

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Finanzas para la Atención Médica



¡Novedades! Próximos cambios en los requisitos de elegibilidad al Programa Medicaid.

Preguntas frecuentes (FAQ) sobre los cambios a Medicaid

Objetivo: El objetivo de este documento es anunciar los cambios en el programa Medicaid y proporcionar respuestas a las preguntas más frecuentes.

¡Novedades! Próximos cambios a partir del 1 de enero de 2026

1. ¿Qué cambios están ocurriendo en el programa Medicaid?

- Los límites de ingresos para las personas en la categoría de Medicaid para padres/cuidadores de familiares disminuirán del 221 % al 138 % del nivel federal de pobreza (FPL).
- Los límites de ingresos para las personas de la categoría de adultos sin hijos de Medicaid disminuirán del 215 % al 138 % del nivel federal de pobreza (FPL).

La información sobre otras opciones de cobertura se describe a continuación en la pregunta # 2.

2. ¿Qué otras opciones de atención médica hay disponibles además de Medicaid?

Las siguientes son opciones alternativas de cobertura médica gratuita o de bajo costo en el Distrito. Tenga en cuenta que cada programa tiene un límite de ingresos y otros criterios de elegibilidad.

- DC Medicaid ofrece:
 - Beneficiarios calificados de Medicare (QMB)
 - Atención a largo plazo
- DC Health Benefit Exchange ofrece:
 - Plan Healthy DC (Plan básico de salud), *nuevo programa vigente desde el 1 de enero de 2026*
 - El límite de ingresos es del 200 % del límite federal de pobreza
 - Planes de salud calificados (con o sin asistencia)
 - El límite de ingresos es superior al 200 % del límite federal de pobreza

3. ¿Recibiré una notificación o carta sobre estos cambios?

Sí, a mediados de septiembre se envió una notificación/carta informativa. También puede ver el aviso en su cuenta de District Direct. Este documento de preguntas frecuentes también abordará los próximos cambios.

4. ¿Dónde puedo obtener más información sobre los cambios en Medicaid?

El Departamento de Finanzas para la Atención Médica (DHCF) celebra reuniones quincenales con las partes interesadas los miércoles a las 2:30 p. m. Para participar en las reuniones, haga clic en este enlace:

<https://dcnet.webex.com/dcnet/j.php?MTID=mddfce9e3bfae3556a2a50389c977cdc0>

Asimismo, puede visitar nuestro sitio web en <https://dhcf.dc.gov/service/medicaid-eligibility-programs> y seleccionar el enlace para padres o cuidadores de familiares, o de adultos sin hijos.

5. ¿Cuáles son los límites de ingresos actuales y nuevos para los padres/cuidadores familiares y los adultos sin hijos en el programa Medicaid?

Desde el 1 de enero de 2025, el límite de ingresos para los programas de Padres/Cuidadores y Adultos sin hijos **disminuirán a 138%** (incluye una exención del 5%) del FPL. Consulte los límites de ingresos actuales y futuros a continuación. *Para conocer los límites adicionales basados en el tamaño de la familia, visite <https://dhcf.dc.gov/medicaid-program-changes>.

A continuación se indican los límites de ingresos mensuales actuales y nuevos para las diferentes categorías en función del tamaño del hogar:

Categoría	Actual - Adultos sin hijos (Culmina el 31 de diciembre de 2025)	Actual - Padres o Cuidadores (Culmina el 31 de diciembre de 2025)	**Nuevo** Adultos sin hijos y Padres/Cuidadores (A partir del 1 de enero de 2026)
Umbral del nivel federal de pobreza (FPL)	210% + 5% de exención	216% + 5% de exención	133% + 5% de exención
Hogar de 1 persona, mensual	\$2,806	\$2,884	\$1,800
Hogar de 2 personas, mensual	\$3,790	\$3,896	\$2,432
Hogar de 3 personas, mensual	\$4,775	\$4,908	\$3,065
Hogar de 4 personas, mensual	\$5,762	\$5,923	\$3,697
Hogar de 5 personas, mensual	\$6,747	\$6,935	\$4,330

Hogar de 6 personas, mensual	\$7,731	\$7,947	\$4,962
Hogar de 7 personas, mensual	\$8,718	\$8,962	\$5,595
Hogar de 8 personas, mensual	\$9,703	\$9,974	\$6,227

Tenga en cuenta que estas cifras volverán a cambiar el 1 de enero de 2026 para ajustarse a los requisitos federales

6. ¿Qué sucede si mis ingresos superan los nuevos límites de ingresos (138 % del límite federal de pobreza) a partir del 1 de enero de 2026?

Su cobertura de Medicaid terminará el 31 de diciembre de 2025. Recibirá una carta de terminación a principios de diciembre.

Si sus ingresos superan el 138 % del FPL y usted es un padre/cuidador o un adulto sin hijos que presenta la solicitud después del 1 de enero de 2026, se evaluarán otras opciones de cobertura de salud para usted.

7. ¿Los programas del DC Health Benefit Exchange tienen gastos de bolsillo?

- El Plan Healthy DC (Plan básico de salud): no tiene cuotas primas.
- Planes de salud calificados: sí, pueden variar. Los gastos de bolsillo pueden reducirse mediante créditos fiscales anticipados para las primas para aquellos que reúnan los requisitos.

8. ¿Cuándo inicia la cobertura del Plan Healthy DC?

La cobertura del nuevo Plan Básico de Salud HBX entrará en vigor el 01 de enero de 2026.

9. ¿Qué medidas debo tomar durante este periodo de transición?

Si sus ingresos superan el 138 % del FPL (véase la pregunta # 4), su expediente e información de Medicaid se transferirán automáticamente al DC Health Care Benefit Exchange (HBX). No es necesario realizar ninguna otra acción. HBX le dará más instrucciones sobre los siguientes pasos para sus programas.

Si tiene Medicare y sus ingresos superan el 138 % del FPL, DC Medicaid le transferirá a un programa para beneficiarios calificados de Medicare (QMB). El programa QMB **no** es una cobertura completa de Medicaid, pero ofrece ayuda para pagar las primas de las partes A y B, así como los copagos, coseguros y deducibles de Medicare.

10. ¿Cómo afectan estos cambios a la atención prenatal y posparto de los padres/cuidadores familiares o de las adultas sin hijos embarazadas

recientemente?

Si una madre/cuidadora o un adulto sin hijos con ingresos superiores al 138 % transferido al DC Health Benefit Exchange queda embarazada, debe informar de ello inmediatamente. Una vez que se haya informado del embarazo y la solicitante cumpla todos los requisitos financieros y no financieros, se le transferirá de nuevo a Medicaid y tendrá derecho a la atención prenatal y a 12 meses de atención posparto una vez que haya finalizado el embarazo.

11. Actualmente tengo asistencia médica transitoria (TMA), ¿mi cobertura terminará antes de tiempo?

Su TMA continuará hasta el final de su período de certificación. Al final de ese período de certificación, se le evaluará para continuar con Medicaid o pasar a HBX.

***Nota: Cuando un padre/cuidador familiar informa de un cambio en los ingresos debido a un aumento de las horas o los ingresos del empleo. En lugar de la terminación automática, se le concederá la cobertura TMA durante 12 meses. Tenga en cuenta: La TMA solo está disponible para padres/cuidadores familiares.*

12. ¿Habrá algún cambio en los servicios EPD de Medicaid My Way u otros programas de cuidados a largo plazo?

No hay cambios en los criterios de elegibilidad financiera para los servicios de cuidados a largo plazo de Medicaid.

Beneficiario de Medicare

13. Soy un adulto sin hijos con Medicare y mis ingresos superan el 138 % del FPL (\$ 1800 para una persona), ¿qué ocurre con mi cobertura?

Su cobertura de Medicaid finalizará el 31 de diciembre de 2025 y pasará a tener la cobertura de beneficiario calificado de Medicare (QMB) **solo** a partir del 1 de enero de 2026. Este programa no es Medicaid completo, pero ofrece ayuda para pagar las primas de la Parte A y la Parte B, así como los copagos, coseguros y deducibles de Medicare.

14. Si soy padre/cuidador o adulto sin hijos, ¿mantendré mi cobertura de Medicaid aunque tenga Medicare?

Depende. A continuación se presentan algunos casos:

- Si es un padre/madre/cuidador familiar sus ingresos deben ser iguales o inferiores al 138 % del FPL.
- Si es un adulto sin hijos y recibe Medicare, tendrá que pasar a otro grupo de

Medicaid. Ejemplos de opciones para otros grupos de Medicaid:

- Ancianos, ciegos o discapacitados (ABD): para poder optar a este grupo, sus ingresos deben ser iguales o inferiores al 100 % del FPL (1305 \$ al mes para una persona), ser mayor de 65 años, ciego o discapacitado y cumplir los requisitos de recursos, 4000 \$ o menos.
- Cuidados a largo plazo (LTC): para poder optar a este grupo, debe necesitar cuidados a largo plazo y tener unos ingresos iguales o inferiores al 300 % de la tasa de prestaciones del SSI (2901 dólares).

15. ¿Qué pasa si soy un adulto sin hijos con ingresos inferiores al 138 % del FPL y acabo de cumplir los requisitos para Medicare?

Debe informar inmediatamente de su elegibilidad para Medicare. Un asistente social del DHS puede solicitarle información adicional para asegurarse de que pertenece al grupo de elegibilidad actual.

Además, en algunos casos, DC Medicaid descubrirá que tiene Medicare y le enviará una solicitud complementaria, que deberá devolver antes de la fecha límite indicada en la notificación.

***Nota: No puede permanecer en la categoría de adulto sin hijos si tiene Medicare o es mayor de 65 años. Debe ser evaluado para otro programa de Medicaid.*

16. Soy un adulto sin hijos, tengo casi 65 años y no tengo Medicare, ¿debo hacer algo para mantener mi Medicaid?

Dado que tiene casi 65 años, debería recibir una notificación de DC Medicaid en la que se le pedirá que complete una solicitud complementaria para que pueda ser evaluado en otra categoría de Medicaid.

Se recomienda a los beneficiarios que se acercan a los 65 años y no reciben Medicare que soliciten Medicare, pero no es un requisito para tener derecho a Medicaid.

***Nota: No puede permanecer en la categoría de adulto sin hijos si tiene Medicare o es mayor de 65 años. Debe ser evaluado para otro programa de Medicaid.*

Proceso de solicitud

17. ¿Cómo solicito la cobertura de Medicaid y qué se requiere?

Puede solicitar afiliación al programa DC Health Care Alliance de las siguientes maneras:

- En línea a través de District Direct: districtdirect.dc.gov
- Aplicación móvil District Direct: compatible con Android (Google Store) y iPhone (Apple Store) friendly.
- Por Fax: 202-671-4400
- Por correo postal: Department of Human Services/Economic Security Administration (ESA) Centers

Centros de servicios	Dirección	Teléfono:	Fax:
Anacostia	2100 Martin Luther King Avenue, SE	(202) 645-4614	(202) 727-3527
Congress Heights	4049 South Capitol Street, SW	(202) 645-4525	(202) 654-4524
Fort Davis	3851 Alabama Avenue, SE	(202) 645-4500	(202) 645-6205
H Street	645 H Street, NE	(202) 698-4350	(202) 724-8964
Taylor Street	1207 H Street, NW	(202) 576-8000	(202) 576-8740

Las solicitudes no se considerarán completas hasta que se hayan recibido todas las verificaciones financieras y no financieras.

- Debe proporcionar prueba de que reside en DC.
- Si es ciudadano estadounidense, debe presentar su tarjeta de la Seguridad Social.
- Si tiene tarjeta de residencia (green card), debe proporcionar su número de extranjero o su tarjeta de la Seguridad Social.
- Ingresos
- Recursos (QMB y LTC)

18. ¿En cuánto tiempo sabré si soy elegible?

Se tarda 45 días hábiles en determinar la elegibilidad, 60 días hábiles si acredita una discapacidad. Si cumple todos los requisitos del programa, su elegibilidad comienza el primer día del mes en el que presentó la solicitud. Si presentó la solicitud el 28 de abril y se le aprobó la cobertura médica, su elegibilidad comienza el 1 de abril.

19. ¿Cuánto dura la elegibilidad?

La elegibilidad tiene una vigencia de 12 meses. Al final de los 12 meses, debe completar un formulario de renovación y presentar todos los documentos actualizados de ingresos y residencia.

Proceso de renovación

20. ¿Se requieren entrevistas personales?

No, no se requieren entrevistas personales.

21. ¿Con qué frecuencia debo renovar mi cobertura?

Una vez cada 12 meses.

22. ¿Cómo sabré que es el momento para renovar mi cobertura?

El Departamento de Servicios Humanos, Administración de Seguridad Económica (ESA, en inglés) le enviará una carta informándole de su próximo período de renovación 60 días antes de que finalice su período de certificación.

Aspectos a considerar para la renovación:

- Al momento de la renovación, los beneficiarios deben verificar ciertos factores de elegibilidad.

23. ¿Qué verificaciones son necesarias para la renovación?

Los beneficiarios necesitarán brindar pruebas de residencia en el Distrito y de ingresos.

Tipo de verificación	Verificación aceptable
Ingresos	<ul style="list-style-type: none">• Nóminas de pago recientes (últimos 30 días)• Trabajo por cuenta propia: última declaración de impuestos• Declaración de ingresos por jubilación• Declaración de ingresos por discapacidad• Indemnización por accidente laboral• Declaración de pensión o renta vitalicia• Declaración de prestaciones por desempleo
Residencia	<ul style="list-style-type: none">• Permiso de conducir o tarjeta de identificación de DC en vigor• Contrato de alquiler, contrato de arrendamiento o recibo de alquiler vigente• Factura de servicios públicos o teléfono

	<ul style="list-style-type: none"> • Nómina o declaración de ingresos emitida en los últimos 30 días que incluya el nombre y la dirección en DC de la persona • Factura del impuesto sobre la propiedad emitida en los últimos 60 días de una propiedad situada en DC • Formulario de residencia completado
--	--

Los beneficiarios deben verificar su residencia e ingresos en cada período de renovación.

24. ¿Cuándo debo presentar mi renovación?

La renovación debe presentarse el último día del período de certificación. Por ejemplo, si la renovación vence en mayo, debe presentarla antes del 31 de mayo.

25. ¿Qué ocurre si no presento mi renovación antes de que finalice mi período de certificación?

Si no ha presentado su formulario de renovación antes de que finalice su período de certificación, aún tendrá hasta 90 días después de la fecha de finalización de su certificación para presentar su formulario de renovación. Este período de 90 días se conoce como período de gracia. Si devuelve su formulario de renovación dentro del período de gracia y se determina que sigue siendo elegible para la cobertura médica, su cobertura se remontará retroactivamente a la fecha de finalización de la certificación. Si no envía su formulario de renovación antes del día 90, deberá presentar una nueva solicitud de cobertura médica.

¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese con nosotros por correo electrónico a medicaid.renewal@dc.gov