

Expansión de Medicaid en Carolina del Norte

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

PARA EL PÚBLICO BENEFICIARIO

PREGUNTAS GENERALES

¿Carolina del Norte expandió el acceso a Medicaid?

Sí. Más habitantes de Carolina del Norte ya pueden obtener cobertura médica a través de Medicaid. Desde el 1 de diciembre, NC Medicaid cubre a personas de 19 a 64 años con ingresos más altos de lo que se permitía antes. Muchos habitantes de Carolina del Norte que previo al 1 de diciembre no calificaban para cobertura médica a través de NC Medicaid ahora pueden calificar.

¿Qué servicios de salud cubrirá Carolina del Norte?

La cobertura médica a través de Medicaid es integral. Debido a que estos servicios están cubiertos por Medicaid, se brindan a bajo costo o sin costo para usted. Los servicios incluyen, pero no se limitan, a:

- atención primaria para que vaya al médico para un chequeo de rutina o cuando no se sienta bien
- servicios hospitalarios cuando necesita pasar la noche en el hospital (paciente hospitalizado) o cuando puede irse a casa el mismo día (paciente ambulatorio)
- atención de maternidad y posparto si está embarazada y después de dar a luz
- servicios de visión y audición
- beneficios de medicamentos recetados
- salud del comportamiento
- servicios preventivos y de bienestar
- servicios de salud dental y bucal
- dispositivos médicos y otras terapias

¿Quién podrá obtener cobertura médica a través de NC Medicaid?

La mayoría de las personas pueden obtener cobertura de atención médica a través de Medicaid si cumplen con los criterios a continuación. Si antes era elegible, todavía lo es. Criterio de elegibilidad:

- Vivir en Carolina del Norte
- Tener entre 19 y 64 años
- Ser ciudadano (algunas personas que no son ciudadanos estadounidenses son elegibles para obtener cobertura médica a través de Medicaid)
- Si los ingresos de su hogar están dentro del cuadro a continuación:

Tamaño del hogar	Ingreso anual (previo a impuestos)
Adultos solteros	\$20,120 o menos
Familia de 2 personas	\$27,214 o menos
Familia de 3 personas	\$34,307 o menos
Familia de 4 personas	\$41,400 o menos
Familia de 5 personas	\$48,493 o menos
Familia de 6 personas	\$55,586 o menos

¿Cómo puedo solicitar Medicaid?

Puede presentar su solicitud en línea a través de ePASS, un sitio web seguro de autoservicio que puede encontrar visitando ePASS.nc.gov. Cuando presente su solicitud en línea, puede evitar tener que ir en persona a una oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS). Y si su solicitud está completa, es posible que se procese más rápido.

Si no puede presentar su solicitud en línea, puede hacerlo en persona visitando o llamando a su oficina local del DSS, o enviando por correo una solicitud impresa disponible en medicaid.ncdhhs.gov/solicitud-para-imprimir. Para encontrar su oficina local del DSS, visite el sitio web ncdhhs.gov/localDSS. (Cuando visite estas páginas, seleccione 'español' en la parte superior derecha de las páginas.)

¿Puedo pre calificar para Medicaid bajo la elegibilidad de expansión?

Usted no puede "pre calificar" para Medicaid. Se le evaluará la elegibilidad y se evaluará para todos los programas de Medicaid utilizando las reglas de elegibilidad. Esté atento a las estafas. No es posible "pre calificar" para recibir Medicaid.

¿Los padres tienen que cumplir requisitos adicionales para obtener NC Medicaid?

Los padres que no cumplan los requisitos de elegibilidad para la cobertura como padre/madre/cuidador pueden seguir reuniendo los requisitos según las normas ampliadas si tienen entre 19 y 64 años y cumplen otros requisitos de elegibilidad. Todos los hijos del hogar menores de 21 años deben [tener un seguro médico que cumpla los requisitos de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Precio](#) (Affordable Care Act en inglés). Ese seguro médico puede ser Medicaid o una cobertura de salud privada.

¿Cuánto tiempo se demorará el proceso para determinar si soy elegible para obtener Medicaid una vez que presente la solicitud?

El proceso puede tomar hasta 45 días después de que presente una solicitud. Las solicitudes incompletas pueden tardar más. Si su solicitud está incompleta o si se necesita más información, su oficina local del DSS le pedirá información adicional. Es posible que se comuniquen con usted por correo, teléfono, correo electrónico o mensaje de texto, y por eso es importante que su información de contacto esté actualizada y completa para asegurar que su trabajador social pueda comunicarse con usted.

Recibirá una carta por correo que le indicará si fue aprobado o rechazado. Los Representantes Autorizados recibirán la misma comunicación.

¿Cuándo comienza mi cobertura de salud de Medicaid?

La fecha de inicio de la cobertura depende de cuándo solicita Medicaid. A continuación, se muestran ejemplos de situaciones que las personas pueden experimentar:

- Usted completa una solicitud para obtener Medicaid en diciembre. Su solicitud no se procesa hasta enero (o después). Pero necesita cuidado médico en diciembre. Si es elegible, su cobertura de Medicaid será retroactiva al 1 de diciembre. Eso significa que si recibe atención en diciembre, su proveedor

puede facturar los servicios que cubre Medicaid. No debería tener que pagar de su bolsillo. Es posible que tenga que pagar un copago.

- Usted completa una solicitud para obtener Medicaid en enero de 2024 (o después), pero tiene facturas médicas que debe pagar por los servicios que recibió en diciembre de 2023. Cuando solicite Medicaid, asegúrese de responder las preguntas sobre facturas médicas de meses anteriores. Puede solicitar que su cobertura de Medicaid sea retroactiva hasta tres meses antes del mes en que presentó la solicitud. Entonces, si presenta su solicitud en marzo y es elegible, Medicaid puede pagar las facturas de los servicios cubiertos de diciembre, enero y febrero. Recuerde, la cobertura bajo la expansión solo puede remontarse a diciembre de 2023.

¿Son elegibles para Medicaid las personas que no son ciudadanos estadounidenses?

Algunas personas que no son ciudadanos estadounidenses son elegibles para obtener cobertura médica a través de Medicaid. Para ser elegible debe ser:

- Una persona que vive en Carolina del Norte
- Una persona que no es ciudadano, pero que ha tenido estatus migratorio calificado durante al menos cinco años
 - » Esto significa que una persona debe esperar cinco años después de recibir el estatus migratorio “calificado” antes de poder obtener cobertura médica a través de Medicaid.
 - » Hay excepciones. Por ejemplo, los refugiados, asilados o residentes permanentes legales que solían ser refugiados o asilados no tienen que esperar cinco años.

Las personas indocumentadas no son elegibles para recibir cobertura médica de Medicaid a menos que tengan una condición de emergencia, según lo define la ley federal. Por ejemplo, como alguien en un accidente automovilístico que es llevado a la sala de emergencias.

¿Qué información necesito para solicitar?

Lleva tiempo completar la solicitud. Aquí hay alguna información que le pedirán a cada persona que presente una solicitud:

- Nombre legal completo
- Fecha de nacimiento
- Número de Seguro Social (o documentos de inmigración)
- Un documento para verificar que vive en Carolina del Norte
- Información sobre ingresos (recibos de su sueldo, formularios W-2, declaraciones de impuestos o registros comerciales)

Carolina del Norte usa recursos externos para verificar la información proporcionada. Si se necesita más información, recibirá una carta por correo de su oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS).

¿Qué documentos se pueden utilizar si el DSS solicita más información?

Residencia en Carolina del Norte	<ul style="list-style-type: none"> • Una identificación con fotografía que indique su dirección de Carolina del Norte, o • Una factura de servicios públicos, o • Un contrato de alquiler o hipoteca, o • Un registro de vehículo, o • Documentación de empleo, o • Si no tiene ninguna documentación, puede marcar una casilla en ePASS denominada “Declaración de residencia de Carolina del Norte”.
---	--

Ingresos	<ul style="list-style-type: none"> • Si está empleado: recibos de sueldo, verificación del empleador o su declaración de impuestos más reciente para mostrar prueba de sus ingresos. • Si trabaja por cuenta propia: su declaración de impuestos más reciente o copias de sus registros comerciales. Si no los tiene, puede completar un formulario de verificación de ingresos y gastos de trabajo por cuenta propia.
Fecha de nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Una identificación con fotografía que indique su fecha de nacimiento, o • Su acta o partida de nacimiento
Número de Seguro Social	<ul style="list-style-type: none"> • Una copia de su tarjeta de Seguro Social, o • Otro documento oficial que tenga su nombre y número de Seguro Social, o • Una tarjeta de identificación militar
Ciudadanía	<ul style="list-style-type: none"> • Su acta o partida de nacimiento • Pasaporte
Estatus migratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Una copia de su VISA/tarjeta de inmigración.

COBERTURA Y COSTOS

Si ya tengo cobertura de Medicaid, ¿cambiarán mis beneficios?

Si actualmente tiene cobertura completa de Medicaid, nada cambiará para usted. Cuando llegue el momento de prepararse para el proceso de renovación, usted debe actualizar su información de contacto.

Asegúrese de que su oficina local del DSS tenga su dirección postal, número de teléfono, correo electrónico u otra información de contacto actualizada. De esta manera, DSS podrá comunicarse con usted acerca de su cobertura de Medicaid.

Puede actualizar su dirección y otra información de Medicaid en línea sin tener que llamar o visitar su oficina local del DSS. El sitio web ePass es un sitio seguro de autoservicio de Carolina del Norte donde las personas con Medicaid pueden crear una cuenta mejorada que les permite solicitar diversos beneficios, ver detalles de casos, renovar su Medicaid y actualizar su información de contacto. Más información sobre cómo crear una cuenta de ePASS mejorada está disponible en el [portal de beneficiarios de Medicaid de Carolina del Norte](#).

- Revise su correo. Su oficina local del DSS le enviará por correo una carta sobre su cobertura. Esta carta le informará si necesita completar un formulario de renovación o proporcionar información adicional para ver si aún califica para Medicaid.
- Complete el formulario de renovación o Solicitud de Información (si obtiene uno). Si recibe un formulario de renovación, complételo y devuélvalo a su oficina local del DSS de inmediato para ayudar a evitar una interrupción en su cobertura de Medicaid.

Según las nuevas reglas, ¿cuánto pagarán las personas en pagos mensuales y copagos?

No tiene que pagar ningún pago mensual. Medicaid paga los pagos mensuales y la mayoría de los costos de los servicios de atención médica. El copago más alto que deberá pagar es de \$4 y solo se requiere en algunas visitas.

¿Cuáles son las diferencias entre la cobertura de expansión de Medicaid y obtener cobertura a través de los miembros del Standard Plan, Tailored Plan, Tribal Option o Medicaid Direct? ¿Cambia algo bajo estas nuevas reglas?

Todos los que califiquen bajo las nuevas reglas obtendrán su cobertura de salud a través de un Standard Plan (Plan Estándar), Tailored Plan (Planes Personalizados), Tribal Option (Opción Tribal) o Medicaid Direct (Medicaid Directo) en el futuro, según sus necesidades individuales, al igual que otros beneficiarios de Medicaid.

¿Puedo tener Medicare y obtener cobertura médica por parte de la expansión de Medicaid?

No. Algunas personas que tienen cobertura médica de Medicare pueden ser elegibles para otros programas de Medicaid existentes. Por ejemplo, las personas con discapacidades y menores de 64 años pueden ser elegibles para Medicaid a través de la cobertura por discapacidad.

¿Existen otras opciones de seguro médico si aún no califico para Medicaid según las nuevas reglas?

Sí. Puede calificar para la cobertura de salud subsidiada que se ofrece en CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés). Comuníquese con un [navegador de seguros de salud](#) de Carolina del Norte para que le ayuden con la inscripción. [Los centros de salud comunitarios](#) también brindan atención a bajo costo a través de una escala variable basada en los ingresos y el estado de seguro médico de las personas.

¿Fue alguien inscrito automáticamente en Medicaid según las nuevas normas?

Sí, las personas que ya estaban inscritas en el programa limitado de Planificación Familiar de Medicaid y que son elegibles fueron inscritas automáticamente a los beneficios completos de expansión de Medicaid. Aquellos que sean elegibles para los beneficios completos de Medicaid:

- Recibirán una comunicación por correo por parte de su oficina local del DSS informándoles que ya reciben cobertura completa de Medicaid.
- Se les asignará un plan de salud. Si desea cambiar su plan de salud, tiene 90 días para elegir uno nuevo.
- Recibirán un sobre por correo por parte del plan de salud. Incluirá una nueva tarjeta de identificación de Medicaid. Su tarjeta de identificación también tiene el nombre de su médico primario. Puede cambiar el médico que se le asignó comunicándose con su plan de salud.
- Si tiene cobertura de salud a través de CuidadoDeSalud.gov, deberá cancelar ese plan. Puede hacerlo iniciando sesión en su cuenta en CuidadoDeSalud.gov o llamando al 1-800-318-2596. No cancele su plan hasta que reciba información de su nuevo plan de salud a través de Medicaid.

No todas las personas con beneficios limitados del Programa de Planificación Familiar fueron inscritas automáticamente en la cobertura completa a través de Medicaid. Algunas personas pueden tener ingresos que excedan los niveles de elegibilidad de Medicaid. Si sus ingresos han cambiado recientemente y cree que puede ser elegible, actualice su información en ePASS (ePASS.nc.gov) o comunicándose con su oficina local del DSS. Además, utilice ePASS o comuníquese con su oficina local del DSS para asegurar que su información de contacto esté actualizada y no perderse información importante sobre sus beneficios.

¿Qué es el programa limitado de Planificación Familiar de Medicaid y quién es elegible?

El Programa de Planificación Familiar de Medicaid brinda atención de salud reproductiva sin costo a personas con ingresos de hasta el 195% del nivel federal de pobreza; eso es alrededor de \$2,370 al mes para una persona soltera. Cubre casi todos los métodos anticonceptivos, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, servicios preventivos y más.

Si actualmente recibo beneficios del Programa de Planificación Familiar y ahora estoy inscrito en cobertura total a través de NC Medicaid, ¿qué pasa?

Recibirá una carta de su oficina local del DSS informándole que ya tiene cobertura completa de Medicaid. Estas cartas iniciales ya se han enviado. Luego, se le asignará un plan de salud. Si desea cambiar su plan de salud, tiene 90 días para elegir uno nuevo. Su plan de salud le enviará un sobre por correo que incluirá una nueva tarjeta de identificación de Medicaid. Su tarjeta de identificación también tiene el nombre de su médico primario. Puede cambiar de médico a través de su plan de salud. Medicaid paga las visitas al médico, los chequeos médicos de rutina anuales, la atención de emergencia, servicios de salud mental y más, a bajo costo o sin costo para usted.

¿Por qué no se inscribirá automáticamente a todas las personas con beneficios del Programa de Planificación Familiar en la cobertura completa a través de NC Medicaid?

Algunas personas pueden tener ingresos que excedan los niveles de elegibilidad de Medicaid. Si sus ingresos han cambiado recientemente y cree que puede ser elegible, actualice su información de contacto en ePASS (epass.nc.gov) o comunicándose con su oficina local del DSS. Por favor, utilice ePASS o comuníquese con su oficina local del DSS para asegurar que su información de contacto esté actualizada y no perderse información importante sobre sus beneficios.

SOLICITUD DE EPASS Y MEDICAID

¿Qué es ePASS?

ePASS es un sitio web donde las personas de Carolina del Norte pueden solicitar servicios como Medicaid. Para solicitar Medicaid en línea, visite ePASS.nc.gov para iniciar una solicitud. Lea nuestra [hoja informativa](#) para obtener más información sobre ePASS.

¿Qué es una cuenta ePASS mejorada?

Una cuenta ePASS mejorada le permite hacer más cosas por internet para no tener que llamar o ir en persona a una oficina local del DSS. Con una cuenta ePASS mejorada, usted puede:

- Ver las solicitudes que haya presentado
- Informar de cambios (como un cambio de dirección o de ingresos)
- Completar el formulario de recertificación (de ser necesario)
- Cargar documentos para su solicitud
- Ver avisos o mensajes de su asistente social
- Ver los datos de contacto de la oficina
- Litigar una decisión de Asistencia Médica

La información también puede enviarse directamente al DSS local mediante entrega en persona, correo postal de EE.UU., fax o teléfono. El correo electrónico también puede ser una opción en algunas oficinas del DSS.

Puede ver [este vídeo](#) para saber cómo crear una cuenta ePASS mejorada. También encontrará más información en [medicaid.ncdhhs.gov/documents/medicaid/what-epass-fact-sheet-dec-9-2022-spanish/open](https://www.ncdhhs.gov/documents/medicaid/what-epass-fact-sheet-dec-9-2022-spanish/open).

¿Qué necesito para crear una cuenta mejorada?

Necesitará proporcionar la siguiente información:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Sexo biológico
- Dirección postal
- Número de Seguro Social

Debe tener 18 años o más para crear una cuenta mejorada. Puede crear una cuenta ePASS mejorada en cualquier momento.

Si no tiene un número de Seguro Social o un historial de crédito, deberá consultar directamente al Departamento de Servicios Sociales de su localidad para crear una cuenta ePASS mejorada. No podrá crearla en línea.

Los representantes autorizados no pueden crear una cuenta mejorada.

¿Dónde puedo obtener ayuda si no hablo inglés o necesito ayuda para comunicarme?

Actualmente, ePASS solo está disponible en inglés y español. Sin embargo, todas las oficinas locales del DSS pueden ponerle en contacto con una línea telefónica para proporcionarle ayuda en otros idiomas. Puede solicitar asistencia lingüística gratuita y/u otras ayudas y servicios. Para recibir servicios gratuitos de interpretación, llame al **866-719-0141** o pregunte en su oficina local del DSS. Después de escuchar el mensaje grabado, se pondrá en contacto un operador que podrá proporcionarle un intérprete. Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para comunicarse, llame al **866-719-0141** o al TTY: 711.

Para ver ePASS en español

- Vaya a epass.nc.gov
- Haga clic en 'Español' cerca de la esquina superior izquierda

¿Qué es NCID y por qué lo necesito?

NCID significa "Identity Management" en inglés, es decir, gestión de identidad. Tener una cuenta NCID ayuda a proteger su información personal. Cualquier persona que utilice ePASS para solicitar Medicaid deberá crear un NCID. Se le pedirá que cree una cuenta la primera vez que utilice ePASS. Las instrucciones para crear una cuenta NCID están en línea en <https://info.ncdhhs.gov/dhsr/es/pdf/how-to-create-NCIDAccount.pdf>.

¿Qué es Business NCID (empresarial)?

Una cuenta Business NCID (cuenta NCID empresarial) la utiliza una persona u organización que está autorizada a presentar solicitudes en nombre de más de un solicitante u hogar al mismo tiempo. El personal de los proveedores de servicios médicos cualificados no puede actuar como representante autorizado de un solicitante de Medicaid.

Soy padre o madre y solicito para mi hijo, ¿necesito crear un NCID para él/ella?

Como padre o tutor, puede utilizar su NCID y su cuenta ePASS para solicitar para su hijo/a. Aunque no lo solicite para usted, indíquese en la solicitud como progenitor.

¿Dónde puedo recibir ayuda con una cuenta NCID?

Si necesita restablecer su contraseña o desbloquear su cuenta:

- Visite el sitio web ncid.nc.gov
- Elija el enlace debajo del inicio de sesión de NCID que necesita:
 - » [Olvidé mi contraseña](#) (Forgot Password)
 - » [Desbloquear cuenta](#) (Unlock Account)
- Ingrese su nombre de usuario y siga las instrucciones.

Si necesita ayuda, llame al servicio de atención al cliente del Departamento de Tecnología de la Información de Carolina del Norte al 800-722-3946. *(Por favor tenga en cuenta que el sitio web de NCID solamente está disponible en inglés).*

¿Necesito responder a todas las preguntas en ePASS?

No, pero debería intentar responder a tantas preguntas como pueda. Si la solicitud está incompleta, puede llevar más tiempo procesarla. Su oficina local del DSS se comunicará con usted si no tienen lo que necesitan para completar su solicitud, así que asegúrese de revisar su correo y responder a las llamadas telefónicas.

¿Tengo que completar la solicitud de una sola vez?

No. La solicitud se guarda automáticamente. También puede guardar su solicitud haciendo clic en "Guardar y salir". Cuando regrese a la solicitud, esta le llevará a la sección que terminó por última vez.

La fecha de la solicitud será la fecha en la que presente la solicitud firmada. Esto es importante porque puede solicitar que su cobertura de Medicaid sea [retroactiva](#) hasta tres meses a partir de la fecha de solicitud. Es decir, si presenta la solicitud en marzo y reúne los requisitos, Medicaid podrá pagar las facturas de los servicios cubiertos de diciembre, enero y febrero. Recuerde que la cobertura de la expansión solo puede retrotraerse hasta diciembre de 2023.

¿Qué pasa si no tengo una dirección física, dirección postal o dirección de correo electrónico?

- **Dirección física:** No necesita una dirección física para solicitar Medicaid. Sin embargo, debe confirmar que se encuentra físicamente en Carolina del Norte y que planea vivir aquí. No necesita planear quedarse permanentemente y no necesita tener una dirección fija.
- **Dirección postal:** si no tiene una dirección postal, ingrese una dirección donde pueda recoger el correo o ingrese la dirección de su oficina local del DSS. Encuentre una oficina del DSS cerca de usted en ncdhhs.gov/localdss.
- **Dirección de correo electrónico:** debe tener una dirección de correo electrónico para crear un NCID y utilizar ePASS. Si no tiene una dirección de correo electrónico, puede presentar la solicitud en su oficina local del DSS, por teléfono o mediante una solicitud impresa que puede mandar por correo.

¿Tengo que proporcionar mi número de Seguro Social?

No. Puede presentar su solicitud sin proporcionar su número de Seguro Social. Si tiene uno y no lo incluye en su solicitud, su

oficina local del DSS lo llamará para solicitarlo. Incluir su número de Seguro Social en su solicitud evitará demoras en el procesamiento. Si ha solicitado un número de Seguro Social, puede proporcionar documentos que demuestren que lo ha solicitado.

¿A quién tengo que incluir en mi solicitud?

En la página “Cómo empezar”, se le pedirá que enumere la información de su hogar. Asegúrese de incluir:

- Usted
- Su cónyuge si está legalmente casado
- Sus hijos o cualquier persona menor de 21 años que viva en su casa y que usted cuide y declare en sus impuestos
- Cualquier otra persona que usted declare en sus impuestos (dependientes)

¿Cómo debo ingresar los nombres/apellidos míos o de otras personas que utilicen un nombre/apellido con guion?

No utilice espacios ni guiones al introducir los nombres. Por ejemplo, “Smith-Jones” debe ser ingresado como “SmithJones”.

¿Qué es un Representante Autorizado?

Un Representante Autorizado es una persona legalmente autorizada o designada por escrito por la persona solicitante para actuar en su nombre. Solo un Representante Autorizado puede completar una solicitud de Medicaid en nombre de otra persona.

¿Tengo que ser un Representante Autorizado para ayudar a alguien con su solicitud de Medicaid?

No. Aunque usted debe ser un Representante Autorizado para completar una solicitud de Medicaid para otra persona, cualquier persona puede prestar ayuda en el proceso de solicitud. Por ejemplo, cualquier persona puede ayudar a alguien a usar una computadora, a entender cómo crear un NCID o mostrarle a alguien cómo navegar por ePASS. Las personas que presten ayuda de esta manera no deben recopilar ninguna información personal identificable.

¿Qué debe hacer un Representante Autorizado para ayudar a alguien a presentar su solicitud?

Si usted es un Representante Autorizado, necesitará crear un NCID. Utilizará el NCID para completar la solicitud de la persona a la que representa y para comprobar el estado de su solicitud. Si presenta la solicitud para una sola persona/familia, puede crear un NCID individual para usted. Si presenta la solicitud para varias personas/familias, deberá crear un Business NCID (un NCID empresarial).

Si presenta la solicitud en nombre de otra persona, deberá aportar uno de los siguientes documentos:

- un formulario de Designación de Representante Autorizado
- una designación de firma por voz (el Departamento de Servicios Sociales de su localidad puede ayudarle con esto)
- una copia de un poder notarial

Las instrucciones para presentar la solicitud en nombre de otra persona pueden encontrarse aquí: epass.nc.gov/nfLearnMore.

BENEFICIOS DE LA EXPANSIÓN DE MEDICAID

¿Cómo proporciona Carolina del Norte cobertura médica a más personas a través de NC Medicaid?

La ley federal permite que los estados expandan quién puede obtener una cobertura médica a través de Medicaid, lo que se conoce como la expansión de Medicaid. Desde el 2014, 40 estados y Washington, DC, han expandido sus programas de Medicaid.

¿Por qué expandir Medicaid es bueno para mi comunidad?

Las investigaciones muestran que expandir la cobertura médica de Medicaid aumenta el acceso a la atención médica, mejora los resultados de salud, crea empleos y fortalece la economía. Significa que las personas con bajos ingresos pueden trabajar, ganar más y mantenerse saludables. La expansión también es buena para el estado. Otros estados que han expandido Medicaid han aumentado los ingresos estatales, creado empleos y ahorrado fondos estatales. También ha ayudado a evitar el cierre de hospitales rurales. La mayoría de las personas que califican para Medicaid bajo estas nuevas reglas son adultos que trabajan en industrias de servicios importantes en todo el estado. Mantener a las personas saludables ayuda a que pueden seguir trabajando y apoyando sus familias.

¿Los habitantes de Carolina del Norte que ya tienen seguro médico se beneficiarán de la expansión de Medicaid?

Todos se benefician cuando más personas tienen acceso a atención médica a un costo económico y pueden vivir una vida más saludable. Las personas que ya tienen seguro médico también se beneficiarán porque los fondos federales ayudarán al estado a proporcionar cobertura a más personas, mantendrán nuestros sistemas de salud sólidos y reducirán el costo de la atención médica.

¿La expansión ayuda a mejorar el acceso a los servicios de salud mental o al tratamiento por abuso de sustancias?

Sí. En los estados que han expandido Medicaid, las tasas de suicidio disminuyeron y aumentó el acceso al tratamiento del trastorno por uso de sustancias. Alrededor de dos millones de habitantes de Carolina del Norte experimentarán un problema de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias. En 2019, más del 55% de las personas que necesitaban tratamiento no lo recibieron debido al costo. Los problemas de salud mental que no se tratan pueden provocar la falta de vivienda, la participación en el sistema de justicia y traumas para los niños.

¿Cómo pueden los trabajadores sin seguro médico beneficiarse de estas nuevas reglas que expanden el acceso a Medicaid?

Muchas personas trabajadoras finalmente pueden cuidar su salud mientras apoyan a sus familias. La mayoría de los que no tienen seguro médico son personas que trabajan ganando bajos ingresos en importantes industrias de servicios y pequeñas empresas. Al aumentar los límites de ingresos para que más personas sean elegibles para Medicaid, más personas pueden trabajar sin perder su cobertura médica. La expansión de Medicaid también ayuda a que más personas con discapacidades ingresen a la fuerza laboral. Sin la expansión, muchas personas con discapacidades se ven obligadas a vivir en la pobreza para mantener su elegibilidad para Medicaid. La expansión de Medicaid puede crear una fuerza laboral más saludable para empresas como guarderías, restaurantes y la industria de servicios al ayudar a más empleados a tener acceso a un seguro médico económico.