

Actualizaciones de Salud de Oregon y más para los socios comunitarios

9 de julio de 2024



Le damos la bienvenida a la serie de Actualizaciones de Salud de Oregon

- ¡Le damos la bienvenida al segundo seminario web de Actualizaciones de Salud de Oregon!
- ¿Para qué son estos seminarios web?
 - Adaptaremos y combinaremos el seminario web sobre el fin de la emergencia de salud pública por COVID-19 y la serie de “Oregon Primary Care Association office hours”
 - Cubriremos temas que actualmente son pertinentes para las personas que trabajan con miembros del OHP, como Puente a OHP y el final de la emergencia de salud pública.
 - Comenzaremos cada reunión con algunas actualizaciones, responderemos a preguntas que nos hayan hecho anteriormente y luego abriremos el espacio para conversar.

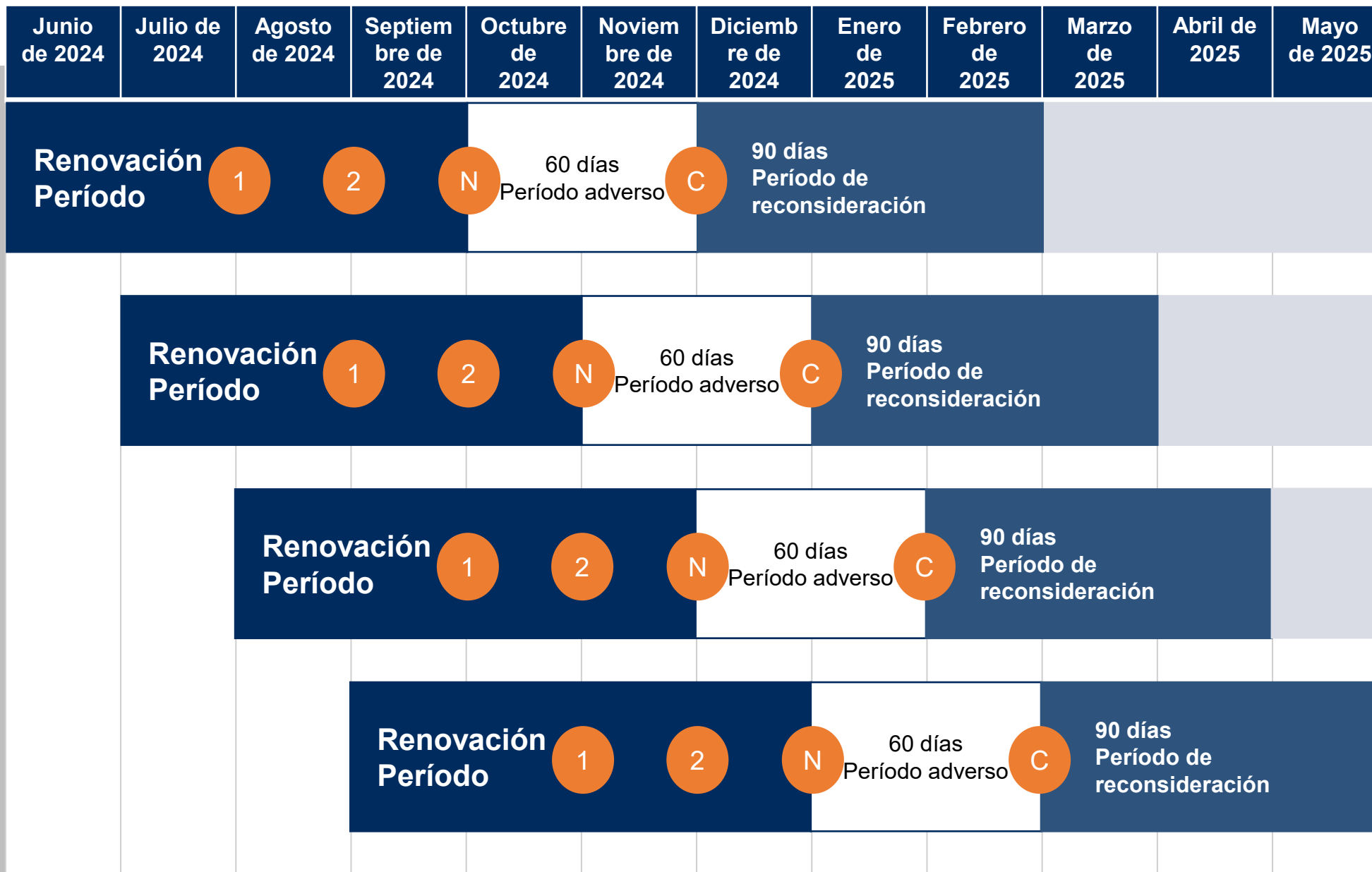
Agenda para hoy

- Finalización de la emergencia de salud pública por COVID-19 y actualizaciones del proceso de renovación
- Actualizaciones del programa Puente a OHP (OHP Bridge, en inglés)
 - Respuestas a preguntas
 - Puente a OHP (OHP Bridge) y abordar cambios
- Próximos cambios
 - Exención para personas involucradas con el sistema de justicia
 - Cambios para personas con DACA
- Espacio para conversar



Actualizaciones del proceso de renovación

Plazo de renovación extendido

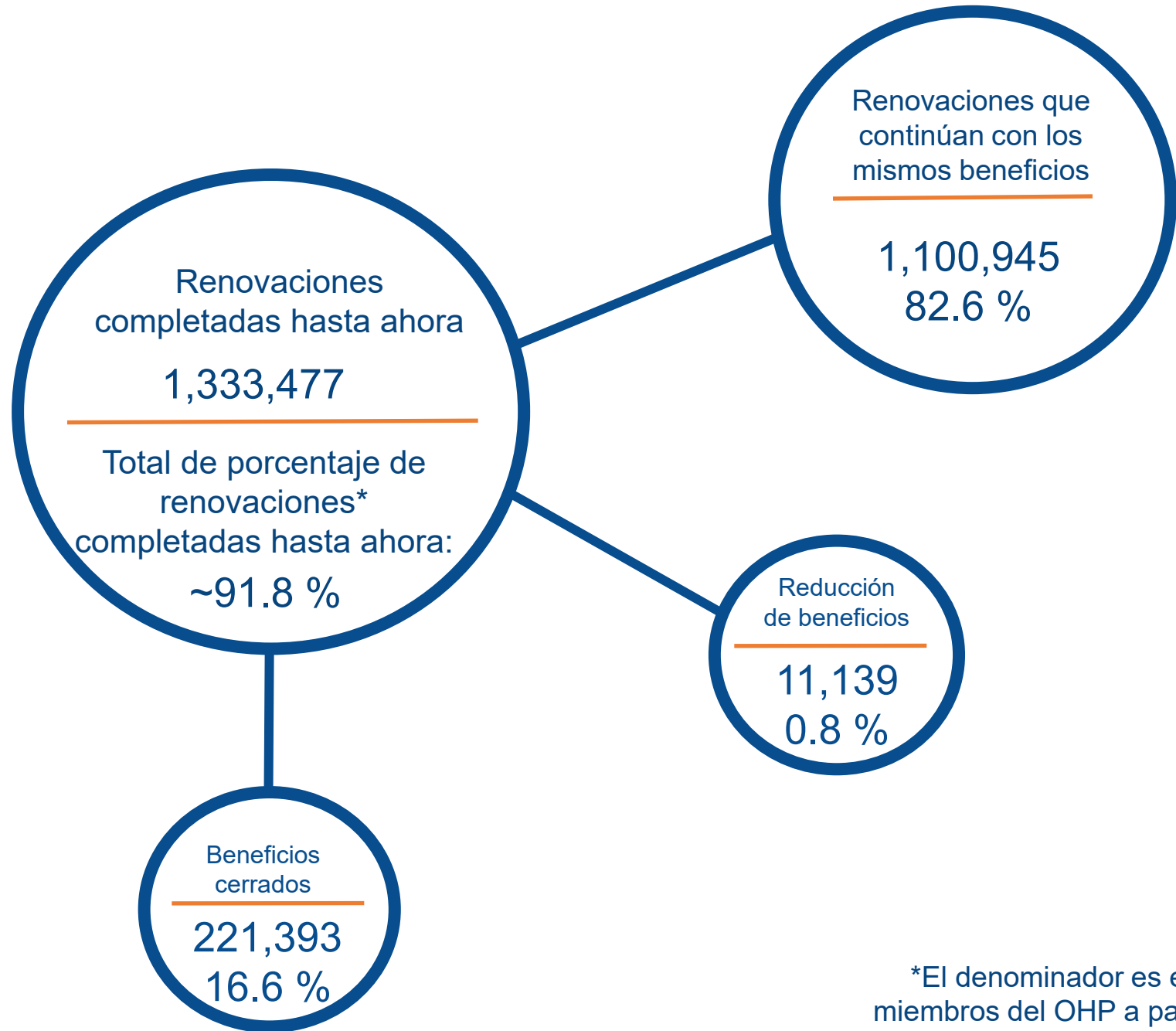


Clave interactiva

- 1 Primer aviso de recordatorio
- 2 Segundo aviso de recordatorio
- N Aviso de cierre
- C Cierre de la renovación
- Período de renovación
- Período adverso de 60 días
- Período adverso de 90 días

Resumen de renovaciones

Renovaciones completadas hasta el 3 de julio de 2024

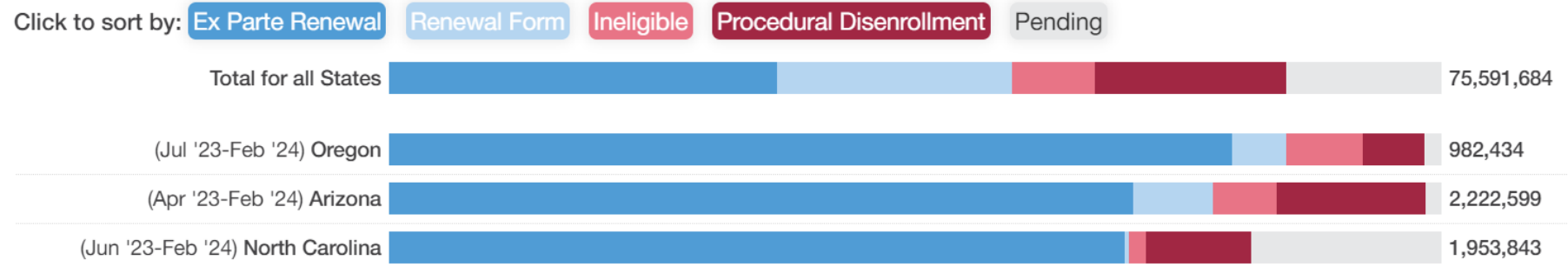


*El denominador es el total de miembros del OHP a partir de mayo

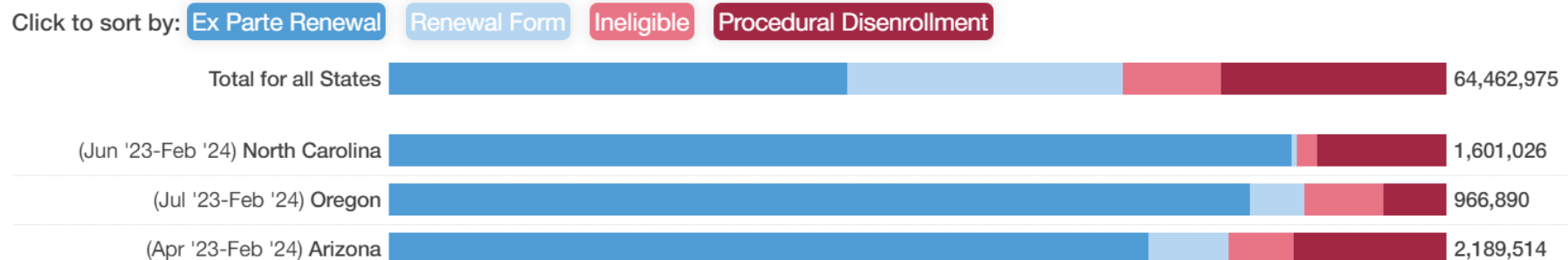
Es posible que Oregon tenga la tasa más alta de renovaciones

- Los comunicados de prensa hasta la fecha han usado la información de KFF que nos muestra en tercer lugar
- Sin embargo, un análisis de la Universidad de Georgetown, muestra lo siguiente:

All Renewals Due



Completed Renewals Only



Renovaciones restantes

- **Las renovaciones restantes por el fin de la emergencia pública que se procesaran durante el verano incluyen:**
 - A algunas personas que tienen OSIPM. El OSIPM brinda la cobertura del Plan de Salud de Oregon para personas que son legalmente ciegas, tienen una discapacidad o tienen 65 años o más y tienen ingresos y recursos financieros limitados.
 - Algunas personas cuyos beneficios fueron restablecidos o cuyas renovaciones fueron reprogramadas como parte de una solicitud federal para revisar los procesos de renovación automática.
 - Todos los demás miembros del hogar en casos con un miembro en los grupos antes mencionados.
- En comparación con la población más grande del OHP, es mucho más probable que las renovaciones restantes sucedan en personas de 65 años o más o que tengan una discapacidad. Extender las renovaciones en 4 meses permite más apoyo.
- Algunos beneficios de los miembros se cerraron o redujeron previamente y luego se restablecieron. Si los ingresos o recursos no han cambiado, anticipamos que tendrán el mismo resultado.
- Pronto, en el otoño, saldrá la guía “Ayuda para clientes sin MAGI en la renovación” para brindar apoyo con preguntas sobre recursos financieros y también una capacitación más amplia no relacionada con el ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI).

Preguntas sobre recursos financieros

- Los miembros que tengan recursos que superen los límites de elegibilidad siempre deben hablar con un trabajador de elegibilidad antes de tomar decisiones financieras.
- Las personas con OSIPM o servicios y apoyo a largo plazo (Long-term Services and Supports, LTSS) que tengan ingresos o recursos que superen los límites en el momento de la renovación podrían correr el riesgo de perder beneficios. Sin embargo, pueden tener opciones de redistribuir sus finanzas para poder seguir siendo elegibles.
- Las personas deben tener cuidado y buscar asesoramiento, porque algunas transferencias de bienes las descalificarán para los beneficios.
- No queremos que las personas pierdan los beneficios que les corresponden, se descalifiquen accidentalmente o que, por error, den pasos innecesarios como vender su casa para poder calificar.

Limitaciones

- Usted no puede brindar asesoramiento legal o financiero.
- Los trabajadores de elegibilidad pueden informarles a los miembros sobre sus opciones para seguir siendo elegibles. En algunos casos, los miembros pueden necesitar más ayuda de parte de un abogado que se especialice en la planificación de Medicaid o de un asesor financiero.
- Usted no puede brindar asesoramiento legal sobre si una transferencia de bienes específica está permitida o no.
- Los miembros deben tomar sus propias decisiones financieras.

Cómo pueden ayudar los socios

- Puede informarles a los miembros que pudieran tener opciones de gastar sus ahorros para ser elegibles, y que es importante que hablen con un trabajador de elegibilidad para saber cómo hacerlo correctamente para evitar una descalificación futura.
- Consulte a un trabajador de elegibilidad o encuentre recursos como del 211 para recibir asesoramiento legal o financiero, servicios legales a bajo o sin costo, o al Centro de Recursos para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad.
- Responda a las renovaciones y actualice sus recursos financieros disponibles.
- Ayude a los miembros que no estén de acuerdo con las decisiones de su solicitud a solicitar una audiencia.
- Ayude a los miembros a programar entrevistas o a ponerse en contacto con el centro de llamadas para Socios Comunitarios (CP por sus siglas en inglés) para completar este requisito.
- Ayude a los miembros a que envíen los formularios de verificación de bienes (MSC 2639) cuando se los soliciten.

Cambios en el sistema de renovación de mayo



Cambios en el sistema de Elegibilidad ONE para las renovaciones

- Se actualizó para manejar las renovaciones pasivas de forma individual, en lugar de por caso.



Proceso de renovación de beneficios médicos

- Ya no se permiten cancelaciones o reducciones sin brindarle a la persona la oportunidad de revisar y confirmar la información del caso.
- Cambios en las solicitudes de información al momento de la renovación.



Mejoras a los avisos


- Un único aviso de renovación reemplaza los avisos de renovación pasiva y activa anteriores.
- Cambios para que los avisos de renovación y elegibilidad para beneficios médicos sean más fáciles de leer y para brindar más detalles sobre las decisiones.

Renovaciones pasivas a nivel individual

- Solución de un problema encontrado en el sistema de renovación de 30 estados
- **Antes:**
 - Cuando el sistema intentaba realizar la renovación pasiva de un caso, si un miembro del hogar no podía renovar de forma pasiva, todos los miembros del hogar recibían un paquete de renovación activa y debían responder.
 - Si no respondían, se podían cerrar los beneficios para todos los miembros del hogar, incluidos los miembros que se podrían haber renovado de forma individual.
- **De ahora en adelante:**
 - El sistema puede separar individualmente las acciones requeridas dentro de un caso.
 - Esto garantizará que los miembros del hogar que podrían haber realizado una renovación pasiva mantengan la cobertura incluso si otros miembros del hogar no responden.


Descripción general de los cambios en los avisos

- Cambios de diseño para que los avisos de renovación y elegibilidad sean más fáciles de leer.
 - Resumen de la información importante al frente en la página 1
- Más enfoque en el nivel de beneficios (OHP Plus) en lugar del programa (adulto con MAGI)
- Ejemplos de avisos disponibles hasta ahora:
 - <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/OHPLetters/MED-001-ES.pdf>
 - <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/OHPLetters/MED-001-EN.pdf>
 - Aun estamos en proceso de terminar la guía sobre avisos.







Earliest Action Required by 07/19/2024

Medical Renewal Notice

Hello 

We used the information we have in our system to check if your household is eligible. A summary of the results for each member of the household requiring a renewal is below:

  (22 years)	
Action required to complete this person's renewal	This person needs to provide proof, information, and a signature to complete their renewal. The details on what is needed is included in this letter.
  (Under 1 year)	
Medical benefits approved	This person is approved for medical benefits. The details are found in their Medical Benefit Overview.

Explicaciones ante el traspaso a nuevos programas

- Ejemplo de aviso:
Después de que un niño cumple 1 año, pasa de “MAGI para niños de 1 año” a “MAGI para niños de 1 a 18 años”.
- Este es un traspaso entre programas dentro de la misma categoría de beneficios del OHP.
- Nueva explicación:
“Continuarán recibiendo los mismos beneficios”.

- Resumen de la página 1:

✓ **[Redacted]** (Under 1 year)

Medical benefits approved: This person has been moved to a different program because something changed, but they will continue to receive the same benefits. Details can be found in their Medical Benefit Overview.

- Resumen individual:

Medical Benefits Overview

Medical Benefit Overview for **[Redacted]** (Under 1 year)

These are this person's medical benefits. They begin on the 'Benefit Start Date'.

Medical Benefit	Decision	Benefit Start Date	Benefit End Date	Reason
OHP Plus (Full Medical)	Benefit Approved	07/01/2024	08/31/2024	This person was found eligible
OHP Plus (Full Medical)	Benefit Approved	09/01/2024	No Current End Date	This person was found eligible

Continuous Eligibility Period: 09/01/2024-08/31/2029

MAGI Child - under age 1 (07/01/2024 - 08/31/2024) is for children up to 1 year old:
410-120-1210; 410-200-0415 ; 410-120-0006

MAGI Child - age 1 through 18 (09/01/2024 - No Current End Date) is for individuals ages 1-18 years old: 410-120-1210; 410-200-0415 ; 410-120-0006

Cambios en el proceso de renovación

- **Un único aviso de renovación**
 - Reemplazar los avisos de renovación pasiva y activa actuales, solucionar situaciones en las que los avisos de renovación y la solicitud de información podrían llegar por separado.
- **Reducción y aclaración de las renovaciones pasivas con peticiones de información adicional**
 - En la mayoría de las renovaciones, solo se pedirá la información requerida, en lugar de decirle al miembro que se le ha realizado una renovación y debe presentar información. Ahora los avisos son más claros para las situaciones restantes (solicitudes de inmigración y ciudadanía).
- **Se pedirá a más personas que respondan antes de cerrar los beneficios**
 - En lugar de cancelar automáticamente los beneficios cuando alguien sobre pase los ingresos, el sistema le pedirá al miembro que verifique si los ingresos incluidos en el expediente son correctos.

Otras actualizaciones

Cambios para personas con DACA

- El gobierno federal acaba de anunciar que, a partir del 1º de noviembre, las personas con estado de Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (Deferred Action for Childhood Arrivals, DACA) calificarán para el Mercado de Seguros de Salud y ayuda financiera.
- Esto también se aplicará al programa Puente a OHP (OHP Bridge)
- Actualmente no hay certeza de si esto entrará en vigencia para Puente a OHP el 1º de noviembre.
- Oregon se compromete a implementar lo antes posible.

Actualización sobre la exención para personas involucradas con el sistema de justicia

- ¿Cuál es el estado de los próximos cambios en OHP y el encarcelamiento?
 - Se acaba de aprobar la solicitud de Oregon de ofrecer beneficios a las personas que están saliendo de prisión.
 - Los beneficios estarán disponibles en 90 días antes de que salgan de custodia para apoyar su reintegración a la comunidad y prevenir interrupciones a la atención de salud mental y salud física.
 - Oregon Health Authority (OHA, por sus siglas en inglés) está creando beneficios que se anunciarán, probablemente en 2026.
 - Lea más en el comunicado de prensa de la semana pasada:
<https://content.govdelivery.com/accounts/ORHA/bulletins/3a69790>

Puente a OHP (OHP Bridge, en inglés)

¿Qué es Puente a OHP (OHP Bridge)?

- Puente a OHP es un nuevo beneficio para personas adultas con ingresos más altos. Las personas que reciben beneficios del programa Puente a OHP deben:
 - tener ingresos de hasta el 200 % del nivel federal de pobreza;
 - tener entre 19 y 64 años;
 - no tener acceso a otro seguro de salud asequible, y
 - tener un estado de inmigración o ciudadanía elegible para reunir los requisitos.
- Puente a OHP es casi lo mismo que OHP Plus.
- Puente a OHP es una cobertura gratuita sin costos para el miembro (como copagos o deducibles).

En Oregon, tendremos dos programas Puente a OHP, mayormente con el mismo paquete de beneficios.

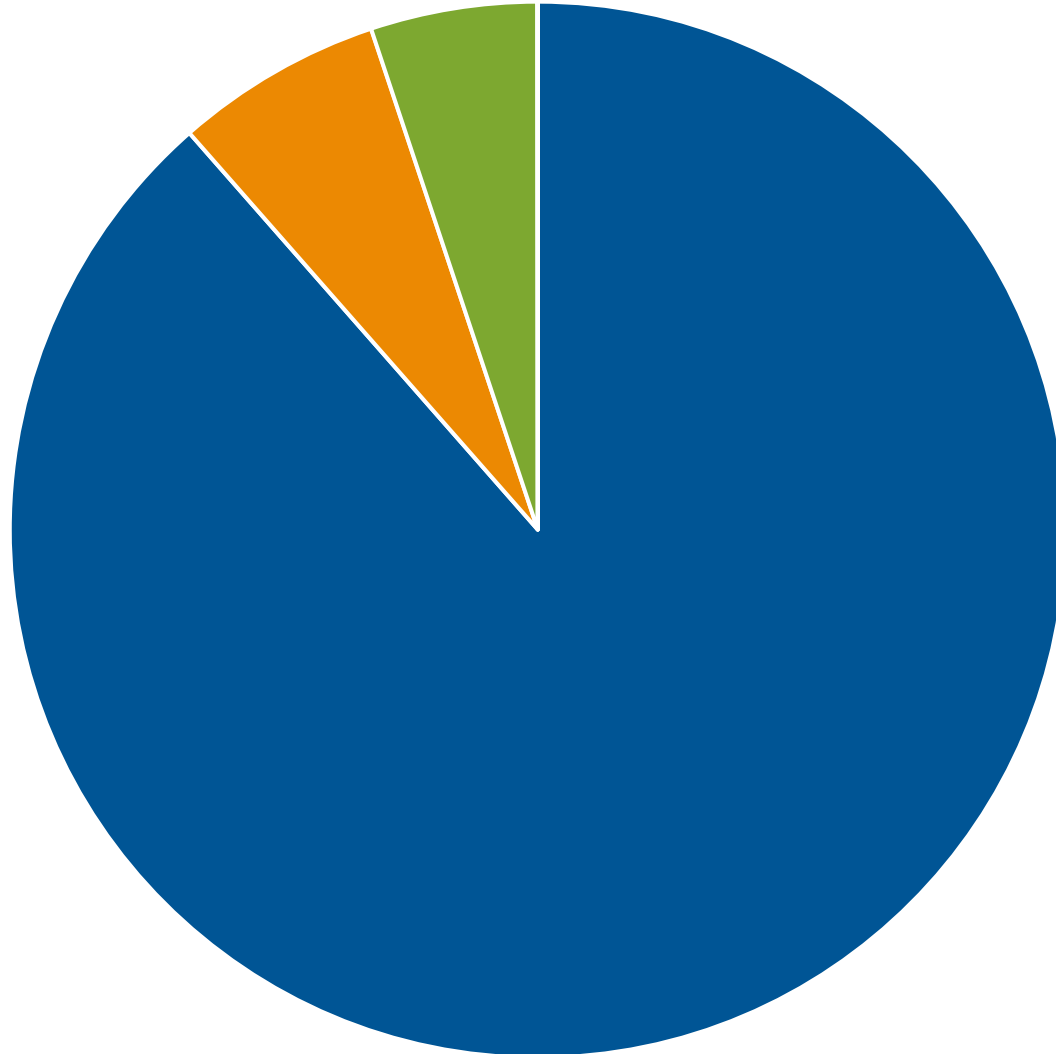
Puente a OHP: Programa Básico de Salud (BHP)

- Administrado exclusivamente por organizaciones de atención coordinada (Coordinated Care Organization, CCO)
- Sin opción para tarjeta abierta

Puente a OHP: Medicaid básico (BBM)

- Permite a las personas inscritas la opción de elegir entre una CCO y una tarjeta abierta
- Solo está disponible para Nativos de América del Norte/nativos de Alaska

Estadísticas de lanzamiento del 1º de julio (25,736 miembros)



- Se trasladó a 22,784 personas a OHP Bridge a partir del 1.º de julio.
- 1,636 personas se quedaron en la Expansión temporal de Medicaid (Temporary Medicaid Expansion, TME) y tienen pendiente una revisión mayor de elegibilidad.
- Se trasladó a 1,313 personas a otra categoría de elegibilidad médica (es decir, Medicaid).
- Se cerró a 3 personas debido a un motivo válido.

¿Quiénes se inscribirán en el programa Puente a OHP en los próximos años?

Personas sin seguro médico

Los miembros nuevos pueden solicitar la cobertura a partir del 1.º de julio.

Personas que vienen del Mercado

Las personas que en la actualidad tienen cobertura del Mercado con ingresos de entre el 138 % y el 200 % del FPL pasarán a Puente a OHP gradualmente a lo largo del transcurso de tres años.

Personas que vienen del Plan de Salud de Oregon

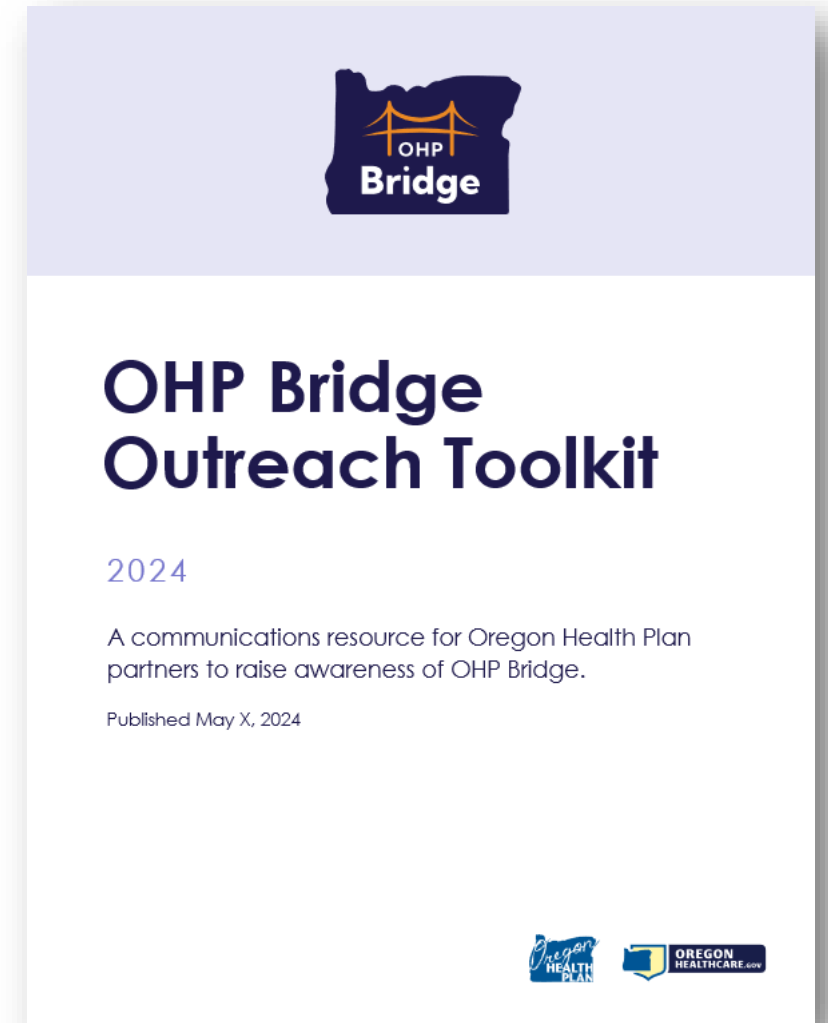
Las personas con ingresos de entre el 138 % y el 200 % del FPL mantuvieron el OHP después de la finalización de la emergencia por la pandemia (“Expansión temporal de Medicaid”). La mayoría pasará a Puente a OHP el 1.º de julio.

Capacitación para socios

- La capacitación para socios comunitarios sobre el programa Puente a OHP ha estado disponible **desde el 15 de mayo** a través de Trackstar en:
 - Inglés: orhim.info/BridgeTraining
 - Español: orhim.info/CapPuente
- Recomendamos enfáticamente que complete la capacitación.

Recursos Nuevos

- Ahora están disponibles una sección de **Preguntas frecuentes** y **Kit de herramientas de alcance** en la página web de Puente a OHP. ¡Pronto habrá más materiales disponibles!
 - Inglés: ohp.Oregon.gov/Bridge
 - Español: ohp.Oregon.gov/Puente
- Las Guías de ingresos del Programa de Alcance de Socios Comunitarios (Community Partner Outreach Program, CPOP, por sus siglas en inglés) fueron actualizadas y están disponibles en el servidor de formularios y Groupsite (9954d).



Puente a OHP e informes sobre cambios de dirección/ domicilio

- Cuando una persona que tiene Puente a OHP – Programa Básico de Salud (BHP) informa sobre un cambio de dirección al mudarse a un área nueva de servicio, habrá un periodo sin cobertura antes de que se le asigne al nueva CCO.
- Para los miembros de Puente a OHP – Medicaid básico (BBM), esto no suele ser un problema porque pueden obtener acceso a servicios de salud bajo Tarjeta abierta o una tarifa por servicio (Fee for Service, FFS) durante el período sin cobertura del CCO, pero los miembros de BHP deben estar inscritos en una CCO para obtener acceso a la atención.
- Se brindó más información en el boletín informativo de actualizaciones para los Socios Comunitarios del jueves pasado.

Puente a OHP e informes sobre cambios en la dirección

Para ayudar a reducir los lapsos en la cobertura para las personas con Puente a OHP– BHP:

1. Ingrese el cambio en la dirección en ONE Online a través del botón “Informar sobre un cambio en Cómo nos comunicamos con usted”.
2. Envíe un correo electrónico a la Unidad de Servicios al Cliente (CSU, por sus siglas en inglés) del OHP a Ask.OHP@odhsosha.oregon.gov para solicitar una reinscripción más rápida a la nueva CCO.

Respuesta a sus preguntas

Preguntas de asistentes/socios comunitarios

- Los asistentes y socios comunitarios pueden enviar preguntas al equipo de Puente a OHP en tres formas:
 - a través de su ROC del Programa de Alcance para Socios Comunitarios (CPOP);
 - por medio del correo electrónico de Puente a OHP (OHPBridge@oha.Oregon.gov);
 - [a través del formulario de registración de Actualizaciones de Salud de Oregon;](#)
 - en estas reuniones mensuales
- Las respuestas se brindarán durante el seminario web todos los meses.
- Las respuestas escritas se enviarán a la persona que hizo la pregunta después del seminario web

Pregunta ***ACTUALIZADA***: Edad y elegibilidad para Puente a OHP

Pregunta

Si alguien que tiene 64 años y es aceptado en el programa Puente a OHP, pero después cumple 65 años, ¿retirarán a esta persona del programa cuando cumpla 65?

Respuesta ***ACTUALIZADA***

En el caso para la mayoría de los miembros, la respuesta es sí. Los miembros del Puente a OHP-Programa de Salud Básico saldrán del programa a finales del mes en que cumplan 65 años.

Las personas que tengan Puente a OHP – Medicaid básico y no se inscriban en Medicare al cumplir 65 años mantendrán la cobertura hasta que termine su período de elegibilidad continua (pero perderán la elegibilidad de Puente a OHP cuando se inscriban en Medicare). Se evaluará a todas las personas para otros programas en caso de que puedan ser elegibles antes de cerrar los beneficios.

Pregunta: Medicare y Puente a OHP

Pregunta:

¿Las personas con Medicare que tienen entre 19 y 64 años de edad pueden ser elegibles para Puente a OHP si cumplen con los criterios de ingresos?

Respuesta:

No. Puente a OHP no estará disponible para las personas que tengan acceso a otra cobertura de salud como Medicare.

Pregunta: Número que aparece en los avisos

Pregunta:

Soy un trabajador de elegibilidad y asistí a capacitación TT4T [capacitación para trabajadores del estado] de ayer. Llamé hace un minuto al número que aparecía en los avisos de Puente a OHP que se han enviado a los clientes. En la grabación, se indicaba que la oficina estaba actualmente cerrada y que el horario de servicio al cliente era de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., y que volviera a comunicarme en ese horario. ¿Hay algún tipo de problema técnico como el que tuvimos ayer que afectó el sistema telefónico? ¿Por qué este número es distinto al número del Centro de Servicio al Cliente de ONE?

Respuesta:

El número en los avisos dirige al personal de apoyo técnico telefónico de PH Tech que forma parte del Centro de Servicio al Cliente. El problema con la línea de teléfono se ha resuelto a partir del 28 de junio, y los teléfonos funcionan con normalidad.

Pregunta: Cómo optar para no recibir beneficios de Puente a OHP

Pregunta:

Ahora tenemos clientes que calificarán para el OHP, pero no quieren inscribirse porque tienen proveedores médicos esenciales que no aceptan OHP o porque, aunque sus ingresos sujetos a impuestos actuales sean bajos, tienen grandes cantidades de bienes y están dispuestos y pueden pagar por el seguro de salud. Hemos podido agregar el potencial ingreso por “inversión, dividendo u otro” para ponerlos sobre el límite de OHP. Con Puente a OHP, esto es más difícil porque ahora el límite de ingresos es mucho más alto. Esto obligará a más clientes a pagar la prima total para mantener a sus proveedores y a sus compañías de seguro actuales. ¿No hay una opción para rechazar esta opción?

Respuesta:

No hay una opción para “optar para no recibir beneficios” a través de Puente a OHP que le permita alguien recibir ayuda financiera a través del Mercado en lugar de inscribirse en Puente a OHP. A partir del 1.º de julio de 2024, las personas que soliciten la cobertura de salud a través del Mercado y cuyos ingresos se encuentren entre el 138 % y el 200 % del FPL serán referidos al estado para evaluar su elegibilidad para Puente a OHP. Si el estado cree que esas personas son elegibles para Puente a OHP, no serán elegibles para la ayuda financiera a través del Mercado.

Pregunta: Comunicaciones con los clientes del Mercado

Pregunta:

Este programa entro en vigor el 1.º de julio. No he visto nada en las noticias y ninguno de mis clientes del Mercado me han informado que han recibido información de este programa. ¿Quién es responsable de enviar información e instrucciones a los clientes del Mercado que probablemente sean elegibles?

Respuesta:

Ni HealthCare.gov ni el Mercado de Seguros de Salud de Oregon pueden identificar qué personas inscritas actualmente en el Mercado podrían calificar para Puento a OHP. Además, las personas inscritas en el Mercado pasarán automáticamente a Puento a OHP. Estas personas obtendrán información sobre el programa cuando actualicen su solicitud si se determina que podrían ser elegibles para Puento a OHP.

Los socios pueden encontrar recursos adicionales en nuestro sitio web ohp.oregon.gov/bridge. Allí se incluyen las Preguntas frecuentes que se actualizarán con frecuencia y un kit de herramientas de alcance que los socios, asistentes y agentes pueden utilizar para guiar a los posibles miembros a través del proceso de solicitud.

Pregunta: Especialistas en Acceso a OHP y Puente a OHP

Pregunta:

¿Los especialistas en Acceso al OHP (que se encuentran en nuestro edificio principalmente para asistir a clientes del Centro de Salud Calificado Federalmente, [Federally qualified healthcare center, FQHC]) también ayudarán a las personas a inscribirse al nuevo programa?

Respuesta:

Sí, los socios comunitarios certificados en OHP pueden ayudar a las personas a solicitar Puente a OHP. Solicite Puente a OHP a través de las mismas vías que solicita el OHP.

Pregunta: Opciones de CCO

Pregunta:

¿Cuáles son las opciones de CCO en el Condado de Lane; serán las mismas que OHP (Trillium y Pacific Source)? ¿Y las personas podrán elegir entre estas opciones?

Respuesta:

Las mismas CCO que administran el OHP tradicional administrarán Puente a OHP y cubrirán las mismas áreas de servicio.

Si un miembro se encuentra en un área en la cual hay varias CCO, entonces esta persona tendrá la oportunidad de elegir igual que lo hace en OHP Plus. Si vive en un área en la que solo presta servicios una CCO, entonces no podrá elegir.

Pregunta: Preparación que pueden hacer los proveedores o las clínicas para Puente a OHP

Pregunta:

Nuestra oficina está aprendiendo sobre el nuevo plan Puente a OHP que se lanzó el 1.º de julio. ¿Hay algo que debemos hacer por nuestra parte para asegurarnos de que tenemos las credenciales o el contrato necesarios para ver a clientes con este nuevo plan?

Respuesta:

No, los proveedores inscritos con sus Organizaciones de Atención Coordinada locales no deben hacer nada más para ver a clientes con Puente a OHP. Puente a OHP requiere inscripción en una CCO para la gran mayoría de los miembros. Solo aquellos miembros que sean Nativos de Norteamérica o nativos de Alaska tendrán la opción de tener cobertura con una tarjeta abierta o tarifa por servicio a través de Puente a OHP – Medicaid básico

Pregunta: ¿Cómo determina los ingresos Puente a OHP?

Pregunta:

¿Cómo el Plan Puente a OHP determina los ingresos? Como sabe, existe una diferencia entre la determinación de ingresos del hogar del Plan de Salud de Oregon y los ingresos brutos ajustados (Adjusted Gross Income, AGI) del Mercado. ¿Cuál utiliza el Plan Básico? Por ejemplo, el pastor de una iglesia recibe un subsidio de vivienda por parte de su congregación. Como estos ingresos no están sujetos a impuestos, no se los toman en cuenta para los ingresos del Mercado. Sin embargo, el OHP los cuenta como ingresos del hogar. ¿Cuáles ingresos se utilizarán para Puente a OHP?

Continuación de la pregunta: ¿Cómo determina los ingresos Puentes a OHP?

Respuesta:

Los ingresos se calcularán usando las reglas de ingreso bruto ajustado modificado (MAGI), como usa el Mercado. Los programas de Medicaid/Plan de Salud de Oregon que se basan en el ingreso bruto ajustado modificado tampoco cuentan los subsidios de vivienda pastorales para la elegibilidad. Sin embargo, los programas basados en la Edad, Ceguera o Discapacidad (conocidos como “sin MAGI”) tomarán en cuenta los subsidios de vivienda pastoral para la elegibilidad. En el sistema de elegibilidad ONE, se les pide a los miembros que proporcionen información sobre su ingreso y luego se la incluirá o descartará según sea necesario. Para ver qué ingresos y deducciones se considerarán, utilice las hojas de datos de ACA MAGI del Mercado en:

Inglés: <https://orhim.info/MAGI-ENG>

Español: <https://orhim.info/MAGI-SPN>

Pregunta: Renovaciones del Mercado y Puente a OHP

Pregunta:

En el kit de herramientas, se aclara que las personas con cobertura de mercado ahora podrán mantener sus créditos fiscales hasta que “finalice el período de reinscripción automática”, al menos que hagan un cambio más pronto en la solicitud. Además de que “las personas elegibles para Puente a OHP deberán cancelar su propio plan de mercado, no se cancelará solo”. Si los clientes no vienen durante la inscripción abierta, su plan de mercado se renueva automáticamente justo a fines de diciembre. Si se las considera elegibles para Puente a OHP y los créditos fiscales se suspenden para enero, su transferencia electrónica de fondos para la prima con la compañía de seguros se creará antes del 5 de enero; si ellos no saben que esto está ocurriendo y no cancelan su plan de mercado y su prima total se cobra al principio de enero, esto sin dudas causará problemas graves. Como agentes, no tenemos ninguna manera de clasificar a nuestros clientes por ingresos, entonces sin mirar a cada cliente manualmente, no sabemos con certeza cuáles clientes calificarán para Puente a OHP.

Continuación de la pregunta: Renovaciones del Mercado y Puente a OHP

Respuesta:

Las personas inscritas en el Mercado que han dado permiso a HealthCare.gov para obtener acceso a sus registros del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) se inscribirán automáticamente con ayuda financiera, incluyendo los créditos fiscales para las primas y las reducciones del costo compartido, durante la inscripción abierta para el próximo año del plan. Aquellas personas que no hayan dado ese permiso se inscribirán automáticamente sin ayuda financiera. Cuando una persona inscrita en el Mercado actualiza su solicitud de HealthCare.gov, el sistema vuelve a evaluar la elegibilidad para la cobertura, incluyendo OHP y Puente a OHP. Si se determina que podría ser elegible para OHP o Puente a OHP, su información se enviará al estado para ser evaluados. Si el estado confirma que la persona es elegible para OHP o Puente a OHP, debe regresar al Mercado para cancelar su cobertura de Mercado.

Cada año el Mercado envía un aviso antes del periodo de inscripción abierta para confirmar la inscripción para el próximo año del plan. Cuando se vuelve a evaluar la elegibilidad, se genera un aviso mediante el cual la persona recibe información en cuanto a que pasos a seguir. Toda la correspondencia del Mercado está disponible en la cuenta de HealthCare.gov de la persona inscrita.

Pregunta: Beneficios retroactivos para Puente a OHP

Pregunta:

Soy un trabajador de elegibilidad en Eugene. ¿El programa Puente a OHP permitirá beneficios retroactivos?

Respuesta:

En la mayoría de los casos, no.

No hay cobertura retroactiva para Puente a OHP – Programa Básico de Salud, el cual tiene una fecha de inicio a futuro basada en el momento en que se determina la elegibilidad de la persona. Las personas que se consideran elegibles antes del día 15 de un mes tendrán cobertura a partir del 1.º día del mes siguiente, mientras que aquellas que sean encontrados elegibles entre el día 16 y finales del mes tendrán cobertura desde el primer día dos meses después del mes en el que fueron encontrados elegibles.

En cuanto a Puente a OHP – Medicaid Básico (que solo está disponible para personas Nativas de Norteamérica o nativas de Alaska), se siguen las reglas de cobertura retroactiva existentes para Medicaid. Sin embargo, no se ofrecerá ninguna cobertura retroactiva para los meses antes de la fecha de lanzamiento de OHP Bridge del 1.º de julio de 2024.

Pregunta: Cómo informar sobre un cambio de vida al FFM

Pregunta:

Una persona inscrita en un plan de salud calificado (Qualified Health Plan, QHP) informa sobre un cambio de vida al Mercado Facilitado a Nivel Federal (Federally facilitated Marketplace, FFM); este envía su información al OHP, ya que el FFM determina si la persona podría ser elegible para el OHP o no. ¿Podría explicar un poco más lo que sucede después de eso? ¿La OHA inscribirá a la persona en el OHP una vez que apruebe su elegibilidad? Si es así, ¿cómo será el proceso y cuál será el plazo correspondiente? ¿Sería más eficaz para la persona solicitar el OHP a través de one.oregon.gov después de que el FFM envíe su información al OHP?

Continuación de la pregunta: Cómo informar sobre un cambio de vida al FFM

Respuesta:

Cuando las personas inscritas en el Mercado envían un cambio a HealthCare.gov, el sistema vuelve a evaluar la elegibilidad para los programas de cobertura y la ayuda financiera. Si se descubre que la persona podría ser elegible para el OHP o el Puente a OHP, su información se envía al estado, que decidirá si esa persona es realmente elegible y la inscribirá en el programa para el cual califique.

De manera alternativa, las personas inscritas que crean que pueden calificar para el OHP o el Puente a OHP, pueden solicitar directamente a través del sistema ONE en benefits.oregon.gov. Si se determina que son elegibles para el OHP o Puente a OHP, deben informar sobre su nueva cobertura en HealthCare.gov, y de este modo se termine su ayuda financiera y se cancelará su inscripción. Debido al tiempo de procesamiento y transferencia de datos, esta podría ser una forma más rápida para que las personas reciban los beneficios de OHP o Puente a OHP.

Pregunta: Verificación de ingresos y Puente a OHP

Pregunta:

¿Cuál es el proceso para obtener la verificación de ingresos? y ¿será por mes (p. ej., recibos) o por declaración de impuestos del año anterior?

Respuesta:

La verificación de ingresos funcionará de manera similar a la verificación de ingresos para otros beneficios del OHP; cuando se presente la solicitud, el sistema ONE pedirá un comprobante de ingresos si fuera necesario.

La elegibilidad para Puente a OHP para la mayoría de los miembros se basará en su ingreso anual, por lo que los documentos presentados deben coincidir con el ingreso anual reportado en la solicitud. Se pueden utilizar recibos o declaraciones de impuestos en respuesta a una solicitud de comprobante de ingresos. Puede ser útil incluir una explicación sobre la diferencia que haya entre los comprobantes proporcionados y los ingresos.

Pregunta: Avisos de junio

Pregunta:

Un consumidor se acercó a la oficina con un formulario 200-568804 de aviso de Puente a OHP en español. Cuando intentamos ver la correspondencia en ONE, este documento con fecha del 14 de junio de 2024 no se encontraba dentro de la correspondencia. ¿Esta carta de Puente a OHP se envió fuera de ONE?

Respuesta:

Sí, la primera de las dos cartas enviadas a personas que pasaban de OHP al Programa de Puente a OHP – Programa Básico de Salud fue un aviso personalizado enviado fuera del sistema ONE y que no era visible en la correspondencia de ONE. Esta fue la única opción para poder cumplir con los requisitos de aviso con 10 días de anticipación. El segundo aviso se generó a través del sistema ONE el 27 de junio para las personas que pasaron a Puente a OHP, estas notificaciones se pueden encontrar en el sistema ONE.

Pregunta: Elección de la cobertura

Pregunta:

¿Los residentes de Oregon cuyos ingresos se encuentren entre el 138 % y el 200 % del FPL, pero que deseen obtener seguro a través del Mercado en lugar de inscribirse en Puente a OHP perderán su crédito fiscal federal de ACA?

Respuesta:

Las personas que sean elegibles para Puente a OHP no calificarán para los créditos fiscales a través del Mercado. Sin embargo, ahora que se ha lanzado Puente a OHP, las personas inscritas actualmente en el Mercado no perderán de manera automática su cobertura en el Mercado ni la ayuda financiera. Las personas inscritas pueden conservar su plan con la ayuda financiera, incluyendo los créditos fiscales para primas y las reducciones en los costos compartidos, siempre y cuando hayan dado permiso para que HealthCare.gov tengan acceso a los registros del IRS para renovar, o hasta que actualicen su información, lo que ocurra primero. Las personas inscritas que no hayan dado permiso para que HealthCare.gov acceda a sus registros del IRS obtendrán una renovación automática a través de HealthCare.gov sin ayuda financiera.

Pregunta: Ingreso anual o ingreso mensual

Pregunta:

¿Puente a OHP se basa en un FPL del 200 % anualmente o mensualmente? Por ejemplo, alguien puede ganar menos del 200 % mensual, pero debido a bonos, gana más de un 205 % por año.

Respuesta:

Existen dos programas dentro de la categoría de Puente a OHP: Puente a OHP– Programa de Salud Básico y Puente a OHP– Medicaid básico.

Puente a OHP– Programa Básico de Salud tiene un límite de ingreso anual del 200 % del nivel federal de pobreza (FPL).

Por otro lado, Puente a OHP– Medicaid básico usa un límite de ingreso mensual del 205 % del FPL. Puente a OHP– Medicaid básico permite que los miembros Nativos de Norteamérica o nativos de Alaska puedan elegir entre la cobertura de tarjeta abierta o la inscripción en una organización de atención coordinada. Se evaluará para ambos programas a los solicitantes que sean Nativos de Norteamérica o nativos de Alaska.

Pregunta: Sin costos para los miembros

Pregunta:

¿Cuál es el razonamiento para no tener copagos ni ciertos costos?

Respuesta:

Esta población ya calificó para la cobertura con una ayuda financiera importante, pero también tenía más probabilidades de no tener seguro médico o tener retraso en la atención médica debido al costo. Los deducibles y copagos pueden impedir que las personas busquen atención médica, lo cual puede hacer que los problemas de salud se agraven y su tratamiento sea más costoso. Al eliminar el costo como una barrera, será más fácil para más personas acceder a la atención primaria y preventiva para tratar problemas de forma temprana y, de este modo, mejorar la salud de los miembros y reducir los costos de atención médica en todo el sistema.

Espacio para conversar

Próximas reuniones:

- Seminario web de junio en español:
 - 17 de julio a la 1:00 p. m.
- [Seminario web de agosto en inglés:](#)
 - 8 de agosto a la 1:00 p. m.
- Página web de Actualizaciones de Salud de Oregon (Office Hours, en inglés) :
<https://www.oregon.gov/oha/PHE/Pages/Office-Hours.aspx>

Gracias

Oregon
Health
Authority
