

Guía rápida sobre Medicaid

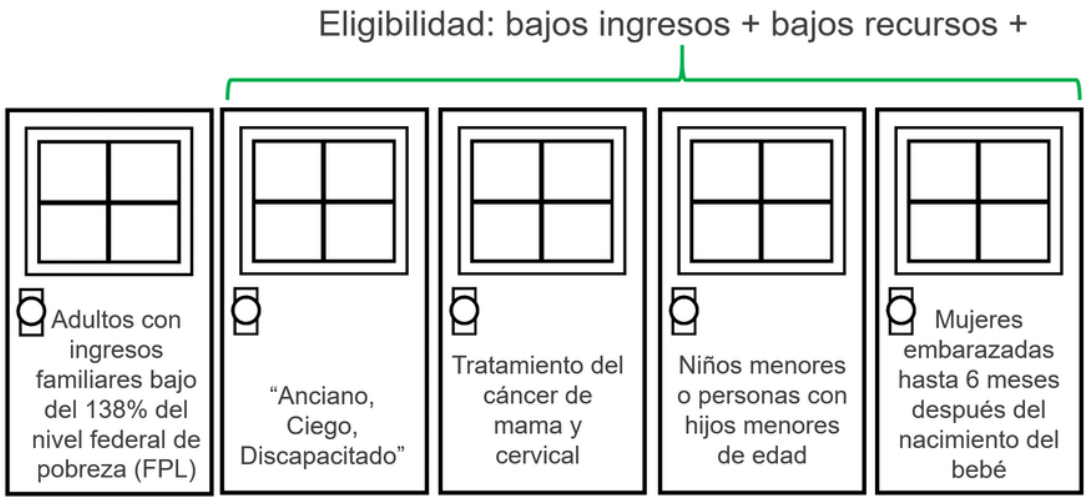
Medicaid es un programa federal que proporciona cobertura de seguro médico gratuita o de bajo costo para ciertas personas. Medicaid es el fuente más grande del seguro de salud en el país, y cubre más de 88 millones de personas. Aunque Medicaid es un programa federal, se administra a nivel estatal. Se financia Medicaid a nivel federal y estatal. El gobierno federal requiere que todos los estados proporcionen un nivel mínimo de beneficios, pero los estados pueden solicitar excepciones. Por lo tanto, si bien los programas de Medicaid deben seguir las reglas federales, la cobertura, los costos y otros detalles pueden ser diferentes en cada estado. Por ejemplo, los programas de Medicaid tienen nombres diferentes.

AL	Medicaid	KY	Kentucky Medicaid	ND	Medicaid
AK	Medicaid	LA	Health Louisiana	OH	Ohio Medicaid
AZ	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCS)	ME	MaineCare	OK	SoonerCare
AR	Arkansas Medicaid	MD	Maryland Medicaid	OR	Oregon Health Plan
CA	Medi-Cal	MA	MassHealth	PA	Pennsylvania Medical Assistance (MA)
CO	Health First Colorado	MI	Michigan Medicaid	RI	Rhode Island Medical Assistance
CT	Connecticut Medicaid (Husky Health)	MN	Minnesota Medical Assistance	SC	Healthy Connections
DE	Medicaid	MS	Mississippi Medicaid	SD	Medicaid
FL	Florida Medicaid	MO	MO HealthNet	TN	TennCare
GA	Georgia Medical Assistance	MT	Montana Medicaid	TX	Medicaid
HI	Med Quest	NE	Medicaid	UT	Medicaid
ID	Medicaid	NV	Medicaid	VT	Vermont Medicaid
IL	Illinois Medicaid	NH	New Hampshire Medicaid	VA	Medicaid
IN	Indiana Medicaid	NJ	New Jersey FamilyCare	WA	Apple Health (Medicaid)
IA	Iowa Medicaid	NM	Medicaid	WV	West Virginia Medicaid
KS	KanCare Program	NY	NY Medicaid	WI	BadgerCare Plus
		NC	North Carolina Medicaid	WY	Medicaid
				DC	DC Medicaid

Cómo calificar: En todos los estados, Medicaid está disponible para las personas con bajos ingresos, bajos recursos, y cumplir con una categoría específica de elegibilidad. Esas categorías son diferentes en cada estado, pero generalmente incluyen: niños, mujeres embarazadas, personas mayores y personas con discapacidad que reciben Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI). Los recursos son cosas como dinero en una cuenta bancaria o cuenta de jubilación, como un plan 401k.

Estas diferentes categorías de elegibilidad son como diferentes puertas de entrada al programa de Medicaid. Algunas puertas requieren que usted tenga bajos ingresos y recursos, mientras que la puerta de Medicaid ampliada sólo requiere que usted tenga bajos ingresos. Los estados pueden tener diferentes reglas sobre el nivel de ingresos que usted debe tener para ingresar en ciertas puertas. Por ejemplo, si usted tiene una discapacidad, es posible que necesite tener un nivel de ingresos por debajo del 100% del nivel federal de pobreza (FPL). Si usted es un niño, su ingreso familiar puede necesitar estar por debajo del 250% del FPL.

Los estados también pueden tener sus propias puertas especiales para ingresar al programa Medicaid. Por ejemplo, Minnesota y Nueva York también dan acceso a Medicaid a personas con un ingreso familiar de entre 138-200% FPL a través del Programa de Salud Básica.



Desde 2014, 41 estados han ampliado Medicaid a personas con ingresos familiares menores al 138% del nivel federal de pobreza (\$22,025 en 2026), creando una nueva puerta a Medicaid. En estos estados, Medicaid sólo revisará sus ingresos para ver si usted califica para este programa, no sus recursos. Esto se llama ampliación de Medicaid. Vea la tabla que se encuentre abajo o visite [TriageCancer.org/Medicaid-Expansion](https://www.triagecancer.org/Medicaid-Expansion) para ver si su estado tiene Medicaid ampliado. *En 2026. Cantidades más altas para Hawai y Alaska

Tamaño del hogar	138% FPL *
1	\$22,025
2	\$29,863
3	\$37,702
4	\$45,540
5	\$53,378
6	\$61,217

Expandido 41	No Expandido 10
AK, AR, AZ, CA, CO, CT, DC, DE, HI, IA, ID, IL, IN, KY, LA, MA, MD, ME, MI, MN, MO, MT, NC, ND, NE, NH, NJ, NM, NV, NY, OH, OK, OR, PA, RI, SD, UT, VA, VT, WA, WV	AL, FL, GA, KS, MS, SC, TN, TX, WI, WY

Requisitos de trabajo de Medicaid

Para el 1 de enero de 2027, la mayoría de los adultos de entre 19 y 64 años que tengan la cobertura de Medicaid ampliada deberán cumplir con al menos 80 horas mensuales de trabajo, capacitación laboral, estudios o servicio comunitario para poder optar a Medicaid. Esto se denomina "Requisitos Laborales" o "Participación Comunitaria" de Medicaid. Ciertas personas (por ejemplo, mujeres embarazadas, personas con fragilidad médica y cuidadores de niños dependientes de 13 años o menos) estarán exentas de este requisito. Los estados pueden comenzar a aplicar estos requisitos antes del 1 de enero de 2027 (p. ej., NE). Visite [TriageCancer.org/StateLaws](https://www.triagecancer.org/StateLaws) para obtener información sobre los requisitos laborales de su estado a medida que dicha información esté disponible en 2026.

Medicaid y Medicare:

Si tiene más de 65 años de edad, o si está recibiendo beneficios de seguro por discapacidad del Seguro Social (o SSDI), entonces también puede ser elegible para Medicare. Medicare es otro programa federal de seguro médico para personas mayores y personas con discapacidades. Si usted califica para ambos programas, Medicare típicamente es el pagador primario. Medicaid puede ayudar a pagar por cosas que Medicare no paga (por ejemplo, atención dental en algunos estados), y bajar los gastos que paga de su bolsillo de las Partes A y B de Medicare. Los estados también pueden pagar primas de los planes Medicare Advantage (MA).

Cuándo y cómo solicitar Medicaid:

Puede solicitar Medicaid en cualquier momento. Usted puede solicitar en línea en CuidadoDeSalud.gov, o a través de su agencia estatal de Medicaid. Puede encontrar su agencia estatal en TriageCancer.org/StateResources. Su cobertura de Medicaid comenzará generalmente el día en que usted solicita, o el primer día del mes en que usted solicita. Algunos estados también retrocederán tres meses antes de que usted solicitara, para pagar cualquier atención médica que usted recibió. Si deja de ser elegible para Medicaid, su cobertura usualmente terminará al final de ese mes.

Hay dos tipos de planes de Medicaid: planes de pago por servicio y planes de atención administrada.

- **Planes de pago por servicio** permitirle ver a cualquier proveedor de atención médica que acepte Medicaid.
- **Planes de atención administrada** requieren que utilice un conjunto específico de proveedores de atención médica que estén en la red del plan.

Dependiendo del estado y el condado en el que viva, es posible que tenga acceso a planes de pago por servicio, planes de atención administrada o ambos.

Qué DEBE cubrir Medicaid:

En todos los estados, Medicaid cubre la atención médica que usted recibe en un hospital, o fuera de un hospital, como ir a visitar a su médico. También cubre cosas como análisis de sangre, radiografías y exploraciones. Cubre la atención cuando está embarazada, así como la atención de salud mental. Medicaid también paga por servicios de cuidado a largo plazo. Medicaid también debe cubrir los costos típicos para participar en un ensayo clínico.

- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios médicos
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Transporte a la atención médica
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios de partera de enfermeras
- Servicios de Enfermera Pediátrica y Familiar Certificada
- Servicios de Centro de Nacimiento Independiente (si el estado dispone de licencia o reconoce de otro modo)
- Servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSP, por su sigla en inglés)
- Servicios en instalaciones de enfermería
- Servicios en clínicas de salud rurales
- Servicios en centros de salud calificados federalmente
- Asesoramiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas

Qué puede cubrir Medicaid:

- Medicamentos recetados
- Terapia física
- Servicios de podología
- Servicios de optometría
- Servicios dentales (adultos)
- Dentaduras
- Protéticos
- Cuidado personal
- Cuidado paliativo
- Lentes
- Servicios quiroprácticos
- Terapia ocupacional
- Servicios para trastornos del habla, la audición y el lenguaje
- Servicios de cuidados respiratorios
- Manejo de casos
- Otros diagnósticos, exámenes de detección, servicios preventivos y de rehabilitación
- Otros servicios médicos
- Servicios clínicos
- Servicios de enfermería de servicio privado
- Servicios para personas de 65 años o más en una institución de enfermedades mentales (IMD, por sus siglas en inglés)
- Servicios en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales
- Plan Estatal de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad- 1915(i)
- Servicios de Asistencia Personal Autodirigidos- 1915(j)
- Opción de Primera Elección de la Comunidad- 1915(k)
- Servicios relacionados con TB (tuberculosis)
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados para personas menores de 21 años
- Otros servicios aprobados por el Secretario*

*Esto incluye servicios prestados en una institución religiosa de atención médica no médica, servicios hospitalarios de emergencia por un hospital no certificado por Medicare y hospital de acceso crítico (CAH, por sus siglas en inglés).

Lo que cuesta Medicaid:

Lo que usted paga cada mes por Medicaid depende del estado en el que vive y de cómo califica para Medicaid. Es posible que también tenga que pagar ciertos costos de su bolsillo. Por ejemplo, un co-pago es una cantidad fija en dólares que usted tiene que pagar cuando recibe ciertos tipos de atención médica. Por lo tanto, si necesita un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar un copago en la farmacia.

- **Medicamentos recetados:** Los estados pueden cobrar más por los medicamentos recetados. Los co-pagos son diferentes para medicamentos genéricos versus medicamentos de marca, o medicamentos preferidos. Para aquellos por encima del 150% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), los copagos para medicamentos no preferidos pueden ser tan altos como el 20% del costo de los medicamentos. Para aquellos con un FPL igual o inferior al 150%, los copagos se limitan a cantidades pequeñas y fijas (p.ej, \$3). Los co-pagos para los medicamentos que se venden por correo y los que se venden en una farmacia también son diferentes.

Cuándo y cómo apelar denegaciones de cobertura:

Si recibe una denegación de reclamo o una denegación de elegibilidad para Medicaid, tiene derecho a apelar. Los detalles del proceso de apelaciones pueden depender de dónde vive y si tiene una tarifa por el servicio de Medicaid o un plan de atención administrada de Medicaid, pero generalmente debe presentar una apelación dentro de los 90 días posteriores a la recepción del Aviso de Acción (NOA, por sus siglas en inglés). Si presenta su solicitud dentro de 10 días, puede continuar recibiendo beneficios mientras su apelación está pendiente. Debe comunicarse con la oficina de Medicaid donde vive (o donde vivió cuando recibió los servicios). Si necesita ayuda con una apelación de Medicaid, puede comunicarse con una organización local de asistencia legal que se encarga de los casos de beneficios de Medicaid o del gobierno. Para encontrar su agencia estatal, visite [TriageCancer.org/StateResources](https://www.TriageCancer.org/StateResources).

Como mudarse con Medicaid:

Debido a que cada estado opera su propio programa de Medicaid y tiene reglas diferentes, usted no puede transferir su cobertura de Medicaid de un estado a otro, y no puede tener cobertura de Medicaid en dos estados al mismo tiempo. Pero si se está mudando a un nuevo estado, es importante:

- Infórmese sobre las reglas de elegibilidad en su nuevo estado, ya que pueden ser diferentes de donde vive ahora. Comuníquese con la agencia de Medicaid de su nuevo estado ([TriageCancer.org/StateResources](https://www.TriageCancer.org/StateResources))
- Vea cómo los beneficios de Medicaid en su nuevo estado se comparan con sus beneficios actuales. Por ejemplo, su nuevo estado puede ofrecer más o menos beneficios opcionales, como cobertura dental.
- Hable con su equipo de atención médica para hacerles saber que está considerando mudarse, ya que pueden ayudar con la transferencia de su atención médica y su cobertura de Medicaid.
- Planifique con anticipación para evitar una brecha en su cobertura. Debido a que la mayoría de los estados terminan la cobertura existente de Medicaid al final del mes, la mejor manera de prevenir un lapso es planea mudarse al final del mes, cancelar su cobertura en su estado original y solicitar cobertura de inmediato en su nuevo estado. En promedio, un estado tarda de 7 a 90 días en procesar las solicitudes de Medicaid.

Dónde buscar ayuda:

Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid para obtener ayuda con:

- Elegibilidad de Medicaid y estado de una solicitud de Medicaid/CHIP
- Reclamos, cobertura y servicios de Medicaid
- Pérdida/reemplazo de la tarjeta de Medicaid
- Encontrar un proveedor de Medicaid/CHIP

Encuentre la información de contacto de la agencia de Medicaid de su estado en [TriageCancer.org/StateResources](https://www.TriageCancer.org/StateResources).

Para obtener más información sobre Medicaid y otras opciones de seguro médico, visite [TriageCancer.org/Espanol#SeguroMedico](https://www.TriageCancer.org/Espanol#SeguroMedico) y www.CancerFinances.org (en inglés).