

# Apoyos y Servicios de Largo Plazo (LTSS) Renovaciones de Medicaid para personas de Edad Avanzada, Ciegos o Discapacitados (ABD) Afiliados - Hoja informativa

## El proceso de renovación

Medicaid de Virginia no requirió a sus afiliados renovar su elegibilidad durante la pandemia del COVID-19. Normalmente, Medicaid revisa anualmente la elegibilidad de sus afiliados, a menos que un cambio en las circunstancias (un aumento en los ingresos o los recursos, por ejemplo) requiera que Medicaid complete una revisión parcial a lo largo del año.

**Las renovaciones se reanudarán a partir de marzo del 2023.** Cuando venza la renovación de un afiliado, el afiliado recibirá un formulario de renovación prellenado e información sobre cómo presentar la renovación:

- **Usando el formulario en papel prellenado,**
- **En línea** en [commonhelp.virginia.gov](https://commonhelp.virginia.gov), o
- **Telefónicamente** llamando a Cubre Virginia al **855-242-8282 (TDD: 1-888-221-1590).**

Después de que el afiliado presente su formulario de renovación, Medicaid de Virginia puede necesitar información adicional para procesar exitosamente la renovación (*como talones de pago o estados de cuenta*) y puede enviar una lista de verificaciones indicando cuál es la información que aún se necesita. Si el afiliado no devuelve el formulario de renovación en 30 días o la información adicional en 10 días, **la cobertura se cancelará.** Cuando el afiliado recibe un aviso de cancelación, el aviso incluirá la razón de la cancelación y el derecho que tiene el afiliado de apelar la decisión y el proceso para mantener sus beneficios durante el proceso de apelación, si corresponde. Sin embargo, el afiliado tiene 3 meses para devolver el formulario de renovación y/o la información adicional para recibir una evaluación completa.

## ¿Qué sucede si los recursos contables de un afiliado exceden el límite de Medicaid al momento de la renovación?

Los afiliados que son de Edad Avanzada, Ciegos o Discapacitados (*ABD, por sus siglas en inglés*) para los que Medicaid paga los Apoyos y Servicios de Largo Plazo (*LTSS, por sus siglas en inglés*), son requeridos de mantener los recursos contables por debajo del límite de Medicaid (de \$2,000 a \$3,000 dependiendo de la categoría de cobertura y la composición del hogar) para permanecer inscritos. Es posible que un afiliado haya obtenido un exceso de recursos contables durante la pandemia. Estos afiliados tienen opciones para reducir sus recursos contables. **Pero, si un afiliado necesita su Medicaid para pagar por los LTSS, el afiliado debe prestar especial atención a la forma en que reducen los recursos. Regalar dinero u otros recursos sin recibir valor por el mismo monto se considera una transferencia de activos no compensada, lo que puede resultar en un periodo de descalificación durante el cual Medicaid no cubrirá los LTSS de una persona. Al renovar, se evaluarán los recursos correspondientes a los 12 meses anteriores a la renovación para cualquier posible transferencia.**

Algunas transferencias de activos no afectan el pago de Medicaid para los LTSS, incluso si:

- El afiliado recibió valor por la transferencia por valor de la misma cantidad,
- La transferencia (s) fue hecha por razones exclusivas de volverse o mantenerse elegible para el pago de Medicaid de los servicios de los LTSS (se requerirá prueba de que la persona no podía esperar razonablemente que necesitaría LTSS dentro de los 5 años posteriores a la transferencia) y solo aplica en la solicitud para los LTSS, no renovación, y

- La propiedad de la casa del miembro fue transferida a:
  - El cónyuge del afiliado, un hijo menor de 21 años, o un hijo ciego o discapacitado de cualquier edad, O
  - El hermano del afiliado que tiene un interés patrimonial en la casa y residió en la casa por al menos un año inmediatamente anterior a la fecha en la que el afiliado se institucionalizó, O
  - El hijo adulto del afiliado que residió en la casa durante por lo menos dos años antes de la fecha de institucionalización del afiliado, siempre que ese hijo adulto cumpla con ciertas condiciones.

Los afiliados pueden usar los recursos acumulados para comprar **cualquier artículo para su propio uso**, sin limitarse a:

- Teléfono, televisión, computadora o radio para uso personal
- Reparación o renovaciones a la casa que poseen en la cual viven
- Artículos de entierro o contratos de entierro previos a la necesidad, incluyendo primas en seguro de vida o políticas de entierro del beneficiario y de los cuales se espera que se paguen los gastos del beneficiario (para el entierro, por ejemplo)
- Vehículo para uso personal
- Artículos de comodidad personal, incluidos materiales para fumar, refrigerios, juegos y dulces
- Artículos y servicios cosméticos y de aseo personal
- Ropa personal, material de lectura personal, flores y plantas
- Eventos sociales y de entretenimiento
- Servicios especiales de atención no cubiertos como enfermeras o asistentes contratados de forma privada
- Alimentos especialmente preparados o alternativos solicitados en lugar de los alimentos en general preparados en el centro (si se encuentra en un centro de enfermería)
- Fondos de viaje para que el beneficiario visite su hogar o familia
- Facturas médicas pendientes que no cubrieron Medicaid, Medicare u otro seguro
- Cualquier otra factura incurrida por el afiliado por artículos o servicios para su propio uso.

Si se cancela el Medicaid de un afiliado debido a un exceso de recursos, éste debería usar su exceso de recursos de una manera permitida, como para su propio uso o para pagar la atención de forma privada, hasta que estén por debajo del límite de recursos contables y luego volver a solicitar Medicaid.

### **¡IMPORTANTE! Excusión para afiliados de los LTSS con exceso de recursos**

Debido a los requisitos federales, Medicaid de Virginia no redujo ni canceló la cobertura de la mayoría de los afiliados durante la pandemia del COVID-19 (a menos que el afiliado haya fallecido, solicitado la terminación de su cobertura o se haya mudado permanentemente de Virginia). Virginia tampoco incrementó el **pago de los pacientes** para los afiliados que reciben los LTSS cubiertos por Medicaid. (El pago del paciente es el monto que el afiliado paga a su proveedor de LTSS por la atención, como se explica en el Aviso de responsabilidad de pago del paciente).

Desde marzo del 2020, Virginia no ha aumentado el pago del paciente para las personas recibiendo los LTSS, incluso si los gastos médicos del afiliado disminuyeron o sus ingresos aumentaron (*como debido a un ajuste en el costo de vida en los ingresos del Seguro Social*), o si la persona se cambió de la atención basada en la comunidad a la atención brindada en un centro de enfermería. Este dinero **no** se le debía al centro de enfermería o al proveedor del servicio, como habría sido normalmente. Como resultado, algunos afiliados que reciben los LTSS financiados por Medicaid pueden haber acumulado recursos que están por encima del límite habitual de Medicaid.

Cuando el estado reanude las renovaciones de Medicaid (*a partir de marzo del 2023*), se revisará la elegibilidad de Medicaid de cada afiliado. Si se encuentra que un afiliado que recibe los LTSS tiene un exceso de recursos, el estado revisará su historial de pago como paciente. **Si ese historial indica que el exceso de recursos del afiliado se debe a que el estado no pudo aumentar su pago durante la pandemia, el monto del posible aumento se deducirá del exceso de recursos del afiliado.** Si el afiliado está por debajo del límite de recursos después de esta deducción y, por lo demás, sigue siendo elegible, la cobertura continuará.

El afiliado entonces tendrá 12 meses a partir de su renovación para reducir el exceso de recursos (como se explica en **“Qué pasa si los recursos contables del afiliado exceden el límite de Medicaid?”**). En la siguiente renovación del afiliado, deberá estar por debajo del límite de recursos contables para que la cobertura continúe. Nota: el impacto del dinero por pagos/estímulos y otra asistencia por otro desastre relacionada con la pandemia de COVID se excluyeron como ingresos, pero se contabilizan como recursos y no se permiten bajo esta exclusión.

Medicaid de Virginia también reanudará el aumento del pago del paciente, si corresponde, al momento de la renovación.

- Si el caso es actual (la renovación no se ha vencido), los cambios también pueden provocar el aumento del pago del paciente.
- Medicaid de Virginia no
  - cancelará la cobertura del afiliado,
  - aumentará el pago del paciente,
  - impondrá una sanción,
  - o cambiará la categoría de la cobertura del afiliado **sin previo aviso por escrito.**

Los afiliados tienen derecho a apelar

- una cancelación o reducción de la cobertura de Medicaid,
- un cambio en el pago del paciente,
- y sanciones.

Los trabajadores de elegibilidad en el Departamento de Servicios Sociales (DSS, por sus siglas en inglés) pueden responder sus preguntas sobre los recursos y sobre cómo afectan su elegibilidad o la cobertura de Medicaid. Los afiliados pueden buscar la información de contacto de su DSS local en línea en [commonhelp.virginia.gov](https://www.commonhelp.virginia.gov), y seleccionando “Encuentre su oficina local”.