustivo sobre los incentivos laborales Medicaid, incluyendo el artículo 1619(b) y el programa de compra de Medicaid (MBI) del estado en caso de que la opción de compra esté disponible;
- El marco básico de Medicare, incluyendo una comprensión de las diferencias entre las Partes A, B, C y D, y una comprensión del período de espera de 24 meses de Medicare;

- El Período Extendido de Cobertura Medicare (EPMC) que permite a los beneficiarios por discapacidad del Título II conservar la Parte A de Medicare sin prima y la Parte B opcional y la cobertura de la Parte D durante el período de trabajo a prueba de nueve meses y posteriormente un mínimo de 93 meses;
- Los Programas de Ahorros de Medicare (MSP), incluyendo qué pueden ayudar a pagar, cómo solicitar, los límites de ingresos, los límites de recursos y la metodología sobre ingresos y recursos utilizada;
- El Programa de Subsidios por Bajos Ingresos, incluyendo qué pueden pagar, quién tiene que solicitarlos y quién es considerado elegible, los límites de ingresos, los límites de recursos y la metodología sobre ingresos y recursos utilizada;
- La forma en la que el Plan para Lograr la Autosuficiencia del SSI (PASS) puede brindar acceso a la cobertura Medicaid en muchos estados;
- El proceso de apelaciones de Medicaid y todo recurso disponible para manejar dichas apelaciones, incluso el programa de Protección y Defensoría del estado;
- Las opciones de la atención de la salud disponibles para veteranos, incluyendo TRICARE y el sistema de atención de la salud del VA;
- Los conceptos básicos de la atención de la salud auspiciada por el empleador;
- El marco básico de Marketplace y qué beneficiarios posiblemente se beneficien con un plan de seguro de salud privado en esta bolsa; y
- La interacción de Medicare, Medicaid, TRICARE, los beneficios de la atención de la salud del VA y los seguros de salud privados, incluyendo las reglas de pagador primario.

Lo que sigue a continuación representa las áreas temáticas secundarias relacionadas con la planificación y orientación de atención médica:

- Todas las exenciones de Medicaid disponibles que pueden brindar criterios de elegibilidad extendida o servicios ampliados a los beneficiarios;
- El marco para seleccionar un plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, incluyendo los recursos en línea disponibles para los beneficiarios por la asistencia con la selección del plan;
- Las disposiciones clave de cobertura de continuidad de atención médica COBRA, según correspondan al derecho de un seguro privado duradero luego de un evento que de como resultado la finalización de la cobertura;
- Los servicios relacionados con la atención médica, incluyendo la tecnología de asistencia, disponible a través de la agencia o agencias de rehabilitación vocacional del estado, que permite que algunos jóvenes en edad de transición y adultos obtengan servicios y equipamientos médicos para brindar apoyo a su objetivo vocacional cuando no están disponibles de otra manera a través de Medicaid o un plan de seguro privado;
- Todos los planes de seguros de salud con fondos o subsidios públicos, incluyendo el programa CHIP, que puede estar disponible para cumplir las necesidades de los beneficiarios en el estado;
- Los beneficios del seguro de salud que ofrece el Servicio Militar de EE.UU. y el Departamento de Asuntos de Veteranos a los veteranos discapacitados y sus familias; y
- Todos los recursos de caridad disponibles en su estado o regiones del estado a los que el beneficiario puede acceder para satisfacer las necesidades de atención médica para individuos que no están cubiertos de otra manera para satisfacer dichas necesidades.

Dada la complejidad de muchas de las disposiciones y consideraciones de la atención de la salud, algunos programas han asignado a diversos CWIC la responsabilidad de desarrollar una experiencia en orientación sobre atención de la salud especial.

Derivaciones

En ocasiones, los beneficiarios se enfrentarán a problemas y preguntas sobre su cobertura de salud que pueden ser resueltos de mejor manera con una derivación a una agencia externa. Estos problemas pueden estar fuera de la experiencia o nivel de conocimiento actual del CWIC. El beneficiario puede necesitar la ayuda de un experto para una apelación de Medicaid, o para determinar qué categoría de Medicaid se adapta mejor a sus necesidades. El programa de Protección y Defensoría del estado es un recurso de ayuda excelente para problemas complejos de Medicaid o apelaciones. También puede haber organizaciones locales de asistencia legal que brindan asistencia de expertos sobre Medicaid. Los Programas de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP) brindan asistencia experta gratuita sobre opciones de programa de Medicare, apelaciones y otras normas de Medicare para todos los beneficiarios de Medicare en todos los estados sin importar su edad. Para localizar un SHIP, visite: <https://www.shiptacenter.org>

Para los CWIC que son nuevos y aún están aprendiendo sobre programas de atención médica públicos (como Medicaid y Medicare), las derivaciones a expertos y organizaciones específicas pueden ayudar al beneficiario a obtener respuestas a preguntas complejas cuando necesitan ayuda.

Evaluación de las necesidades de atención médica de un beneficiario

Es fundamental que los CWIC evalúen las necesidades de atención médica de un beneficiario, lo que incluye identificar las necesidades que no se están satisfaciendo actualmente. Con toda esta información, el CWIC puede trabajar con el beneficiario para desarrollar planes a corto y largo plazo para satisfacer sus necesidades de atención de la salud.

Al final de esta unidad hay una evaluación de ejemplo que enumera la información clave que debe recopilarse. Incluso si el beneficiario no está recibiendo servicios en una de estas áreas, es importante evaluar si son necesidades de asistencia médica no satisfechas. Para cada categoría en el cuestionario o lista de verificación, el CWIC debe tratar una cantidad de áreas clave, lo que incluye:

- **Costos mensuales o anuales estimados.** Esto ayuda a establecer qué está en juego si, por ejemplo, el beneficiario pierde la elegibilidad para Medicaid. Si el costo real de los medicamentos fuera de \$200 por mes, el beneficiario necesitaría \$2,400 por año para cubrir este costo si pierde Medicaid y no se identifica ninguna otra fuente de cobertura de medicamentos recetados.
- **¿Cómo se cubre el artículo?** Esto ayudará a identificar si existe la necesidad de que haya un plan para la elegibilidad continua para Medicaid o Medicare luego de comenzar el trabajo. Por ejemplo, esto puede inducir al CWIC a profundizar el programa del artículo 1619(b) o de compra de Medicaid como parte de un plan de una amplia gama de beneficios.
- **¿Cuál es el total mensual y anual de gastos en efectivo por el servicio o producto?** Este es uno de los principales interrogantes para cada una de las áreas clave de atención médica.

Al responder estos interrogantes por cada servicio o producto, el CWIC comienza a visualizar cuánto le cuesta al beneficiario la atención médica. Contar con esta información le permite al CWIC poder luego trabajar con el beneficiario para desarrollar un plan con vistas a cubrir tantos estos gastos menores como sea posible.

Independientemente de cuán detallado esté el cuestionario o lista de control de la entrevista, no se puede anticipar cada necesidad potencial de atención médica. Los CWIC deben compartir con el beneficiario el objetivo de las preguntas y alentarlos a ofrecer toda información adicional relevante. En caso de que cualquiera de las necesidades de atención médica no estén cubiertas a través de algún tipo de seguro o fuente de pago o requieran deducibles o copagos significativos, esto constituiría una señal de advertencia para investigar otras opciones de cobertura.

Tenga en cuenta que la información que recopile a través de la entrevista inicial es sólo una “foto” en el proceso de evaluación de atención médica. Al brindar servicios durante un período de tiempo extendido, será necesario actualizar periódicamente la información. Por ejemplo, el beneficiario puede haber comenzado a tomar medicamentos de Medicaid nuevos que son muy costosos, haciendo que la retención de Medicaid al trabajar sea una prioridad mayor de la que era en la entrevista inicial.

Para garantizar que no se pierdan importantes cambios en las necesidades y coberturas de atención médica, los CWIC deberían tener un contacto proactivo con el beneficiario al menos cada seis meses para revisar y actualizar completamente toda la información obtenida durante la entrevista inicial.

Ejemplo de un tema de atención médica que excede al cuestionario o lista de control modelo:

El uso de una lista de control en la entrevista que contenga preguntas sobre atención médica en el hogar, le permite al CWIC saber que Sally, que padece una parálisis cerebral y utiliza silla de ruedas, recibe cuatro horas de servicios de atención personal por día (dos horas por la mañana y dos horas por la noche). Aunque la lista de control de la entrevista no lo sugiere, el CWIC de Sally, al saber que asiste al colegio, le pregunta si estos servicios son suficientes para prepararla para irse al colegio por la mañana. Sally explica que su nueva asistente de mañana, provista por la agencia ABC Home Health (un contratista de Medicaid), a menudo no es confiable, y llega de 15 a 30 minutos tarde, lo que provoca que Sally llegue tarde a sus clases matutinas.

El CWIC le brinda a Sally algunos consejos de defensa propia para resolver el tema con un supervisor en ABC. Además, después de cierta investigación de recursos de seguimiento, el CWIC deriva a Sally a un programa de atención médica autodirigido que se lleva a cabo a través del Centro local para la Vida Independiente. Este programa le permitirá a Sally contratar y supervisar sus propios asistentes médicos en el hogar de Medicaid.

Evaluación de la elegibilidad actual, de largo plazo y potencial para un seguro externo

Luego de completar una evaluación de las necesidades de atención médica de un beneficiario, es importante investigar fuentes de pagos existentes o potenciales que ayudarán a cubrir los costos identificados. Esta sección tratará sobre planes de seguros externos, que, para la mayoría de los beneficiarios, incluirá Medicaid, Medicare o un seguro privado. Sin embargo, los CWIC necesitan ser conscientes de que algunos beneficiarios tendrán cobertura a través de planes de seguro

externos menos conocidos, tales como CHIP, el sistema de atención médica del VA o TRICARE.

Medicaid

Si el beneficiario es un destinatario de Medicaid, es importante verificar el grupo de elegibilidad para Medicaid. La elegibilidad podría ser a través de la recepción del SSI, a través del grupo de personas con necesidades médicas o de reducción de gasto, a través del programa de compra de Medicaid o a través del grupo de exenciones de Servicios basados en el Hogar y en la Comunidad. Al identificar el origen (u orígenes) de elegibilidad para Medicaid, será posible ayudar al beneficiario a planificar la conservación de Medicaid cuando comience a trabajar o aumente sus ingresos mensuales, si conservar Medicaid es un tema importante para ellos.

Ejemplo de cambio del programa de reducción de gastos de Medicaid al programa de compra de Medicaid:

Volvamos a Sally que tiene 22 años, parálisis cerebral y está comenzando su último año en la facultad con título en educación en español. Sally recibe \$820 por CDB y debe pagar una reducción de gastos de \$100 por mes para recibir Medicaid, según los criterios financieros únicos para su estado. El CWIC se reúne con Sally debido a que comienza su último año en la universidad.

Sally explica que sus posibilidades para un trabajo como maestra luego de su graduación son buenas y que espera ganar \$24,000 a \$30,000 como paga inicial con un plan de seguro de cobertura amplia. Siguiendo la sugerencia del CWIC, Sally verificó y aparentemente ninguno de los planes de seguros médicos provistos por los distritos escolares ofrece cobertura para cuatro horas de servicios de atención personal en el hogar que ella seguirá necesitando. Según estos hechos, tanto Sally como el CWIC acuerdan que Sally necesitará mantener la cobertura de Medicaid por tiempo indefinido.

El CWIC le explica a Sally que a medida que comience a trabajar, su monto de reducción de gasto se incrementará. El CWIC también le explica a Sally que debería ser elegible para el programa de compra de Medicaid, ya que su estado es uno de los muchos

estados que han implementado este grupo de elegibilidad opcional para Medicaid. El CWIC comparte con Sally los criterios de compra de su estado: (1) el ingreso contable puede ser de hasta 250% del nivel federal de pobreza después de solicitar las omisiones del ingreso relacionado con el SSI (permitiendo ingresos de aproximadamente \$60,000 brutos por año si no hay ingreso no derivado del trabajo); (2) se permiten recursos contables de hasta \$10,000, más altos que el límite de recursos para el programa de reducción de gastos estatal; y (3) tendrá que pagar una prima mensual de aproximadamente \$100. Sally acuerda solicitar la opción de compra ni bien comience a trabajar. El CWIC resume esta información en un informe BS&A actualizado.

Según los hechos mencionados, la necesidad de Sally de los servicios de atención personal puede ser lo suficientemente modesta como para que pueda tener un plan de largo plazo para pagar estos gastos por sí misma luego de cancelar sus préstamos estudiantiles y de que su paga se incremente. Se deberá tener en cuenta que sus servicios de atención personal costarían aproximadamente \$1,500 por mes suponiendo una tarifa de \$12 por hora. Como parte de la planificación a largo alcance, el CWIC debe sugerirle a Sally que considere los ahorros impositivos potenciales a través de la cuenta de gastos flexibles o deducciones médicas, como una forma de subsidiar parcialmente este costo en caso de que lo asuma en algún momento en el futuro.

Conservar Medicaid a través de las disposiciones del artículo 1619(b)

La continuación de Medicaid en virtud del artículo 1619(b) se encuentra disponible a los exdestinatarios de SSI que perdieron el SSI debido a los ingresos y quienes cumplen actualmente todos los criterios de elegibilidad de 1619(b). Si bien este programa en virtud del artículo 1619(b) ha estado disponible a nivel nacional durante más de 30 años, muchas personas todavía no lo conocen. Los CWIC deben estar alerta para asegurarse de que los beneficiarios de SSI y las agencias que les brindan servicios conozcan el artículo 1619(b).

Un escollo posible al establecer la elegibilidad inicial como también la continua es la "prueba de uso de Medicaid". Para cumplir con esta prueba, el beneficiario:

- Debe haber usado Medicaid en los últimos 12 meses;
- Espera usar Medicaid en los próximos 12 meses; o
- O no podría pagar facturas por servicios médicos no esperados en los próximos 12 meses sin Medicaid.

La mayoría de los beneficiarios cumplirán una de las dos primeras alternativas como usuarios activos de Medicaid. Como una cuestión práctica, todos deben realizar la tercera prueba también, ya que sería poco frecuente tener un plan de seguro de salud privado que pague todas las cuentas médicas imprevistas independientemente de los eventos que tengan lugar.

Ejemplo del uso del incentivo laboral PASS como parte de un plan de largo alcance para conservar Medicaid:

Volvamos al caso de Sally y hagamos unos pequeños cambios en los hechos. Su estado no ha optado por el programa de Compra de Medicaid (MBI). Si bien Medicaid funciona de manera automática para los destinatarios de SSI en su estado, como su nivel de beneficios de CDB, \$820, supera ampliamente la tasa de SSI de su estado, Sally no puede calificar para el SSI y no puede acceder al programa Medicaid en virtud del artículo 1619(b), que está sólo disponible para los exdestinatarios de SSI que lo perdieron debido al trabajo y los ingresos. Esto crea un dilema importante para Sally, que necesita Medicaid y tiene planeado trabajar. Para Sally, pareciera no existir una forma de conservar Medicaid al obtener un empleo.

Cuando el CWIC se reúne con Sally durante su último año de la universidad, determina que Sally es una buena candidata para un Plan para Lograr la Autosuficiencia (PASS). Sally puede separar sus beneficios CDB en un PASS para ahorrar para comprar una camioneta y adaptarla a su silla de ruedas. Esto brindará apoyo al objetivo de Sally de llegar a ser maestra de español, ya que casi todos los distritos escolares que potencialmente la contratarían no se encuentran cerca de ninguna línea de transporte público, y algunas están a más de 20 millas de su casa.

El CWIC explica que un PASS aprobado le permitiría a Sally reservar \$ 800 de sus beneficios de CDB en una cuenta para ahorrar para el pago del anticipo de la camioneta, excluyendo dicho ingreso para los fines del SSI. Con un ingreso contable reducido a \$0, Sally ahora será elegible para un cheque de SSI al Índice de Beneficios Federales (FBR) completo por mes y Medicaid automáticamente, sin reducción de gasto. Suponiendo que el PASS entra en vigencia en octubre, con un plan para comprar la camioneta a fines de julio y comienza a trabajar como maestra en septiembre del año siguiente, Sally podrá ahorrar más dinero que los \$7,000 por el pago del anticipo de la camioneta.

NOTA: El CWIC continuaría de manera típica exponiendo la financiación del PASS más detalladamente, explicando lo que ocurriría cuando Sally pierda los beneficios de CDB a partir del período de trabajo a prueba.

Como parte del plan de largo plazo, el CWIC explica lo siguiente: Si el Seguro Social da su aprobación, Sally puede reservar una parte de sus salarios a través del PASS cuando trabaje para pagar el seguro de la camioneta y hacer los pagos de la camioneta. La agencia estatal de Rehabilitación Vocacional podrá pagar aproximadamente \$20,000 en concepto de las modificaciones que le permitan a Sally conducir la camioneta adaptándola a su silla de ruedas. Sally puede esperar perder sus beneficios CDB debido a que habrá desarrollado una SGA después de un período de trabajo a prueba de nueve meses y un período de gracia de tres meses. Su PASS puede continuar después de la pérdida de los beneficios CDB, con sus salarios como los únicos ingresos en el PASS. Finalmente, al momento de perder su SSI al concluir el PASS, Sally será elegible para Medicaid a través del artículo 1619(b) como si hubiera perdido los pagos de SSI por tener ingresos superiores al límite permitido para un pago en efectivo de SSI.

En sus circunstancias únicas, el PASS le permitirá a Sally alcanzar su meta de empleo y también conservar Medicaid como una fuente de pago para los servicios de atención personal en su estado. Se debe tener en cuenta que muchos beneficiarios necesitarán más horas de servicios de atención personal que las cuatro horas diarias que necesita Sally con costos mensuales de \$5,000 o más.

Como se estableció anteriormente, los CWIC deben estar familiarizados con los programas de exención de Medicaid disponibles en su estado, no sólo con los grupos de elegibilidad de Medicaid. Dada la función de los CWIC para respaldar el trabajo, es particularmente importante estar conscientes de toda renuncia que pueda permitir servicios vocacionales, incluyendo preparación para el trabajo, que puede respaldar la meta de empleo de un beneficiario. En muchos estados, las exenciones que están disponibles brindarán una gama de tecnología de asistencia y modificaciones en el hogar, entre otros servicios que no están comúnmente disponibles a través del programa regular de Medicaid. Esto podría ayudar ampliamente a Sally, con los ejemplos anteriores, ya que se muda a su propio departamento cuando finalice la universidad.

Luego de la graduación, los abuelos de Sally, que se mudan a Florida, están de acuerdo en rentarle a Sally su casa pequeña de dos habitaciones. Las dos entradas a la casa ya tienen acceso para la silla de ruedas, ya que la abuela de Sally necesitaba un acceso similar para entrar y salir con su andador o con su vehículo de tres ruedas.

El CWIC, al haber investigado la exención actual que Sally utiliza, identificó una cantidad de otros servicios que pueden beneficiarla, incluyendo modificaciones en el hogar y una gama de tecnologías de asistencia para maximizar su independencia o para apoyar sus metas de empleo. Sally identifica los siguientes artículos especiales que pueden aumentar su independencia cuando se mude a su nueva casa: Una unidad de control ambiental que le permite atender el teléfono, abrir o cerrar las puertas u operar el televisor y los electrodomésticos desde una unidad central colocada en su silla de ruedas; una grúa de techo elevadora para permitir que Sally se traslade de manera segura y eficiente del dormitorio al baño y regresar para realizar las necesidades de higiene básicas con asistencia mínima de un tercero; y una asignación por única vez para hacer la cocina más accesible para ella para bajar las mesadas y modificarla para adaptarla a sus necesidades. Sally se compromete a contactar a su trabajador de caso de Medicaid para determinar si puede aprovechar las modificaciones realizadas a la casa como inquilina de la propiedad.

Medicare

Algunos de los temas importantes de Medicare que surgirán entre el CWIC y el beneficiario incluyen los siguientes:

- Un entendimiento de los Programas de Ahorros de Medicare como medio de pago de las primas de Medicare Parte B y de otros gastos adicionales;
- El efecto del trabajo sobre la elegibilidad para los Programas de Ahorros de Medicare;
- Un entendimiento de los Programas de Subsidios por Bajos Ingresos como un medio para pagar los gastos adicionales no cubiertos de Medicare Parte D;
- El efecto del trabajo sobre la elegibilidad para los Programas de Subsidios por Bajos Ingresos; y
- La posible elegibilidad para Cobertura Medicare Extendida por ocho años o más después de que el beneficiario con discapacidad del Seguro Social comienza a trabajar.

Programas de Ahorro de Medicare

Según se mencionó anteriormente, los programas de ahorro de Medicare pueden cubrir las primas de la Parte B y, en el caso del programa QMB, también puede pagar los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B. Al orientar a los beneficiarios, es importante formular preguntas sobre las primas de la Parte B, investigar la posible elegibilidad para los Programas de Ahorro de Medicare e identificar los copagos que paguen.

Ejemplo de cómo ayudar los Programas de Ahorros de Medicare: George actualmente recibe \$960 por mes de SSDI, tiene Medicare, y está inscrito en los programas de Beneficiario de Medicare Calificado (QMB) (uno de los Programas de Ahorros de Medicare). George tiene entre 4 y 5 turnos médicos por mes, que están cubiertas por la Parte B. El programa QMB paga el 20% del coseguro por él, lo que representa hasta \$250. El programa QMB también paga la prima de la Parte B. George recibió una oferta de

trabajo por \$950 por mes, que le gustaría tomar, pero se pregunta si tendrá sentido financieramente dado que perderá toda la cobertura de los Programas de Ahorros de Medicare.

En la reunión, el CWIC le explica que si George solicitara el programa de Compra de Medicaid, tendría Medicaid para cubrir sus deducibles y coseguros de la Parte B. El CWIC también le explica que, en su estado, la agencia Medicaid pagaría su prima de la Parte B si fuera elegible para Medicaid, indicando que George tendría que pagar aproximadamente \$83 por mes para usar este programa. George, al ver que podría avanzar financieramente y obtener más cobertura de salud, tomó el trabajo y se inscribió en el programa de Compra de Medicaid.

Es importante resaltar que el CWIC fue capaz de ayudar a George a considerar todas estas opciones utilizando una herramienta de entrevista que sugiere preguntas sobre los pagos de prima de la Parte B y la posible elegibilidad para Compra de Medicaid. Al tomar estas medidas, el CWIC de George fue capaz de guiarlo a una solución que lo apoyaba en el trabajo, lo ayudaba a avanzar financieramente y seguía satisfaciendo sus necesidades de cobertura de salud.

Ejemplo de cómo los beneficiarios doblemente elegibles para Medicaid y Medicare deben utilizar la Parte D para la cobertura de medicamentos recetados: Cuando el CWIC se reúne con Sally por primera vez, Sally tiene 19 años, está en el segundo año de sus estudios universitarios y ha estado recibiendo los beneficios de CDB desde que tenía 18. También explicó Sally que toma dos medicamentos contra convulsiones para controlar sus ataques, los cuales están cubiertos por Medicaid. Al momento de su reunión, Sally no era todavía elegible para Medicare.

Al ayudar a Sally a planificar sus necesidades de atención médica a largo plazo, el CWIC le explica que cuando tenga 20 años, luego de haber recibido los beneficios de CDB por 24 meses, será elegible para Medicare. También le explica que cuando Sally sea elegible para Medicare necesitará tener cobertura para sus medicamentos recetados del programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, aún si continúa siendo elegible para Medicaid.

El CWIC documenta esta información en el informe BS&A de Sally. El CWIC también le indica a Sally que necesitará iniciar el proceso de elegir un plan de medicamentos recetados de la Parte D unos meses antes de que comience su elegibilidad para Medicare, y le brinda enlaces a recursos en línea y otras herramientas para hacerlo.

Cuando sea posible, el CWIC debe ayudar al beneficiario a planificar los cambios próximos para minimizar cualquier posible pérdida de cobertura.

Cuando Sally se vuelva elegible para Medicare, el CWIC la asesorará sobre la elegibilidad para el programa de Subsidio por Bajos Ingresos. El CWIC también ayudará a Sally a comprender el efecto del trabajo sobre el LIS y a explorar estrategias para obtener ayuda para pagar sus medicamentos.

Cobertura de Seguro Privado

Es probable que los beneficiarios sean elegibles para un plan de seguro privado si trabajan y si tienen cobertura disponible como beneficio para empleados, o mediante el plan de seguro de salud de su cónyuge o padres a través del trabajo. Es posible que un beneficiario pueda tener cobertura a través de Marketplace, pero eso sólo ocurrirá con los beneficiarios por discapacidad del Título II en el Período de Calificación para Medicare de 24 meses que no son elegibles para Medicaid. Con respecto a la cobertura del seguro de salud privado, es más probable que los CWIC encuentren beneficiarios que enfrentan problemas relacionados con:

- La comprensión de la coordinación de beneficios (quién paga primero, segundo, etc.)
- Cuándo el seguro privado es o no financieramente conveniente; y
- Los derechos en virtud planes de seguro privado.

Si bien simplemente no es posible tener experiencia sobre los planes de seguro privado en comparación con Medicaid y Medicare, los CWIC

pueden tomar medidas para ayudar a los beneficiarios a explorar sus opciones y a comprender sus derechos en esta área.

- Los CWIC deben estar preparados para explicar cómo es posible tener atención de la salud auspiciada por el empleador además de Medicare o Medicaid.
- Los CWIC deben poder ayudar a los beneficiarios a explorar cuándo el seguro de salud auspiciado por el empleador puede ser financieramente conveniente (por ejemplo, cuando haya disponible Pago de Seguro de Salud estatal, acceso a un grupo más amplio de proveedores médicos, acceso a servicios de atención alternativa).
- Los CWIC deben ser capaces de explicar los derechos básicos que tienen los beneficiarios para acceder a una cobertura de atención de la salud privada y derivar a los beneficiarios al comisionado de seguros de salud del estado para preguntas detalladas.
- Si un beneficiario ya se encuentra cubierto por el plan de un seguro médico privado, el CWIC puede solicitarle que obtenga una copia de la póliza o resumen de lo que cubre el plan. El plan suele brindar estos resúmenes al beneficiario como un tema de rutina o el empleado puede solicitar al departamento de recursos humanos ayuda para obtener una copia. Por lo general, estos resúmenes establecerán de manera clara si un servicio en particular se encuentra cubierto y bajo qué condiciones. Si la compañía de seguro se niega a cubrir un ítem o servicio en particular, los resúmenes que la compañía brinda a los empleados por lo general describen cualquier apelación disponible a través del plan en sí mismo.

Evaluación de elegibilidad actual y potencial para estrategias o fuentes de pago no tradicionales para la atención de la salud

Existen numerosas fuentes no tradicionales de financiación para la atención de la salud (es decir, otras fuentes distintas de Medicaid, Medicare, seguros médicos privados o programas menos conocidos que

actúan como seguros de terceros). La presente sección tratará brevemente el rol que pueden desempeñar los CWIC respecto de dos de las citadas fuentes o programas de financiación: programas de educación especial y agencias de Rehabilitación Vocacional del estado.

Programas de Educación Especial

Al trabajar con un estudiante de educación especial en edad de transición, generalmente de 16 a 21 años, no se debe pasar por alto el sistema de educación especial como un medio para financiar una amplia gama de servicios que generalmente pensaríamos que se encuentran dentro del área de atención de la salud. Por ejemplo, si fuese necesario apoyar a un estudiante en un programa de educación especial, una escuela podría proveer: orientación en salud mental, una enfermera privada, un ayudante personal, terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla. Una escuela también puede proveer una gama de equipos bajo la designación de tecnología asistiva, incluidos dispositivos de comunicación alternativos.

Si bien no se espera que todos los CWIC se conviertan en expertos en educación especial, prácticamente todas las agencias de Protección y Defensoría de los estados destinan una considerable cantidad de recursos a la defensoría de la educación especial. Le corresponde a los CWIC establecer relaciones de trabajo con los defensores de la educación especial en la agencia de Protección y Defensoría, para poder llamar regularmente a estos contactos con el fin de solicitar información sobre derechos de educación especial y para solicitar asesoramiento para saber cuándo es apropiado derivar a un beneficiario para que lo asistan.

Agencias de Rehabilitación Vocacional Estatal (VR)

Muchos de los beneficiarios que reciben servicios de WIPA tendrán casos activos con su agencia estatal de VR o una agencia de VR separada para los ciegos (en muchos estados). Si bien no pensamos en la agencia de VR como una fuente de financiación para servicios de atención de la salud, dichas agencias se encuentran autorizadas para financiar una amplia gama de servicios para el "diagnóstico y tratamiento" de incapacidades físicas o mentales con el fin de reducir o eliminar incapacidades para el empleo, siempre que no haya disponible apoyo financiero de otras fuentes, tales como Medicaid, Medicare o seguros

médicos privados. Algunos ejemplos de dichos artículos o servicios incluyen: tratamiento terapéutico, atención dental, anteojos y servicios visuales, servicios de asistencia personal durante la recepción de servicios de VR y tecnología de rehabilitación (incluidas modificaciones vehiculares y dispositivos de telecomunicaciones).

Generalmente, el rol del CWIC en temas de VR será el de identificar posibles necesidades de atención de la salud y derivar al individuo a la agencia de VR. En caso de que el beneficiario se encuentre con una disputa sobre la cobertura de un artículo o servicio o si prevé una posible disputa, el CWIC podrá también derivar al individuo al defensor del Programa de Asistencia al Cliente (CAP) que cubre su estado o región del estado. El programa CAP existe en todos los estados y se encuentra autorizado para asistir individuos en sus disputas con la agencia VR. En muchos estados el programa CAP se encuentra ubicado dentro de la agencia de Protección y Defensoría.

Evaluación de casos para determinar en qué situaciones un beneficiario necesitará conservar Medicaid a largo- plazo

Algunos beneficiarios sufrirán discapacidades severas sin necesidad aparente de recurrir regularmente a servicios de atención de salud. Por ejemplo, un individuo cuya única discapacidad fuera sordera profunda puede verse exento de gastos regulares de atención de la salud relacionados con la discapacidad. Como cualquier otro estadounidense, esas personas deberían tener un seguro médico para poder cubrir cualquier lesión o enfermedad inesperada, pero el plan de seguro médico financiado por el empleador podría ser suficiente cuando se encuentre disponible. La decisión sobre si la elegibilidad para Medicaid a largo plazo es importante siempre dependerá de circunstancias individuales y el CWIC debería ser capaz de proveer asistencia al beneficiario al momento de tomar esta decisión.

Ejemplo de un beneficiario que necesitará Medicaid a largo plazo: Eric, de 28 años, tiene una lesión cerebral traumática y comenzó a recibir beneficios SSI a los 18 años. Aproximadamente tres meses atrás se volvió elegible para recibir \$520 mensuales en CDB además de un beneficio de SSI reducido. Eric vive en un

estado donde la elegibilidad para Medicaid es automática para destinatarios del SSI. Eric no tiene costos regulares de atención de la salud y, salvo por citas médicas o dentales de rutina, solo visita al médico cuando está enfermo. Sus padres lo visitan diariamente en su departamento, pero es independiente en todos los demás sentidos.

Eric comienza a trabajar en un depósito local donde ganará \$11 por hora por una jornada laboral de 15 horas semanales. Su sueldo bruto será de \$715 en la mayoría de los meses (mayor en mes de tres pagos), lo que significa que perderá su derecho a beneficios en efectivo de SSI pero retendrá los beneficios CDB. Al trabajar 15 horas semanales, no estará cubierto por el plan de seguro de salud de su empleador.

Durante la visita del CWIC con Eric y su padre, conversaron acerca de la manera en que su salario afectará sus beneficios SSI y CDB. El CWIC explica que Eric debería ser elegible para 1619(b) de Medicaid al momento de perder su condición de elegibilidad para SSI (es decir, su salario anual será inferior al umbral 1619(b) del estado de \$30,000, sus recursos caerán por debajo de los límites SSI, y cumplirá con la prueba de uso de Medicaid de 1619(b), dado que utilizó Medicaid durante el año pasado). Eric y su padre aún se preguntan si debe molestarse en mantener Medicaid, dado que prácticamente no lo utiliza.

Si bien la decisión final de conservar Medicaid a través de 1619(b) siempre estará a cargo del beneficiario, el CWIC debería informarles a Eric y a su padre sobre las distintas razones que existen para mantener 1619(b). Mantener Medicaid lo protegerá contra gasto médico inesperado, dado que no posee otra cobertura de seguro de salud. La cobertura será gratuita (sujeta a cualquier copago menor si su estado los tiene). Si pierde su trabajo o su salario se reduce significativamente durante su período de elegibilidad para 1619(b), puede volver transitoriamente a los beneficios en efectivo SSI sin necesidad de una nueva solicitud.

Ejemplo en el que mantener Medicaid puede resultar más importante de lo que parece a primera vista:

Luego de que Eric trabajó 15 horas semanales en el depósito durante seis meses, el empleador de Eric aumentó su jornada laboral a 30 horas semanales y su paga a \$12 por hora. Su sueldo bruto será de \$1,500 en la mayoría de los meses (mayor en meses de tres pagos), lo que significa que aún así no será elegible para SSI, pero podrá ser elegible para 1619(b), asumiendo que siga cumpliendo con los demás criterios de elegibilidad. Aunque su salario anual se encuentre muy por encima del monto actual de una actividad sustancial y lucrativa, Eric puede conservar beneficios CDB a lo largo de un período de trabajo de prueba de nueve meses y un período de gracia de tres meses.

Al trabajar 30 horas semanales, Eric estará ahora cubierto por los planes dentales y de seguro de salud de su empleador, siempre y cuando opte por el plan y pague \$75 mensuales como prima de seguro de salud. El plan de seguro es amplio y cubre visitas médicas (copago de \$10) y medicamentos recetados (copago de \$10), entre otros beneficios. El seguro dental también se encuentra disponible mediante el pago mensual de una prima de \$5 si opta por la cobertura.

En un encuentro de seguimiento con el CWIC, Eric y su padre buscan asistencia para decidir si Eric debe inscribirse en el seguro de salud o en el plan dental. Ellos manifiestan que el médico de Eric acepta Medicaid pero que el odontólogo más cercano que acepta Medicaid se encuentra a más de 20 millas de distancia. También hablan sobre el período de trabajo de prueba y la posterior pérdida de beneficios CDB. Finalmente, la elegibilidad para Medicare comenzará en aproximadamente 12 meses y ellos tienen preguntas acerca de la cobertura Medicare Parte D y si vale la pena pagar la prima por la cobertura Medicare Parte B.

Entre otras cosas, el CWIC explica:

- Que con un sueldo bruto mensual de \$1,500 y sin ningún subsidio o gasto laboral relacionado con incapacidades que coloque al salario contable por debajo del nivel SGA, Eric puede esperar que cesen sus beneficios CDB en efectivo después de un período de

trabajo de prueba de nueve meses y un período de gracia de tres meses;

- Si conserva Medicaid a través de 1619(b), puede volver a los beneficios en efectivo del SSI al perder sus beneficios CDB;
- La cobertura de seguro médico privado y la cobertura dental a estas tasas de pago menores es un buen negocio si Eric puede ajustarlo a su presupuesto;
- Él es responsable de informar a la agencia de Medicaid que tiene la opción de aceptar este plan de seguro médico auspiciado por el empleador. Si la agencia de Medicaid considera que tiene una buena relación costo-beneficio, es posible que pague la prima por él;
- Su Medicaid debería poder pagar algunos copagos por visitas al médico y medicamentos recetados que el plan auspiciado por el empleador no cubre;
- Dado que su período de elegibilidad para Medicare comenzará en aproximadamente 12 meses, Eric tendrá que decidir si inscribirse en las Partes B y D, ya que es probable que tenga una cobertura similar a través del plan de seguro médico privado. Tendrá que consultar con su empleador para clarificar si requerirán que tome Medicare. De no ser así, necesitará entonces decidir si rechaza la Parte B o la D.

De acuerdo con esta información, Eric y su padre deciden que se inscribirá en el seguro médico auspiciado por el empleador y los planes dentales; contactará a la agencia de Medicaid para informar este seguro médico privado y ver si Medicaid pagará la prima mensual; seguirá todos los pasos necesarios para conservar Medicaid a través del 1619(b); y se volverán a reunir en seis meses para revisar la condición de trabajo actualizada de Eric y resolver los problemas que afecten la decisión de inscribirse en Medicare Parte B o Parte D.

En estos casos, el CWIC guió a Eric y a su padre a través de algunos escenarios complicados con el objeto de permitirles tomar decisiones informadas.

Mantenerse actualizado sobre las políticas de atención de la salud

Los CWIC deben actualizar de manera regular sus materiales de referencia y asistir a nuevas capacitaciones para mantenerse al tanto de cualquier cambio en las políticas de atención de la salud. En los últimos años, comenzó Marketplace, muchos estados han iniciado programas de compra Medicaid (MBI), muchos estados comenzaron nuevos programas de exención Medicaid, y comenzó el programa Medicare Parte D. Los umbrales de elegibilidad para 1619(b), los cuales varían de acuerdo con el estado, generalmente suben cada año. De igual manera, los niveles de elegibilidad en programas estatales de necesidades médicas o reducción de gastos pueden cambiar de año a año.

Los CWIC pueden esperar que este manual sea modificado regularmente a medida que se lleven a cabo cambios, pero dicha modificación no se realizará más de una vez al año. Debido a esto, es esencial consultar regularmente las fuentes que se encuentran en el sitio web del NTDC de VCU, revisar las actualizaciones de correo electrónico que distribuye el NTDC y asistir a nuevas capacitaciones y cursos de actualización según fuese necesario. Finalmente, los CWIC deben estar alerta sobre los cambios que son específicos a su estado y revisar periódicamente las fuentes fundamentales para mantenerse informados acerca de cambios relacionados con el estado.

Investigación independiente

El sitio sobre “Hechos de la salud estatal” de Kaiser Family Foundation es un ejemplo perfecto de un recurso relevante para complementar el conocimiento de los CWIC sobre reglas de atención médica federal y estatal y los constantes cambios que se les realizan. Su sitio web, www.statehealthfacts.org, ofrece enlaces, estado por estado, y enlaces específicos por estado a una gama de programas dentro del estado, incluyendo Medicaid, exenciones Medicaid y el programa CHIP.

Recursos adicionales

En la siguiente página, hemos adjuntado un formulario que los CWIC utilizan para evaluar la cobertura actual de un beneficiario y las áreas de necesidades no satisfechas.

Planificación para cobertura de atención de la salud

Nombre:

Fecha:

¿Para qué utiliza actualmente su cobertura de salud? (marcar todas las opciones que se apliquen)

- Consultas al médico
- Asesoramiento sobre salud mental
- Otras terapias (por ejemplo, terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla)
- Medicamentos
- Servicios en el hogar
- Servicios residenciales (por ejemplo hogar de acogida, hogar de grupo)
- Rehabilitación de día (por ejemplo, empleo apoyado)
- Equipo médico durable
- Otro:

Cobertura médica actual (marcar todas las opciones que se apliquen):

- Medicaid
- Medicare
- MSP
- LIS
- Privada
- VA

Costos y primas promedio mensuales o anuales de la atención de la salud: _____

Descripción de las necesidades de atención de la salud actualmente insatisfechas:
