



Información sobre la renovación y la “reversión” de Medicaid

¿Qué es la renovación y la “reversión” de Medicaid?

Antes de la pandemia, se revisaba la elegibilidad de las personas inscritas en Medicaid una vez al año. Esto se denomina “renovación” o “redeterminación”. Durante la pandemia, para garantizar que nadie perdiera su cobertura médica, no era necesario renovar los beneficios de Medicaid. Esto incluía a los adultos mayores, las personas con discapacidades, las personas mayores de edad, los menores y las familias.

Las renovaciones anuales de Medicaid comenzarán de nuevo a partir de abril de 2023. Este proceso tendrá lugar durante los 14 meses siguientes. (En ocasiones, esto se denomina “reversión”). El primer grupo de personas inscritas recibirá su aviso de renovación en abril de 2023. Cada mes posterior, un nuevo grupo recibirá su aviso de renovación. El último grupo recibirá su aviso de renovación en marzo de 2024. Una vez que finalicen todas estas renovaciones, comenzará nuevamente el proceso de renovación anual.

Aclaración: las renovaciones para las familias que reciben RIte Care comenzarán en enero de 2024.

Las personas que recibían Medicaid antes de la pandemia ya conocen el proceso de renovación anual. Las personas que se inscribieron en Medicaid por primera vez después de marzo de 2020 experimentarán el proceso de renovación por primera vez.

¿Cómo renuevo Medicaid?

Existen dos formas de renovar la cobertura:

[1] Renovación administrativa (pasiva):

Si el estado es capaz de verificar sus ingresos y demás información por cuenta propia para determinar que usted aún sea elegible, no es necesario que haga nada. Usted recibirá una notificación del estado, donde se le solicitará que revise la información que este está usando y que se ponga en contacto con el estado únicamente si la información es incorrecta.

De lo contrario, no es necesario que haga nada para renovar su cobertura.

Aclaración: Antes de la pandemia, las personas mayores y las personas con discapacidades no podían renovar su cobertura a través de este método sencillo. Cuando las renovaciones comiencen en abril, también se utilizará este método más sencillo para algunas de estas personas.

[2] Renovación completa (activa):

Si el estado no tiene suficiente información para realizar una renovación administrativa, usted recibirá una notificación donde se le solicitará la información que necesita el estado. Para proporcionar esta información a través del portal para clientes, puede cargarla a la aplicación móvil HealthyRhode, enviarla por correo postal al Departamento de Servicios Humanos (DHS) o llevar el formulario y los documentos de renovación a una oficina del DHS. Brindaremos más información sobre estas opciones en la próxima hoja informativa.

Aclaración sobre las renovaciones para menores con cobertura de Katie Beckett y para personas mayores de edad que reciben servicios de atención a largo plazo:

Además de renovar la elegibilidad financiera (los ingresos y los recursos), el estado debe revisar las circunstancias clínicas para determinar si el miembro sigue necesitando los servicios de atención a largo plazo. La revisión financiera se llevará a cabo durante los 12 meses siguientes a partir del 1.º de abril, y la revisión clínica (en ocasiones, denominada “nivel de atención”) no se efectuará hasta 2024.

¿Cómo sabré cuándo se renovarán mis beneficios?

El estado le enviará un aviso para informarle que debe renovar su cobertura con un mes de antelación. Por ejemplo, si debe realizar la renovación a finales de mayo para conservar sus beneficios a partir del 1.º de junio,

usted recibirá el aviso de renovación en abril. En el aviso, se le informará si el estado puede renovar su cobertura de Medicaid a través de la renovación administrativa o si necesita proporcionar información mediante una renovación total. También se le indicará la fecha límite para proporcionar la información necesaria a los fines de la renovación.

Siempre abra el correo que reciba si la dirección de remitente es el “estado de Rhode Island” o HealthSource RI. Existen ciertos plazos para responder un aviso de renovación, y no querrá perder su cobertura de Medicaid por no cumplir con un plazo.

¿Qué sucede si ya no soy elegible para Medicaid porque aumentaron mis ingresos?

En general, cuando los ingresos de una persona superan el límite establecido por Medicaid para el tamaño de su familia, puede comprar un plan a través de HealthSource RI (HSRI). (Esta opción no está disponible para las personas mayores de 65 años, para las personas que tienen Medicare debido a una discapacidad ni para la mayoría de las personas a quienes se les ofrece cobertura médica en sus trabajos). Dos compañías de seguros ofrecen planes a través de HSRI: Neighborhood Health Plan (NHP) y Blue Cross. Cuando adquiere un plan a través de HSRI, puede solicitar créditos fiscales. Los créditos fiscales reducen el costo de las primas de su plan (lo que paga todos los meses).

Aclaración: Las personas que ya no son elegibles para Medicaid debido a que tienen ingresos elevados, siempre y cuando sean inferiores al doble (200 %) del nivel federal de pobreza (FPL), serán inscritas automáticamente en un plan de NHP a través de HSRI, y el estado se hará cargo de todas las primas que deban durante los dos primeros meses. A las personas inscritas automáticamente se les brindará información sobre cómo conservar la cobertura después de los dos primeros meses. Tendrán la opción de cancelar la cobertura o elegir un plan diferente.

Además, las personas que reciban ingresos superiores al 200 % pero inferiores al 250 % del FPL también tendrán derecho a que el estado pague sus dos primeros meses de primas si se inscriben en un plan de HSRI. La inscripción no será automática, pero podrán realizarla en línea, llamando a HSRI o con la asistencia de un navegador.

En el siguiente cuadro, se muestran los límites de ingresos de Medicaid para padres y personas mayores de edad sin hijos que vivan con ellos y los límites del 200 % y 250 % del FPL. Dado que el límite de ingresos de Medicaid para menores es del 266 % del FPL, los menores no serán elegibles para la cobertura de las primas durante los dos primeros meses. Los límites para padres/menores son para familias de tres. Los límites son más elevados para las familias más grandes y más bajos para las familias más pequeñas.

	Medicaid Income Limit	200% FPL	250% FPL
Parent (family of 3)	\$2,921	\$4,143	\$5,179
Children (family of 3)	\$5,511	N/A	N/A
Pregnant Person	\$4,240	N/A	N/A
Individual w/o kids	\$1,677	\$2,430	\$3,038

¿Qué puedo hacer ahora para asegurarme de no olvidarme de renovar mi cobertura?

Es sumamente importante que verifique que el DHS tenga su última dirección para poder enviarle los materiales de renovación. Si se mudó en los últimos años, o cambió de número de teléfono o dirección de correo electrónico, debe llamar a su organización de atención administrada (Neighborhood Health Plan, Tufts, UnitedHealth) y brindarle su nueva información de contacto. El personal podrá actualizar su nueva dirección en el sistema del estado. También puede actualizar su dirección a través del portal para clientes, la aplicación móvil HealthyRhode o por teléfono a HSRI (855-840-4774).

Aclaración: Si recibe los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), después de informar su nueva dirección, recibirá una carta del DHS para que la confirme, así podrá mantener SNAP.