



Hoja de datos sobre Asistencia médica de Kansas: Generalidades de los Programas para adultos mayores y personas con discapacidades

KDHE ofrece muchos planes para ayudar con los costos de atención médica. Esta página ofrece información sobre asistencia médica para adultos mayores y personas con discapacidad.

Requisitos generales

Para ser elegible, debe ser un residente de Kansas. También debe ser ciudadano estadounidense o no ciudadano elegible. En caso de no ser un no ciudadano elegible, puede ser elegible para un programa llamado SOBRA. SOBRA puede proporcionar cobertura de servicios de emergencia, incluido el parto.

La mayoría de los planes tienen límites de recursos. Algunos recursos pueden estar exentos. Es posible que no contemos la casa donde vive, un automóvil, algunos planes de entierro y los muebles y artículos del hogar. Sí contamos otros activos, como las cuentas bancarias, la mayoría de las pólizas de seguro de vida, las acciones y los bonos.

Recuperación de patrimonio

El programa de Recuperación de patrimonio recupera los activos de algunos patrimonios de consumidores de Medicaid fallecidos. Esto puede incluir patrimonios de personas mayores de 55 años o de personas que recibieron servicios de cuidado a largo plazo. La recuperación del patrimonio no recupera los fondos de los planes de ahorros de Medicare. Ver ficha técnica hoja de datos sobre el programa de Recuperación de patrimonio para más información.

Ofrecemos atención médica en virtud de los siguientes programas:

SSI: El Ingreso de Seguridad Suplementario (*Supplemental Security Income, SSI*) es un programa de dinero en efectivo del Seguro Social. Este programa ayuda a cubrir las necesidades básicas de alimentos, vestimenta y albergue. Está destinado a personas con pocos o ningún ingreso. Las personas que reciben beneficios de SSI, por lo general, califican para recibir asistencia médica.

Plan de ahorros de Medicare: Mediante este plan, se pagan los gastos de bolsillo de Medicare, como las primas y los copagos. Una persona soltera debe tener activos

inferiores a \$9,950, y una pareja debe tener activos inferiores a \$14,910 para QMB, LMB y ELMB.

Programa para beneficiarios calificados de Medicare (QMB): Las personas solteras deben tener ingresos mensuales inferiores a \$1,330. Las parejas deben tener ingresos mensuales inferiores a \$1,804. Este programa paga la prima de la Parte B (o Parte B-ID) de Medicare. También paga los copagos y deducibles de Medicare.

Beneficiario de Medicare de bajos ingresos (LMB) y Beneficiario de Medicare de bajos ingresos ampliado (ELMB): En el caso de LMB, las personas solteras deben tener ingresos mensuales inferiores a \$1,596, y las parejas, inferiores a \$2,164. En el caso de ELMB, las personas solteras deben tener ingresos mensuales inferiores a \$1,796, y las parejas, inferiores a \$2,435. Este programa paga la prima de la Parte B (o Parte B-ID) de Medicare.

Trabajadores con discapacidad calificados (QWD): Este programa es para las personas que pierden la Parte A de Medicare debido al trabajo. Si los ingresos de una persona soltera son inferiores a \$2,660, este programa puede pagar la prima.

Programa *Working Healthy*: Ofrece asistencia médica a las personas empleadas con discapacidades. Disponible para personas de 16 a 64 años. Los límites de ingresos y activos son más altos que los de otros programas. Los ingresos de una persona soltera deben ser iguales o inferiores a \$3,990. Los ingresos de una pareja deben ser iguales o inferiores a \$5,410. El límite de activos es de \$15,000. Algunas personas deben pagar una prima. Las primas comienzan a partir de \$124.00 por mes; por debajo del 226% del Nivel de pobreza federal no se paga prima.

Necesidades médicas o aportación limitada: Las personas con mayores ingresos pueden calificar para la cobertura para Necesidades médicas. Este programa es para adultos mayores o personas con discapacidad, mujeres embarazadas o niños menores de 19 años. Las personas solteras deben tener menos de \$2,000 en activos. Las parejas casadas deben tener menos de \$3,000 en activos. No hay límite de activos para los niños y las mujeres embarazadas.

Una aportación limitada funciona como un deducible del seguro. Las personas deben incurrir en costos médicos equivalentes a la aportación limitada antes de que Medicaid pague. Cuando una persona alcanza la aportación limitada, Medicaid pagará. Por lo general, la aportación limitada es por un período base de seis meses. El monto de la aportación limitada se basa en los ingresos. Cualquier persona con ingresos superiores a \$994 tendrá una aportación limitada. Casi todas las personas tienen un monto de aportación limitada diferente.

MediKan: Este plan es para personas con discapacidad. La mayoría de las personas tienen una solicitud pendiente con el Seguro Social. Las personas pueden recibir MediKan durante un límite máximo de 12 meses, conocido como "Período de

cobertura". Este Período de cobertura tiene una duración de 12 meses consecutivos a partir del primer mes en que comienza la elegibilidad. MediKan tiene servicios limitados. Los servicios incluyen medicamentos con receta y servicios médicos.

SOBRA: Este plan es para las personas que no cumplen con las reglas de ciudadanía (o de no ciudadanía elegible). El programa también puede cubrir a las familias con niños, adultos mayores y personas con discapacidad. Los individuos deben cumplir las normas de ingresos y activos para calificar.

Cáncer de mama y cuello uterino: Este plan está destinado a las personas con cáncer de mama o cuello uterino. El programa Early Detection Works debe diagnosticar la enfermedad. El programa Early Detection Works ofrece un examen gratuito de cáncer de mama y cuello uterino a algunas mujeres entre 40 y 65 años. Para obtener información sobre el programa Early Detection Works, llame a la línea gratuita 1-877-277-1368. Una enfermera del programa Early Detection Works ayudará a las mujeres a solicitar el programa.

Tratamiento de tuberculosis durante la hospitalización: Este plan cubre el tratamiento de la tuberculosis en un entorno hospitalario.

Cuidado a largo plazo: Los siguientes servicios institucionales y en el hogar están disponibles.

Cobertura para residencia de ancianos: Este programa está dirigido a personas que se encuentran en una residencia de ancianos o en otro centro autorizado. Las personas solteras deben tener un activos contables inferiores a \$2,000. No contaremos el valor del hogar si la persona tiene la intención de regresar al hogar. Puede haber sanciones cuando se venden o donan activos. Tenemos en cuenta las ventas y donaciones realizadas en los últimos cinco años. Las personas con ingresos superiores a \$62 por mes ayudan a pagar sus cuidados. Se puede conceder una asistencia para el seguro médico privado.

Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS): Ofrece servicios en la comunidad en lugar de en una residencia de ancianos. Los HCBS son muy parecidos a la cobertura de atención médica en residencias de ancianos. Las personas deben tener una necesidad médica de cuidados especiales. Debe haber una vacante libre en el programa HCBS. El límite de activos es de \$2,000 para las personas solteras. Las personas con ingresos superiores a \$2,901 por mes ayudan a pagar su cuidado. Se puede conceder una asistencia para el seguro médico privado.

Programa de cuidados integrales para adultos mayores (*Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE*): Este es un programa para personas mayores de 55 años. Deben vivir en los condados de Douglas, Harvey, Jackson, Jefferson, Leavenworth, Lyon, Marion, Marshall, McPherson, Nemaha, Osage, Ottawa, Reno, Rice, Saline, Sedgwick, Shawnee, Pottawatomie, Wabaunsee o Wyandotte. Proporciona cuidado a largo

plazo a través de una red de cuidados administrados. Solo cubre los gastos médicos de los proveedores de la red de cuidados administrados. Para las personas que viven en la comunidad, se aplican las normas de HCBS. Para las personas que se trasladan a una residencia de ancianos, se aplican las reglas de residencia de ancianos.

Existen reglas especiales para las personas casadas que tienen un acuerdo de cuidado a largo plazo. Lo llamamos División de activos o Empobrecimiento conyugal. También tenemos la asignación de ingresos donde los ingresos recibidos por el cónyuge que recibe los cuidados a largo plazo pueden ser asignados al cónyuge comunitario.

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](#).