

Medicaid para el Beneficiario Calificado de Medicare

Un Programa de Ahorro de Medicare

Este folleto contesta algunas de las preguntas sobre el programa **“Beneficiario Calificado de Medicare” (QMB)**. Si usted desea realizar otras preguntas, por favor comuníquese con su asistente del Department of Health and Human Services (HHS).



➔ ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa que ayuda a pagar las facturas médicas de las personas elegibles. Medicaid también es conocido como Title 19. No confunda Medicaid con Medicare. Medicare es un programa de seguros a través de Federal Social Security Administration.

➔ ¿Qué es el Programa QMB?

Bajo el programa QMB, Medicaid paga únicamente las primas, los deducibles y el coseguro de las personas que califican como beneficiarios de Medicare. **Esto es un ahorro para usted.**

➔ ¿Quién es un Beneficiario Calificado de Medicare?

Si usted tiene **Medicare Parte A** y sus recursos e ingresos están dentro de los límites establecidos para QMB, usted puede ser elegible como beneficiario calificado de Medicare.

¿Qué significa “tener un plan Medicare Parte A”?

Esto significa que usted tiene 65 años o más, que está ciego o incapacitado y que es elegible para obtener los beneficios del plan Medicare Parte A. Si usted no sabe si es elegible para Medicare Parte A, puede averiguarlo con Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

¿Qué significa “recursos”?

Recursos son las cosas que usted posee, tal como una casa en la que no vive, propiedades personales, acciones y bonos, cuenta de ahorro y cuenta corriente bancaria, o efectivo. El valor líquido de su automóvil y el valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida también pueden ser considerados al determinar el monto de sus recursos. No todos los recursos se toman en cuenta al determinar el límite de recursos. Para una persona soltera, el límite de recursos es de \$9,090 y para una pareja el límite de recursos es de \$13,630.

¿Cómo afectan los ingresos a la elegibilidad?

Usted debe informar a HHS de todos sus ingresos, incluidos intereses, pagos recibidos por única vez, ingresos derivados de su trabajo o no (por ejemplo, Seguro Social, Beneficios de Veteranos Excombatientes o anualidades), y los ingresos de su cónyuge. Además, debe informar los ingresos de todos los miembros de la familia que califiquen para el programa QMB. Sus ingresos contables deben ser iguales o inferiores al nivel de ingresos establecido por QMB para obtener Medicaid bajo el programa QMB.

El aumento del costo de vida (COLA) para el Seguro Social no se toma en cuenta como un ingreso durante los primeros tres meses del año calendario al determinar la elegibilidad para QMB.

El límite de ingreso mensual de QMB es el 100% del nivel de pobreza federal. Por favor, consulte a su asistente HHS acerca del límite de ingreso mensual de QMB.



Ejemplo: El Sr. y la Sra. Smith solicitan el programa QMB el 7 de mayo. Ambos están inscriptos en Medicare Parte A. Su ingreso contable es inferior al límite de ingresos establecidos por QMB para una pareja. Los mismos poseen recursos contables inferiores al límite de recursos para una pareja. El Sr. y la Sra. Smith pueden obtener Medicaid bajo el programa QMB para pagar sus primas, coseguros y deducibles de Medicare.

Nota: Para obtener QMB, usted debe también solicitar, o estar recibiendo todos los otros beneficios para los cuales es elegible. Los otros beneficios incluyen Seguro Social, IPERS (Sistema de Retiro para Empleados Públicos de Iowa), Railroad Retirement (Jubilación de Ferrovianos), Veteran's Benefits (Beneficios de Veteranos Excombatientes), jubilación de empleos privados, etc.

¿Qué pasa si mis ingresos o recursos son demasiado altos para QMB?

Si el total de sus ingresos o recursos contables es superior a los límites de QMB, existen otros programas para los que puede calificar:

- **Medically Needy** - Si tiene muchas facturas médicas y no le alcanza el dinero para pagarlas, pregunte en la oficina HHS acerca del programa Medically Needy. Si obtiene Medically Needy, deberá pagar sus facturas médicas hasta completar el importe calculado ("spend-down") o deducible. Los gastos médicos que excedan dicho importe podrán ser pagados por Medicaid. Vea el folleto **Medicaid for the Medically Needy** para mayor información. (Solicíteselo a su asistente HHS).
- **SLMB (Beneficiario Medicare de Bajos Ingresos Especificados) o E-SLMB (Beneficiario Medicare de Bajos Ingresos Expandidos)** SLMB y E-SLMB solo pagarán su prima de Medicare Parte B. El límite de ingresos es superior al 100% pero inferior al 135% del nivel de pobreza federal. Consulte a su asistente HHS con respecto a SLMB y E-SLMB

¿Puedo elegir a mi proveedor médico?

Deberá mostrar sus tarjetas Medicaid y Medicare a sus proveedores médicos antes de obtener atención médica. No todos los proveedores médicos aceptan Medicaid y Medicare.

¿Qué servicios médicos cubre QMB?

Cuando usted tiene Medicaid bajo el programa QMB, su cobertura Medicaid es limitada. Esto significa que Medicaid solo pagará las primas de Medicare, los deducibles y el coseguro de los servicios médicos cubiertos por Medicare.

Si usted recibe ayuda de HHS para pagar las primas de Medicare, también puede obtener "ayuda extra" para medicamentos. Obtener "ayuda extra" significa que Medicare le ayudará a pagar la prima, deducibles y copagos mensuales de su plan Medicare para medicamentos.

¿Debo pagar algo por los servicios médicos?

Todos los proveedores de atención médica que acepten Medicaid deben aceptar pagos hechos a través del programa como pagos totales de los servicios cubiertos por Medicaid. No le deben cobrar costos adicionales, a menos que usted reciba servicios médicos que no estén cubiertos por Medicare. Si recibiera servicios médicos que no estén cubiertos por Medicare, entonces Medicaid no los pagará.

Para obtener una lista de los servicios cubiertos por Medicare, solicite el manual *The Medicare and You Handbook* en Social Security Administration. Para conseguir una copia del manual, puede llamar al **1-800-633-4227**. Si desea realizar una pregunta específica acerca del pago de servicios médicos de Medicare o con respecto a la condición de un reclamo médico, puede llamar a la empresa aseguradora Medicare para Iowa al teléfono **1-800-532-1285**.

¿Cómo y dónde realizo la solicitud?

- Puede retirar la solicitud en la oficina local del Department of Health and Human Services (HHS), ●
- Puede llamar y solicitar que se la envíen por correo, ●
- Puede obtener el formulario en Internet en <https://hhs.iowa.gov/how-to-apply>.

Conteste las preguntas del formulario de solicitud y llévelo o envíelo por correo o por fax a la oficina HHS.

¿Cómo se realizan los pagos?

Después de calificar para el programa QMB, usted recibirá una "Medical Assistance Eligibility Card" (Tarjeta de Elegibilidad para Asistencia Médica). Conserve esta tarjeta hasta que reciba una nueva, aún si se modificara su elegibilidad para los servicios. Lleve su tarjeta y muéstresela a su proveedor médico cada vez que solicite servicios. Su tarjeta no puede ser usada por ninguna otra persona que no sea el individuo mencionado en la tarjeta. Si perdiera su tarjeta, comuníquese con la oficina HHS local o con Member Services al teléfono **1-800-338-8366**. Si vive en el área de Des Moines, llame al **256-4606**.

El proveedor médico le enviará la factura al programa Medicaid. El pago de deducibles y coseguro de Medicare será enviado directamente al proveedor. Medicaid pagará las primas de Medicare Parte A y Parte B.

¿Cuándo comenzará la cobertura?

La cobertura QMB comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en que la oficina HHS apruebe su solicitud para el programa QMB. El proceso de aprobación puede tomar hasta 30 días. Si necesitara ayuda para abonar facturas médicas antes de esta fecha, consúltelo con su asistente HHS al realizar la solicitud.

Ejemplo: El Sr. Kent solicitó el programa QMB el 15 de marzo. La oficina HHS del condado aprobó su solicitud el 10 de abril. El primer día de cobertura será el 1 de mayo.



¿Puedo obtener Medicaid si tengo otro seguro o Medicare?

Sí. Si tiene seguro de salud o de accidentes, usted y su proveedor médico deben recibir los pagos de su compañía de seguros y utilizarlos para abonar sus facturas médicas. Su proveedor médico recibirá pagos primero de su compañía de seguros y de Medicare, y después de Medicaid. Dígale a su médico que tiene Medicaid y Medicare u otro seguro.

Dígale a su asistente HHS si tiene otra cobertura de seguro médico. Además, informe a su asistente en un plazo de 10 días si su compañía de seguros cambia o si hay una modificación en la cobertura de su seguro para que sus facturas médicas se paguen correctamente.

¿Y si recibo dinero para mis facturas médicas?

Comuníquelo a su asistente en un plazo de 10 días cuando reciba dinero de una compañía de seguros o de una demanda judicial por un accidente o lesión. Si recibiera dinero por gastos médicos que fueron pagados por Medicaid, deberá devolver ese dinero a HHS.

Podemos solicitar la devolución de dinero a cualquier persona o compañía que sea legalmente responsable de sus facturas médicas. Usted deberá colaborar con nosotros cuando otra persona o compañía sea legalmente responsable de sus facturas médicas. Comuníquese con su asistente HHS si desea obtener copias de las facturas médicas que hayamos pagado por usted.

¿Puedo apelar una resolución de HHS?

Sí. Usted, o la persona que lo asista, podrán solicitar una audiencia de apelación si no estuvieran de acuerdo con las acciones tomadas con respecto a su caso médico. Debe apelar por escrito utilizando una de las siguientes formas:

- Complete el formulario electrónico de apelación en <https://hhs.iowa.gov/appeals> o
- Escriba una carta explicando por qué piensa que la decisión es errónea, o
- Complete el formulario Appeal and Request for Hearing (Apelación y Solicitud de Audiencia). Puede solicitar este formulario en la oficina HHS de su condado.

- Envíe o lleve su apelación a:
The Department of Health and Human Services, Appeals Section
1305 E Walnut Street,
Des Moines, Iowa 50319-0114.

Si necesita ayuda para completar la apelación, consulte a la oficina HHS local.

Puede comunicarse con la oficina HHS local para solicitar servicios legales. Podría tener que pagar por los servicios legales. Si debiera hacerlo, el pago será de acuerdo a sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid (Asistencia Legal de Iowa) al teléfono **(800) 532-1275**. Si usted vive en Polk County, llame al **(515) 243-1193**.

¿Qué hago en caso de sentirme discriminado?

Es política del Iowa HHS ofrecer trato igualitario en cuanto a empleo y ofrecimiento de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, orientación de sexual, identidad de género, religión, edad, incapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Si cree que HHS le ha discriminado o acosado, le agradeceremos que envíe una carta explicando detalladamente su queja a:

Iowa HHS
Bureau of Policy Coordination
1305 E Walnut
Des Moines, IA 50319-0114

o a través de correo electrónico al contactdhs@dhs.state.ia.us