
MEDICAID PARA MAYORES DE 65 AÑOS O DISCAPACITADOS QUE NO RECIBEN SSI

COLUMBIA LEGAL SERVICES

ABRIL 2009

ESTA INFORMACIÓN ES VÁLIDA A LA FECHA DE SU CORRECCIÓN. LAS REGLAS CAMBIAN CON FRECUENCIA.

1. ¿De qué se trata el programa para los Necesitados de Atención Médica?

El programa de Medicaid para los Necesitados de Atención Médica (en inglés, Medically Needy o MN), conocido a veces como el programa de “reducción por medio de gastos”, ayuda a pagar los gastos médicos de ciertas personas de 65 años de edad o más, y de algunas personas más jóvenes con discapacidades. Es un programa para personas que no reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Asistencia General, ni otro tipo de asistencia financiera pública. El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Washington (DSHS) administra el programa MN.

Este folleto explica el programa MN para los Necesitados de Atención Médica mayores de 65 o discapacitados. Sólo cubre el programa MN no institucional. Otras normas aplican a servicios en establecimientos o servicios de larga duración.

2. ¿De qué se trata la cantidad de “reducción” por medio de gastos?

Si usted califica para el programa MN, puede acceder a cobertura de Medicaid una vez que incurra en una cierta cantidad de gastos médicos durante un plazo específico. Esto se llama la cantidad de “reducción por medio de

gastos” o, simplemente, “la reducción”. Estos términos confunden a veces. Es importante comprender que *no* es necesario *pagar* una cuenta médica para que el gasto que represente pueda contarse como monto de reducción; sólo basta con *incurrir* en el gasto. Se incurre en un gasto tan pronto surge una responsabilidad legal por dicho gasto.

Ejemplos:

- Si usted va al doctor y recibe la cuenta por \$100, ha *incurrido* en gastos médicos de \$100.
- Si recibe un estado de cuenta por un producto o servicio que aún no recibe, *no ha incurrido* en gastos médicos.

3. ¿Califico para el programa MN?

Usted califica para los beneficios 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 (recursos) se encuentran limitados de la manera que se explica en las preguntas y respuestas 4-8 a continuación.

4. ¿Cuánto puedo tener en bienes?

La respuesta depende de si la propiedad se considera “exenta” o “no exenta” bajo 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/trailer, 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;
- 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

5. ¿Puedo regalar mis bienes para calificar?

Si regala sus bienes, eso no lo hará inelegible para el programa MN no institucional. Pero regalar propiedad 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.

6. ¿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 – es decir, mayor será la cantidad que deberá reducir por medio de gastos.

7. ¿Qué son los “ingresos contables”?

Cuando DSHS calcula la cantidad que usted debe reducir por medio de gastos, no cuenta cada dólar de sus entradas. Es importante saber qué ingresos no se cuentan.

- DSHS ignora \$20 de ingresos por cada persona o por pareja casada (aunque ambos esposos apliquen, sólo se ignoran los \$20 una vez).
- No se cuentan ciertas cantidades de “ingresos ganados”. Si un solicitante individual, o el(la) esposo(a) de un 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.)

- No se cuentan los ingresos que se necesiten para pagar ciertas primas de aseguración médica.
- No se cuenta la “ayuda en especie”. Esto incluye comida, ropa, o vivienda que alguien le dé a usted o que usted recibe porque otra persona lo paga.

Ejemplo: Si alguien paga su renta, dicho pago se considera ayuda en especie. *No* contará como ingreso, y no

afectará el cálculo de la cantidad que debe reducir. Por contraste, si alguien le da efectivo para que usted pague la renta, ese efectivo sí contará como ingreso.

8. ¿Cuánto de mi ingreso contable se puede apartar para gastos no médicos?

Las reglas de DSHS apartan una cierta cantidad de sus ingresos contables para pagar gastos no médicos tales como comida y ropa (la cantidad corresponde aproximadamente como a lo que tendría si recibiera SSI.)

Los límites de los ingresos contables que se apartan para gastos no médicos son:

- Persona soltera – \$674
- Pareja casada, si ambos esposos aplican – \$674 *total por pareja*
- Pareja casada, si sólo uno de los esposos aplica – \$674 *por cada cónyuge*

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 un “exceso de ingresos”?

Para entender cómo DSHS determina la cantidad que usted debe reducir, debe comprender dos términos adicionales: “exceso de ingresos” y “período base”.

Un “exceso de ingresos” es la cantidad de sus ingresos contables que excede la cantidad de ingresos apartados para gastos no médicos. Este excedente es la cantidad que se usará

para determinar el monto que debe reducir por medio de gastos.

Ejemplo: Juana es una solicitante soltera sin aseguranza médica; el total de sus ingresos mensuales son \$800 que recibe de Seguridad Social. Juana puede restar \$20 que no se van a contar para el programa MN (ver pregunta 7). Quedan \$780 de ingresos contables. De los \$780, Juana puede restar \$674 que son apartados para gastos no médicos (ver pregunta 8). El resultado son \$106 en exceso de ingresos.

10. ¿Qué es un “período base”?

Un “período base” es el período de tiempo que se usa para calcular la cantidad que usted debe reducir. Se puede elegir un período base de tres o de seis meses. Generalmente, el período base comienza a correr el primer día del mes en el cual usted aplica para recibir beneficios del programa MN. La Pregunta 14 explica cómo decidir entre un período base de 3 meses y uno de 6 meses.

11. ¿Cómo determina DSHS la cantidad que debo reducir?

DSHS multiplicará su “exceso de ingresos” mensual (ver pregunta 9) por el número de meses de su “período base” (ver pregunta 10) para determinar la cantidad que usted debe reducir.

(Exceso de ingresos mensual) x (meses del período base) = (cantidad a reducir)

Ejemplo: El exceso mensual de los ingresos de Juana es \$106. Si Juana elige un período base de 3 meses, la cantidad que deberá reducir será \$318 (3 x 106 = 318). Si Juana elige un período base de 6 meses, lo que deberá reducir será \$636 (6 x 106 =

636). Por lo tanto, para ser elegible para beneficios del programa MN, Juana debe incurrir \$318 en gastos médicos durante un período base de 3 meses, o \$636 en gastos médicos durante un período base de 6 meses.

Para un cálculo aproximado de la cantidad que usted podría tener que reducir, puede usar la hoja para el cálculo de presupuesto que se encuentra al final de este folleto.

12. ¿Cuándo comienza la cobertura MN?

En cada período base, la cobertura MN para los Necesitados de Atención Médica comienza el día que se cumple con la cantidad que debe reducirse. El día en que usted cumple con la cantidad de reducción marca el comienzo del “período de certificación”. El período de certificación es aquel tiempo del período base durante el cual usted está cubierto por el programa MN. El período de certificación continúa hasta el último día del período base.

Ejemplo: Juana tenía que reducir \$300 para un período base de 3 meses. En el primer día de ese período base, incurrió una cuenta de farmacia de \$100. En el segundo día, incurrió una cuenta de doctor de \$200 (el doctor prestó un servicio médico y le cobró la cuenta a Juana, pero no se hizo ningún pago). Con la cuenta del doctor, ella logró la cantidad que debía reducir. De esta manera, el programa MN podrá cubrir la cuenta del doctor porque se incurrió el mismo día que Juana cumplió con la cantidad que debía reducir. (Nota: si Juana hubiera esperado y hubiera incurrido en la cuenta de la farmacia el mismo día que la cuenta del doctor, ambos gastos podrían haber estado cubiertos por el programa MN).

A veces, el programa MN para los Necesitados de Atención Médica puede cubrir gastos que se hayan incurrido 3 meses *antes* del mes en que aplica. Esta cobertura sólo está disponible si usted fuese elegible en esos meses. Para determinar su elegibilidad en éste período previo (“período base retroactivo”), DSHS trataría dicho período de 3 meses como un período base distinto y calcularía para ese período la cantidad que se debe reducir.

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

Aunque la cobertura MN comienza el primer día del período de certificación (el día que la persona termina de reducir la cantidad requerida), DSHS considera que *un gasto que se usa para lograr la cantidad de reducción* es responsabilidad del individuo.

Ejemplo A: Olga tenía que reducir por medio de gastos \$200 para un período base de 3 meses. El primer día del período base, Olga incurrió en una cuenta de doctor de \$200 y una cuenta de farmacia de \$100. Olga alcanzó la cantidad que debía reducir con la cuenta del doctor, lo que significa que el período de certificación de MN comienza a correr ese día. Sin embargo, DSHS consideraría que la cuenta del doctor es responsabilidad de Olga porque la necesitaba para poder cumplir con la cantidad que tenía que reducir. Pero el programa MN debiera cubrir la cuenta de la farmacia.

Sin embargo, DSHS no tiene un sistema que permita a individuos o a proveedores médicos (excepto hospitales) dividir las cuentas que se incurren durante el primer día del período de certificación. DSHS está tratando de implementar dicho sistema. Hasta que dicho

sistema entre en operación, se anticipa que DSHS seguirá pagando el total de la cuenta (excepto ciertas cuentas de hospitales) si se incurren el primer día del período de certificación, *y si la cuenta la presenta un profesional médico.*

Ejemplo B: Olga tenía que reducir por medio de gastos \$200 para un período base de 3 meses. El primer día del período base, Olga incurrió en una cuenta de doctor de \$400 (el doctor prestó un servicio médico y le cobró a Olga, pero no se hizo ningún pago). Olga alcanzó (y excedió) la cantidad que debía reducir con la cuenta del doctor. Si el doctor manda la cuenta a DSHS, es probable que el programa MN cubra toda la cuenta (aún cuando parte de la cuenta era necesaria para alcanzar la cantidad a reducir).

Pero, ¿qué tal si en el Ejemplo B de arriba, Olga hubiera incurrido la cuenta del doctor y la hubiera pagado inmediatamente? Bajo la interpretación de DSHS de las reglas del programa MN, un proveedor de Medicaid *puede, pero no está obligado,* a reembolsar un pago que corresponda a un gasto que se *necesite* para alcanzar la cantidad que se debe reducir. Esto significa que, en algunos casos, el hecho que la cuenta médica sea pagada o no por DSHS va a depender de si el profesional médico esta dispuesto o no a no cobrarle al individuo por los servicios prestados (y, en vez, cobrarle a DSHS), o a reembolsar la cantidad ya pagada por el individuo (y cobrarle a DSHS).

Note que el proveedor de Medicaid *tiene* la obligación de reembolsar un pago por un gasto que *no sea necesario* para alcanzar la cantidad a reducir, si se prestó el servicio dentro del período de certificación de MN (el período de cobertura).

Ejemplo C: Jaime tuvo una cita con el doctor *después* de alcanzar la cantidad que

debía reducir (su período de certificación ya había comenzado) pero *antes* de recibir su tarjeta de identificación de Medicaid. Si Jaime le pagó la cita al doctor, el doctor tendría la obligación de reembolsarle el pago y, en vez, debe cobrarle a DSHS.

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

Primero, calcule cuál sería la cantidad que tendría que reducir por medio de gastos si es que eligiera un período base de 3 meses y lo que sería si es que eligiera uno de 6 meses (recuerde que el período base normalmente comienza 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 período más corto resulta en una cobertura más completa.

El personal de DSHS debe poder ayudarle a decidir cuál período base es mejor para usted.

Ejemplo: El exceso mensual de ingresos de Juan es \$30. Esto significa que la cantidad que tendría que reducir sería \$90 para un período base de 3 meses, o \$180 para un período base de 6 meses. Juan piensa aplicar al programa MN para los Necesitados de Atención Médica el próximo mes, y anticipa tener una cita con el doctor de \$100 a principios del mes.

Si Juan elige un período base de 3 meses, completará la cantidad que debe reducir (\$90) el día de la cita con el doctor - y el programa MN podría pagar esa cuenta (si el doctor está dispuesto a mandársela a DSHS), junto con todas las otras cuentas por servicios que el programa cubre por el resto del período de tres meses. Pero si Juan elige un período base de 6 meses y la

cuenta del doctor de \$100 es el primer gasto médico del período, esa cuenta por sí sola no sería suficiente para completar la cantidad de reducción necesaria de los 6 meses (\$180) y no se cubriría nada de la cuenta.

establecimiento residencial optimizado para adultos

15. ¿Qué cubrirá el programa MN?

El programa MN para los Necesitados de Atención Médica cubrirá los siguientes servicios médicos:

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

El programa MN para los Necesitados de Atención Médica también cubre medicinas recetadas. Sin embargo, personas elegibles para Medicare Parte D deben usar ese programa para la mayoría de las recetas.

Puede que el programa MN para los Necesitados de Atención Médica además pague el costo de transporte que se necesite para obtener otros servicios cubiertos.

Nota: Conforme a reglas distintas que no están incluidas en este folleto, el programa MN para los Necesitados de Atención Médica también cubre los siguientes servicios:

- cuidado personal en casa
- servicios de un hogar de ancianos
- servicios en una residencia familiar para adultos, establecimiento residencial de vida asistida o un

16. ¿Cómo aplico al programa MN?

Debe seguir los siguientes pasos si desea usar el programa MN para los Necesitados de Atención Médica:

A. Complete la solicitud de DSHS. Hay que aplicar por escrito. Puede obtener la forma en la oficina local de DSHS o puede llamar para pedir que se le envíe una. Debiera recibir una respuesta dentro de 45 días. Si tiene "exceso de ingresos", la respuesta debiera indicarle la cantidad que tendrá que reducir para el período base de 3 o 6 meses que haya seleccionado.

B. Reúna copias de todos los recibos médicos y envíelos a DSHS. Cuando incurra en gastos médicos equivalentes a la cantidad que debe reducir, debiera enseñarle al empleado financiero de la oficina local de DSHS los recibos, además de todos los pagos hechos por Medicare o alguna otra aseguranza. La oficina de DSHS le emitirá una tarjeta de identificación de Medicaid. Tendrá la fecha cuando la cobertura entra en vigencia (que será *antes* de la fecha en que se emita la tarjeta). La tarjeta se puede usar para cubrir gastos médicos que se incurran en la fecha que aparece en la tarjeta o después de esa fecha, y antes del vencimiento del período base.

Su usted ya pagó una cuenta correspondiente a un gasto que el programa MN cubriría en la fecha que aparece en la tarjeta o después de esa fecha, puede pedirle al doctor o al proveedor de Medicaid que le reembolse lo que usted ya pagó y que le cobre a

DSHS. Si la cuenta se usó para alcanzar la cantidad que usted debía reducir, el proveedor de Medicaid puede reembolsarle su pago y cobrarle a DSHS, pero no tiene la obligación de hacerlo.

C. Hay que volver a aplicar cada 3 o 6 meses. Al final de su período base, debe recibir por correo una forma para la revisión de elegibilidad. Puede volver a aplicar completando la forma y regresándola por correo. 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 llene la forma, la puede regresar por correo. La oficina de DSHS le informará cuál es la nueva cantidad que le toca reducir. Una vez que complete la reducción, y haya presentado sus recibos, se le enviará una nueva tarjeta de identificación de Medicaid que cubra el nuevo período de 3 o 6 meses correspondiente.

recetados por un profesional de la salud licenciado.

3. Gastos médicos incurridos dentro del período base, que el programa MN potencialmente pague, hayan sido pagados o no por el solicitante, además del costo de transporte para servicios médicos (el millaje se calcula a \$0.55 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 la cantidad que se debe reducir.
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.

17. ¿Qué gastos cuentan para la cantidad que debo reducir?

A. Se pueden usar los siguientes gastos para alcanzar la cantidad que debe reducir:

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 que se debe reducir; no se usan para alcanzar esa cantidad).
2. Gastos médicos que el program MN no cubre, siempre que se hayan incurrido para artículos o servicios provistos o

B. Al considerar cómo alcanzar la cantidad que debe reducir, es conveniente tener presente lo siguiente:

1. Para que una cuenta médica se considere un gasto, usted debe tan sólo demostrar que la incurrió y que la cuenta no está cubierta ni por Medicare ni por otra aseguranza. La cuenta puede estar impaga. Sin embargo, si usted simplemente recibió un estado de cuenta por un producto o servicio que aún no recibe (lo que significa que usted todavía no tiene ninguna responsabilidad legal de pagar), entonces el estado de cuenta no representa un gasto médico incurrido.

2. Cuando sea posible, planee cómo va a alcanzar la cantidad que le toca reducir. Si puede elegir cuándo incurrir algunos de los gastos que el programa MN puede cubrir, trate de agruparlos todos en un sólo día si eso le permite cumplir con la cantidad que debe reducir ese mismo día. De esta manera, los gastos se podrían cubrir. O si no, trate de programarlos para el mismo día o para después que vaya a poder lograr la cantidad que debe reducir.
3. Antes de alcanzar la cantidad que debe reducir, trate de comprar servicios médicos que necesite que el programa MN para los Necesitados de Atención Médica *no* va a cubrir primero (estos gastos igual se cuentan como parte de la cantidad que debe reducir si son provistos o recetados por un profesional de la salud licenciado). Cuando sea posible, aplaze incurrir gastos que pudieran estar cubiertos por el programa MN hasta el día en que vaya a poder alcanzar la cantidad que debe reducir o para después de esa fecha.
4. Si usted incurrió recibos médicos en los 3 meses *antes* del mes en el cual esta aplicando pero *no* era elegible para el programa MN durante ese período anterior, igual puede usar esos gastos para alcanzar la cantidad que le toca reducir para el período *actual* de elegibilidad. (Sin embargo, si usted *era* elegible para el programa MN durante ese período previo, podría aplicar para cobertura retroactiva. Ver pregunta 12.)
5. Recibos médicos impagos de antes del período base actual pueden ser usados para alcanzar la cantidad que debe reducir ahora si es que no fueron usados para alcanzar una cantidad de reducción en algún período base anterior. Si sólo parte de un recibo antiguo fue usado para alcanzar la cantidad de reducción 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, el programa MN no las pagará. Pero *sí* le ayudarán a que se cubran otros recibos.
6. Debe guardar copias de todos los documentos que muestren los gastos médicos y reembolsos de la aseguranza. 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 aseguranza médica privada, tales como los gastos para transporte que sea médicamente necesario.
7. Si usted tiene aseguranza médica, 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 disminuirá su cantidad a reducir). Los deducibles y co-aseguranza se cuentan como gastos médicos. Si la cantidad a reducir es menos que el costo de sus primas de aseguranza médica privada, debiera consultar con el programa de Información y Asistencia para Adultos Mayores (*Senior Information and Assistance*), o con el programa del Asesor de los Beneficios de Aseguranza Médica Estatal o SHIBA (*Statewide*

Health Insurance Benefits Advisor) de la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado al 1-800-397-4422, para que le ayuden a analizar el costo y cobertura de su póliza actual y las 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 el mismo día, o después, en que alcanzó la suma de gastos, entonces es posible que tenga derecho a un reembolso. Si incurrió el gasto después de que ya había alcanzado la suma de gastos y, por lo tanto, no lo usó para alcanzar la suma de gastos, entonces es obligatorio un reembolso. Si el gasto se usó para alcanzar la suma de gastos, entonces el reembolso está permitido pero no es obligatorio (la decisión depende del proveedor de salud). Puede mostrarle su tarjeta de identificación de Medicaid al proveedor, pedirle un reembolso y que envíe la factura a DSHS.

18. ¿Cómo uso mi tarjeta?

Para usar el programa para los Necesitados de Atención Médica (MN), debe ir a ver 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 identificación de Medicaid, tan sólo enséñela a su doctor, enfermera, o farmacéutico o a algún otro proveedor de salud cada vez que necesite

atención médica. Ellos enviarán la factura por el costo del servicio directamente a DSHS. Cuando use su tarjeta para medicinas o servicios médicos, usted no tiene la obligación de pagar ninguna parte del costo.

19. ¿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.

Si usted tiene cobertura de Medicare y si el ingreso mensual contable suyo es inferior a \$903 para una persona soltera o \$1,215 para una pareja, entonces usted es elegible para el programa Beneficiario de Medicare Que Califica (en inglés, "*Qualified Medicare Beneficiary*" o QMB). En el programa QMB, el DSHS paga sus primas de Medicare, los copagos y deducibles por servicios que cubre Medicare. El programa para los Necesitados de Atención Médica (MN) igual cubriría los servicios no cubiertos por Medicare, tales como (en raras ocasiones) medicamentos recetados, una vez que usted haya alcanzado la cantidad a reducir.

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 \$1,083 para una persona soltera o \$1,457 para una pareja, en este caso califica para el programa de Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Estipulado (en inglés, "*Specified Low-Income Medicare Beneficiary*" o SLMB). En el SLMB, el DSHS paga sus primas de Medicare Parte B.

Si el ingreso contable suyo es demasiado alto para SLMB, pero es inferior a \$1,219 para una persona soltera o \$1,640 para una pareja, y no recibe ningún otro Medicaid, entonces es elegible para el programa Individuo Que Califica (en inglés, QI-1 o *Qualified Individual*). En el QI-1, el DSHS paga sus primas de Medicare Parte B.

Si no califica para QMB o SLMB o QI-1 pero tiene elegibilidad para el programa MN o alguna otra cobertura de Medicaid y es elegible para cobertura de Medicaid Parte A, entonces podría ser elegible para el programa de Participación Financiada en Medicare Financiado por el estado (en inglés, "State-Funded Buy-In"). Este programa paga sus primas de Medicare Parte B, y cualquier co-aseguranza, copagos o deducibles de Parte A o Parte B.

Si califica para un programa de Ahorro de Medicare (en inglés, "Medicare Savings"), el programa para los Necesitados de Atención Médica (MN) igual cubrirá servicios que Medicare no cubre, al igual que los copagos por servicios de Medicare, una vez que alcance su cantidad del MN.

20. ¿Hay alguna alternativa a la cobertura de MN para trabajadores con discapacidades menores de 65 años?

El programa "Servicios de Salud para Trabajadores con Discapacidades" (HWD en inglés) es una alternativa. Si usted trabaja, tiene alguna discapacidad, y es menor de 65 años, tal vez desee considerar este programa en vez del programa para los Necesitados de Atención Médica (MN). El HWD ofrece cobertura en Medicaid con una prima mensual según sus ingresos. En algunos casos, las primas resultan menores de lo que sería la cantidad a reducir en MN. Hay límites en cuanto al ingreso que se puede tener, pero no hay límite de recursos. Además, HWD cubre servicios de atención personal (no cubiertos por MN). También, a los clientes de HWD que además sean elegibles para Medicare, se les pagarán sus primas de Medicare Parte B. Para mayor información, contacte a DSHS, o visite su sitio web en la siguiente dirección:

fortress.wa.gov/dshs/maa/Eligibility/HWD.htm

MN 4-09 (3-13-09)

Hoja de Cálculo para el Programa para los Necesitados de Atención Médica (MN)

NOTA: No use esta hoja de cálculo si su cónyuge tiene ingresos de 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, beneficios para los Veteranos de Guerra, de otras pensiones por empleo, intereses de ahorros, etc.

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

B. Calcule su ingreso por trabajo: Esto incluye sueldo bruto -antes de impuestos- de su trabajo o capacitación, y ganancias netas -después de impuestos- de un empleo autónomo. No use esta hoja de cálculo si su cónyuge tiene ingresos y no está aplicando.

1. Anote su sueldo mensual bruto (cantidad antes de impuestos) del trabajo o capacitación (la cantidad antes de las retenciones).	
2. Anote las ganancias netas mensuales del empleo autónomo (la cantidad recibida después de restar todos los gastos del negocio.)	
3. Sume el sueldo 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 (todos los ingresos menos \$65.00).	
6. Divida por 2 el resultado de la línea 5 y anótelo aquí.	
7. Reste \$20.00 <i>sólo si</i> usted no tiene ingresos no ganados y si ya no restó \$20.00 en A.2 arriba.	
8. Anote el resultado aquí y en la línea C.2 de la página siguiente. Esta cifra representa sus ingresos contables por empleo.	

C. Determine la elegibilidad para el programa Medicaid

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

número de personas	cantidad
una persona	674.00
pareja aplicando juntos	674.00
pareja con sólo un cónyuge aplicando	1,348.00

1. Anote sus ingresos contables no ganados, de la línea A.3.	
2. Anote sus ingresos contables por empleo, 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 primas de Medicare, u otras primas de seguridad médica, por el período base que usted escoja, de 3 o 6 meses.	
5. Divida por 3 o 6 (dependiendo del número de meses que escoja para el período base), la cantidad en la línea C.4, y anote el resultado.	
6. Reste la cantidad en la línea C.5 de la cantidad en la línea 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 a reducir y debería solicitar Medicaid.	
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 elige un período base de 3 meses, o por 6 si elige un período base de 6 meses.	x 3 o 6
10. Anote el resultado. Este resultado es la cantidad que debe reducir para el período base.	

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