HR1 Módulo 6: Preguntas y respuestas comunes sobre cambios en Medicaid

15 de septiembre de 2026

HFS
Illinois Department of
Healthcare and Family Services

HFS
Illinois Department of Healthcare and Family Services

NUESTRA VISIÓN PARA EL FUTURO

Mejoramos vidas.

- Abordamos los determinantes sociales y estructurales de la salud.
- Empoderamos a los clientes para maximizar su salud y bienestar.
- Ofrecemos un servicio constante y receptivo a nuestros compañeros y clientes.
- Hacemos de la equidad la base de todo lo que hacemos.

Esto es posible porque:

Valoramos a nuestro personal como nuestro mayor activo.

Lo hacemos mediando:

Contar plenamente con una plantilla diversa cuyas habilidades y experiencias fortalecen HFS.
Asegurando que todo el personal y los sistemas trabajen juntos.
Mantener un entorno laboral positivo donde los equipos fuertes contribuyan, crezcan y permanezcan.
Ofrecer programas de formación excepcionales que desarrollan y apoyan a todos los empleados

Siempre estamos mejorando.

Lo hacemos mediando:

Tener objetivos específicos y medibles y utilizar la analítica para mejorar los resultados.
Utilizar la tecnología y la colaboración interinstitucional para maximizar la eficiencia y el impacto.
Aprender de los éxitos y fracasos.

Inspiramos la confianza del público.

Lo hacemos mediando:

Utilizar la investigación y la analítica para impulsar políticas y moldear iniciativas legislativas.
Comunicar claramente los impactos de nuestro trabajo.
Ser responsables y administradores de los recursos públicos.
Mantenernos centrados en nuestros objetivos.

Principios Rectores de HFS

- Mitiga el daño tanto como sea posible.
- Asegúrate de que los habitantes elegibles de Illinois reciban y mantengan la cobertura y los beneficios para los que tienen derecho.
- Asegurarse de que el programa Medicaid de Illinois mantenga la capacidad de cubrir la mayor cantidad posible de servicios sanitarios.

Serie de seminarios web educativos HR1: Metas y objetivos

- Dotar a nuestros proveedores y socios de la formación y las herramientas necesarias para ayudar a nuestros clientes
- Asegura que nuestros proveedores y socios comparten el mismo mensaje que HFS y DHS
- Minimiza el número de clientes elegibles que pierden la cobertura

Tareas domésticas

- Se han activado subtítulos automáticos para este seminario web. Para verlos, haz clic en la opción "más" con tres puntos en la parte inferior de la pantalla. Allí deberías tener la opción de activar los subtítulos ocultos.
- Todos los participantes están en silencio y en modo solo de escucha.
- Si quieres hacer una pregunta, haz clic en el icono de Preguntas y Respuestas o Slido en la parte inferior de la pantalla del webinar y escribe tu pregunta en el recuadro.
- Estaremos controlando las preguntas y dispondremos de tiempo para sesiones presenciales después de la presentación prevista.
- Puede que no podamos responder a todas las preguntas, pero tendremos un registro de todas vuestras preguntas y las utilizaremos como guía para futuros recursos y presentaciones.
- Después del seminario web, publicaremos las diapositivas de la presentación con subtítulos en inglés y español, y una grabación en vídeo de esta presentación, en la página del Centro Federal de Recursos de la web de HFS.

Módulo 6 de la Serie Educativa HR 1

Agenda

- Preguntas y respuestas comunes
- Comunicaciones y Caja de Herramientas

Preguntas sobre requisitos laborales

Pregunta: Ingresos mensuales

Si un cliente tiene un ingreso de 580 dólares o más al mes pero trabaja menos de 80 horas al mes, ¿cumplirá con los requisitos laborales?

Respuesta: Ingresos mensuales

- Sí.
- 580 dólares de ingresos según las normas de Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) cumplen con el requisito de trabajo sin necesidad de contar horas.
- El Estado utiliza el Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) para determinar la elegibilidad financiera para la mayoría de los programas de Medicaid.
- La MAGI se determina mediante una combinación de normas de declaración de impuestos, ingresos excluidos e incluidos, y reglas de relación.
- MAGI incluye algunos ingresos no ganados.
- Cuando un cliente completa una solicitud, indica el estado fiscal y las relaciones en la solicitud, y el trabajador social estatal determinará el MAGI para el hogar.
- Si el cliente tiene ingresos inferiores a 580 dólares al mes, las horas trabajadas pueden combinarse con horas de servicio comunitario (voluntariado), trabajo o prácticas no remuneradas, formación inferior a la mitad de tiempo, para alcanzar las 80 horas mensuales requeridas.
- Los 580 $/mes no necesitan ser ingresos ganados ni necesariamente deben ser ganados por el cliente que debe cumplir con los requisitos laborales.

Pregunta: Servicio comunitario

¿Puedes contarnos más sobre las horas de voluntariado? ¿Qué tipo de voluntariado cuenta, cómo demuestra el cliente que se ofreció voluntario y hay un formulario específico que deba completar?

Respuesta: Servicio comunitario

- El servicio comunitario incluye actividades no partidistas dentro de un programa estructurado, como en una iglesia, escuela u organización sin ánimo de lucro
- En 2027, el Estado aceptará la auto-atestación de las horas de voluntariado
- Sirve a Illinois – Conector de Voluntarios
- Regístrate | Crea tu cuenta | Galaxy digital – Oportunidades de voluntariado

Pregunta: Prueba de requisitos de trabajo (W/R)

¿Qué prueba se requerirá para demostrar que el cliente ha cumplido con el requisito de trabajo?

Respuesta: Requisito de prueba de trabajo (W/R)

- El Estado puede verificar ingresos o horas de trabajo a través de nuestras fuentes de datos y consultaremos estas fuentes antes de pedir al cliente que verifique los ingresos.
- Si un cliente realiza trabajo no remunerado o es voluntario, se aceptará la autocertificación en 2027, y la persona atestiguará que la información es verdadera y correcta bajo pena de perjurio.

Preguntas sobre exenciones y excepciones

Pregunta: Exención por personas sin hogar

¿La falta de vivienda califica como una exención de los requisitos laborales?

Respuesta: Falta de vivienda

- No, la falta de vivienda por sí sola no califica como una exención de requisito laboral.
- Muchas personas sin hogar o con vivienda inestable califican para otras exenciones, pero su condición de vivienda por sí sola no las exime.

Pregunta: Adultos con discapacidades

Si una persona es reconocida como discapacitada por la Administración de la Seguridad Social (SSA) y está en la categoría de cobertura médica para adultos de la ACA, ¿debería solicitar inmediatamente ser trasladada a la categoría AABD de Medicaid?

Respuesta: Adultos con discapacidades

- Las categorías de cobertura de Medicaid para adultos con discapacidad no son una decisión sencilla.
- Puede que tengan ingresos y/o activos que superen la categoría de cobertura AABD de Medicaid, por lo que solo son elegibles para el grupo de Medicaid para adultos de la ACA.
- Si un adulto ACA tiene una discapacidad, antes de solicitar un cambio categórico, evalúa si sus ingresos y bienes podrían superar los requisitos para el grupo AABD.
- Si el cliente está seguro de que cumplirá los criterios de ingresos y activos para AABD, puede solicitar el cambio contactando al 1-877-805-5312 si es un caso solo médico, al 1-800-843-6154 para casos con múltiples beneficios, visitando una consulta o a través de ABE Manage My Case.
- Los adultos con discapacidad que solo son elegibles como adultos de la ACA pueden solicitar una exención de trabajo y retención si no pueden trabajar o cumplir con otros requisitos.

Pregunta: Fragilidad médica

- ¿Dispone el Estado de más información sobre la determinación de la fragilidad médica?
- ¿Hay ciertas condiciones que cumplan categóricamente esta exención?

Respuesta: Línea base de FRA Médica HR 1

La ley HR1 define a las personas médicamente frágiles o que de otro modo tienen necesidades médicas especiales como aquelas:

1) con un trastorno por consumo de sustancias (SUD);

2) con un trastorno mental discapacitante;

3) con una discapacidad física, intelectual o del desarrollo que afecte significativamente su capacidad para realizar una o más actividades de la vida diaria;

4) con una condición médica grave o compleja; o

5) que son ciegos o discapacitados (según se define en la sección 1614 de la Ley de Seguridad Social)

Cambios en la IFR: Reduciendo la definición de fragilidad médica

La Regla Final Interina (IFR) publicada el 1 de junio restringió la definición de quién es Médicamente Frágil (MF) "lo suficiente" para obtener una exención de nuevos requisitos laborales.

"La fragilidad médica dependerá de que la condición afecte significativamente su capacidad para cumplir con el requisito de participación comunitaria."

Conclusión: En muchos casos, un diagnóstico por sí solo no será suficiente para cumplir con el estándar de una exención por fragilidad médica, y se necesitará información adicional. Esto puede recopilarse a partir de datos disponibles para HFS o puede requerir documentación adicional por parte de los clientes.

Estado de Illinois en cuanto a fragilidad médica

- Nuevas directrices publicadas por CMS en septiembre definieron tres niveles de códigos de fragilidad médica:
- Nivel 1: Diagnósticos que por sí solos son suficientes para considerarse médicamente frágiles
- Nivel 2: Diagnósticos por sí solos que NO indican una discapacidad laboral significativa, pero los estados pueden identificar discapacidad cuando se combinan con otros diagnósticos o utilizaciones (por ejemplo, códigos CPT, códigos HCPCS, etc.)
- Nivel 3: Evidencia insuficiente O sin datos para el Nivel 1 y el Nivel 2
- Para el Nivel 3, una persona en Illinois deberá atestiguar su estado de salud en su solicitud, formularios de redeterminación, el filtro de selección, el formulario de solicitud de exención que pronto estará disponible, o en Gestionar mi caso.
- Illinois está considerando varios enfoques para las listas de códigos de fragilidad médica, incluyendo listas desarrolladas por otros estados y expertos académicos.

Pregunta: Exención para el interino

¿Pueden varias personas en un hogar usar la exención de cuidador o adulto con discapacidad para la misma persona en la misma casa?

Respuesta: Exención para el interino

- Sí.
- Varias personas pueden compartir responsabilidades de cuidado de un adulto discapacitado o de un niño en un hogar.
- Se harán preguntas en la solicitud, redeterminación o solicitud de exención, y el cliente podrá utilizar esta respuesta para todas las personas a las que se aplique la exención.

Redeterminaciones

Pregunta: Revisión del periodo de redeterminación

¿Qué meses revisará el Estado para cumplir con W/R cuando se complete una rede en 2027?

Respuesta: Punto de Revisión

- Las redeterminaciones realizadas en 2027 se revisarán a la última redeterminación o solicitud inicial para un solo mes que cumpliera con los W/R.
- La primera vez que un cliente complete una rede en 2027, su recuo puede durar hasta 12 meses, mientras que una rede posterior será de 6 meses.
- Si el cliente solicita una exención, la razón que califica generalmente debe existir durante su periodo actual de certificación.

Pregunta: Formulario de redeterminación A

¿Los clientes que actualmente reciben redeterminaciones del Formulario A (ex parte) y no están obligados a responder, también tendrán su resgate de 6 meses para Medicaid satisfecho por ex-parte?

Respuesta: Redeterminaciones

- El estado intentará verificar el cumplimiento o la exención de requisitos de trabajo para el mayor número posible de personas a través de nuestras interfaces de datos.
- Las personas cuyos ingresos puedan verificarse a través de nuestras interfaces, ya sean ganados o no, que cumplan o estén exentos del requisito laboral, recibirán la documentación de Redeterminación del Formulario A (ex-parte).
- Aquellos que no puedan ser verificados recibirán un Formulario B.

Preguntas Diversas

Pregunta: Elegibilidad retroactiva del recién nacido

¿Tendrá HR1 algún efecto en la retroelegibilidad de los recién nacidos? Específicamente, ¿afectará la reducción del plazo de reincorporación al plazo en que los recién nacidos podrán recuperar sus beneficios una vez nacidos?

Respuesta: Cobertura retroactiva para recién nacidos

- Un bebé es automáticamente elegible para Moms & Babies como "considerado recién nacido" cuando la madre estaba inscrita o elegible para cobertura médica en el momento del nacimiento del bebé bajo cualquiera de los siguientes programas médicos:
- Madres y bebés, FamilyCare, All Kids Assist, AABD, ACA Adultos, ex acogida
- Si el bebé no fue considerado como declarado, es decir, la madre no era beneficiaria ni elegible para Medicaid completo en el momento del nacimiento, la solicitud para el bebé debería recibirse dentro de los 2 meses posteriores al nacimiento. Un bebé nacido de una mujer embarazada que reciba el Gasto de Salud Familiar (cubierto o no cubierto) en el momento del nacimiento del bebé no es automáticamente elegible. En esta situación, el estado determinaría la elegibilidad del bebé en función de la elegibilidad de ingresos de Todos los Niños.

Pregunta: Límite de puertas giratorias

¿Existe una política de puerta giratoria para recuperar la elegibilidad de Medicaid para personas que perdieron la cobertura médica porque no cumplieron los requisitos laborales en la redeterminación y están intentando recuperar cobertura?

Respuesta: Límite de puertas giratorias

- Un cliente que pierde beneficios médicos no necesita esperar un tiempo determinado antes de volver a solicitar los beneficios médicos.
- Aunque las personas que pierden la cobertura de Medicaid pueden volver a solicitarlo inmediatamente, deben determinar cómo cumplir o estar exentas de la W/R para ser aprobadas para la cobertura médica si son adultos de la ACA.
- Nota: ABE limita las nuevas solicitudes de la misma persona a una vez al mes.
- Si el cliente cree que fue denegado por error, debe presentar una apelación en lugar de presentar una nueva solicitud.

Puerta giratoria - Mercado

- Si a una persona se le niega Medicaid, puede solicitar el Marketplace; sin embargo, dependiendo del motivo de la denegación, puede que no sea elegible para créditos fiscales por primas.
- Si a una persona se le niega Medicaid por incumplimiento de W/R y no hay exención, no será elegible para los créditos fiscales por primas (PTC).
- Si a una persona se le niega Medicaid por ingresos u otra razón no relacionada con el trabajo laboral o la recuperación, puede ser elegible para el PTC.

Botones en ABE Gestionar mi caso (MMC)

- ¿Cambiará la disponibilidad del botón Renovar Mis Beneficios debido a los cambios en HR1?
- ¿El botón Gestionar mis requisitos de trabajo siempre será visible en MMC?

Botones MMC

- El botón de Requisitos Laborales de Medicaid aparecerá en el MMC ABE para los adultos de ACA que no tengan "No Aplicable" como estado W/R de Medicaid.
- Todos los adultos de la ACA que estén sujetos al requisito laboral verán este botón.
- La información de Medicaid W/R no aparecerá en el MMC hasta el 1/1/2027.
- Las personas podrán presentar solicitudes de exención a través del Screener, que se activa el 18/9/26.
- Renovar mis Beneficios se mostrará 60 días antes del final del periodo actual de certificación - 30 días antes de la fecha de vencimiento. Seguirá mostrándose hasta:
- Se recibe la renovación o,
- Fin del periodo de reincorporación de 90 días

Pregunta: Acceso a Medi

No tengo acceso a Medi – ¿Cómo puedo conseguirlo?

Respuesta: Acceso a Medi

- Los proveedores de Medicaid y/o los agentes de solicitud pueden solicitar acceso a Medi usando su ID de proveedor mediante un proceso de 3 pasos:
- Regístrate en el Estado de Illinois para una identidad digital
- Regístrate en el Departamento de Servicios de Salud y Familia (HFS)
- Regístrate para utilizar aplicaciones específicas de HFS
- La página principal de HFS MEDI te guiará a través de este proceso rápido y sencillo de tres pasos. El Comienzo con MEDI en la barra de navegación derecha de esta página te llevará directamente al Paso 1.

HFS
Illinois Department of
Healthcare and Family Services

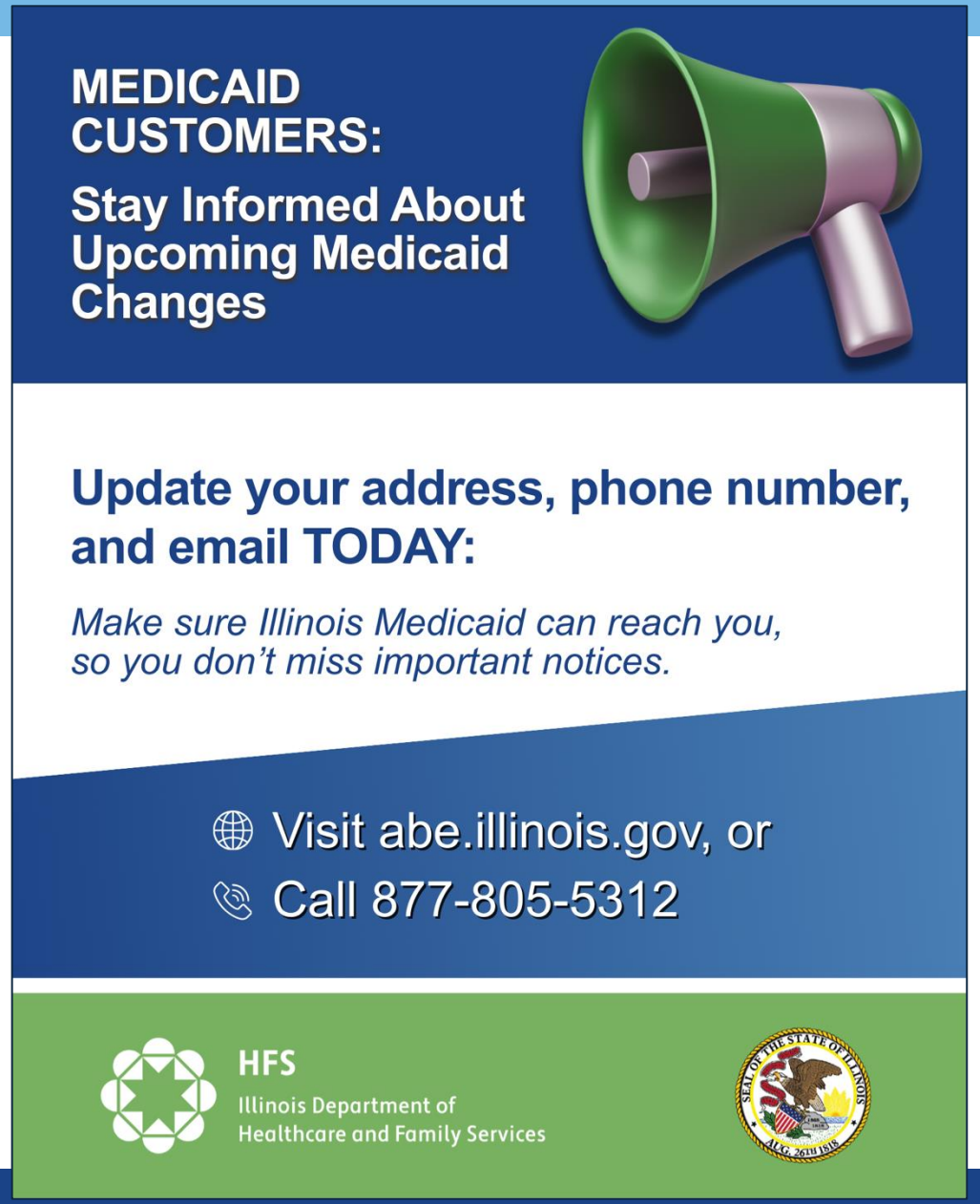
Kits de herramientas y comunicaciones de los grupos de interés

Objetivos generales de comunicación

1. Aumentar la conciencia del cliente sobre la llegada de los cambios
2. Explica claramente quién está afectado y quién está exento
3. Proporciona instrucciones sencillas y accesibles para quienes deban actuar
4. Minimiza la confusión, la tensión del centro de llamadas y la cancelación de procedimientos
5. Cumplir con todos los requisitos federales de aviso y accesibilidad

Kits de herramientas de mensajería | HFS

- Kit de herramientas de la Fase 1 disponible en 15 idiomas
- Kit de herramientas HR 1 para no ciudadanos disponible en 7 idiomas
- Kit de herramientas de la Fase 2 disponible actualmente en inglés y español
- Redes sociales
- Utiliza nuestras imágenes y mensajes para publicaciones en redes sociales, mensajes de texto y boletines
- Folletos y Tarjetas de Palma
- Coloca folletos en zonas muy visibles en tus clínicas, salas de espera, centros comunitarios, colegios, iglesias, bancos de alimentos y en cualquier otro lugar donde veas a nuestros clientes compartidos.
- Imprime folletos y tarjetas de palma para entregar a los clientes al hacer el check-in o al check-out.
- Ponlos en bolsas de las despensas de comida o en las mochilas del colegio



Ayuda a comunicar cambios a los clientes

Los socios comunitarios pueden ayudar a minimizar la pérdida de beneficios de los clientes mediante:



Ayudar a los clientes a navegar por cambios en los requisitos de elegibilidad



Uso del Kit de Herramientas de la Fase 1 para ayudar con la actualización de direcciones



Ayudar a IDHS y HFS a conocer más sobre los retos a los que se enfrentan los clientes



Utilizar el Kit de Herramientas de la Fase 2 para ayudar a los clientes a comprender los cambios en los requisitos de aplicación y trabajo

Información adicional sobre la página web

- Centro Federal de Recursos
- Kits de herramientas HFS
- Grabaciones de seminarios web y presentaciones de diapositivas
- FAQ próximamente
- Mi página de cliente de Healthcare HFS
- Próximos cambios en Medicaid – Página del cliente
- Cambios generales en Medicaid – Folleto en inglés (pdf)
- Cambios generales en Medicaid – Spanish Flyer (pdf)