



Hoja de datos sobre Asistencia médica de Kansas: Spendedown/Medicamento Necesitado

El programa de Necesidades médicas o Aportación limitada ofrece cobertura a las personas que tienen ingresos superiores al nivel de ingresos máximo permitido. El monto de la aportación limitada es la parte que le corresponde de las facturas médicas de su familia. Dicho monto es como un deducible del seguro. Si tiene un monto de aportación limitada (deducible), es responsable por ese monto, y Medicaid pagará cualquier factura médica que supere el monto mencionado.

¿Quién puede obtener la cobertura por necesidades médicas?

Se puede establecer una aportación limitada si se encuentra en uno o más de los siguientes grupos:

- Mujeres embarazadas
- Niños menores de 19 años
- Adultos mayores de 65 años
- Personas consideradas discapacitadas por las normas del Seguro Social

Recursos contables

En el caso de las mujeres embarazadas y los niños, no existe una prueba de recursos. Para los adultos mayores y las personas con discapacidad, existe un límite de recursos de \$2,000 para una persona soltera y de \$3,000 para las parejas. Entre los ejemplos de recursos se incluyen las cuentas bancarias, los automóviles, los bienes, las acciones, etc. que le pertenecen a usted o a un miembro del hogar.

¿Cuál es el monto de la aportación limitada?

El monto de la aportación limitada es diferente para cada persona o familia. Los ingresos contables suyos y de su familia que superen el límite de ingresos protegidos se convierten en el importe de la aportación limitada.

El límite de ingresos protegidos para los adultos mayores y las personas con discapacidad es de \$475.00 para una o dos personas, y de \$480 para tres personas. En el caso de los adultos, solo se tienen en cuenta los ingresos de la persona que necesita cobertura y los de su cónyuge.

Para los niños, el límite de ingresos protegidos es de \$475.00 para una o dos personas, y de \$480.00 para tres personas. Se cuentan los ingresos de los niños y los padres que viven con ellos.

Para las mujeres embarazadas, el límite de ingresos protegidos es de \$475 para dos personas, y de \$480 para tres personas. El tamaño de la familia, por lo general, está determinado por su unidad del impuesto sobre la renta. También se incluye a su hijo no nacido. El tamaño de la familia también puede incluir a sus padres, si es usted menor o si lo reclaman como dependiente en términos de impuestos.

Se otorgan las siguientes deducciones:

- No se tienen en cuenta los primeros \$20 mensuales de cualquier ingreso;
- Para los adultos mayores y las personas con discapacidad, se deduce más de la mitad del salario.
Las deducciones por gastos de trabajo relacionados con la ceguera o la discapacidad también pueden aplicarse a los ingresos ganados.
- Deducciones antes de impuestos y federales que califican para los ingresos ganados.

¿Cuánto tiempo dura la aportación limitada?

Por lo general, el período de la aportación limitada es de seis meses. El período de aportación limitada comienza el mes en que se solicita. Si se solicita, puede establecerse un período de aportación limitada de tres meses para ayudarle a pagar las facturas médicas de los tres meses previos al mes en que presenta la solicitud.

EJEMPLO 1:

Una mujer de 70 años recibe \$795 de ingresos del Seguro Social. Solicita asistencia médica el 2 de junio. El período de la aportación limitada cubre de junio a noviembre. Cálculo del monto de la aportación limitada:

\$795 (ingreso del Seguro Social)
- \$475 (nivel de ingresos protegidos)
- \$20 (desestimación de ingresos o ganados)
= \$300 monto de la aportación limitada mensual
\$300 x 6 meses = \$1,800 total de aportación limitada

Ejemplo 2:

Una mujer embarazada gana \$1,000 por mes y su cónyuge gana \$2,000 por mes. Solicitan asistencia médica el 4 de agosto. Su período de aportación limitada cubre de agosto a enero.

Cálculo del monto de la aportación limitada:

\$3,000 (ingreso mensual total)
- \$480* PIL (Nivel de ingresos protegido) *Monto de la asistencia en función del tamaño del grupo familiar de tres miembros
= \$2,520 monto de la aportación limitada mensual
\$2,520 x 6 meses = \$15,120 total de aportación limitada

¿Cómo funciona el proceso de aportación limitada?

El trabajador de elegibilidad determina el monto de la aportación limitada y le envía una carta. Se envía una tarjeta médica para cada miembro de su familia que esté incluido en el plan de aportación limitada. La tarjeta médica no pagará ninguna factura médica hasta que se alcance el monto de la aportación limitada. Cuando todas las facturas médicas sumadas alcanzan el monto de la aportación limitada, la tarjeta médica puede utilizarse para el resto de facturas médicas durante el período de aportación limitada de 6 meses.

¿Qué facturas médicas pueden utilizarse para cubrir la aportación limitada?

Puede utilizar la mayoría de las facturas médicas para usted, su cónyuge que vive con usted y sus hijos menores que viven con usted. Las facturas médicas pueden incluir las del médico, hospital, dentales, de visión, audición, recetas, transporte para recibir atención médica, primas pagadas por el seguro médico y Medicare, facturas médicas previas que aún se deban y algunos medicamentos de venta libre y suministros médicos ordenados por un médico. El proveedor debe presentar las facturas de la persona con aportación limitada (durante el período de aportación limitada) de forma electrónica; muéstreles su tarjeta médica para que puedan presentar la factura. Cuando se necesita atención médica y el proveedor médico (médico, dentista) no acepta Kansas Medicaid, envíe una copia de las facturas durante el período de la aportación limitada. No puede utilizar ninguna factura o parte de una factura ya pagada por Medicare u otro seguro médico.

¿Qué ocurre cuando se alcanza el monto de la aportación limitada?

Una vez que se ha alcanzado el monto de la aportación limitada, el proveedor médico puede facturar a la tarjeta médica y solicitar el pago a KanCare. Las facturas utilizadas para alcanzar el monto de la aportación limitada siguen siendo su responsabilidad. Un nuevo período de aportación limitada puede comenzar después de que alcance el final del primer período de la aportación limitada.

Cómo solicitar la cobertura médica: Debe completar y presentar una solicitud para recibir la cobertura médica.

Para solicitar la cobertura médica, utilice cualquiera de las siguientes opciones:

- Envíe sus solicitudes para todos los programas a través del [Medical Consumer Self-Service Portal](#).
- Llame a KanCare Clearinghouse al 1-800-792-4884 para pedir una solicitud en papel. Hay servicios de interpretación disponibles.
- Si usted o su familia tienen actualmente un caso abierto en KanCare, que ha sido revisado en el último año, pueden llamar al 1-800-792-4884 para pedir cobertura para un familiar adicional. Nos pondremos en contacto con usted si se necesita información adicional para completar la solicitud.
- Las solicitudes se pueden imprimir en [Apply for KanCare](#).
- También puede notificar cambios o enviar su revisión en el [Medical Consumer Self-Service Portal](#).