
EL PROGRAMA DE “COSTOS COMPARTIDOS” PARA PERSONAS CON NECESIDADES MÉDICAS: MEDICAID PARA PERSONAS DE 65 AÑOS DE EDAD O MÁS, O PARA DISCAPACITADOS QUE NO RECIBEN SSI

SOLID GROUND – ASISTENCIA LEGAL PARA BENEFICIOS

MAYO 2021

ESTA INFORMACIÓN ESTÁ CORRECTA A LA FECHA DE SU ACTUALIZACIÓN. LAS REGLAS CAMBIAN CON FRECUENCIA.

1. ¿De qué se trata el programa de “Costos Compartidos” para Personas con Necesidades Médicas?

El programa para Personas con Necesidades Médicas o programa de “costos compartidos” (en inglés, *Medically Needy* (MN) o “*spenddown*”) es un programa de Medicaid que ayuda a pagar los gastos médicos de ciertas personas que tienen 65 años o más de edad y de ciertas personas más jóvenes con discapacidades. El programa para Personas con Necesidades Médicas (MN) es para quienes no reciben asistencia financiera pública, como Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Asistencia Vital para Discapacitados (en inglés, *Disability Lifeline*).

Este folleto sólo explica el programa MN “no institucional” para adultos de 65 años de edad y más o para personas discapacitadas. Distintas reglas aplican a programas institucionales o de servicios de larga duración. El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Washington (DSHS) administra todos los programas MN.

Nota: La Ley para una Salud Asequible (ACA, siglas en inglés) creó otras oportunidades de cobertura además del programa MN para quienes no tienen Medicare y aún no tienen 65 años de edad o más. Si sus ingresos son menores a 138%

del nivel de pobreza federal para un individuo (actualmente \$1,481), con aumentos basados en el número de personas del grupo familiar usted podría ser elegible para cobertura total de Medicaid por medio de Washington Apple Health (Medicaid). Si sus ingresos son más que esta cantidad, usted podría ser elegible para un Plan de Salud Calificado con primas reducidas y costos compartidos. Para conseguir más información sobre estos programas, visite www.wahbexchange.org y <http://www.hca.wa.gov/medicaid/>. Para aplicar, visite www.wahealthplanfinder.org. También puede encontrar información general sobre Apple Health y los Planes de Salud Calificados en las publicaciones de Washington LawHelp en el sitio web [washingtonlawhelp.org](http://www.washingtonlawhelp.org), incluyendo “La reforma de Salud – Información General”, además de otras publicaciones.

2. ¿Soy elegible para el programa MN?

Usted podría ser elegible para los beneficios del programa si:

- Tiene 65 años de edad o más o está discapacitado, *y*
- Es ciudadano de EE. UU. o cumple con ciertos requisitos de estatus de inmigración, *y*
- Sus ingresos y su propiedad se encuentran limitados de la manera que se explica en las Preguntas 3-8 a continuación.

3. ¿Cuánta propiedad puedo tener?

La respuesta depende de si la propiedad se considera “exenta” o “no exenta” según las reglas del programa MN. La “propiedad exenta” *no* afecta su elegibilidad para el programa MN. Ejemplos de propiedad exenta incluyen:

- Una vivienda (por ej., casa, casa rodante/tráiler, condominio) de cualquier valor siempre y cuando usted viva ahí o tenga intenciones de regresar a vivir ahí;
- Un vehículo de cualquier valor, si lo usa usted o algún miembro de su hogar para transporte; y
- Muebles para el hogar y otros bienes de casa, además de ropa y joyas para su uso personal y artículos de aseo personal.

“La propiedad no exenta” *sí* afecta su elegibilidad para el programa MN. Ejemplos de propiedad no exenta incluyen efectivo, cuentas bancarias y acciones. Los límites de la propiedad no exenta son:

- Persona soltera – \$2,000
- Pareja casada – \$3,000

4. ¿Puedo regalar propiedad y aún ser elegible?

Regalar sus bienes no afectará su elegibilidad para el programa MN no institucional. Pero podría afectar negativamente su futura elegibilidad para servicios de larga duración financiados por Medicaid, incluyendo hogares de ancianos y atención en casa. También podría afectar su elegibilidad para SSI.

5. ¿Qué cantidad de ingresos puedo tener cuando aplique?

No hay restricción en la cantidad de ingresos que pueda tener cuando aplique al programa MN. Sin embargo, mientras más ingresos tenga, mayores serán los gastos médicos que deberá incurrir antes de que se inicie la cobertura. En otras palabras, mientras mayor sea su ingreso, mayor será la cantidad de costos compartidos que le corresponda.

6. ¿De qué se trata la cantidad de “costos compartidos”?

Si es elegible para el programa MN, usted puede recibir cobertura de Medicaid una vez que incurra una cierta cantidad de gastos médicos durante un periodo específico. A esto se le llama la “cantidad de costos compartidos” o simplemente los “costos compartidos.” Estos términos a veces causan confusión. Es importante comprender que una factura médica *no* necesita *pagarse* antes de que el gasto que representa pueda contarse para la cantidad de costos compartidos; sólo necesita *incurrirse*. Un gasto se incurre tan pronto surge la responsabilidad legal por dicho gasto.

Ejemplo: Si visita al doctor y recibe una factura por \$100, usted *ha* incurrido un gasto médico. Si recibe un estado de cuenta por un producto o servicio que aún no recibe, entonces en ese caso *no ha* incurrido un gasto médico.

Para comprender cómo DSHS va a calcular la cantidad de costos compartidos que a usted le corresponde incurrir, es importante tener claro lo siguiente:

- sus “ingresos contables”

- una cierta cantidad que usted puede guardar para pagar gastos no médicos
 - su "exceso de ingresos"
 - su "periodo base"
- Estos términos y la manera en que se calculan se explican en las Preguntas 7-11 y en la hoja de cálculo anexa.

7. ¿Qué son los "ingresos contables"?

Cuando DSHS calcula el monto que a usted le corresponde de los costos compartidos, no cuenta cada uno de los dólares de sus ingresos. Es importante saber qué ingresos no se cuentan.

- Exclusión de \$20 - DSHS excluye del cómputo \$20 de ingresos por cada persona o por pareja casada (aunque ambos esposos apliquen, sólo se excluyen los \$20 una vez).
- Ingresos por concepto de trabajo - No se cuentan ciertas cantidades de "ingresos ganados". Si un solicitante individual, o el(la) esposo(a) del solicitante, trabaja y gana dinero, DSHS *no* cuenta los primeros \$65 y *no* cuenta la mitad del dinero que se gane sobre los primeros \$65.

Ejemplo: Si usted trabaja y gana \$265 en ingresos mensuales, sólo se contarán \$100 (\$265 menos los primeros \$65 son \$200. La mitad de \$200 es \$100).

8. ¿Cuánto de mis ingresos contables se pueden apartar para gastos no médicos?

Usted puede guardar una cierta cantidad de sus ingresos contables para pagar por gastos no médicos como comida y ropa. Dicha cantidad se determina conforme a un estándar que se llama "Nivel de Ingresos para Personas con Necesidades Médicas" o MNIL. El estándar del MNIL corresponde aproximadamente a lo que usted tendría si es que recibiera SSI.

- Persona soltera - \$794
- Matrimonio, ambos esposos aplican - \$794 *total por pareja*
- Matrimonio, uno de los cónyuges aplica y el cónyuge que aplica tiene ingresos de \$794 al mes o menos.
- Matrimonio, uno de los cónyuges aplica y los ingresos de ambos cónyuges juntos son de \$1,588 al mes o menos.

Ejemplo: José aplica para el Programa para Personas con Necesidades Médicas (MN). Su ingreso es de \$900 al mes del Seguro Social por discapacidad. Su esposa, María, tiene un trabajo a tiempo parcial. Ella gana \$500 al mes. José es elegible porque el estado asignará o "imputará" \$294 del ingreso que él recibe a María.

Nota: Si usted vive en una residencia familiar para adultos, o en un establecimiento residencial de vida asistida o para el cuidado de adultos, puede tener la cantidad de ingresos que sea necesaria para pagar por el establecimiento, más una pequeña mensualidad fijada por DSHS para requerimientos personales.

9. ¿Qué es el "exceso de ingresos"?

El "exceso de ingresos" es la cantidad de sus ingresos contables que excede la cantidad de ingresos apartados para gastos no médicos. La suma mensual del exceso de ingresos es la cantidad que se usará para determinar el monto que le corresponde en costos compartidos.

Ejemplo: Juanita es una solicitante soltera sin seguro médico con un total de ingresos mensuales de \$821 que recibe de la Seguridad Social. Juanita puede restar \$20 de sus ingresos mensuales (ver Pregunta 7). Quedan \$801 de ingresos contables. De los \$801, Juanita puede restar \$794 y apartarlos para gastos no médicos (ver Pregunta 8). El resultado es \$7 en exceso de ingresos.

10. ¿Qué es un "período base"?

Un "período base" es el periodo de tiempo que se usa para calcular la cantidad de costos compartidos que le corresponde a usted. Generalmente, el periodo base comienza a correr el primer día del mes en el cual usted aplica para recibir beneficios del programa MN.

Se puede elegir un periodo base de tres o de seis meses. DSHS calculará el monto de sus costos compartidos multiplicando el número de meses de su periodo base por la cantidad de su exceso de ingresos mensual.

Para mayor información sobre periodos base, ver Preguntas 14-15.

11. ¿Cómo determina DSHS la cantidad que me corresponde de costos compartidos?

DSHS va a determinar primero sus "ingresos contables" (ver Pregunta 7) y restará una cierta cantidad que usted puede usar para gastos no médicos (ver Pregunta 8). Esto resulta en la cantidad que se considera su "exceso de ingresos" (ver Pregunta 9). DSHS entonces multiplicará el exceso mensual de ingresos por el número de meses en su "período base" (ver Pregunta 10) para determinar la cantidad que le corresponde en costos compartidos.

Ejemplo: El exceso mensual de los ingresos de Juanita es \$70. Si Juanita elige un período base de 3 meses, la cantidad de costos compartidos que le corresponde será \$210 ($3 \times 70 = 210$). Si Juanita elige un período base de 6 meses, la cantidad de costos compartidos en ese caso será \$420 ($6 \times 70 = 420$). Por lo tanto, para ser elegible para beneficios del programa MN, Juanita debe incurrir \$210 en gastos médicos durante un período base de 3 meses, o \$420 en gastos médicos durante un período base de 6 meses.

Para calcular aproximadamente la cantidad de costos compartidos que le corresponden a usted, sírvase usar la hoja de cálculo adjunta.

12. ¿Cuándo comienza la cobertura MN?

La cobertura MN comienza cuando usted alcanza su cantidad correspondiente de costos compartidos. El periodo de tiempo durante el cual usted se encuentra cubierto por el programa MN se llama "período de certificación". El periodo de certificación

comienza cuando usted alcanza la cantidad de sus costos compartidos y continúa hasta el último día del periodo base. (Recuerde, el “periodo base” puede ser de 3 o 6 meses y se usa para calcular el monto que le corresponde de sus costos compartidos. Ver Pregunta 10).

Ejemplo: María tiene un periodo base de 3 meses y una cantidad que le toca de costos compartidos de \$300. Su periodo base dura desde el 1º de enero hasta el 31 de marzo. El 1º de enero María incurre una factura del doctor por \$150, y luego el 5 de enero tiene otra factura médica más por \$150. Con la segunda factura médica, María alcanza la suma que le corresponde de costos compartidos, lo que da inicio al periodo de certificación (periodo de cobertura MN). El periodo de certificación dura desde el 5 de enero hasta el 31 de marzo.

13. ¿Quién es responsable por los gastos que se incurren en el primer día del periodo de certificación?

La respuesta depende de si los gastos fueron usados para alcanzar la cantidad de los costos compartidos. Un gasto que *se usa para alcanzar la suma de costos compartidos*, es responsabilidad del individuo. Un gasto que se incurre *después que se alcanza la cantidad de costos compartidos* debiera estar cubierto por el programa MN.

Cuando un proveedor de salud envía una factura a DSHS para su pago, si es que parte de la factura se usó para alcanzar la cantidad de costos compartidos, el proveedor debe informar qué parte de la factura fue usada para alcanzar dicho monto. El proveedor puede averiguar esta información pidiendo al cliente una copia de su carta de aprobación para el programa MN, llamando al teléfono de atención a clientes del programa MN, o revisando el

sistema de facturación de DSHS, “*ProviderOne*”.

Si el proveedor de salud no cumple con informar qué parte de la factura fue usada para los costos compartidos, DSHS no pagará nada de la factura. Para que se le pague, el proveedor deberá volver a someter la cuenta e indicar qué parte se usó para alcanzar la suma de costos compartidos.

Ejemplo: Teresa tiene costos compartidos de \$90 para un periodo base de 3 meses. El primer gasto médico que incurre es por \$200. Teresa alcanza la cantidad de costos compartidos que le corresponde con los primeros \$90 de esa factura y el periodo de certificación comienza a correr. Teresa es responsable por sus costos compartidos (\$90). El programa MN debiera cubrir el resto (\$110). Cuando el proveedor de Teresa le pida a DSHS que pague, el proveedor debe indicar que Teresa usó \$90 para alcanzar los costos compartidos que le correspondían a ella, y debe pedir que DSHS pague \$110.

Nota: Si un individuo le paga al proveedor de salud algún gasto *que no es necesario* para alcanzar los costos compartidos y el gasto se incurre dentro del periodo de certificación de MN, entonces el proveedor debe reembolsar al individuo.

14. ¿Cómo decido entre un periodo base de 3 meses y uno de 6 meses?

Primero, calcule cuál sería la cantidad de costos compartidos que tendría si es que elige un periodo base de 3 meses y lo que sería si es que elige uno de 6 meses. (Recuerde que los periodos base normalmente comienzan el primer día del mes de la solicitud). Luego, haga un cálculo aproximado de sus gastos médicos durante

los próximos tres a seis meses. En general, es más conveniente tener un período base más largo; pero a veces un periodo más corto resulta en una cobertura más completa. El personal de DSHS debería poder ayudarle a decidir cuál periodo base le conviene más a usted.

Ejemplo: El exceso mensual de ingresos de Juan es \$30. Esto significa que su cantidad de costos compartidos sería \$90 en el caso de un periodo base de 3 meses, o \$180 para un periodo base de 6 meses. Juan piensa aplicar al programa MN el próximo mes, y anticipa tener una visita al doctor a principios del mes que cueste \$100.

Si Juan elige un periodo base de 3 meses, completará la cantidad de costos compartidos (\$90) el día de la cita con el doctor que va a costar \$100. Juan será responsable por la cantidad de sus costos compartidos y el programa MN debería cubrir el resto de esa cuenta (\$10), junto con todas las otras facturas (por servicios que el programa MN cubra) incurridas durante el resto del período de tres meses.

Pero si Juan elige un periodo base de 6 meses y la factura de \$100 del doctor es el primer gasto médico del periodo, esa cuenta por sí sola no sería suficiente para alcanzar el monto de costos compartidos que se necesita para los 6 meses (\$180), y no se cubriría nada de la cuenta.

15. ¿Hay disponibilidad de cobertura retroactiva?

El programa MN ofrece cobertura retroactiva para gastos incurridos dentro del periodo de 3 meses *previos* al mes en cual usted aplica, pero *sólo si* es que usted era elegible durante ese tiempo. Para determinar elegibilidad retroactiva, DSHS trata el periodo de retroactividad como un periodo base por separado y calcula un

monto de costos compartidos por separado para dicho periodo. El “periodo base retroactivo” puede ser uno, dos, o tres meses.

Ejemplo: Lidia incurre gastos médicos de \$500 entre enero y marzo. Lidia calcula que sus costos compartidos para dicho periodo son \$300. El 1º de abril, aplica para cobertura del programa MN. En su solicitud, Lidia debiera incluir sus facturas desde enero hasta marzo y pedir cobertura retroactiva para dicho periodo. Lidia sería responsable por el monto de costos compartidos del periodo retroactivo (\$300) pero el programa MN cubriría retroactivamente el resto (\$200). Lidia igual tendría que alcanzar la cantidad de costos compartidos para el periodo base actual (abril a junio) para que se inicie la cobertura del programa MN.

Si usted incurrió gastos médicos durante cualquier porción del periodo de tres meses previos al mes en que está aplicando, debe considerar cuidadosamente sus opciones bajo el programa MN. En ciertos casos, es mejor usar los gastos del periodo previo de los tres meses para satisfacer el monto de costos compartidos correspondientes a su periodo base *actual*. Esa sería la situación si es que:

- (1) Usted *no era elegible* para el programa MN durante los tres meses inmediatamente previos a su aplicación; o
- (2) Sus gastos durante el periodo de tres meses previos *no excedieron* lo que la cantidad de costos compartidos sería para dicho periodo.

Ejemplo: Lidia incurre gastos médicos de \$300 entre enero y marzo. Lidia calcula que la suma correspondiente a sus costos compartidos para dicho periodo es \$300 (la

misma cantidad que el total de sus gastos). Lidia aplica por cobertura MN el 1º de abril.

En su aplicación, Lidia no debiera pedir cobertura retroactiva. En vez, debiera pedir que sus facturas entre enero y marzo se usen para alcanzar la cantidad de sus costos compartidos para su actual periodo base (abril a mayo).

Para gastos incurridos *antes* del periodo base retroactivo (es decir, gastos incurridos hace tres meses o más antes de la fecha de la aplicación), ver Pregunta 18, Parte B, 4-5.

16. ¿Qué cubre el programa MN?

El Programa MN para Personas con Necesidades Médicas cubre los siguientes servicios médicos:

- servicios del médico
- servicios de hospital para pacientes internos y externos
- servicios en clínicas rurales de salud
- atención dental para adultos (incluyendo dentaduras postizas)
- servicios de las clínicas
- servicios de salud en el hogar
- prótesis
- servicios de laboratorio y rayos-x
- gafas (anteojos)

El programa MN para Personas con Necesidades Médicas también cubre medicinas recetadas. Sin embargo, personas elegibles para Medicare Parte D deben usar ese programa para la mayoría de las recetas.

El programa MN además podría pagar el costo de transporte que se necesite para acceder a los servicios cubiertos.

17. ¿Cómo aplico al programa MN?

Debe seguir los siguientes pasos si desea usar el programa MN:

A. Complete la solicitud de DSHS.

Puede aplicar al programa MN por escrito o por Internet. La forma la puede obtener en la oficina local de DSHS o puede llamar para pedir que se le envíe una. Una vez que someta la solicitud, debiera recibir una respuesta dentro de 45 días. Si tiene “exceso de ingresos”, la respuesta debiera indicarle la cantidad correspondiente a sus costos compartidos para el período base de 3 o 6 meses que usted haya seleccionado.

El sitio web para presentar una aplicación con DSHS para el Programa para Personas con Necesidades Médica (MN) de Costos Compartidos es Washington Connection <https://www.washingtonconnection.org/home/>.

Nota: Si sus ingresos son menores a 138% del nivel de pobreza federal para un individuo (actualmente \$1,481, con aumentos basados en el número de personas del grupo familiar), usted podría ser elegible para cobertura total de Medicaid por medio de Washington Apple Health (Medicaid). Si sus ingresos son más que esta cantidad, usted podría ser elegible para un Plan de Salud Calificado con primas reducidas y costos compartidos. Para conseguir más información sobre estos programas, visite

www.wahbexchange.org y <http://www.hca.wa.gov/medicaid/>. Para aplicar a un Programa de Salud Calificado (QHP) por favor visite www.wahealthplanfinder.org.¹ Para Medicaid, debiera considerársele para este programa cuando usted aplique al programa MN, pero también puede aplicar en www.wahealthplanfinder.org.

B. Reúna copias de todas las facturas médicas y envíelas a DSHS. Cuando incurra gastos médicos equivalentes a la cantidad de sus costos compartidos, debiera enseñarle al empleado financiero de la oficina local de DSHS los recibos, además de todos los pagos hechos por Medicare o algún otro seguro. La oficina de DSHS le emitirá una tarjeta de identificación de servicios médicos. No mostrará la fecha cuando entra en vigencia la cobertura (que probablemente será *antes* de la fecha en que se emita la tarjeta). La tarjeta se puede usar para cubrir gastos médicos que se incurran durante el periodo de certificación (es decir, después de haber alcanzado la cantidad de sus costos compartidos). Su usted ya pagó una cuenta correspondiente a un gasto que el programa MN cubre y ya alcanzó el monto de costos compartidos que le corresponde a usted, puede pedir al proveedor de

salud que le reembolse lo que usted ya pagó y que en vez, le cobre a DSHS. (Recuerde: si la factura se usó para alcanzar la cantidad de sus costos compartidos, no se cubrirá y el proveedor no reembolsará el gasto.)

C. Debe volver a aplicar cada 3 o 6 meses.

Hacia el final de su período base, debería recibir por correo una forma para reevaluar su elegibilidad. Puede volver a aplicar completando esa forma y regresándola por correo. (Cada vez que aplique, debe elegir un periodo base de tres o seis meses). Si tiene una factura grande, tal vez le convenga pedir un periodo de seis meses. Si no recibe una forma por correo al menos un mes antes del vencimiento de su elegibilidad, debiera llamar a DSHS y pedir que le envíen una. No debiera tener que ir a la oficina de DSHS para tener una entrevista en persona. Una vez que vuelva a aplicar, la oficina de DSHS le informará cuál es la nueva cantidad de costos compartidos que le corresponde incurrir. Una vez que alcance el monto, DSHS le notificará cuál es su nuevo período de certificación.

¹ La cobertura de un programa de salud calificado (QHP) puede comenzar a partir del mes después que aplique o al mes siguiente, pero no está disponible para meses anteriores. Por lo tanto, sería aconsejable que también aplique en DSHS para el Programa para Personas con Necesidades Médica (MN) de Costos Compartidos que sí

puede usarse para meses anteriores. Si califica para ambos, sus prestaciones de MN podrían cubrir costos para servicios no provistos por medio de su programa QHP, o ayudar a reducir la parte que debe pagar después de satisfacer la cantidad que le corresponde reducir.

18. ¿Qué gastos cuentan para la cantidad que me corresponde incurrir en costos compartidos?

A. Se pueden usar los siguientes gastos para alcanzar la cantidad que le corresponde en costos compartidos:

1. Deducibles de Medicare y de otras aseguranzas médicas, cobros de co-aseguranza, cuotas o co-pagos, además de primas de Medicare (otras primas de aseguranzas médicas aprobadas por DSHS se usan para determinar la cantidad de costos compartidos; no se usan para alcanzar dicha cantidad).
2. Gastos médicos que el programa MN no cubre, siempre que se hayan incurrido para artículos o servicios provistos o recetados por un profesional de la salud licenciado.
3. Gastos médicos incurridos dentro del período base, que potencialmente el programa MN pudiera pagar, hayan sido pagados o no por el solicitante, además del costo de transporte para servicios médicos (el millaje se calcula a \$0.58 por milla si debe conducir para obtener servicios).
4. Gastos médicos incurridos en el período de 3 meses antes del período base actual hayan sido pagados o no, si no se estableció elegibilidad para dicho período.
5. Gastos médicos impagos de cualquier período antes del inicio del período base que el solicitante aún debe y que no se han contado

anteriormente en una cantidad de costos compartidos.

6. Gastos médicos en las categorías listadas arriba de un miembro de la familia (consanguíneo o pariente por ley) que viva en el mismo hogar del solicitante por quien el solicitante es responsable financieramente o quien es financieramente responsable por el solicitante.

B. Al considerar cómo alcanzar la cantidad que le corresponde de costos compartidos, es conveniente tener presente lo siguiente:

1. Para que una factura médica se considere un gasto, sólo debe poder demostrar que se incurrió y que no está cubierto por Medicare u alguna otra aseguranza. La factura puede estar impaga. Sin embargo, si sólo se le dio un estado de cuenta de algún producto o servicio que aún no recibe (y que por lo tanto aún no tiene ninguna responsabilidad legal de pagar), entonces ese estado de cuenta no representa un gasto médico que se haya incurrido.
2. Antes de alcanzar la cantidad de costos compartidos, primero trate de comprar servicios médicos que necesite que el programa MN para Personas con Necesidades Médicas *no* va a cubrir. Estos gastos igual se cuentan como parte de la cantidad que le corresponde de costos compartidos si son provistos o recetados por un profesional de la salud licenciado. Cuando sea posible, aplase incurrir gastos que pudieran estar cubiertos por el programa MN hasta el día en que

- vaya a poder alcanzar la cantidad de sus costos compartidos.
3. Si usted incurrió facturas médicas en cualquiera de los 3 meses *antes* del mes en el cual aplica (el “periodo base retroactivo”) pero *no* era elegible para el programa MN durante ese período base retroactivo, igual puede usar esos gastos, ya sea que estén pagos o impagos, para alcanzar la cantidad que le toca de costos compartidos para el periodo base *actual*. (Sin embargo, si usted *era* elegible para el programa MN durante ese período previo, deberá decidir si aplica o no por cobertura retroactiva. Ver pregunta 15.)
 4. Facturas médicas *impagas* incurridas *antes del periodo base* (es decir, se incurrieron *antes* del periodo de tres meses que precede inmediatamente al mes de la solicitud) pueden usarse para alcanzar el monto que le corresponde de costos compartidos actuales si es que no se usaron para alcanzar alguna cantidad de gastos en algún periodo base previo. Si sólo parte de una factura antigua fue usada para alcanzar la cantidad que le toca de costos compartidos de algún período, el resto de la cuenta se puede usar para otro período, si es que puede demostrar que todavía se debe la cuenta. Como estas cuentas son por gastos incurridos antes del período base retroactivo, el programa MN no las pagará. Pero *sí* le ayudarán a alcanzar el monto que le corresponde de costos compartidos y a obtener cobertura MN para otras facturas.
 5. Facturas médicas *pagadas* que se incurrieron *antes del periodo retroactivo* (es decir, se incurrieron *antes* del periodo de tres meses que precede inmediatamente al mes de la solicitud) en general *no se pueden* usar para satisfacer los costos compartidos del periodo base actual.
 6. Debe guardar copias de todos los documentos que muestren los gastos médicos y reembolsos del seguro. Esto incluye las facturas por visitas al médico, medicamentos recetados, servicios de hospital y cuidados médicos. También incluye aquellos gastos que normalmente no están cubiertos por seguro médico privado, tales como los gastos para transporte que sea médicamente necesario.
 7. Si usted tiene seguro médico, que no es Medicare, y *usted* paga las primas, el costo anticipado de sus primas será tomado en cuenta en el cálculo de “exceso de ingresos” y reducirá el monto que le corresponda de costos compartidos). Los deducibles y coaseguranza se cuentan como gastos médicos. Si la cantidad que le corresponde en costos compartidos es menor al costo de sus primas de aseguranza médica privada, debiera consultar con alguien del programa de Información y Asistencia para Adultos Mayores (*Senior Information and Assistance*), o del programa del Asesor de los Beneficios de Seguro Médico Estatal o SHIBA (*Statewide Health Insurance Benefits Advisor*), de la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado (1-800-562-6900). Ellos podrían ayudar a analizar el costo y cobertura de su póliza actual

y las potenciales ventajas y desventajas si cancela su cobertura actual de salud.

8. Si usted le pagó a un proveedor de Medicaid por un artículo o servicio por el cual el programa MN paga, e incurrió en el gasto después de alcanzar el monto que le correspondía de costos compartidos, entonces tiene derecho a un reembolso. Pídale al proveedor de salud que verifique su elegibilidad, que le reembolse por cualquier parte de la factura que usted haya pagado en exceso del monto que le correspondía de costos compartidos, y que, en vez, le cobre a DSHS y no a usted.

19. ¿Cómo uso mi tarjeta de servicios médicos?

Para usar el Programa MN para Personas con Necesidades Médicas, debe ir a un proveedor de atención médica que acepte Medicaid. Confirme con su doctor o farmacéutico o algún otro proveedor de salud que efectivamente acepta Medicaid, antes de recibir cualquier servicio.

Para usar su tarjeta de servicios médicos, tan sólo enséñela a su doctor, enfermera, o farmacéutico o a algún otro proveedor de salud cada vez que necesite atención médica. El proveedor puede confirmar su elegibilidad en el sistema *ProviderOne* y ver si es que ya alcanzó el monto de costos compartidos que le corresponde. Si así fuera, el proveedor le facturará directamente a DSHS por el costo de los servicios incurridos después de alcanzar la cantidad de costos compartidos. Cuando usted use su tarjeta para servicios médicos o para medicamentos que se encuentren

cubiertos por el programa MN, usted no debiera tener que pagar por ninguna parte de los costos.

20. Si califico para el programa MN, ¿pagará DSHS mis primas de Medicare?

Sí. Si usted califica para la cobertura MN, será elegible para que sus primas de Medicare sean pagadas mediante uno de los Programas de Ahorros de Medicare del Estado, según se explica a continuación.

- QMB – Si usted tiene cobertura de Medicare y si el ingreso mensual contable suyo es inferior a \$1,074 para una persona soltera o \$1,452 para una pareja, entonces usted es elegible para el programa Beneficiario Calificado para Medicare o QMB (*Qualified Medicare Beneficiary*). En el programa QMB, el DSHS paga sus primas de Medicare, los co-pagos y deducibles por servicios que cubre Medicare. El programa MN para Personas con Necesidades Médicas igual cubriría todos los servicios que Medicare no cubra, tales como medicamentos recetados (aquellos que no están cubiertos por Medicare en ninguno de los planes Parte D), después que usted alcance la suma que le corresponda de costos compartidos.
- SLMB – Si usted tiene cobertura de Medicare y el ingreso mensual contable suyo es demasiado alto para calificar para el programa QMB, pero es inferior a \$1,288 para una persona soltera o \$1,742 para una pareja, en este caso califica para el programa Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados o SLMB (*Specified Low-Income Medicare Beneficiary*). En el

programa SLMB, DSHS paga por sus primas de Medicare Parte B.

- QI-1 – Si el ingreso contable suyo es demasiado alto para SLMB, pero es inferior a \$1,449 para una persona soltera o \$1,960 para una pareja, y no recibe ningún otro Medicaid, entonces es elegible para el programa Individuo Calificado o QI-1 (*Qualified Individual*). En QI-1, DSHS paga por sus primas Parte B.
- Programa de Participación Financiada por el Estado – Si no califica para los programas QMB, SLMB o QI-1, pero es elegible para el programa MN o para alguna otra cobertura de Medicaid y es elegible para la cobertura de Medicare Parte A, entonces podría ser elegible para el programa de Participación Financiada por el Estado (*State-Funded Buy-In*). Este programa paga por su prima de la Parte B, y cualquier co-aseguranza, copagos o deducibles de la Parte A o la Parte B.

Si es elegible para un Programa de Ahorros de Medicare (*Medicare Savings*), el programa MN para las Personas con Necesidades Médicas igual cubrirá servicios que Medicare no cubre, al igual que los copagos por servicios de Medicare, una vez que alcance su cantidad del MN.

Para más información sobre los Programas de Ahorros de Medicare (*Medicare Savings*), lea nuestro panfleto en:

www.washingtonlawhelp.org/resource/qmb-slmb-qi-1-and-qdwi-programs-help-with-med

21. ¿Existe alguna alternativa a la cobertura MN para trabajadores con discapacidades menores de 65 años de edad?

El programa “Servicios de Salud para Trabajadores con Discapacidades” (HWD en inglés) es una alternativa. Si usted trabaja y tiene alguna discapacidad, y es menor de 65 años de edad, tal vez desee considerar este programa en vez del programa MN para las Personas con Necesidades Médicas. El HWD ofrece cobertura de Medicaid por una prima mensual en base a sus ingresos. En ciertos casos, las primas son menores que lo que resultaría la cantidad de costos compartidos. A partir del 1 de enero de 2020, no hay límites de ingresos ni de recursos. Además, una persona de 65 años o más puede ser elegible. El programa HWD cubre servicios de atención personal (que el programa MN no cubre). Además, se cubren las primas de Medicare Parte B para clientes de HWD que también sean elegibles para Medicare. Para mayor información, contacte a DSHS, o visite el sitio web del [Manual de Elegibilidad de Apple Health](http://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/program-administration/apple-health-workers-disabilities) en la siguiente dirección: www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/program-administration/apple-health-workers-disabilities

**Solid Ground – Asistencia Legal
para Beneficios
1501 N. 45th St.
Seattle, WA 98103**

(MN 04/2021)

Hoja de Cálculo para el Programa MN de las Personas con Necesidades Médicas

Nota: No use esta hoja de cálculo si su cónyuge tiene ingresos de algún empleo y no está aplicando al programa MN.

A. Calcule ingresos no ganados: Esto incluye lo que *usted y su cónyuge* reciben de Seguridad Social, prestaciones para los Veteranos de Guerra, de otras pensiones por empleo, intereses de ahorros, etc.

1. Anote el total de ingresos no ganados que recibe de todas las fuentes al mes.	
2. Reste \$20.00.	- 20.00
3. Anote aquí el resultado, y en la línea C.1 de la próxima página. Esta cantidad es su ingreso contable no ganado.	

B. Calcule sus ingresos ganados: esto incluye ganancias en bruto de su empleo o capacitación además de ganancias netas de su empleo autónomo. (No use ésta hoja de cálculo si su cónyuge tiene ganancias y no está aplicando.)

1. Anote su ganancia mensual en bruto del empleo o capacitación (la cantidad antes de las retenciones).	
2. Anote su ganancia neta mensual del empleo autónomo (la cantidad recibida después de restar todos los gastos del negocio.)	
3. Sume las ganancias en bruto de B.1 y las ganancias netas de B.2, y anote el resultado.	
4. Reste \$65.00.	- 65.00
5. Anote el resultado (todas las ganancias menos \$65).	
6. Divida la cantidad en la línea 5 por 2.	
7. Reste \$20 <i>solamente si</i> no tiene nada de ingresos no ganados y aún no ha restado \$20 arriba en A.2.	
8. Anote el resultado aquí y en la línea C.2 de la próxima página. Esta cifra representa sus ingresos contables por concepto de empleo.	

Por favor tenga presente que si sus ingresos individuales son menores a 138% del nivel de pobreza federal para un individuo, con aumentos basados en el número de personas del grupo familiar, usted podría ser elegible para cobertura total de Medicaid por medio de Washington Apple Health (Medicaid). La manera en que se calcula su ingreso para determinar elegibilidad para el programa Medicaid es diferente a la metodología en esta hoja de cálculo para el Programa MN de las Personas con Necesidades Médicas.

C. Determine la Elegibilidad para Medicaid

Use el estándar de ingresos para Medicaid correspondiente a usted en la tabla de abajo.

número de personas	cantidad
una persona	794.00
pareja aplicando juntos	794.00
pareja con sólo un cónyuge aplicando (ingresos de cónyuge que aplica)	794.00
Pareja con solo uno de los cónyuges que aplica (ingresos combinados de los cónyuges). Ver pág. 3 para más información.	1,588.00 (incluye una asignación al cónyuge)

1. Anote sus ingresos contables no ganados, de la línea A.3.	
2. Anote sus ingresos contables ganados, de la línea B.8.	
3. Sume las cantidades en C.1 y en C.2 y anote el total.	
4. Anote la cantidad total que tendrá que pagar por costos de aseguración médica durante el periodo base que usted escoja, de 3 o 6 meses.	
5. Divida por 3 o 6, dependiendo del número de meses que escoja para el periodo base, la cantidad en la línea C.4, y anote el resultado	
6. Reste la cantidad en C.5 de la cantidad en C.3 y anote el resultado.	
7. Anote la cantidad del estándar de ingresos de Medicaid que le corresponde a usted según la tabla de arriba	
Si la cantidad en C.7 es igual o mayor que la cantidad en C.6, usted es elegible para Medicaid sin ninguna cantidad de costos compartidos y debería aplicar.	
8. Si la cantidad en C.6 es mayor que la cantidad en C.7, entonces reste la cantidad en C.7 de la cantidad en C.6 y anote el resultado. Este resultado es su <i>exceso de ingresos</i> .	
9. Multiplique su exceso de ingresos en C.8 por 3 si elije un periodo base de 3 meses, o por 6 si elije un período base de 6 meses	x 3 o 6
10. Anote el resultado. Esta cifra es la cantidad que le corresponde de costos compartidos para el periodo base.	

Si usted cree que los gastos médicos que se pueden usar para alcanzar la cantidad que le toca de costos compartidos serán mayores que la cantidad anotada en la línea C.10, entonces debiera aplicar para recibir los beneficios del programa MN.