

Guía de herramientas para la disminución de Medicaid

Nota para el servicio al cliente y proveedores de servicio:

El siguiente guión telefónico y las preguntas frecuentes (FAQ) se crearon para ayudar a los miembros de Medicaid a saber qué hacer cuando se revisa su caso. Le recomendamos que intente utilizar el vocabulario proporcionado en el guión y en las secciones de preguntas frecuentes tanto como sea posible cuando hable sobre estos cambios.

Los cambios en Medicaid — y los pasos que alguien debe tomar — son muy difíciles de explicar y comprender. Queremos que esto sea lo más fácil posible para usted y las personas a las que presta servicios. El vocabulario que contiene este documento ha sido sometido a una extensa revisión en lenguaje sencillo para ayudar a que esta información importante sea más fácil de entender y utilizar.

Guión:

Durante la pandemia de COVID-19, las personas que tenían Medicaid permanecieron inscritas, incluso si ya no eran elegibles. El COVID-19 ya no es una emergencia de salud pública. Esto significa que debemos revisar todos los casos de Medicaid para determinar quiénes aún califican.

El Departamento de Workforce Services (DWS) inició revisiones de elegibilidad para Medicaid el 1 de marzo de 2023. **Esto significa que usted o un miembro de su familia podrían perder su seguro médico de Medicaid si ya no califica para Medicaid.**

Revisaremos su caso en algún momento antes de marzo de 2024 para determinar si aún califica para Medicaid.

Usted será contactado por correo postal o correo electrónico cuando su caso esté listo para ser revisado. Puede llamar al Departamento de Workforce Services (DWS) o consultar [myCase](#) si usted quiere saber en qué mes se revisará su caso.

Usted no necesita hacer nada hasta que su caso sea revisado. Usted puede utilizar sus beneficios como de costumbre hasta que completamos su revisión. Todo lo que necesita hacer es asegurarse de que la información que tenemos para usted sea correcta.

- **Asegúrese de que su información esté actualizada.**
- Usted puede verificar que su información sea correcta en su cuenta de [myCase](#).

Usted debe actualizar su información si se mudó recientemente o si alguno de sus datos de contacto ha cambiado (como su número de teléfono o dirección de correo electrónico). El Departamento de Workforce Services (DWS) le enviará una carta que dice **uno** de los siguientes:

- Usted aún **califica** para el seguro médico de Medicaid.
- Usted ya no **califica** para Medicaid. Esta carta tendrá pasos que puede seguir para obtener diferentes seguros médicos.
- Necesitan **más información** para ver si aún califica para Medicaid. Esta carta incluirá formularios para que usted los complete y es posible que le pidan documentos de respaldo (como talones de pago, estados de cuenta del banco, etc.).

Presta atención a las fechas de vencimiento.

Usted puede perder sus beneficios de Medicaid si no devuelve los formularios o no cumple con las fechas de vencimiento.

¿Quiere que verifique si su información está actualizada?

Yo puedo actualizar esa información por usted ahora si lo desea, o puede llamar a cualquiera de las siguientes personas para actualizar su información:

- Su plan de salud
- El Departamento de Workforce Services al 1-866-435-7414
- Un Representante del Programa de Salud al 1-866-608-9422

¿Tiene usted alguna pregunta?

FAQ

¿Por qué hay cambios en Medicaid?

Durante la pandemia de COVID-19, las personas que tenían Medicaid permanecieron inscritas, incluso si ya no eran elegibles. El COVID-19 ya no es una emergencia de salud pública. Esto significa que debemos revisar todos los casos de Medicaid para saber quiénes aún califican.

El Departamento de Workforce Services (DWS) comenzó revisiones de elegibilidad para Medicaid el 1 de marzo de 2023. **Esto significa que usted o un miembro de su familia podrían perder su seguro médico de Medicaid si ya no califica para Medicaid.** Revisaremos su caso antes de marzo de 2024 para determinar si aún califica para Medicaid.

¿Qué necesito hacer?

Usted no necesita hacer nada hasta que se revise su caso. Puede utilizar sus beneficios normalmente hasta que completamos su revisión. Asegúrese de que tengamos la información de contacto correcta para usted. Puede verificar para asegurarse de que su información esté actualizada en su cuenta de [myCase](#).

- Actualice su información si se mudó recientemente o si alguno de sus datos de contacto ha cambiado (como su número de teléfono o correo electrónico).

Usted también puede llamar a cualquiera de los siguientes para actualizar su información:

- Su plan de salud
- El Departamento de Workforce Services al 1-866-435-7414
- Un Representante del Programa de Salud al 1-866-608-9422

¿Cómo sé si todavía soy elegible para Medicaid?

Preste mucha atención a su correo, correo electrónico y cuenta de [myCase](#). El Departamento de Workforce Services (DWS) actualizará su cuenta myCase y le enviará una carta o correo electrónico después de revisar su caso.

El Departamento de Workforce Services le enviará una carta que diga **uno** de los siguientes:

- Usted **aún califica** para el seguro médico de Medicaid.
- Usted ya **no califica** para Medicaid. Esta carta tendrá pasos que puede seguir para obtener diferentes seguros médicos.
- Necesitan **más información** para ver si aún califica para Medicaid. Esta carta incluirá formularios para que usted los complete y es posible que le pidan documentos de respaldo (como talones de cheque, estados de cuenta del banco, etc.).

¿Cómo puedo encontrar mi fecha de revisión?

Usted puede checar su cuenta de [myCase](#) o llamar a cualquiera de los siguientes para averiguar en qué mes se revisará su caso:

- Su plan de salud
- El Departamento de Workforce Services al 1-866-435-7414
- Un Representante del Programa de Salud al 1-866-608-9422

¿Qué debo hacer después que mi caso sea revisado?

Siga las instrucciones de la carta que reciba del Departamento de Workforce Services. Complete **todos** los formularios de revisión y envíalos por correo postal o correo electrónico al Departamento de Workforce Services lo antes posible para evitar interrupción en su cobertura médica.

Tal vez ellos necesitaran más información para ver si aún califica para Medicaid. Le enviarán una carta que incluye formularios para que los complete y es posible que le pidan documentos de respaldo (como talones de cheque, estados de cuenta del banco, etc.) si es que lo hacen. Complete los formularios y enviarlos lo más rápido posible para evitar interrupciones en la cobertura médica.

Envíe sus formularios de revisión completos a:

DWS, PO Box 143245, Salt lake City, UT 84114-3245

¿Qué pasa si no envío el papeleo o documentos de respaldo?

Usted puede perder su seguro médico de Medicaid. Envíe cualquier formulario o documento de respaldo al Departamento de Workforce Services lo más rápido posible.

Tiene **90 días** para pedirles que reconsideren su caso si pierde sus beneficios de Medicaid porque no envió el papeleo o los documentos de respaldo.

Envíe sus formularios de revisión completos a:

DWS, PO Box 143245, Salt lake City, UT 84114-3245

¿Qué puedo hacer si pierdo mi seguro médico de Medicaid? Queremos que todos los habitantes de Utah obtengan un seguro médico y permanezcan cubiertos.

Usted recibirá lo siguiente si ya no califica para Medicaid:

- Una carta que le informa cuándo terminará su seguro médico de Medicaid.
- Usted será transferido automáticamente al [Mercado de Seguros Médicos federal](#) (siempre que envíe el papeleo y los documentos de respaldo requeridos).
- Información sobre el Mercado de [Seguros Médicos federal](#).
- Información sobre cómo apelar. Esto significa que puede pedirles que revisen su caso nuevamente si cree que debería calificar, pero solo si el Departamento de Workforce Services le envió una carta que dice que ya no califica para Medicaid.

Preste atención a las fechas de vencimiento.

- Usted debe presentar una apelación dentro de los 90 días.
- Usted **no será** transferido automáticamente al mercado federal de seguros médicos si pierde sus beneficios de Medicaid porque no devolvió la documentación que le pidieron.

¿Qué significa ser transferido automáticamente al mercado federal de seguros médicos?

Las personas que ya no sean elegibles para Medicaid serán transferidas automáticamente al Mercado de Seguros Médicos federal (healthcare.gov). Actualmente existe un proceso automático para que esta transferencia se lleve a cabo siempre y cuando se tome una determinación. La transferencia no se realizará si pierden la cobertura de Medicaid porque no completan o devuelven su documentación.

¿Qué otras opciones de seguro médico existen?

Las personas que no califican para el seguro médico de Medicaid aún pueden obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos federal o [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov). La mayoría de las personas califican para ahorros en un plan de salud para reducir su prima mensual y sus copagos. Los ahorros se basan en el tamaño y los ingresos de su hogar. Todos los planes del Mercado cubren cosas como medicamentos recetados, visitas al médico, atención de urgencia, visitas al hospital y más.

Las personas que pierden Medicaid tienen 60 días para aplicar para un seguro médico en el Mercado. Los planes de seguro médico usualmente tienen un período de inscripción abierta cada año en el que las personas pueden inscribirse en un seguro médico. Sólo permiten que alguien se inscriba durante la inscripción abierta, a menos que tenga un "evento de vida calificado". Se considera un "evento de vida calificado" si alguien ya no califica para Medicaid. Esto significa que las personas tienen **60 días después de que terminen sus beneficios de Medicaid** para inscribirse en un nuevo plan de seguro médico.

Tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta si no se inscribe en un nuevo plan de seguro médico dentro de los 60 días posteriores a la terminación de sus beneficios de Medicaid. También es importante saber que **no será** transferido al mercado federal de seguros médicos si pierde sus beneficios de Medicaid porque no cumplió con las fechas de vencimiento o no devolvió el papeleo o los documentos de respaldo que pidió el DWS.

¿Qué es un "evento de vida calificado"?

- Te casas o te divorcias.
- Tienes un bebé o adoptas un niño.
- Muere alguien que vive en su casa (una persona que usted reclama en sus impuestos).
- Cambios en el tamaño del hogar (este es el número de personas que declara en sus impuestos).
- Sus ingresos de su hogar cambian (si aumenta o disminuye).
- Ya no califica para Medicaid o CHIP porque sus ingresos aumentaron.

- Pierdes el seguro médico que tenías a través de tu empleador o trabajo.
- Su plan de seguro médico cancela su cobertura, aunque haya pagado sus primas.
- Su cobertura de COBRA vence.
- Cumples 26 años y ya no puedes estar en el seguro médico de tus padres.
- Se muda a una ciudad, estado o código postal diferente.
- Sales de la cárcel o de la prisión.
- Experimentas violencia doméstica.
- Un error le impide obtener un seguro médico cuando es dado de baja de las Fuerzas Armadas.

Llame al 211 para agendar una cita gratuita con [Take Care Utah](#) si necesita ayuda para inscribirse en un nuevo plan de seguro médico.

¿Será costoso mi nuevo seguro médico?

La mayoría de las personas califican para ahorros en un plan de salud para reducir su prima mensual y sus copagos. Los ahorros se basan en el tamaño y los ingresos de su hogar. Todos los planes del Mercado cubren cosas como medicamentos recetados, visitas al médico, atención de urgencia, visitas al hospital y más.

¿Cómo presento una apelación?

Una apelación significa que puede pedirle al Departamento de Workforce Services que revise su caso nuevamente si cree que debería calificar, si es que le enviaron una carta que dice que ya no califica para Medicaid. Si no está de acuerdo con una decisión de elegibilidad y desea apelar la decisión, la petición de audiencia debe enviarse dentro de los 90 días a partir de la fecha del aviso con el que no está de acuerdo.

Las audiencias imparciales para la elegibilidad de Medicaid y CHIP deben presentarse ante la División de Adjudicaciones del Departamento de Workforce Services (DWS). Deberá completar el formulario y devolverlo a DWS. Visite el [sitio web del DWS](#) para obtener el formulario y más información sobre audiencias imparciales. Si tiene preguntas, puede enviar un correo electrónico a fairhearings@utah.gov o llamar al 1-877-837-3247.

Envíe su solicitud completa para una audiencia imparcial a:

Department of Workforce Services – Fair Hearings
PO Box 143245, Salt Lake City, UT 84114-3245

¿Puedo completar mi revisión de Medicaid antes de tiempo?

No. Le pedimos que espere hasta que se programe la revisión de su caso porque tenemos muchos casos que revisar. No necesita hacer nada hasta que se revise su caso. Puede utilizar sus beneficios normalmente hasta que completemos su revisión.

- Asegúrese de que tengamos la información de contacto correcta para usted. Puede verificar para asegurarse de que su información esté actualizada en su cuenta de [myCase](#).
- Actualice su información si se mudó recientemente o si alguno de sus datos de contacto ha cambiado (como su número de teléfono o dirección de correo electrónico).

¿Cómo puedo hacer mi revisión rápidamente?

No necesita hacer nada hasta que se revise su caso. Puede utilizar sus beneficios normalmente hasta que completemos su revisión. Sin embargo, hay algunas cosas que puede hacer para que el proceso sea rápido y sencillo:

- Actualice su información si se mudó recientemente o si alguno de sus datos de contacto ha cambiado (como su número de teléfono o correo electrónico). Puede actualizar su información en su cuenta de [myCase](#).
- El Departamento de Workforce Services le dirá si necesita algún documento de respaldo para ver si aún califica para Medicaid (como talones de cheque, estados de cuenta del banco, etc.). **Envíalos lo antes que puedas.** Esto ayudará a los trabajadores de elegibilidad a completar su revisión más rápido.

¿Qué debo hacer si ya no vivo en Utah?

Usted **debe** llamar al Departamento de Workforce Services e informarles si se mudó a otro estado.

¿Cómo cierro mi caso de Medicaid?

Llame al Departamento de Workforce Services al 1-866-435-7414 y pídale que cierren su caso.

¿Cómo ayudo a alguien que perdió su seguro médico de Medicaid?

Asegúrese de que la información de la persona esté actualizada.

Ellos pueden verificar en línea para asegurarse de que su información sea correcta en su cuenta de [myCase](#) en jobs.utah.gov/mycase o llamar a cualquiera de los siguientes para actualizar su información:

- Su plan de salud
- El Departamento de Workforce Services al 1-866-435-7414
- Un Representante del Programa de Salud al 1-866-608-9422

Dígale a la persona que preste mucha atención a su cuenta de myCase, correo y correo electrónico.

El Departamento de Workforce Services actualizará su cuenta myCase y les enviará una carta o correo electrónico después de revisar el caso. Esta carta dirá **uno** de los siguientes:

- Todavía **califican** para el seguro médico de Medicaid.
- Ya **no califican** para Medicaid. La carta tendrá pasos que pueden seguir para obtener diferentes seguros médicos.
- Se **necesita más información** para ver si todavía califican para Medicaid. La carta incluirá formularios para que los completen y es posible que pidan documentos de respaldo (como talones de cheque, estados de cuenta del banco, etc.). **Deben enviarlos lo antes posible, para que no se pasen de las fechas de vencimiento.**

Asegúrese de que la persona sepa que solo tiene **90 días** para pedirle al Departamento de Workforce Services que reconsidere el caso si perdió los beneficios de Medicaid porque no envió la documentación o los documentos de respaldo. También es importante decirle a la persona que **no será** transferida automáticamente al Mercado de Seguros Médicos federal si pierde los beneficios de Medicaid porque no cumplió con las fechas de vencimiento, o no devolvió la documentación o los documentos de respaldo.

Ayude a la persona a inscribirse en un plan de seguro médico diferente.

Las personas que pierden su seguro médico de Medicaid porque no devolvieron su documentación, es posible que aún tengan 90 días para restaurar su cobertura. Dígales que regresen el formulario de revisión u otros documentos que el DWS necesite de inmediato.

Las personas que no califican para el seguro médico de Medicaid aún pueden obtener cobertura a través del **Mercado de Seguros Médicos federal** o [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov). La mayoría de las personas califican para ahorros en un plan de salud para reducir su prima mensual y sus copagos. Los ahorros se basan en el tamaño y los ingresos de su hogar. Todos los planes del Mercado cubren cosas como medicamentos recetados, visitas al médico, atención de urgencia, visitas al hospital y más.

Las personas que pierden Medicaid tienen 60 días para aplicar para un seguro médico en el Mercado. Los planes de seguro médico usualmente tienen un período de inscripción abierta cada año en el que las personas pueden inscribirse en un seguro médico. Sólo permiten que alguien se inscriba durante la inscripción abierta, a menos que tenga un "evento de vida calificado". Se considera un "evento de vida calificado" si alguien ya no califica para Medicaid. Esto significa que las personas tienen **60 días después de que terminen sus beneficios de Medicaid** para inscribirse en un nuevo plan de seguro médico.

Visite [healthcare.gov/medicaid-chip/transfer-to-marketplace/](https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/transfer-to-marketplace/) para más información.