

Programa *Spend-down* de Medicaid

¿QUÉ ES EL PROGRAMA *SPEND-DOWN* DE MEDICAID?

El programa *Spend-down* de Medicaid es un programa del Estado de Nueva York que le permite a ciertas personas clasificar dentro de las categorías federales de Medicaid (consulte la hoja informativa de MFY sobre Medicaid) para tener derecho a la cobertura de Medicaid, aún cuando sus ingresos son mayores a los requeridos. *Spend-down* es otra forma de decir deducible: es una prima de seguro que la persona debe pagar (o hacerse responsable) antes de que comience la responsabilidad de Medicaid.

¿CÓMO SE CALCULA?

Medicaid utiliza una fórmula que tiene en cuenta los ingresos y los recursos. En otras palabras, Medicaid descontará de sus ingresos el monto permitido y aplicará ciertos descuentos e ignorará algunos ingresos. Cada grupo de admisión tiene tipos de omisiones diferentes. El excedente es el monto deducible. Una vez aceptado, el solicitante recibirá una carta que confirme la aprobación de Medicaid e indicará el monto deducible. El beneficiario deberá pagar o incurrir en gastos médicos equivalente al monto del deducible mensual para que Medicaid comience su cobertura para gastos adicionales en ese mes.

¿QUIÉN TIENE DERECHO A PARTICIPAR EN EL PROGRAMA?

Para reunir las condiciones para el programa *Spend-down* de Medicaid, debe alcanzar el nivel de ingresos y recursos de su categoría, tener más de 65 años, ser ciego o discapacitado, tener menos de 21 años o ser padre y vivir con hijos menores.

Nota: Los adultos solteros y parejas sin hijos no reúnen las condiciones para el programa “*spend-down*”.

Residencia: Debe ser ciudadano de Estados Unidos o residente permanente legal y residir en el Estado de Nueva York.

¿CÓMO SE PUEDE REDUCIR EL DEDUCIBLE POR INGRESO EXCESIVO?

Existen dos maneras en que una persona puede reducir el monto deducible. Uno es a través del “Sistema de facturas médicas” (Medical Bill System) y el otro es mediante el “Programa Pago” (Pay-In Program)

SISTEMA DE FACTURAS MÉDICAS

Información general: Es similar al ejemplo sobre el deducible del seguro. Cuando la persona incurre en algún gasto médico por un monto equivalente al deducible de un mes en particular, Medicaid se hará responsable por cualquier gasto médico adicional para ese mes. El beneficiario puede incurrir en el gasto o pagarlo. A partir de este momento, Medicaid pagará todas las facturas médicas subsiguientes.

Proceso:

Beneficiario: El beneficiario de Medicaid enviará por correo o presentará personalmente ante la oficina local de Medicaid las facturas pagas o impagas por un monto igual o mayor que su deducible mensual. Dichas facturas deben ser vigentes, es decir con fecha de ese mes en particular (vea la excepción a continuación). Un consejo práctico es enviar, junto con las facturas, la “Carta de aprobación” y el “Detalle de presupuesto”, que son los dos formularios que recibió cuando Medicaid lo aprobó. Al hacer ésto, evitará posible confusiones si han pasado varios meses desde que comenzó la cobertura de Medicaid.

Nota: La excepción a la “factura vigente” se refiere al concepto de viabilidad. Medicaid aceptará que un beneficiario use facturas antiguas sin pagar durante el mes en curso si es “viable,” es

decir, que el proveedor de servicios médicos facture nuevamente al beneficiario de Medicaid con fecha del mes en curso.

Solicitante: Si el solicitante puede establecer que reunió las condiciones para Medicaid durante los tres meses anteriores, podrá enviar facturas médicas anteriores de hasta tres meses antes de la solicitud de Medicaid. De la forma en que Medicaid manejara estas facturas depende de que si están pagadas o no, o si provienen de un proveedor de Medicaid o no. Si las facturas están pagadas ya sean provenientes de un proveedor de Medicaid o de uno que no lo es, dichas facturas más el monto deducible serán acreditados a los meses de admisión (recuerde que el crédito incluye la porción de la factura pagada por sobre el deducible). Si las facturas están impagas, y provienen de un proveedor de Medicaid, y el monto llega al deducible, Medicaid cubrirá el monto por encima del deducible. Si las facturas están impagas y provienen de un proveedor que no es de Medicaid, el monto total de las facturas será acreditado al primer mes de admisión y los meses siguientes a continuación. A diferencia del ejemplo anterior, Medicaid no pagará a un proveedor que no sea de Medicaid. Los solicitantes deben hacer que las facturas antiguas sean refacturadas.

Tipo de factura: Las facturas deben ser en concepto de gastos médicos, y no por alquiler o alimentación. Algunas facturas médicas incluyen primas de seguro de salud, facturas por visitas a médicos, facturas por tratamiento de salud mental, compra de medicamentos bajo receta, anteojos, medicamentos sin receta, atención dental y atención en el hogar.

PROGRAMA PAGO

Información general: El Programa Pago funciona como una prima de seguro. El individuo paga una prima mensual (el monto deducible) para obtener cobertura de Medicaid. Este pago se realiza antes de incurrir en gastos médicos. Medicaid, a su vez, cubre las facturas que le corresponden en ese mes. Este programa es conveniente si el beneficiario de Medicaid tiene gastos médicos recurrentes todos los meses que superan el monto deducible.

Proceso: Para participar de este Programa, el beneficiario de Medicaid debe completar un “Acuerdo para participar del Programa Pay-In de Medicaid.” Este formulario deber enviarse por correo al Departamento de Cuentas por cobrar o Facturación (DARB, por sus siglas en inglés) la primera vez que se realice un pago, no a la oficina local de Medicaid. Junto con este documento, debe adjuntarse el formulario “Single Item Collection” el cual debe ser completado indicando cuantos meses de cobertura Medicaid esta solicitando, cada vez que realice un pago. Una vez que DARB recibe el pago, se notificará a Medicaid y la cobertura quedará activada. Se le recomienda que pague a más tardar el 15 del mes anterior al que se desea la cobertura, en el sobre prepago provisto por Medicaid.

Consejo: Asegúrese de conseguir varias copias del formulario “Single Item Collection” de Medicaid, ya que no se le enviarán automáticamente cada mes.

Tipos de servicios: Los beneficiarios solo pueden recibir atención de proveedores que aceptan Medicaid. Medicaid no pagará servicios provistos por proveedores que no estén en la red de Medicaid, ni aceptará facturas de proveedores fuera de la red de Medicaid bajo el sistema de facturación médica del mes siguiente.

¿HAY UN PROCESO DE RE-CERTIFICACIÓN?

Todos los casos de *spend-down* son válidos durante doce meses. Mientras el beneficiario haya utilizado el programa por lo menos una vez durante el período, obtendrá el paquete de re-certificación. Si no lo ha utilizado, deberá solicitarlo nuevamente.

¿A QUIÉN PUEDO CONTACTAR SI NECESITO MÁS INFORMACIÓN?

Para obtener más información, llame a: Línea de ayuda de HRA Medicaid (NYC), (888) 692-6116; o Línea informativa HRA (877) 472-8411