

¿Qué debo saber sobre Medicaid?

Medicaid es un programa de seguro de salud público que cubre a la población con bajos ingresos, incluidos ancianos, niños y personas con discapacidad.

- Iniciado en 1965 en virtud de la Ley de Seguridad Social.
- Administrado por los estados con la supervisión de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- La financiación es un esfuerzo conjunto de los gobiernos federal y estatal.
- Los requisitos y prestaciones varían de un estado a otro.
 - La Ley Federal de Seguridad Social exige que todos los Estados ofrezcan determinados servicios.
 - Nebraska ofrece algunos servicios adicionales.
- **Las Exenciones por Servicios a Domicilio y en la Comunidad (HCBS) están financiadas por Medicaid y proporcionan servicios adicionales al plan estatal de Medicaid.**

La Elegibilidad de Medicaid Observa:

- Aplicación;
- Ciudadano estadounidense o estatus de extranjero cualificado;
- Estatus de Residencia en Nebraska;
- La Seguridad Social determina el estado de incapacidad;
- Padres/ Tutor Legal responsable;
- Situación de vida;
- Otros seguros de salud;
- Ingresos y recursos dentro de los límites establecidos para determinadas categorías; y
- Otros requisitos de categoría, como la edad.

Determinación de la Discapacidad y el Equipo de Revisión Estatal (SRT)

A veces, una persona que busca cobertura de Medicaid o servicios de exención debe demostrar que tiene una discapacidad para poder optar a la cobertura o los servicios. Si la Administración de la Seguridad Social (SSA) no ha determinado la discapacidad de la persona, el Equipo de Revisión Estatal (SRT) de Medicaid puede determinar la discapacidad.

- El Equipo de Revisión Estatal (SRT) es un grupo formado por profesionales médicos de la División de Medicaid y Cuidados de Largo Plazo. El SRT revisa los historiales médicos presentados por el solicitante.
- El SRT determina la incapacidad basándose en las directrices de incapacidad de la Administración de la Seguridad Social. Para obtener más información sobre estas directrices de discapacidad de la SSA, visite el [sitio web de la Seguridad Social](#).

Envejecidos, Ciegos y Discapacitados (ABD por sus siglas en inglés)

Existen diferentes categorías de Medicaid. La mayoría de las personas que pueden optar a las exenciones HCBS tienen derecho a Medicaid en la categoría de Envejecidos, Ciegos y Discapacitados (ABD). Es posible que pueda optar a los servicios de la exención en otra categoría de elegibilidad de Medicaid.

- Mayores de 65 años.
- Personas ciegas o discapacitadas de 64 años o menos a las que la Administración de la Seguridad Social o el Equipo Estatal de Revisión haya determinado que están discapacitadas.
- El límite de ingresos es el 100% del nivel federal de pobreza (NFP).
- Límites de recursos de \$4,000 para una persona o \$6,000 para dos personas.
- Se tienen en cuenta los ingresos y recursos de los padres para los menores de 19 años
- Los gastos del seguro de salud privado son una deducción de ingresos permitida con algunas restricciones.

Programa Katie Beckett

Este programa puede proporcionar cobertura de Medicaid a los niños que viven en casa de sus padres y tienen grandes necesidades médicas o de atención.

- Edad 19 años o menos
- No elegible para Medicaid en ninguna otra categoría
- Determinado discapacitado por la Seguridad Social o el Equipo Estatal de Revisión
- Decidido a cumplir con el nivel de atención para vivir en un:
 - Hospital;
 - Centro de Enfermería (NF); o
 - Institución de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID).
- La cobertura se determina como rentable
- Para determinar el derecho a Medicaid sólo se tienen en cuenta los ingresos y recursos del menor.
- Sólo servicios cubiertos por Medicaid, sin servicios de apoyo adicionales

Seguro de Medicaid para Trabajadores Discapacitados (MIWD)

- El MIWD es una categoría de Medicaid que puede estar disponible para una persona que cumpla los criterios de discapacidad y que perciba ingresos a través de un empleo.
- Cuando alguien va a perder Medicaid debido a sus ingresos, esta puede ser una opción.
- Existen dos grupos de elegibilidad dentro del MIWD. Para tener derecho al Grupo de Cobertura Básica MIWD, una persona debe:
 - Cumplir los requisitos para Medicaid excepto los ingresos;
 - Cumplir la definición de discapacidad de la Seguridad Social o del Equipo Estatal de Revisión;
 - Estar trabajando;
 - Tener ingresos dentro de las directrices de ingresos MIWD:
 - 200% del nivel federal de pobreza (FPL) o
 - 250% del FPL con prima;
 - Cumplir los límites de recursos de Medicaid; y
 - Pagar una prima, si es necesario.
- Para poder optar al Grupo de Mejora Médica MIWD, una persona debe:
 - Cumplir todos los criterios del Grupo de Cobertura Básica;
 - Cobrar el salario mínimo federal y trabajar más de 40 horas al mes; y
 - Haber perdido la cobertura de Medicaid del Grupo de Cobertura Básica debido a una discapacidad médicamente mejorada. Esto se aplica si la pérdida de Medicaid puede provocar que la persona no pueda seguir trabajando o que su salud empeore hasta el punto de que cumpla la definición de discapacidad de la Seguridad Social o del Equipo de Revisión Estatal.
- Pueden encontrarse requisitos e información adicionales en el [Apéndice de la Normativa 477 NAC de Medicaid](#).
- Un trabajador de Medicaid determinará si una persona reúne los requisitos.

Retribución del coste (SOC) para las personas con grandes necesidades médicas

- La retribución del coste es para una persona con necesidades médicas que cumple todos los requisitos de elegibilidad de Medicaid pero tiene unos ingresos superiores a la directriz de Medicaid.
- La retribución de costos puede variar en función de los ingresos, las deducciones y la forma de vida de la persona.
- Los ingresos se comparan con el Nivel de Ingresos por Necesidades Médicas (MNIL) o con un cantidad de Necesidades Personales para determinar la parte del coste que le corresponde.
- La persona es responsable de pagar la parte determinada de la cantidad del coste.
- La retribución de costos es un monto mensual, que puede variar de un mes a otro.
- Cuando una persona recibe servicios de una exención HCBS, la retribución del coste se obliga automáticamente a un proveedor de Medicaid, normalmente el proveedor del servicio de exención más costoso.
- Medicaid puede cerrar si la retribución de la cantidad de los gastos supera la necesidad mensual de la persona.