



Preguntas frecuentes sobre los cambios en Medicaid en DC a partir del 1 de octubre de 2026

1. ¿Qué cambios están ocurriendo en el programa Medicaid el 1 de octubre de 2026?

A partir del 1 de octubre de 2026, solo los siguientes estatus migratorios serán elegibles para Medicaid:

- Ciudadanos estadounidenses
- Residentes permanentes legales (titulares de tarjeta verde)
- Participantes cubanos y haitianos
- Migrantes del Pacto de Libre Asociación (COFA)

Algunos inmigrantes a los que se les conceden protecciones humanitarias oficiales, incluidos refugiados, asilados y supervivientes de trata (como los titulares de la visa T), dejarán de ser elegibles para Medicaid a partir del 1 de octubre de 2026.

2. ¿Qué otros cambios en Medicaid puedo esperar?

A partir del 1 de enero de 2027, algunos solicitantes y/o inscritos en Medicaid:

- Tendré que recertificarme cada seis meses en lugar de una vez al año.
- La cobertura retroactiva se reducirá de 90 días a solo 30 o 60.
- Estará sujeto a requisitos laborales, generalmente 20 horas semanales de trabajo o servicio comunitario, para inscritos de 19 a 64 años.

Algunas personas quedarán excluidas de este requisito, incluyendo:

- Cuidadores de niños de 13 años o menos
- Cuidadores de personas con discapacidad
- Personas embarazadas
- Personas con discapacidad



Preguntas frecuentes sobre los cambios en Medicaid en DC con efecto a partir del 1 de enero de 2026

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

- Los límites de ingresos para **padres/cuidadores** disminuirán del **221% al 138% del FPL** (véase la tabla de ingresos a continuación)
- Los límites de ingresos para **adultos sin hijos** disminuirán del **215% al 138%** de la **FPL**
- Las categorías actuales de **adultos sin hijos** y **padres/cuidadores** estarán vigentes hasta el **31 de diciembre de 2025**
- A partir del **1 de enero de 2026**, entró en vigor una **nueva categoría combinada** (ingresos del **138% del FPL**)

Tamaño del hogar	Actualidad Adulto sin hijos (210% + 5%) <i>Válido hasta el 31/12/2025</i>	Actualidad Padre/Cuidador (216% + 5%) <i>Válido hasta el 31/12/2025</i>	Nuevo (138%) <i>Válido desde el 01/01/2026</i>
1 persona	2.806 \$	2.884 \$	1.800 \$
2 personas	3.790 \$	3.896 \$	\$2,432
3 personas	4.775 \$	4.908 \$	MX\$3,065
4 personas	5.762 MX\$	5.923 MX\$	MX\$3,697
5 personas	MX\$6,747	6.935 \$	4.330 \$
6 personas	MX\$7,731	7.947 MX\$	MX\$4,962
7 personas	8.718 \$	MX\$8,962	5.595 \$
8 personas	MX\$9,703	MX\$9,974	MX\$6,227

Estas directrices **federales sobre el nivel de pobreza (FPL)** para la elegibilidad basadas en el tamaño del hogar se actualizan anualmente. Las cantidades exactas en dólares pueden cambiar a **fecha de 1 de enero de 2026**. Estas cantidades reflejan el ingreso mensual máximo permitido para calificar según el tamaño del hogar.

2. ¿Qué ocurre si mis ingresos superan los nuevos límites de ingresos (138% FPL) a fecha de 1 de enero de 2026?

Si tus ingresos superan el límite de elegibilidad, tu cobertura de Medicaid finalizará el **31 de diciembre de 2025**. Recibirás una carta de despidio a principios de diciembre.

Si tus ingresos superan el **138% del FPL** y eres **padre/cuidador** o **adulto sin hijos** que solicita después del 1 de enero de 2026, se evaluarán otras opciones de cobertura sanitaria para ti.

3. ¿Qué otras opciones sanitarias existen además de Medicaid?



El Intercambio de oficialmente Link, es el mercado

línea del Distrito de Columbia para residentes y pequeñas empresas, creado bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Beneficios de Salud de DC, conocido como DC Health de seguros de salud en

DC Health Benefit Exchange ofrece:

- **Planes de salud cualificados** (con o sin ayuda)
 - o El límite de ingresos es **superior al 200% del FPL**
- **Plan Healthy DC** (Plan Básico de Salud), nuevo programa vigente **a partir del 1 de enero de 2026**
 - o El límite de ingresos es **del 138% al 200% de la FPL**

4. ¿Existen costes de bolsillo para los Planes de Salud Calificados?

Planes de Salud Calificados: (Asistidos o Sin Asistencia): "Asistidos" y "Sin Asistencia" se refieren a si una persona recibe ayuda financiera del gobierno para pagar sus primas de seguro de salud y costes de su bolsillo al inscribirse en un Plan de Salud Calificado (QHP) a través de un Mercado de Seguros de Salud.

Hay gastos de bolsillo que pueden reducirse mediante créditos fiscales anticipados para las primas para quienes cumplen los requisitos.

- 27 planes médicos
- Ingresos: El límite de ingresos supera el 200% del Nivel Federal de Pobreza (véase la tabla más abajo)

Categoría	Enlace de salud de DC (200% de FPL)
Hogar de 1 persona, ingresos anuales	Más de 31.300 dólares
Hogar de dos personas, ingresos anuales	Más de 42.300 dólares
Hogar de 3 personas, ingresos anuales	Más de 53.300 dólares
Hogar de 4 personas, ingresos anuales	Más de 64.300 dólares

Centro de Llamadas de Enlace de Salud de DC: 833-432-7526

- De lunes a viernes: 8:00 a.m. – 8:00 p.m.
- Sábado: 10:00 a.m. – 5:00 p.m.

5. ¿Los programas de intercambio de beneficios de salud de DC tienen costes de bolsillo?



Sí, la mayoría de los Benefit Exchange costes de bolsillo, y coseguros, que varían según el tipo de plan, excepto el Plan Saludable de DC.

programas de DC Health (DC Health Link) tienen como copagos, franquicias

6. ¿Qué cubre el Plan Healthy DC?

El **Plan Healthy DC** abarca una amplia gama de servicios sanitarios, incluyendo:

- Visitas al médico de atención primaria
- Visitas a médicos especialistas
- Visitas a urgencias
- Hospitalizaciones y atención de urgencias
- Servicios de laboratorio
- Medicamentos con receta
- Salud conductual
- Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias
- Cuidados preventivos

7. ¿Quién es elegible para el Plan Healthy DC?

Los residentes de DC son elegibles para el Plan Saludable de DC si:

- Tienen entre 21 y 64 años
- ¿Son ciudadanos estadounidenses o están legalmente en el país?
- No son elegibles para Medicaid
- No son elegibles para la cobertura del empleador ni de otra cobertura, y
- Tienen una renta anual entre el 138% y el 200% FPL

Para más información, consulte la tabla de elegibilidad de ingresos para el Plan Healthy DC a continuación.

Tamaño del hogar	Ingresos anuales
Hogar para una sola persona	21.597 – 31.300 \$
Hogar para dos personas	29.187 \$ – 42.300 \$
Hogar de 3 personas	36.777 \$ – 53.300 \$
Hogar de 4 personas	44.367 \$ – 64.300 \$

Elegibilidad especial para residentes legalmente presentes con ingresos anuales de hasta el 138% del FPL: Si un residente legalmente presente no es elegible para Medicaid debido a su estatus migratorio, el residente es elegible para el Plan Healthy DC.

8. ¿Hay algún coste de bolsillo en el Plan Healthy DC?



No. El Plan Healthy

mensuales (también de bolsillo para los

recibes atención de médicos, hospitales y centros de salud comunitarios participantes, no tienes ningún coste de bolsillo.

DC no tiene pagos

llamados primas) ni costes servicios cubiertos. Cuando

9. ¿Cuándo se abre el Plan Healthy DC durante el periodo de inscripción?

El **Plan Healthy DC** abrió la inscripción el **1 de noviembre de 2025**, para cobertura con efecto **a partir del 1 de enero de 2026**. Si eliges un plan entre **el 16 de diciembre de 2025 y el 1 de enero de 2026**, tu cobertura comenzará el **1 de febrero de 2026**.

10. ¿Qué compañías de seguros ofrecen el Plan Healthy DC?

Hay 3 compañías de seguros que ofrecen el Plan Healthy DC:

- Plan Saludable DC del Distrito de AmeriHealth Caritas de Columbia
- Plan Saludable DC de CareFirst BlueCross BlueShield
- Plan Saludable DC de Elección Familiar MedStar

Los tres planes de seguro cubren los mismos servicios. Las principales diferencias son las redes de proveedores y la cobertura de medicamentos con receta.

11. ¿Qué medidas debería tomar durante este periodo de transición?

Si tus ingresos superan el 138% del FPL (ver tabla de ingresos en la página #1), tu historial e información de Medicaid se transferirán automáticamente al Intercambio de Beneficios Sanitarios de DC (HBX). No es necesario tomar más medidas.

12. ¿Cómo afectan estos cambios a la atención prenatal y posparto de padres/cuidadores familiares o de adultos recién embarazados sin hijos?

Si una madre, cuidadora o adulta sin hijos con ingresos superiores al 138% inscrita en el DC Health Benefit Exchange queda embarazada, debe informar inmediatamente. Una vez notificada, y si cumples los requisitos, serás transferida de nuevo a Medicaid, que te otorga derecho a **cuidados prenatales y a 12 meses de cuidados posparto tras el embarazo**.

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

Tu TMA continuará hasta el final de tu periodo de certificación. Al final de ese periodo de certificación, se te evaluará para continuar con Medicaid o para pasar a HBX.

Nota: Cuando un padre o cuidador informa de un cambio en los ingresos debido a un aumento de horas o ingresos por empleo, se le concederá la cobertura TMA durante 12 meses. Por favor, ten en cuenta: El TMA solo está disponible para padres o cuidadores.



14. ¿Habrá algún Programa de Mayores y Personas

(EPD) bajo Medicaid My Way u otros programas de cuidados a largo plazo?

cambio en los servicios del Exención para Personas con Discapacidades Físicas

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

Beneficiarios de Medicare

1. Si soy un adulto sin hijos con Medicare y mis ingresos superan el 138% del FPL (unos 1.800 dólares por individuo), ¿qué ocurre con mi cobertura?

- **Adultos sin hijos y padres/familiares** cuidadores que actualmente están inscritos tanto en Medicare como en Medicaid son miembros del **programa Beneficiario Medicare Calificado Plus (QMB+)** del Distrito (estas personas también se conocen como "doble elegible")
 - **Definición:** QMB Plus se aplica a las personas que cumplen los requisitos tanto para QMB como para Medicaid completo.
 - **Beneficios:** Estas personas reciben todos los beneficios del programa QMB, además de cualquier beneficio adicional disponible a través del programa Medicaid de su estado, como la cobertura de servicios que Medicare no ofrece.
 - **Límites de ingresos:** Límite mensual de ingresos 138% del FPL
- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)**
 - La cobertura sanitaria de QMB se limita al pago de primas de Medicare, copagos y franquicias, y no ofrece un seguro médico de alcance completo
 - ♣ Parte A (Hospital)
 - ♣ Parte B (Seguro Médico)
 - ♣ Parte D (Cobertura de Medicamentos con Receta)

Categoría	QMB	QMB Plus (Dobles completos)
Nivel Federal de Pobreza (FPL) 2026	Límite mensual de ingresos del 300% del FPL	Límite mensual de ingresos 138% de FPL
1 persona	Máximo 3.913,00 \$	Máximo 1.800,00 \$
2 personas	Máximo 5.288,00 \$	Máximo \$2,432.00



**2. Si soy
sin hijos,
de Medicaid, incluso si tengo Medicare?**

**padre/cuidador o adulto
¿mantendré mi cobertura**

Depende... Aquí tienes algunos casos:

- Si eres padre o cuidador familiar, tus ingresos deben estar iguales o inferiores al 138% del FPL.
- Si eres un adulto sin hijos y recibes Medicare, tendrás que trasladarte a otro grupo de Medicaid

Ejemplos de opciones para otros grupos de Medicaid:

- o **Ancianos, ciegos o discapacitados (ABD):** Para ser elegible para este grupo, tus ingresos deben ser iguales o inferiores al 100% FPL (1.305 \$ al mes para una persona), tener más de 65 años, ser ciego o discapacitado, y cumplir los requisitos de recursos, 4.000 \$ o menos.
- o **Cuidados a largo plazo (LTC):** Para calificar para este grupo, debes necesitar cuidados a largo plazo y tener ingresos iguales o inferiores al 300% de la prestación de ingresos suplementarios de seguridad (\$2,901).

3. ¿Qué pasa si soy un adulto sin hijos con ingresos inferiores al 138% de FPL y acabo de calificar para Medicare?

Debes informar de tu elegibilidad para Medicare de inmediato. Un trabajador social del Departamento de Servicios Humanos puede solicitarte información adicional para asegurarse de que perteneces al grupo de elegibilidad actual.

Además, en algunos casos, Medicaid de DC descubrirá que tienes Medicare y te enviará una solicitud suplementaria, que tendrás que devolver antes de la fecha límite indicada en el aviso.

Nota: No puedes permanecer en la categoría de adulto sin hijos si tienes Medicare o tienes 65 años o más. Debes ser evaluado para otro programa de Medicaid.

4. Soy un adulto sin hijos; Tengo casi 65 años y no tengo Medicare. ¿Tengo que hacer algo para mantener mi Medicaid?

Como tienes casi 65 años, deberías recibir un aviso de Medicaid de DC pidiéndote que completes una solicitud suplementaria para que puedas ser evaluado en otra categoría de Medicaid.

Se anima a los beneficiarios que se acercan a los 65 años y no reciben Medicare a solicitar Medicare, pero no es un requisito para calificar para Medicaid.

Proceso de solicitud

1. ¿Cómo solicito la cobertura de Medicaid y qué es necesario?

Puedes solicitar Medicaid de las siguientes maneras:



- o En línea a través de District Direct: districtdirect.dc.gov
- o App móvil District Direct: Compatible con Android (Google Store) y iPhone (Apple Store)
- o Fax: 202-671-4400
- o Visitando o enviando por correo a los Centros del Departamento de Servicios Humanos/Administración de Seguridad Económica (ESA) (véanse direcciones en la siguiente tabla)

Centros de Servicio	Dirección en Washington, DC	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
Fuerte Davis	3851 Alabama Avenue, SE	(202) 645-4500	(202) 645-6205
H Street	645 H Street, NE	(202) 698-4350	(202) 724-8964
Calle Taylor	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.

- o Debes aportar prueba de que resides en DC
- o Si eres ciudadano estadounidense, debes presentar tu tarjeta de la Seguridad Social
- o Si tienes una tarjeta verde, debes proporcionar tu número de extranjero o la tarjeta de la Seguridad Social
- o Debes demostrar tus ingresos
- o Recursos como Beneficios Medicare Calificados (QMB) y Cuidados a Largo Plazo (LTC)

2. ¿Cuánto tiempo tardará en saber si soy elegible?

Se necesitan 45 días laborables para determinar la elegibilidad, y 60 días laborables si necesitas demostrar una discapacidad. Si cumples todos los requisitos del programa, tu elegibilidad comienza el primer día del mes en que solicitaste. Si solicitaste el 28 de abril y te aprobaron la cobertura sanitaria, tu elegibilidad comienza el 1 de abril.

3. ¿Cuánto dura la elegibilidad?

La elegibilidad es válida durante 12 meses. Al final de los 12 meses, debes completar un formulario de renovación y presentar todos los documentos actualizados de ingresos y residencia.

Proceso de renovación

1. ¿Son obligatorias entrevistas personales?

- o No, no es obligatorio hacer entrevistas personales



2. ¿Con qué renovar tu

frecuencia deberías cobertura?

- o Una vez cada 12 meses

3. ¿Cómo sabré si ha llegado el momento de renovar mi cobertura?

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

Aspectos a tener en cuenta para la renovación:

- o En el momento de la renovación, los beneficiarios deben comprobar ciertos factores de elegibilidad

4. ¿Qué pruebas se necesitan para la renovación?

Los beneficiarios deberán aportar prueba de residencia e ingresos del Distrito.

Tipo de cheque Ingresos

Pruebas aceptables

- o Recibos de nómina recientes (últimos 30 días)
- o Trabajo por cuenta propia: última declaración de impuestos
- o Estado de ingresos de jubilación
- o Estado de Ingresos por Discapacidad
- o Compensación por Trabajadores
- o Declaración de pensión o anualidad
- o Estado de prestaciones por desempleo

Residencia

- o Carnet de conducir o tarjeta de identificación válida de DC
- o Contrato de alquiler actual, contrato de arrendamiento o recibo de alquiler
- o Factura de servicios públicos o de teléfono
- o Nómina o estado de resultados emitido en los últimos 30 días que incluya el nombre de la persona y la dirección de DC
- o Factura del impuesto sobre la propiedad emitida en los últimos 60 días para una propiedad situada en DC
- o Formulario de residencia completado

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

5. ¿Cuándo debo presentar mi renovación?

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



6. ¿Qué ocurre si no renovación antes de certificación?

presento la solicitud de que termine el periodo de

Periodo de Gracia de 90 Días:

- o Si no presentas tu formulario de renovación antes de que termine tu periodo de certificación, aún tienes **hasta 90 días** después para entregarlo. Esto se llama **periodo de gracia**
- o Si envías el formulario dentro de esos 90 días y aún cumples los requisitos, tu cobertura se reiniciará **retroactivamente** desde la fecha de finalización de tu certificación
- o Si no lo presentas en un plazo de 90 días, tendrás que **presentar una nueva solicitud** de cobertura médica