

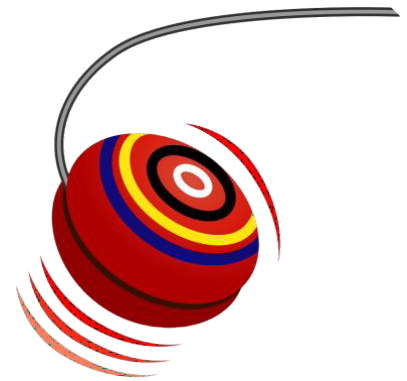


Consejo útil sobre la atención médica — Noviembre de 2020

Información importante para los defensores de la ampliación del programa de Medi-Cal del Índice Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) para Personas de la Tercera Edad, Ciegas y con Discapacidades que comienza el 1 de diciembre de 2020.

¡Noticias importantes! A partir del 1 de diciembre de 2020:

- (1) El programa de Medi-Cal para Personas de la Tercera Edad, Ciegas y con Discapacidades (Aged, Blind & Disabled, ABD) tiene un nuevo límite de ingresos del 138 % del Índice Federal de Pobreza. Por fin, concuerda con los programas con ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) para adultos, que utilizan el cálculo de ingresos de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA).
- (2) Los beneficiarios del ABD de Medi-Cal pueden mantener las deducciones de las primas de la Parte B de Medicare, incluso cuando el estado comienza a pagarlas. Esto se debe a que el Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services, DHCS) al fin está implementando el Proyecto de Ley 1088 de 2019. Este cambio corrige el problema de las personas que tienen Medi-Cal gratuito durante un mes y que luego lo pierden al mes siguiente, ya que ahora mantienen la deducción de la prima de la Parte B y preservan Medi-Cal gratuito¹.



A partir de diciembre, ya no habrá yoyos.

¹ Recuerde, nadie debería perder Medi-Cal durante la emergencia de salud pública por COVID-19. Sin embargo, debido a que esta ampliación tiene

Antes que nada, debemos tomarnos un minuto para celebrar. Ambos cambios son consecuencia de los esfuerzos de muchos defensores y organizaciones comunitarias que luchan por mejorar el programa ABD desde 2014.

Cinco años después, estos esfuerzos fueron compensados con nuevas leyes estatales². Muchos de ustedes enviaron cartas de apoyo, ayudaron en la organización con otros socios, compartieron historias de beneficiarios, trabajaron con periodistas y vinieron a Sacramento a defender a las personas mayores con bajos ingresos y a las personas con discapacidades que, durante un largo tiempo, no habían recibido los servicios del Programa ABD de Medi-Cal.

Continúe leyendo para obtener más información y consejos sobre cómo asegurarse de que las personas se beneficien de estas excelentes ampliaciones.

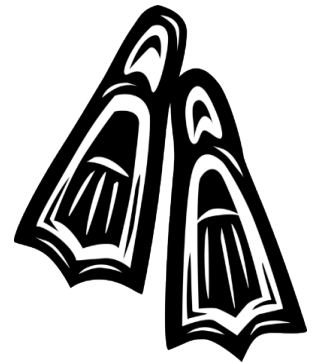
como consecuencia acciones positivas, son válidas. Consulte las cartas de información de elegibilidad de Medi-Cal a los condados [20-25](#) y [20-26](#).

² Consulte los artículos 14005.40 del Código de Bienestar e Instituciones (en vigencia a partir del 9 de julio de 2019 para la ampliación del Índice Federal de Pobreza del Programa para Personas de la Tercera Edad, Ciegas y con Discapacidades) y 14005.401 (en vigencia a partir del 1 de enero de 2020 para la exclusión de la prima de la Parte B). El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (Center for Medicare and Medicaid Services, CMS) aprobó la Enmienda del Plan Estatal N.º 20-0016 (SPA) de California el 21 de octubre de 2020 para permitir que el artículo 14005.401 entre en vigor, y la Enmienda del Plan Estatal N.º 20-0045 (SPA) el 19 de noviembre de 2020, para el artículo 14005.40. Ambas enmiendas aprobadas están [disponibles aquí](#).

1. Medidas que el DHCS y los condados están tomando para ayudar a los beneficiarios potencialmente elegibles

A través de un proceso “por lotes” automatizado durante la noche del 30 de noviembre, los condados están actualizando la elegibilidad que entra en vigencia a partir del 1 de diciembre de 2020 para los beneficiarios de Medi-Cal con un ingreso contable igual o menor que el 138% del Índice Federal de Pobreza después de aplicar todas las deducciones de ingresos correspondientes, incluso la de la prima de la Parte B (como lo exige el Proyecto de Ley 1088).

Esto debe incluir a dos grupos principales: (1) aproximadamente 40.000 beneficiarios que actualmente tienen un costo compartido, y (2) una cantidad desconocida de beneficiarios del Programa del 250 % para Trabajadores con Discapacidades. Para los cálculos de elegibilidad del ABD, en lugar de determinar si el ingreso contable es igual o menor que el 100 % del FPL más la deducción del ingreso estándar (\$230 por persona y \$310 por pareja), los condados deben otorgar la elegibilidad cuando el ingreso contable sea igual o menor que el 138 % del FPL.



En dos rondas (2 de octubre de 2020 y 23 de noviembre de 2020), el DHCS envió [notificaciones y preguntas frecuentes](#) en todos los idiomas minoritarios a los beneficiarios que tuvieran costos compartidos iguales o menores que el 138 % del FPL antes de noviembre de 2020. Además, el 23 de noviembre, el DHCS envió [diferentes notificaciones](#) a otros dos grupos que cumplían con los requisitos antes de noviembre de 2020: más de 25.000 beneficiarios del Programa para Trabajadores con Discapacidades (independientemente de sus ingresos contables), y aproximadamente 30.000 beneficiarios del Índice Federal de Pobreza del Programa para Personas de la Tercera Edad, Ciegas y con Discapacidades con deducciones de la prima del seguro médico privado y un ingreso contable menor que \$1000.

En diciembre, diga adiós a las aletas.

A principios de diciembre, los condados enviarán notificaciones de resoluciones (Notice of Action, NOA) individuales a todos los

beneficiarios a los que se les haya otorgado la elegibilidad para recibir el Programa ABD nuevo de Medi-Cal, en vigencia a partir del 1 de diciembre de 2020³.

2. Consejos para defensores para aprovechar al máximo las nuevas normas de elegibilidad

Límite nuevo del Programa ABD FPL: 138 % del FPL

La [carta a los directores de bienestar de todos los condados \(All County Welfare Directors Letters, ACWDL\) 20-24](#) establece que los condados deben implementar la ampliación del ABD, vigente a partir del 1 de diciembre. Lo más importante es que aclara que “las otras características del programa [ABD] continúan igual”, lo que incluye “todas las deducciones utilizadas en el programa ABD FPL antes de la ampliación”. Entonces, mantenemos la deducción de \$20 de cualquier ingreso, la deducción de la prima del seguro médico, la deducción de \$65 y de la mitad del ingreso percibido, además de todas las otras. La guía también aclara de qué modo se debe otorgar la elegibilidad para recibir el ABD, siempre que sea posible:

- **Retroactividad:** la elegibilidad igual o menor que el 138 % del FPL está disponible únicamente de manera retroactiva al 1 de diciembre de 2020. Esto significa que, si un solicitante pide una cobertura retroactiva de tres meses, para los meses anteriores a diciembre de 2020, se aplican los límites del ABD FPL anteriores y menores. En los próximos meses, cuando los beneficiarios y solicitantes pidan la elegibilidad retroactiva para recibir el ABD FPL, los condados deberán aprobarla cuando el ingreso sea igual o menor que el 138 % del FPL para todos los meses, ya que los límites mayores entraron en vigencia el 1 de diciembre.
- **Límites actuales:** los límites de ingresos del ABD se actualizarán nuevamente el 1 de abril de 2021. Actualmente y hasta ese momento,

³ Para obtener más información, consulte el cronograma de implementación oficial del DHCS, a partir del 20 de noviembre de 2020, para la [ampliación del ABD FPL](#) y del [Proyecto de Ley 1088](#).

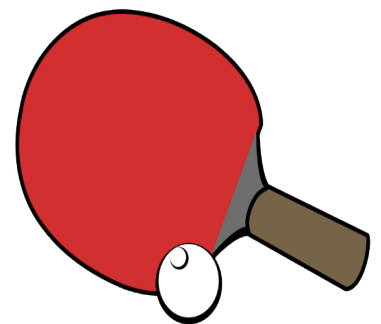
los límites del 138 % el FPL son los siguientes: \$1468 para una persona y \$1983 para dos personas⁴.

- **División de la pareja:** la pareja o el cónyuge de un solicitante del ABD puede beneficiarse con una deducción de \$600 en el nivel de necesidad de mantenimiento (Maintenance Need Level, MNL) cuando tengan una pareja o un cónyuge que no sea solicitante ([ACWDL 02-38](#), pregunta 7). La [ACWDL 20-24](#) aclara que la pareja o el cónyuge que no sea solicitante puede solicitar y calificar para cualquier otra categoría de Medi-Cal que no sea ABD y mantener la deducción de \$600 de la pareja o el cónyuge solicitante del ABD.
- **Formulario actualizado:** próximamente, se [publicará en línea](#) el Formulario MC 176 AD revisado, que contará con estupendas fórmulas incorporadas para calcular la elegibilidad conforme a estas normas nuevas.

Exclusión de la prima de la Parte B de Medicare

La [ACWDL 20-18](#) explica de qué manera los condados deben implementar el Proyecto de Ley 1088. Incluye diferentes ejemplos útiles sobre cómo la nueva exclusión de la prima de la Parte B se aplica a un hogar:

- **No es necesario pagar realmente la prima de la Parte B:** en la página dos, la carta aclara que “la nueva política no exige que la persona pague la prima cuando se inscriba o solicite el programa ABD FPL”. Deber simplemente la prima de la Parte B es suficiente, al solicitar la nueva elegibilidad y en cualquier otro momento posterior a la inscripción.
- **Transiciones del Programa para Trabajadores con Discapacidades:** el ejemplo 2 de la página 3 aclara que algunas personas del Programa para Trabajadores con Discapacidades (Workers with Disabilities Program, WDP) ahora deberían estar en el



A partir de diciembre, se acaba el ping pong.

⁴ En [algún documento](#), es posible que los encuentre como \$1488 para una persona y \$2003 para dos personas. Estos son los límites después de incorporar la deducción de \$20 de cualquier ingreso.

Programa ABD FPL debido a la disponibilidad de esta exclusión (y debido al ingreso contable igual o menor que el 138 % del FPL)⁵. Si no pasaron automáticamente a la elegibilidad del ABD FPL en vigor a partir del 1 de diciembre, estos beneficiarios deben pasarse cuando lo soliciten y durante las próximas renovaciones anuales o si su situación cambió.

- **Deducciones de las primas para las parejas:** el DHCS aclaró en una reunión de implementación que, si ambos miembros de una pareja tienen primas de la Parte B de Medicare, las dos primas deben excluirse, aunque una de las personas no esté en el programa ABD FPL. Por lo tanto, en el caso de la mayoría de las parejas de Medicare, se puede exigir una deducción del monto de la prima de las dos personas.
 - **Montos de la prima de la Parte B:** debido a los plazos de publicación, la [prima estándar mensual de 2021 de la Parte B](#) no está incluida en la ACWDL 20-18: \$148,50 (un aumento de \$3,90 respecto de la prima de \$144,60 de 2020). Las personas con ingresos más altos [pagan más](#).
3. **Pasos adicionales que deberán seguir los defensores para garantizar que todos los beneficiarios elegibles puedan beneficiarse**

A pesar de los esfuerzos considerables por parte del DHCS y de los condados, existen más personas que se pueden beneficiar con estas ampliaciones de los programas. Depende de nosotros encontrarlos y ayudarlos. Por años, las personas mayores con bajos ingresos y las personas con discapacidades han organizado sus vidas para mantener Medi-Cal gratuito. Los defensores deben ayudar a los beneficiarios a calcular nuevamente su ingreso contable y a compararlo con los nuevos límites del 138 % del FPL. Siempre que sea posible, los defensores y beneficiarios pueden solicitar la repetición de las evaluaciones

⁵ Conforme a la jerarquía de Medi-Cal ([ACWDL 17-03](#)), los condados deben evaluar el programa de ABD FPL y otorgar elegibilidad antes de la evaluación del Programa para Trabajadores con Discapacidades.

retroactivas al 1 de diciembre. Algunos ejemplos:

- **Seguro privado contratado:** miles de beneficiarios de Medi-Cal contrataron un seguro médico (generalmente con cobertura odontológica y oftalmológica) para recibir una deducción y calificar para el ABD de Medi-Cal. Algunos de estos beneficiarios (con ingreso contable mensual menor que \$1000) deben haber recibido [correos de DHCS](#) en los cuales se les explica que pueden reunir los requisitos conforme el nuevo límite del 138 % del FPL. Actualmente, es posible que muchos de estos beneficiarios tengan un ingreso contable igual o menor que dicho límite después de mantener la deducción de la prima de la Parte B. Para algunos, el seguro médico contratado ya no será necesario. Otros ahora pueden adquirir un seguro más barato y aún reunir los requisitos para el ABD de Medi-Cal.
- **Beneficiarios del Programa para Trabajadores con Discapacidades:** los condados están incluyendo algunos beneficiarios del Programa para Trabajadores con Discapacidades (WDP) en la transición automática a Medi-Cal gratuito. Sin embargo, como las normas para calcular los ingresos difieren entre el WDP y el ABD FPL de Medi-Cal, es posible que algunos deban solicitar nuevas evaluaciones si sus ingresos contables son iguales o menores que el 138 % del FPL. Recuerde que los beneficiarios del WDP que pasen al Programa ABD de Medi-Cal pueden mantener sus cuentas de jubilación (Cuentas de Jubilación Individuales, planes 401(k), planes 403(b), etc.) como un bien exento⁶.
- **Matrimonios y parejas de hecho registradas:** es posible que algunas parejas hayan decidido asignar un costo compartido inasequible a un cónyuge, renunciar a la elegibilidad de Medi-Cal para que el otro cónyuge pueda recibir Medi-Cal gratuito, o

⁶ Consulte [ACWDL 19-12](#). Tenga en cuenta que, en ambas Enmiendas aprobadas del Plan Estatal para estas ampliaciones, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid le ordenó al DHCS que cumpla esta exención con la Ley de Medicaid. Ante esto, el DHCS confirmó que esta exención sigue siendo válida y continuará bajo un nombre diferente: “cuentas de independencia”. Esperamos más información en 2021.

reorganizar sus vidas para reunir los requisitos conforme a las normas ampliadas de empobrecimiento del cónyuge. Los defensores deben ayudar a dichas parejas a calcular nuevamente sus ingresos para verificar si ahora reúnen los requisitos conforme al límite superior del 138 % del FPL para dos personas: \$1983.

- **Ingresos reducidos:** algunos beneficiarios de Medi-Cal han renunciado a un ingreso percibido para mantener su acceso a Medi-Cal. Deben tener en cuenta tres cambios: (1) el límite superior del 138 % del FPL, (2) la deducción de la Parte B de Medicare, y (3) la constante exención del ingreso percibido. Muchos beneficiarios pueden comenzar a percibir más dinero y aún mantener su Medi-Cal. Por ejemplo, debido a la exención generosa del ingreso percibido, una persona puede tener un ingreso percibido mensual mayor que \$3000 y aún reunir los requisitos. $((\$3000 - \$65) \div 2 = \$1467,50 - \$20 = \$1447,50)$. ¡Las parejas pueden ganar incluso más!
- **Limitaciones del proceso por lotes:** la transición automática a Medi-Cal gratuito a partir del 1 de diciembre se realizará únicamente para aquellos beneficiarios que reúnan los requisitos antes de noviembre. El DHCS obtuvo la elegibilidad actual para septiembre y octubre de 2020 y está pasando únicamente los beneficiarios de Costo compartido (Share of Cost, SOC) y WDP a Medi-Cal gratuito si sus ingresos contables son iguales o menores que el 138 % del FPL. Por lo tanto, para aquellos beneficiarios que obtuvieron Medi-Cal por primera vez en noviembre, los defensores deben ayudarlos a solicitar la repetición manual de los cálculos de manera retroactiva al 1 de diciembre.
- **Excepciones del proceso por lotes:** el DHCS está controlando a los beneficiarios que deben pasar automáticamente a Medi-Cal gratuito el 1 de diciembre, pero por cuestiones técnicas, los cambios no se realizan. Los condados deben corregir manualmente estas “excepciones por lote”. Debido a las vacaciones de invierno y a la emergencia de salud pública, estas correcciones tomarán un tiempo. Los defensores deben ayudar a los beneficiarios a solicitar la repetición manual de los cálculos de manera retroactiva al 1 de diciembre.

- **Renovaciones anuales:** algunos beneficiarios entregan sus formularios de renovación anual durante la emergencia de salud pública con o sin cambios informados que los ubican en un nivel igual o menor que el 138 % del FPL. Sin embargo, como los condados no están procesando las presentaciones de renovación anual durante la [emergencia de salud pública por COVID-19](#) actual, los beneficiarios no pueden confiar en que sus renovaciones afectarán positivamente su Medi-Cal. Si quieren que estas normas nuevas se apliquen a su caso, deben comunicarse con su condado para solicitarlo específicamente por afuera del proceso de renovación.
- **Prima de la Parte B no incluida en SAWS:** para que la deducción de la prima de la Parte B se cumpla conforme al artículo 14005.401 del Código de Bienestar e Instituciones, los condados deben ingresar el monto en el Sistema Automatizado de Bienestar a Nivel Estatal (Statewide Automated Welfare System, SAWS). A principios de este año, los condados [identificaron algunos casos](#) en los cuales el monto de la prima era cero y trabajaron para corregirlos. En el caso de los beneficiarios con primas de la Parte B que no estén recibiendo la deducción, deben solicitarle al condado que ingrese el monto de la prima en el SAWS. Los condados deben ingresar la prima estándar (\$144,60, este año) sin exigir ningún comprobante.

Importante: Al solicitar la repetición de las evaluaciones conforme a los límites del 138 % del FPL de manera retroactiva al 1 de diciembre, los beneficiarios no necesitan presentar ninguna información adicional ni comprobantes (salvo que sus circunstancias hayan cambiado). Simplemente deben solicitar que los condados utilicen la información de sus expedientes y apliquen estas normas nuevas. Cuando esto sucede, las repeticiones de evaluaciones no se consideran redeterminaciones de Medi-Cal conforme al artículo 14005.37 del Código de Bienestar e Instituciones .

4. Inscripción en el plan de atención administrada de Medi-Cal

Muchos beneficiarios con Medi-Cal gratuito conforme a estas ampliaciones ahora deberán explorar el sistema de atención administrada de Medi-Cal. En primer lugar, se debe elegir un plan de

atención administrada de Medi-Cal o acceder a Medi-Cal a través de un plan asignado:

- Los beneficiarios en los 22 condados del sistema de salud organizado por el condado (County Organized Health System, COHS) se inscribirán automáticamente en un plan de atención administrada de Medi-Cal que entra en vigencia a partir del 1 de diciembre de 2020.
- Los beneficiarios de todos los otros condados tienen la opción de elegir su plan de atención administrada si se comunican con las [Opciones de atención médica](#). Si presentan su elección antes del 23 de noviembre, entrará en vigencia a partir del 1 de diciembre. Para que la inscripción entre en vigencia a partir del 1 de enero de 2021, los beneficiarios deben realizar sus selecciones antes del 28 de diciembre. Y si no realiza ninguna selección antes del 31 de enero, se inscribirá a la mayoría de los beneficiarios en un plan que entrará en vigencia a partir del 1 de febrero. Esto significa que muchos beneficiarios tendrán un sistema por servicio prestado de Medi-Cal en diciembre y enero.

Recuerde: No todos los beneficiarios de Medi-Cal deben inscribirse en los planes de atención administrada de Medi-Cal. Asegúrese de consultar las normas que se aplican a su condado y todas las excepciones disponibles para los beneficiarios⁷.

5. Iniciativas de difusión

Además de las notificaciones que el DHCS está enviando, los defensores deben comunicarse con las personas que podrían verse afectadas. Del mismo modo que con cualquier cambio importante en el programa, algunas veces se pasa por alto a las personas o, desde el inicio, quedan excluidas de la información sobre la implementación mencionada anteriormente. Es posible que otros no hayan reunido los

⁷ La [guía útil de la página 17](#) de Justice in Aging tiene un gráfico que incluye las excepciones. Esta [guía del CHCF](#) puede ayudar a conocer las opciones y el sistema de su condado. Este [resumen para defensores del Programa Nacional de Derecho Médico \(National Health Law Program, NHeLP\)](#) incluye información sobre los COHS.

requisitos para recibir Medi-Cal en el pasado, cuando supieron que su ingreso superaba los límites anteriores del ABD FPL.

Actualmente, debido a la pandemia, la información de los expedientes del condado podría estar desactualizada, ya que los condados no procesaron las renovaciones y los beneficiarios han tenido dificultades para comunicarse con los trabajadores de elegibilidad. Algunas personas tienen menos contacto con los socios de la comunidad en quienes confían, ya que deben mantener distancia física. **Todo esto significa que depende de nosotros, los defensores, difundir esta información y ayudar a las personas que reúnen los requisitos conforme a estas normas nuevas.**

La Alianza de Consumidores de la Salud (Health Consumer Alliance, HCA) tiene un folleto para los consumidores que describe los cambios en el programa, que está [disponible aquí](#). Se les recomienda a los socios de la comunidad que llevan a cabo la inscripción de Medi-Cal o la resolución de problemas de los beneficiarios que adapten el folleto con su propia información o elaboren otro material que funcione para las comunidades. Nos complace colaborar con ustedes si necesitan ayuda en la revisión de estos materiales.

Por último, reconocemos que todavía nos queda un largo camino por recorrer para lograr una verdadera igualdad en los programas de Medi-Cal que no utilizan los cálculos de ingreso bruto ajustado modificado (MAGI). Es decir que debemos solucionar la cuestión de la comprobación de bienes, que está desactualizada y se aplica únicamente a los programas que no utilizan el MAGI, y debemos actualizar el nivel de ingreso de necesidad de mantenimiento de los beneficiarios de Medi-Cal con costo compartido. Ambos cálculos no han sido actualizados en más de 30 años, lo cual significa que, todos los años, la ayuda disponible disminuye en relación al valor real en dólares. Esté atento a las futuras iniciativas para corregir estas cuestiones de una vez y para siempre.

Comuníquese con David (dkane@wclp.org) y con Jen (jflory@wclp.org) si tiene alguna duda, sugerencia o problema. **Queremos saber cómo está funcionando esta ampliación en la comunidad.**