



Medicaid for SSI-Related Persons

**(Medicaid para personas
relacionadas con SSI)**



ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-257-8563 (TTY: 1-800-735-2942)**.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-257-8563 (TTY: 1-800-735-2942)**。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-257-8563 (TTY: 1-800-735-2942)**.

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite **1-800-257-8563 (TTY - Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-800-735-2942)**.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-257-8563 (TTY: 1-800-735-2942)**.

تتحدث اذكر اللغة، فان خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمرحان. اتصل برقم **1-800-257-8563 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2942)**. ملحوظة: إذا كنت

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການຮ່ວມມືການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ຄູ່ມືນີ້ມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-257-8563 (TTY: 1-800-735-2942).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-257-8563 (TTY: 1-800-735-2942)** 전화해 주십시오.

ध्यान द : य द आ हदी बोलते ह तो अक्के िलए मुक्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। **1-800-257-8563 (TTY: 1-800-735-2942)** पर कॅल कर ।

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-257-8563 (ATS: 1-800-735-2942)**.

Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-257-8563 (TTY: 1-800-735-2942).

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-257-8563 (TTY: 1-800-735-2942)**.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-257-8653 (TTY: 1-800-735-2942)**.

ဝိသျှုဂ်ဝိသျှုသး- နမူကတိ၊ ကညီ ကျိအလိ၊ နမာနု၊ ကျိအတိ၊ မာတလော တလက်ဘူဂ်လက်စု၊ နိတမံဘျိသုနုဂ်လိ၊ ကိ: **1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)**.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-257-8653 (телетайп: 1-800-735-2942)**.

La discriminación es contraria a la ley

El Iowa Department of Human Services (DHS) cumple con las leyes federales sobre los derechos civiles que exigen proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a solicitantes, empleados y clientes, y no discrimina en función de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. DHS:

- ◆ Provee medios y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos).
- ◆ Provee servicios lingüísticos gratuitos para las personas que no hablan inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al 1-800-338-8366.

Si usted cree que el DHS no le ha entregado estos servicios o que de otro modo lo ha discriminado debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante el DHS, Office of Human Resources; para ello envíe un correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us o escriba a: DHS Office of Human Resources, Hoover State Office Bldg, 1st Fl, 1305 E Walnut St, Des Moines, IA 50319-0114

Puede presentar su queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, la Oficina de Recursos Humanos del DHS está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo sobre los derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electrónicamente a través del portal de la Office for Civil Rights Complaint, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo postal o por teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Bldg, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para la presentación de un reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Contenidos

Introducción	1
¿Qué es Medicaid?	1
¿Qué es Medicaid relacionado con SSI?	1
Requisitos	2
¿Califico?	2
¿Cuáles son los requisitos del programa?	3
¿Qué requisitos hay para los residentes de centros médicos?	10
Para recibir atención médica	11
¿Cómo obtengo una tarjeta médica?	11
¿Puedo elegir al proveedor médico?	11
¿Cuándo comenzará la cobertura?	12
¿Qué servicios médicos están cubiertos?.....	12
Solicitud	13
¿Cómo y dónde hago la solicitud?	13
Pago	14
¿Debo pagar algo por la atención médica?.....	14
¿Cómo se hacen los pagos?.....	14
¿Todavía puedo calificar si tengo seguro de salud?	14
¿Qué sucede si recibo una liquidación médica de otra fuente?	15
¿Qué pasa si soy beneficiario de Medicare?	15
Derechos y responsabilidades	16
¿Cuáles son mis derechos como solicitante o cliente?	16
¿Cuales son mis responsabilidades?.....	17
La discriminación es contraria a la ley	18

Presentar una apelación antes de la fecha de entrada en vigencia indicada en su *Aviso de Decisión* que considere incorrecto puede permitir que sus beneficios, incluido Medicaid, continúen hasta que se escuche o decida su apelación. Cualquier beneficio que obtenga mientras se decide su apelación tendrá que ser devuelto si se ratifica que la acción del Departamento es correcta.

¿Cuales son mis responsabilidades?

- Presente su *Tarjeta de elegibilidad para asistencia médica* cada vez que solicite un servicio de cualquier proveedor médico.
- Informe a la oficina del DHS de su condado sobre cambios en su dirección, ingresos, recursos o tamaño del grupo familiar (matrimonios, nacimientos y defunciones), y cualquier otro cambio que pueda afectar su elegibilidad o la cantidad de beneficios (como los ingresos y recursos de las personas que se consideran parte de su elegibilidad para Medicaid).

Informe cualquier cambio dentro de 10 días si actualmente está recibiendo beneficios y dentro de 5 días si ha solicitado y no ha habido una decisión sobre su solicitud. Informar de inmediato ayuda a garantizar que los beneficios que recibe son correctos.

- Informe a sus proveedores médicos sobre cualquier recurso médico que tenga (Medicare, seguro, demandas por daños, etc.).
- Notifique a la oficina del DHS de su condado dentro de 10 días de cualquier cambio en sus recursos médicos o cobertura de salud. Es posible que se le solicite que proporcione información y prueba de cualquier recurso médico disponible para usted.
- Presente una reclamación o solicitud por cualquier ingreso o recurso médico que pueda estar disponible para usted. Si es necesario, también debe cooperar en el procesamiento de cualquier reclamación o solicitud.
- Reembolse al DHS cualquier dinero que reciba de una persona o compañía para pagar los gastos médicos que de otro modo pagaría Medicaid.
- El incumplimiento de sus responsabilidades puede resultar en la negación o cancelación de Medicaid. También puede resultar en el establecimiento de sobrepagos por los cuales usted será responsable o posiblemente enjuiciado por fraude.

¿Cuáles son mis derechos como solicitante o cliente?

Apelaciones y audiencias. Si no está satisfecho con las acciones o la falta de acción del DHS, debe abordar este asunto con su trabajador del DHS. Si no se puede llegar a un acuerdo satisfactorio, tiene derecho a presentar una apelación y solicitar una audiencia. Si se autoriza una, la audiencia será una reunión informal con un Administrative Law Judge del Department of Inspections and Appeals en el que puede presentar su reclamo. Todos los hechos serán revisados para ver si la decisión fue correcta o si debe cambiarse.

Puede presentar una apelación (solicitar una audiencia) en persona, por teléfono o por escrito. Para presentar una apelación por escrito, realice una de las siguientes acciones:

- ◆ Complete una apelación electrónicamente en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, o
- ◆ Escriba una carta explicando por qué cree que la decisión es errónea, o
- ◆ Complete un formulario de *Apelación y Solicitud de Audiencia*. Puede obtener este formulario en la oficina del DHS de su condado.

Envíe o lleve su apelación a:

Department of Human Services
Appeals Section 5th Fl
1305 E Walnut St
Des Moines IA 50319-0114

Presentar una apelación dentro de los 30 días posteriores a la fecha del *Aviso de Decisión* que considere incorrecto puede proteger su derecho a una audiencia. **Las conversaciones con su trabajador u otro personal del DHS no extienden este límite de tiempo.**

Este folleto está diseñado para responder algunas de las preguntas más frecuentes sobre Medicaid para personas relacionadas con el SSI (Supplemental Security Income). La información puede ser difícil de entender. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina del Department of Human Services de su condado.

¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa de asistencia que paga ciertos costos médicos y de atención médica para las personas que califican. El programa Medicaid está financiado por el gobierno federal y estatal, y es administrado por el Iowa Department of Human Services (DHS).

El programa Medicaid a veces se conoce como el programa Title 19. Esto no debe confundirse con Medicare. Medicare es un programa de seguro manejado por la Administración del Seguro Social.

¿Qué es Medicaid relacionado con SSI?

El “Medicaid relacionado con SSI” es un programa para la mayoría de las personas que califican para el Supplemental Security Income (SSI) y para personas ancianas, ciegas o discapacitadas que cumplen con los requisitos de SSI, excepto por ingresos o recursos superiores al límite.

Requisitos

¿Califico?

Puede obtener cobertura completa de Medicaid si cumple con alguno de los siguientes requisitos:

- ◆ Obtiene SSI o un pago a través del programa State Supplementary Assistance (SSA).
- ◆ Vive en un centro médico (hospital o asilo de ancianos) y cumple con todos los requisitos para el programa SSI, excepto los ingresos o recursos.
- ◆ Ha sido elegible para SSI o SSA y el Seguro Social al mismo tiempo, pero ya no califica para SSI o SSA debido a un aumento en el costo de vida del Seguro Social.
- ◆ Sería elegible para SSI o SSA pero no desea recibir asistencia de dinero en efectivo.
- ◆ Está discapacitado y trabaja, y sus ingresos o recursos superan los límites de SSI (consulte la página 4 para obtener más detalles). En este caso, puede calificar para el programa de Medicaid denominado Medicaid para Personas Empleadas con Discapacidades (MEPD). Para obtener más información, consulte el folleto “*Medicaid para Personas Empleadas con Discapacidades*”, que está disponible por medio de su trabajador del DHS.
- ◆ Sus ingresos o recursos superan los límites de SSI (la página 4 contiene más detalles). En este caso, usted puede calificar para el programa relacionado con SSI denominado Programa para personas médicamente necesitadas. Para obtener más información, consulte el folleto “*Medicaid para las para personas médicamente necesitadas*”, que está también disponible por medio de su trabajador del DHS.
- ◆ Está recibiendo servicios de exención a través de los programas de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS).

También debe comunicarse con la oficina del condado dentro de 10 días si cambia de compañía de seguros, o si hay un cambio en lo que cubre su póliza de seguro. Esto incluye cualquier seguro de salud que tenga usted o alguien que no sea usted y que le brinde cobertura.

De hecho, si tiene seguro de salud disponible y no está en Medicare, el Departamento puede pagar la prima bajo el Programa de pago de la prima del seguro de salud (HIPP). Consulte el folleto “*El Programa de pago de la prima del seguro de salud (HIPP) para los beneficiarios del Iowa Medicaid*”, para obtener más información y una solicitud para este programa.

¿Qué sucede si recibo una liquidación médica de otra fuente?

También es su responsabilidad informar a la oficina del DHS del condado de cualquier accidente o lesión que pueda sufrir, si existe la posibilidad de que reciba una liquidación o un pago en efectivo debido al accidente o lesión.

Por ley, el DHS no necesita su consentimiento para recuperar los pagos médicos realizados en su nombre. El DHS puede presentar una reclamación contra cualquier persona o compañía que sea responsable de pagar los costos de sus gastos médicos. Si usted o su abogado lo solicitan, el DHS le proporcionará documentos o formularios de reclamación que describan los servicios médicos que se le han pagado. Estos documentos también se pueden proporcionar a un tercero cuando sea necesario para establecer el alcance de la reclamación del DHS.

Si recibe un pago directo de otra fuente por gastos médicos que ya fueron facturados a Medicaid, debe reembolsar este pago al DHS. Si no lo hace, o si no coopera para establecer la responsabilidad de otra persona o compañía por sus gastos, puede resultar en la terminación de su cobertura de Medicaid.

¿Qué pasa si soy beneficiario de Medicare?

Si tiene cobertura de Medicare y también es elegible para Medicaid, los deducibles y el coseguro de Medicare se pagarán a través del programa Medicaid. En la mayoría de los casos, el DHS también paga a la Administración del Seguro Social directamente por sus primas de Medicare y la Parte B.

Pago

¿Debo pagar algo por la atención médica?

Es posible que deba compartir algunos de los costos de los servicios que recibe. Esto se llama copago. Las personas que permanecen en asilos de ancianos y que están aprobadas por Medicaid para pagar los cuidados del asilo de ancianos no tienen que pagar copago. Si se aplica algún copago al servicio que recibe, el proveedor médico le informará el monto que debe pagar. Consulte el folleto “*Su guía a Medicaid*” para obtener más información sobre copago.

Excepto por el copago, todos los proveedores de Medicaid deben aceptar pagos de Medicaid como pago total por los servicios cubiertos por Medicaid. **No se le cobrarán costos adicionales.** Si recibe una factura, que no sea por copago, o si se le niega la atención médica porque Medicaid no pagó otra factura, debe llamar al proveedor médico o la oficina central del DHS (gratis) al **1-800-338-8366**. Este número es solo para problemas que tenga con una factura.

¿Cómo se hacen los pagos?

El DHS envía un cheque al proveedor médico por los servicios que recibe que están cubiertos por Medicaid. Cuando la atención médica necesaria no está disponible en su comunidad, se realiza un reembolso por el costo de transporte al proveedor más cercano si consulta con su trabajador del DHS antes de realizar el trayecto. Debe presentar una reclamación ante la oficina del DHS del condado para recibir el reembolso.

¿Todavía puedo calificar si tengo seguro de salud?

El hecho de que tenga otra cobertura de seguro no afecta su elegibilidad para Medicaid. Sin embargo, es su responsabilidad mantener informado a su trabajador del DHS en la oficina del DHS del condado sobre cualquier cobertura de seguro de salud que tenga actualmente.

Puede calificar para servicios limitados de Medicaid si cumple con los siguientes requisitos:

- ◆ Tiene Medicare Parte A y cumple con los requisitos de elegibilidad para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB). Para obtener más información, consulte el folleto “*Beneficiario calificado de Medicare*”, que está disponible por medio de su trabajador del DHS.
- ◆ Tiene Medicare Parte A y cumple con los requisitos de elegibilidad para el programa Specified Low Income Medicare Beneficiary (SLMB), o Expanded Specified Low Income Medicare Beneficiary (E-SLMB).
- ◆ Usted califica para comprar Medicare Parte A y no califica para Medicaid en ningún otro grupo de cobertura y cumple con todos los demás requisitos de elegibilidad para el programa Qualified Disabled and Working Persons (QDWP). Para obtener más información, contacte a su trabajador del DHS.

¿Cuáles son los requisitos del programa?

El programa Medicaid relacionado con SSI requiere que sea anciano, ciego o discapacitado; que sus ingresos y recursos estén dentro de ciertos límites; y que cumpla con otros factores de elegibilidad.

- ◆ **Anciano.** Tiene 65 años o más, o
- ◆ **Ciego.** Independientemente de la edad, su visión es de 20/200 o menos, o su campo visual está limitado a 20 grados o menos con los mejores anteojos correctivos. Si su discapacidad visual no es lo suficientemente grave como para ser considerado ciego, aún puede calificar como una persona con discapacidad, o
- ◆ **Discapacitado.** Tiene una discapacidad física o mental que le impide trabajar durante al menos 12 meses o que se espera que resulte en la muerte. Un niño menor de 18 años también puede calificar como discapacitado.

El programa de Medicaid denominado Medicaid for Employed People with Disabilities (MEPD) requiere que usted cumpla con la lista médica de discapacidades utilizadas para discapacidad de SSI, excepto que su ingresos ganados no será considerado.

- ♦ **Ingresos.** Debe informar todos los ingresos, incluidos intereses, sumas globales, ingresos ganados e ingresos adicionales (como el Seguro Social y los beneficios o anualidades de veteranos). Se requiere que su ingreso no exceda ciertos límites, dependiendo del programa para el que califique.

Programas SSI y SSA

Estos programas tienen diferentes límites de ingresos según sus necesidades y circunstancias. Consulte a su trabajador del DHS para determinar sus límites de ingresos.

Si permanece en un centro médico, su ingreso mensual total (sin deducciones) no puede ser más de tres veces el beneficio básico de SSI para una persona.

Programa QMB. Sus ingresos deben estar dentro del 100 por ciento del nivel de pobreza federal. Consulte el folleto "*Medicaid for the Qualified Medicare Beneficiary*" para obtener más información.

Programa SLMB. Su ingreso contable es más del 100% del nivel de pobreza federal, pero menos del 120% del nivel de pobreza federal.

Programa E-SLMB. Su ingreso contable es igual o mayor que el 120% del nivel de pobreza federal, pero menos del 135% del nivel de pobreza federal.

Programa QDWP. Su ingreso contable no excede el 200% del nivel de pobreza federal.

Programa para personas médicamente necesitadas

Es posible que el Programa para personas médicamente necesitadas no pague todos sus gastos médicos, lo que significa que usted puede ser responsable de pagar algunos de sus gastos médicos. La cantidad de la que puede ser responsable se basa en su ingreso contable total. Consulte el folleto "*Medicaid para las para personas médicamente necesitadas*" para obtener más información.

Solicitud

¿Cómo y dónde hago la solicitud?

Al comenzar el proceso de solicitud, debe comunicarse con la oficina del Seguro Social o la oficina del DHS del condado para determinar si su ingreso está dentro de los límites de SSI.

Si vive en su hogar y sus ingresos y recursos están dentro de los límites de SSI:

- ♦ Solicite SSI en la oficina del Seguro Social del distrito. Al mismo tiempo, también está solicitando Medicaid.
- ♦ La oficina del Seguro Social determinará si usted califica para recibir asistencia mensual en efectivo bajo el programa SSI. Si califica, también puede ser elegible para Medicaid.
- ♦ La oficina del DHS de su condado le solicitará información adicional para el programa Medicaid una vez que se apruebe su solicitud para el programa SSI.
- ♦ Debe presentar una solicitud en la oficina del DHS de su condado si solo desea cobertura de Medicaid y no desea recibir asistencia en efectivo de SSI o cree que no puede calificar para SSI.

Si vive en su hogar y sus ingresos o recursos exceden los límites de SSI: Haga su solicitud en la oficina del DHS en el condado donde vive.

Si vive en un centro médico: Haga su solicitud en la oficina del DHS en el condado donde se encuentra la instalación médica.

¿Cuándo comenzará la cobertura?

La cobertura de Medicaid puede comenzar el primer día del mes en que la oficina del DHS del condado recibe su solicitud (a excepción del programa QMB, que comienza el primer día del mes después de que el DHS determina que usted califica).

Ciertos habitantes pueden calificar para Medicaid durante los tres meses anteriores al mes de la solicitud si tienen facturas médicas impagas. Asegúrese de analizar esto con su trabajador del DHS cuando presente la solicitud.

Ejemplos

El Sr. A solicita Medicaid el 25 de abril. El 12 de mayo, la oficina del DHS del condado determina que el Sr. A califica para Medicaid. La cobertura comienza a partir de abril.

El Sr. B solicita el programa de Medicaid QMB el 20 de junio. El 5 de julio, el DHS determina que el Sr. B califica para Medicaid bajo el programa QMB. La cobertura comienza el 1 de agosto.

¿Qué servicios médicos están cubiertos?

Los diferentes tipos de servicios disponibles a través de Medicaid están cubiertos solo si son médicamente necesarios. En el folleto “*Su guía a Medicaid*” se incluye una lista detallada y una explicación de los servicios cubiertos y no cubiertos por Medicaid.

Si solo es elegible para QMB, Medicaid solo paga las primas, deducibles y el coseguro de Medicare por servicios cubiertos por Medicare.

Si solo es elegible para SLMB o E-SLMB, Medicaid solo paga la prima de la Parte B de Medicare.

Medicaid for Employed People with Disabilities

Debe estar discapacitado, haber obtenido ingresos ganados de un empleo y su ingreso familiar neto debe ser inferior al 250 por ciento del nivel de pobreza federal para el tamaño de su familia. Deberá pagar una prima mensual cuando su ingreso bruto mensual sea superior al 150 por ciento del nivel de pobreza federal. Para obtener más información, consulte el folleto “*Medicaid for Employed People with Disabilities*”, que está disponible por medio de su trabajador del DHS.

- ♦ **Recursos.** Los recursos son cosas que posee, como su casa, contratos por la venta de una propiedad, bienes personales, fideicomisos, dominios vitalicios de algún bien, acciones y bonos, cuentas de ahorro y corrientes, o dinero en efectivo.

Al determinar el valor contable de sus recursos, tenga en cuenta las siguientes pautas porque no se cuentan todos los recursos:

- Su hogar no se cuenta si vive en él, o si está fuera y planea regresar a él, o si su cónyuge o un pariente dependiente viven en él.
- Las pólizas de seguro de vida no se cuentan si el valor nominal total combinado de todas las pólizas que posee es de \$1,500 o menos. Si el valor nominal total es superior a \$1,500, solo se cuenta el valor del dinero en efectivo.
- El valor de un vehículo no se cuenta si es utilizado por el grupo familiar para el traslado a un trabajo o a un proveedor médico (al menos cuatro veces al año), o si es modificado para que lo use una persona discapacitada. Si su vehículo no es uno de los tipos que se acaban de enumerar, solo la parte del valor de mercado actual que exceda los \$4,500 puede contarse como un recurso.
- Los bienes personales y domésticos o los fondos para funeral pueden no contar, dependiendo de su valor.
- Existen diferentes pautas sobre el valor contable de sus recursos si un cónyuge de una pareja casada ingresa a un centro médico. Consulte el folleto “*Protection of Your Income and Resources*” para obtener más información.

Para adultos, se requiere que el valor contable de sus recursos no exceda ciertos límites, dependiendo del programa para el que califique. Si sus recursos exceden los límites, no puede recibir beneficios de ese programa.

Los menores de edad aún pueden obtener Medicaid bajo ciertos programas, incluso si el valor de sus recursos supera el límite.

¿Cuáles son los límites de recursos establecidos?

Programas SSI y SSA. \$2,000 para un individuo y \$3,000 para una pareja casada que vive junta.

QMB, SLMB, y E-SLMB. Los recursos de la persona no exceden la cantidad máxima de recursos que una persona puede tener para obtener el subsidio completo por bajos ingresos de Medicare Parte D. Consulte el folleto "*Medicaid for the Qualified Medicare Beneficiary*" para obtener información adicional sobre QMB. Para obtener información adicional sobre SLMB y E-SLMB, comuníquese con su trabajador.

Programa QDWP. \$4,000 para un individuo y \$6,000 para una pareja. Para obtener información adicional sobre QDWP, comuníquese con su trabajador.

Programa Medically Needy. \$10,000 para una o más personas. Consulte "*Medicaid for the Medically Needy*" para obtener más información.

Medicaid for Employed People with Disabilities. Sus recursos contables deben ser de \$12,000 o menos para un individuo y \$13,000 o menos para una pareja. Hay recursos adicionales que están exentos de ser considerados para la elegibilidad de MEPD. Para obtener más información, consulte el folleto "*Medicaid for Employed People with Disabilities*," que está disponible por medio de su trabajador del DHS.

Recibir atención médica

¿Cómo obtengo una tarjeta médica?

Cuando califique para Medicaid, recibirá una "*Tarjeta de elegibilidad para asistencia médica*".

Tarjeta de elegibilidad de Medicaid de Iowa

Todos los miembros reciben una *Tarjeta de elegibilidad para asistencia médica*.

- ◆ Conserve su tarjeta hasta que obtenga una nueva.
- ◆ Siempre lleve su tarjeta consigo y no permita que nadie más la use.
- ◆ Muestre su tarjeta al proveedor cada vez que reciba atención.
- ◆ Si pierde su tarjeta de Medicaid, llame a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa.
- ◆ Si sale de Medicaid de Iowa y vuelve, no se emitirá una nueva tarjeta.
- ◆ Comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar una nueva tarjeta de Medicaid.

Tarjeta de una Managed Care Organization (MCO)

Además de la tarjeta de Medicaid de Iowa, los miembros del programa IA Health Link Managed Care recibirán una tarjeta de la MCO con la que están inscritos. Los miembros de IA Health Link deberán presentar ambas tarjetas cuando reciban servicios.

¿Puedo elegir el proveedor médico?

Los miembros de Medicaid de Iowa recibirán su atención médica de proveedores en su plan de cobertura. Si el proveedor no participa en Medicaid de Iowa, usted deberá pagar por los servicios.

¿Qué requisitos hay para los residentes de centros médicos?

Para calificar para Medicaid como residente de un centro médico (que permanece en un hospital o asilo de ancianos), debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ◆ **Límite de ingresos.** Su ingreso no puede ser más de tres veces el beneficio de SSI para una persona.
- ◆ **Duración de la estancia.** Se requiere una estadía de 30 días consecutivos en un centro médico o asilo de ancianos si sus ingresos son superiores a la tasa básica de beneficios de SSI. El pago al asilo de ancianos puede ser aprobado por la atención que recibe durante el mes en que ingresó al centro, así como por la atención continua.
- ◆ **Necesidad de cuidado.** Cuando vive en un asilo de ancianos, debe ser aprobado por el Iowa Medicaid Enterprise (IME) por necesitar la atención brindada por el asilo de ancianos. Informe al asilo de ancianos cuando solicite Medicaid, y ellos obtendrán la aprobación de su atención. Sin esta aprobación, los pagos de Medicaid no se realizarán al asilo.
- ◆ **Participación del cliente.** Esto se refiere a la cantidad de sus ingresos que debe pagar al centro médico al comienzo de cada mes por su atención mientras vive en el centro.

Medicaid paga la diferencia entre su “participación de cliente” mensual y el costo de la atención aprobada por Medicaid en el centro. Se permiten ciertas deducciones de sus ingresos para determinar la participación del cliente.

Consulte el folleto “*Medicaid Information for People in Nursing Homes and Other Facilities*”, para obtener más información (disponible por medio de su trabajador del DHS).

- ◆ **Otro.** Consulte el folleto mencionado anteriormente para obtener una lista completa y detallada de los requisitos para los residentes de centros médicos. Vea también el folleto “*Protection of Your Income and Resources*”, que explica cómo Medicaid puede ayudar cuando un cónyuge ingresa a un centro médico.

Cada uno de estos límites del programa se considera de manera diferente si un cónyuge ingresa a un centro médico y el otro permanece en su hogar. Consulte el folleto “*Protection of Your Income and Resources*”, para obtener más información. Solicite una copia a su trabajador del DHS.

Transferencia de activos

Es posible que no califique para el pago de Medicaid por ciertos servicios si transfirió (cedió o vendió) recursos o ingresos por menos del valor justo de mercado. Esto depende de cuándo se transfirieron los recursos o ingresos y a quién fueron cedidos o vendidos.

A continuación se enumeran algunas pautas sobre la transferencia de activos a un valor de mercado inferior al justo. Pueden ser difíciles de entender. Hay más información disponible por medio de su trabajador del DHS.

Los activos transferidos a partir del 1 de julio de 1993, y dentro de los 60 meses posteriores a una solicitud, o mientras una persona recibe Medicaid, pueden dar lugar a una reclamación presentada contra la persona que recibió el activo, ya sea por la cantidad de Medicaid pagada en nombre del destinatario o el valor no compensado del activo transferido, lo que sea menor, independientemente de si la elegibilidad se ve afectada o no.

Se pueden otorgar pagos de asilos de ancianos en casos de dificultad cuando se ha realizado una transferencia de recursos a alguien que no sea el cónyuge después del 1 de julio de 1990. Medicaid puede pagar los servicios del asilo de ancianos en casos de dificultad.

Las dificultades excesivas solo existen cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:

- ◆ La aplicación de la sanción por la transferencia de activos privaría al individuo de alimentos, ropa, vivienda, atención médica u otras necesidades de la vida, de modo que la salud o la vida del individuo estarían en peligro.
- ◆ La persona que transfirió el recurso o el cónyuge de la persona ha agotado todos los medios, incluidos los recursos legales y la consulta con un abogado para recuperar el recurso.
- ◆ Los recursos disponibles restantes de la persona (después de la atribución al cónyuge en la comunidad) son menores que el costo promedio mensual estatal de los servicios de un asilo de ancianos para un residente de pago privado, contando el valor de todos los recursos, excepto:
 - El hogar si está ocupado por un pariente dependiente o si un médico con licencia verifica que se espera que la persona regrese a su hogar.
 - Bienes domésticos.
 - Un vehículo requerido por el cliente para el transporte.
 - Fondos para funeral de \$4,000 o menos.

Nota: Si solicitó Medicaid y se impuso un período de sanción porque cedió o vendió recursos y no recibió el valor justo de mercado por los recursos, el período de sanción continúa durante el período establecido. Sin embargo, si le devuelven los recursos, el período de sanción puede ser revisado.

◆ Otros factores de elegibilidad

- **Ciudadanía.** Debe ser ciudadano, un extranjero admitido legalmente para residencia permanente, o que resida de manera permanente en los Estados Unidos aparentemente bajo circunstancias legales. (“Aparentemente bajo circunstancias legales” significa que U.S. Citizenship and Immigration Services le ha dado permiso para su residencia y no planea deportarlo).
- **Residencia.** En general, usted es residente de Iowa si vive voluntariamente en el estado de forma permanente, no temporal.

Las consideraciones para determinar su residencia se basan en su capacidad para expresar la intención de vivir temporal o permanentemente en Iowa, su edad (si es menor de 21 años), su situación laboral y si vive en un centro médico.

Si otro estado lo ha colocado en un centro en Iowa, se lo considera residente del estado que lo colocó en el centro.

- **Otros beneficios.** Como persona que solicita Medicaid, debe solicitar y recibir todos los demás beneficios para los que es elegible. Otros beneficios incluyen el Seguro Social, el Sistema de Jubilación de Empleados Públicos de Iowa (IPERS), jubilado ferroviario, beneficios de veteranos, pensiones de empleo privado, etc.
- **Número de Seguro Social.** Debe proporcionar su propio número de Seguro Social. Si no tiene un número, se le pedirá que muestre pruebas de que ha solicitado uno.
- **Cooperación para establecer paternidad y obtener apoyo.** Puede elegir si desea o no que la Child Support Recovery Unit le ayude a obtener manutención de menores o seguro médico del padre ausente.