

## **PROGRAMA DE CONTRIBUCIÓN OPCIONAL DIRIGIDO A INDIVIDUOS CON INGRESOS EXCESIVOS**

Las personas cuyos ingresos sobrepasan el límite establecido por Asistencia Médica, podrían obtener ayuda para el pago de sus facturas médicas. En el formulario OHIP-0026, titulado: «EXPLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INGRESOS EXCESIVOS», se explica que si usted hace llegar todos los meses, en persona o por correo, a nuestra oficina las facturas médicas cuyo monto es equivalente a, o mayor que, el monto de sus ingresos excesivos, podría recibir cobertura de otros gastos de atención médica como paciente ambulatorio, durante ese mes; siempre y cuando el proveedor del servicio pertenezca a la red de proveedores de Asistencia Médica. A continuación se presenta otra manera en la que usted puede obtener cobertura de Asistencia Médica.

En lugar de hacer llegar o enviar sus facturas médicas todos los meses, usted puede pagarle a esta agencia el monto de los ingresos excesivos sobre el límite permitido. Si decide pagar ese monto a la oficina, usted gozará de la cobertura de los gastos por servicios ambulatorios que tenga en ese mes, y no tendrá que esperar hasta incurrir en un gasto médico. Si paga por ingresos excesivos durante un periodo de seis meses, recibirá cobertura de gastos ambulatorios y de hospitalización para ese periodo de tiempo. Una vez que usted recibe la cobertura, puede usar la tarjeta del programa de Asistencia Médica para obtener los servicios de doctores u otros servicios médicos. Antes de recibir un servicio, asegúrese de que el proveedor de servicios médicos acepta pagos del Programa de Asistencia Médica.

Si usted paga a esta agencia un ingreso excesivo, y después recibe o paga una factura por servicios médicos que no son cubiertos por el Programa de Asistencia Médica (por ejemplo los servicios de un quiropráctico), se le hará un reembolso del pago o se le hará un abono a su cuenta, que estará disponible el siguiente mes que usted no tenga cobertura. Tiene que hacer llegar, en persona o por correo, a la agencia la factura paga o impaga para que pueda recibir dicho abono o reembolso.

\*Recuerde, no se pagará o abonará por/a una factura o porción de ésta que sea cubierta por **Medicare** u otro seguro de salud que usted tenga.

Si decide pagar a la agencia el ingreso excesivo, periódicamente se determinará el monto de todas las solicitudes de pago pagadas a su nombre y se comparará con el monto que usted ha pagado. Si usted ha pagado más de lo que debía de haber pagado, se decidirá si se le da un reembolso o se le hace un abono a la cuenta, que será utilizado para la cobertura de otro mes. La decisión a tomar se basará en las circunstancias.

Antes de decidir si desea participar o no en el PROGRAMA DE CONTRIBUCIÓN, debería tomar en cuenta lo siguiente:

1. A menos que sepa que necesitará servicios médicos durante un mes, a usted **NO** le beneficia que ese mes nos pague por ingreso excesivo.
2. Si usted paga un ingreso excesivo durante un periodo determinado, y después no utiliza la tarjeta de Asistencia Médica, el reembolso o el abono de ese dinero a su cuenta demorará por lo menos un año. Esto se debe a que se necesita esperar para ver si en ese periodo se han hecho pagos en su nombre.
3. Si usted decide que quiere pagarle el ingreso excesivo a esta agencia, puede hacer los pagos todos los meses o solamente los meses que sepa que necesitará servicios médicos. Si quiere, usted puede pagarnos por más de un mes a la vez, hasta seis meses consecutivos. Sin embargo, si usted decide pagar el ingreso excesivo y después no nos hace ningún pago por tres meses consecutivos, usted **PUEDA** recibir una notificación de preaviso en la cual le informamos que se cerrará su caso. Usted puede volver a solicitar Asistencia Médica si incurre o espera que va a incurrir en gastos médicos que sean por lo menos iguales a su ingreso excesivo, y desea hacer los pagos o introducir las facturas para recibir cobertura.

Si no presentó documentos que indicarán cuáles eran sus recursos cuando se determinó su habilitación para recibir beneficios de Asistencia Médica, usted no habilitará para recibir cobertura de servicios de atención a largo plazo. Lea el adjunto «Explicación del Programa de Ingresos Excesivos» para obtener más información sobre la cobertura de servicios de atención a largo plazo. En ese adjunto también encontrará información sobre cómo obtener cobertura de atención hospitalaria como paciente interno, cuidados en el hogar o cuidados en un hogar de convalecencia.

**EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, EL PROGRAMA DE MEDICAID NO CUENTA LOS INGRESOS QUE SE PONEN EN UN FIDEICOMISO DE NECESIDADES SUPLEMENTARIAS. LEA EL DOCUMENTO ADJUNTO DE "EXPLICACIÓN DEL EFECTO DEL FIDEICOMISO EN LA ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID" (EXPLANATION OF THE EFFECT OF TRUSTS ON MEDICAID ELIGIBILITY). ESTA INFORMACIÓN TAMBIÉN ESTÁ DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL DEPARTAMENTO:**  
[https://health.ny.gov/health\\_care/medicaid/index.htm#trusts](https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts).

**LA PERSONA ENCARGADA DE SU CASO DE ASISTENCIA MÉDICA PUEDE RESPONDERLE A TODA PREGUNTA QUE TENGA Y AYUDARLE A DECIDIR SI EL PROGRAMA DE CONTRIBUCIÓN LE CONVIENE A USTED.**