

Plan de compra de Medicaid

(Medicaid Purchase Plan)

¿Qué es el Medicaid Purchase Plan (Plan de compra de Medicaid)?

El Medicaid Purchase Plan (Plan de compra de Medicaid, MAPP) ofrece a las personas con discapacidades que trabajan, o quieren hacerlo, la oportunidad de acceder a una cobertura de atención médica de Medicaid con beneficios completos. Con el MAPP, puede obtener límites más altos de ingresos y activos que otros planes de Medicaid.

¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad?

Para acceder al MAPP, debe:

- Tener al menos 18 años.
- Ser residente de Wisconsin.
- Ser ciudadano de EE. UU. o un inmigrante calificado.
- Haber recibido una determinación de discapacidad de la Disability Determination Bureau (Oficina de Determinación de Discapacidad).
- Tener un ingreso familiar ajustado que no supere el 250 % del federal poverty level (nivel federal de pobreza, FPL) (dhs.wi.gov/medicaid/fpl.htm) según el tamaño de su grupo familiar.
- Tener activos individuales por de bajo de \$15,000. Se consideran activos contables el dinero en efectivo, las cuentas bancarias, los certificados de depósitos y las acciones y bonos, entre otros. No se contabilizan su vivienda y un vehículo.
- Cumplir el requisito de trabajo del MAPP.
- Pagar una prima mensual, si corresponde.

¿Qué cubre el MAPP?

- Consultas con el personal médico
- Vacunas
- Atención hospitalaria
- Equipos médicos
- Servicios para la audición, incluyendo audífonos
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Transporte a servicios de Medicaid
- Cuidado de la vista, incluyendo anteojos
- Medicamentos recetados
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Terapia del habla
- Servicios de salud mental
- Servicios dentales

¿Debo pagar para obtener el MAPP?

Según su ingreso, es posible que deba pagar una prima para obtener el MAPP. Una prima es el monto que debe pagar cada mes para acceder a su cobertura. La prima se calcula solo sobre su ingreso antes de aplicar los impuestos y otras deducciones, no sobre los ingresos de otras personas en su grupo familiar.

Si el total de su ingreso bruto mensual es superior al 100 % del FPL, tendrá que pagar una prima mensual para mantener sus beneficios del MAPP. Los miembros del MAPP pueden solicitar una exención temporal de la prima si no pueden pagarla debido a dificultades o una situación difícil.

¿Cuál es el requisito de trabajo del MAPP?

Para acceder al MAPP, debe cumplir un requisito de trabajo. Sus opciones son las siguientes:

- Participar en una actividad laboral al menos una vez al mes. Esto implica recibir salarios de un empleador, por trabajar por cuenta propia o por intercambiar trabajo en especie por bienes o servicios.
- O bien, inscribirse en el programa Health and Employment Counseling (Consejería para salud y empleo, HEC) previo a la contratación si actualmente no tiene empleo pero está buscando trabajo. Para obtener más información sobre HEC, visite dhs.wi.gov/employment-skills/hec.htm.

¿Puedo ahorrar mientras estoy inscrito en el MAPP?

Los miembros del MAPP pueden ahorrar hasta la mitad de sus salarios en una Independence Account (cuenta de independencia) sin perder su cobertura. Una Independence Account (cuenta de independencia) es una cuenta financiera que no se contabiliza dentro de su límite de activos de MAPP de \$15,000. Puede usar estos ahorros para cualquier fin. Si ahorra más de la mitad de sus ingresos durante 12 meses, deberá pagar una sanción.

Cuando se afilia al MAPP, todo el dinero que tenga en una cuenta de jubilación o pensión contará para el límite de activos de \$15,000. Cuando se convierte en miembro del MAPP, puede registrar estas cuentas como una Independence Account (cuenta de independencia).

¿Mi familia tiene cobertura disponible a través del MAPP?

No, los beneficios del MAPP solo cubren a las personas elegibles que solicitaron el plan. Los familiares que no son elegibles para acceder al MAPP pueden obtener cobertura médica mediante BadgerCare Plus u otro programa de Medicaid de Wisconsin.

Cómo enviar la solicitud

Puede solicitar el MAPP de las siguientes maneras:

- En línea, visitando access.wi.gov
- Por correo postal. Descargue el paquete de solicitud F-10101 de Medicaid de Wisconsin para personas mayores, ciegas o discapacitadas. Puede encontrarlo en dhs.wi.gov/library/collection/f-10101.
- Por teléfono o en persona en su agencia local. Para buscar su agencia, visite dhs.wi.gov/im-agency.

¿Tiene preguntas adicionales?

- Para obtener más información sobre el MAPP, visite dhs.wi.gov/medicaid/mapp.
- Si tiene preguntas sobre elegibilidad, comuníquese con su agencia local. Encuentre su agencia en la página dhs.wi.gov/im-agency.
- Si necesita ayuda para enviar una solicitud, debe comunicarse con su oficina local del Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRC). Para obtener información de contacto, visite findmyadrc.com.
- Llame al 800-362-3002 (voz) o al 711 (TTY) para comunicarse con Servicios para Miembros y obtener información sobre los servicios o proveedores cubiertos.

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo (lo que incluye embarazo, identidad de género y orientación sexual). El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, dhsccr@dhs.wisconsin.gov. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetztscht, kantscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	ພາສາລາວ (Laotian) ເລີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາຕີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).