

## Se avecinan cambios en Medicaid. ¿Está listo?

*Los cambios en Medicaid comienzan el 1 de enero de 2027.*

### ¿Qué cambia?

A partir del 1 de enero de 2027, las personas que reciben cobertura de Medicaid a través del grupo de expansión de adultos de Medicaid de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (conocidos como “Adultos ACA”) tendrán las siguientes obligaciones:

- Renovar su cobertura cada seis meses.
- Cumplir con un requisito laboral a fin de ser elegibles para los beneficios.

Estos requisitos son de carácter obligatorio en virtud de una ley aprobada por el Congreso y promulgada por el Presidente en julio de 2025. Illinois debe cumplir con la ley federal.

### ¿A quiénes afectan los nuevos requisitos?

Solo los Adultos ACA deben cumplir con los nuevos requisitos laborales (o calificar para una exención) y renovar su cobertura cada meses.

Usted podría ser un Adulto ACA si reúne las siguientes características:

- Tiene entre 19 y 64 años.
- No tiene un hijo menor de 18 años que viva en su hogar y sea familiar suyo.
- No recibe (ni tiene derecho a recibir) Medicare Parte A o Parte B.

Existen muchas circunstancias que pueden eximir a las personas de los requisitos laborales de Medicaid.

### ¿Cómo puedo saber si soy un Adulto ACA?

Existen diversas formas de averiguar si usted es un Adulto ACA y si debe tomar nuevas medidas a fin de mantener su elegibilidad para Medicaid en 2027:

- Si ya está inscrito en Medicaid, llame a su plan de salud.
- Llame al Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares (HFS) al 877-805-5312.

- Revise las notificaciones que reciba por correo del HFS. Esto es lo que debe buscar en una notificación enviada por correo:

| Name       | Birth Date    | Medical ID(RIN) | Medical Group | Action Required |
|------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|
| [REDACTED] | 07 [REDACTED] | [REDACTED]      | ACA Adult     | No              |

- Visite [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov) y consulte la sección “Manage My Case” (Gestionar mi caso) para ver su categoría de cobertura. Haga clic en la pestaña “Benefit Details” (Detalles de beneficios) en su cuenta de “Manage My Case”. Esto es lo que debe buscar en “Manage My Case”:

Hello, [REDACTED] You are logged in.

Case Summary

**Benefit Details**

Contact Information

Account Management

**What is the status of my Healthcare Coverage Program benefits?**

Here is a summary of the benefits you have requested or are receiving. If “Click Here For Details” appears, you can click on this link to view more details about your healthcare benefits. If you recently applied for benefits, the status of your application is shown. This information is current as of **May 22, 2026 03:05 AM**

| Who        | Which Benefit? | Description                                   | Summary                                |
|------------|----------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|
| [REDACTED] | ACA Adult      | In May 2026, [REDACTED] is getting ACA Adult. | <a href="#">Click Here for Details</a> |

**Other Benefits**

Click on an icon below to see a summary of other benefits you have requested or are receiving


Food Assistance Program

Back To Manage My Case

## ¿A quiénes no afectan los nuevos requisitos? ¿Quiénes podrían calificar para una exención?

Los siguientes grupos no tienen que cumplir con los requisitos laborales:

- Menores de 18 años.
- Adultos a partir de 65 años.
- Personas embarazadas o que lo hayan estado durante los últimos 12 meses.
- Padre, madre, tutor, familiar encargado del cuidado o cuidador familiar (remunerado o no) de un menor dependiente de menos de 14 años o de una persona con discapacidad.
- Personas con necesidades médicas especiales (“médicamente vulnerables”), es decir, que tienen problemas de salud que les impiden cumplir con los requisitos laborales, tales como las siguientes:

- Tener una afección médica grave o compleja que requiera tratamiento regular.
- Ser ciego o tener una discapacidad conforme a los criterios de la Seguridad Social.
- Tener un trastorno por consumo de sustancias (drogas o alcohol).
- Tener una afección grave de salud mental.
- Tener una discapacidad física, intelectual o del desarrollo que dificulte la realización de actividades cotidianas.
- Personas que ya cumplen con los requisitos laborales para TANF o SNAP.
- Personas que también reúnen los requisitos para Medicare.
- Indígenas americanos o nativos de Alaska.
- Jóvenes que estuvieron en el sistema de crianza temporal y son menores de 26 años.
- Veteranos con una calificación de discapacidad total otorgada por el Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU.
- Personas que se encuentran actualmente en la cárcel o prisión, o que han estado encarceladas en los últimos tres meses.
- Personas que participan en un programa de tratamiento por consumo de drogas o alcohol.
- Personas que experimenten una situación de dificultad temporal (p. ej., viaje para recibir atención médica, hospitalización, desastre natural).

## ¿Cómo puedo cumplir con los requisitos laborales?

Si los requisitos laborales de Medicaid se aplican a usted y no califica para una exención, puede cumplirlos mediante cualquiera de las siguientes “actividades elegibles”:

- Tener un ingreso mensual de \$580 o más.
- Trabajar al menos 80 horas al mes (p. ej., en un trabajo de tiempo completo o parcial, como trabajador por cuenta propia, en un empleo por temporada o en actividades no remuneradas, como una pasantía).
- Realizar al menos 80 horas de servicio comunitario (voluntariado) al mes.
- Participar en un programa de trabajo durante al menos 80 horas al mes (visite [snapworkrequirements.illinois.gov](https://snapworkrequirements.illinois.gov) para ver los programas de trabajo elegibles).
- Cursar estudios (escuela secundaria, GED, escuela de oficios, institución de estudios superiores o universidad) al menos a medio tiempo, según lo determine su institución educativa.
- Trabajar por temporada y haber percibido ingresos de al menos \$580 al mes durante los últimos seis meses.

También puede cumplir con los requisitos laborales mediante una combinación de trabajo, servicio comunitario, programas de empleo o actividades escolares que sumen un total de al menos 80 horas al mes.

Los afiliados actuales deberán demostrar que cumplieron con los requisitos laborales en cualquier período de un mes desde su última redeterminación.

Los nuevos afiliados deberán demostrar que cumplieron con los requisitos laborales en el mes anterior a su solicitud.

**Algunas personas pueden calificar para una exención de los requisitos laborales. (Consulte “¿A quiénes no afectan los requisitos laborales?”).**

En 2027, el HFS aceptará una “autocertificación” de los afiliados para obtener una exención de los requisitos laborales si el organismo no puede verificar dichas exenciones a través de sus fuentes de datos. La autocertificación requiere que usted afirme que la información es verdadera bajo pena de perjurio. Si las fuentes de datos del estado proporcionan información contradictoria, es posible que le solicitemos pruebas adicionales.

**Si califica para una exención, de todos modos deberá renovar su cobertura cada 6 meses.**

## ¿Cuándo tendré que cumplir con los requisitos laborales?

Las personas de entre 19 y 64 años que soliciten cobertura de Medicaid o que ya estén inscritas como Adultos ACA deberán cumplir con requisitos laborales a fin de calificar para Medicaid en 2027.

- Para los nuevos solicitantes de Medicaid de Illinois, los requisitos laborales de Medicaid se aplicarán a las personas que califiquen para la cobertura de Adultos ACA y que presenten una solicitud de beneficios el 31 de diciembre de 2026, después de las 5 p. m., hora central.
- Los Adultos ACA que ya están inscritos en Medicaid deberán cumplir con los requisitos laborales en su primera fecha de redeterminación de 2027. El primer grupo de personas sujetas a los requisitos laborales será aquel cuyas fechas de redeterminación sean en marzo de 2027.
- Si solicita Medicaid en 2027 y el HFS determina que usted es un Adulto ACA, deberá haber cumplido con los requisitos laborales durante el mes anterior a su solicitud.
  - Por ejemplo, si solicita beneficios médicos en abril de 2027, debe haber cumplido con los requisitos laborales en marzo de 2027 para que se apruebe su solicitud.
  - Si cuenta con una exención, puede presentar pruebas de dicha exención al realizar la solicitud.
- Si usted es un Adulto ACA activo e intenta renovar su cobertura, el HFS revisará su caso durante su primer período regular de redeterminación en 2027 para verificar si cumple con los requisitos laborales.
- El HFS consultará sus fuentes de datos para determinar si cumple con los requisitos laborales de Medicaid o si le corresponde alguna exención durante el proceso de redeterminación. Si el HFS dispone de información suficiente proveniente de dichas fuentes, no será necesario que usted aporte más datos.
- Si el HFS no cuenta con información suficiente para determinar si usted cumple con los requisitos laborales o si califica para una exención, recibirá una notificación junto con su formulario de redeterminación en el que se le solicitará información adicional.
- Dispondrá de 30 días para facilitar esa información al HFS. De no hacerlo, sus beneficios médicos finalizarán.

## ¿Qué sucede si también recibo SNAP?

Los Adultos ACA que formen parte de un hogar beneficiario del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y estén sujetos a los requisitos laborales de SNAP estarán exentos de los nuevos requisitos laborales de Medicaid.

Eso significa que su cobertura de Medicaid no se verá afectada si usted se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

1. Cumple con los requisitos laborales de SNAP.
2. Se encuentra dentro de su período de gracia de tres meses relativo a los requisitos laborales de SNAP.

El HFS y el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Illinois comparten el mismo sistema de elegibilidad. Ambos organismos pueden verificar si usted cumple con los requisitos laborales de SNAP o si se encuentra dentro de su período de gracia de tres meses. Si cumple con los requisitos de SNAP, el HFS lo marcará automáticamente como exento de los requisitos laborales de Medicaid, y no se le pedirá que presente pruebas adicionales ni que complete documentación adicional.

Sin embargo, si está exento de los requisitos laborales de SNAP, aun así deberá cumplir con los requisitos laborales de Medicaid, a menos que cuente con una exención aplicable a ambos programas. Las exenciones que coinciden en ambos programas comprenden el estado de embarazo, ser indígena americano o nativo de Alaska, o participar en un programa de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias.

Si desea obtener más información sobre el cumplimiento de los requisitos laborales de SNAP, consulte la página de preguntas frecuentes del sitio web del DHS.

## ¿Qué sucede si alguien no cumple con los requisitos laborales?

El estado debe enviar una notificación de incumplimiento y otorgar al solicitante o beneficiario un plazo de 30 días calendario para demostrar que cumple con los requisitos o que califica para una exención.

Los afiliados mantendrán su cobertura durante ese período de 30 días. La notificación de incumplimiento y el plazo de respuesta de 30 días coincidirán con el formulario de redeterminación y el tiempo que la persona tiene para devolverlo. Si usted está inscrito actualmente en Medicaid y no puede demostrar que cumple con los requisitos laborales o que califica para una exención dentro de ese plazo de 30 días, no se renovararán sus beneficios de Medicaid, y su cobertura finalizará al terminar su período de certificación (fecha que aparecerá en su notificación).

En caso de que se le niegue Medicaid o se cancelen sus beneficios, puede presentar una apelación si considera que el estado cometió un error. La solicitud de apelación debe presentarse dentro de los 60 días posteriores a la notificación de la decisión adversa. Al apelar una medida como solicitante, usted solicita una audiencia imparcial sobre dicha medida.

Una audiencia imparcial es una reunión en la que participan un funcionario encargado de audiencias imparciales, un representante del HFS y el afiliado que presenta la apelación. Es posible que los solicitantes no obtengan una audiencia imparcial si la denegación se debió a un cambio en la ley.

Puede solicitar una apelación por escrito o si completa el [Formulario de Solicitud de Apelación](#) o [Formulario de Solicitud de Apelación en Español](#) y lo envía por correo a: *Bureau of Administrative Hearings, 401 S. Clinton St., 6th Floor, Chicago, IL 60607.*

También puede enviar el formulario por fax al 312-793-0095 o presentarlo en un Centro de Recursos para la Familia y la Comunidad (FCRC), ya sea por teléfono o a través de [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov).

Para solicitar una apelación por teléfono, llame al 1-800-435-0774 (TTY: 1-877-734-7429). La llamada es gratuita.

## ¿Cómo puedo obtener más información o ayuda?

El HFS le informará si debe realizar algún trámite nuevo para mantener su cobertura de Medicaid.

Asegúrese de mantener actualizada su información de contacto con el HFS, su plan de salud y el consultorio de su médico.

### **Asegúrese de que el HFS tenga su dirección y número de teléfono actuales.**

Complete el formulario de cambio de dirección de Medicaid o llame a HFS para actualizarla.

En línea: <https://ilhfspartner3.dynamics365portals.us/addressupdate/>

Por teléfono: [877-805-5312](tel:877-805-5312)

Si ya está inscrito en Medicaid, su plan de salud puede ayudarlo a comprender estos nuevos requisitos y determinar si le afectan. ¡Comuníquese con su plan de salud para recibir asistencia!

#### **Aetna Better Health of Illinois**

[1-866-329-4701](tel:1-866-329-4701)

#### **Humana Healthy Horizons:**

[1-800-787-3311](tel:1-800-787-3311)

#### **Blue Cross Community Health Plans**

[1-877-860-2837](tel:1-877-860-2837)

#### **Meridian Health Plan**

[1-866-606-3700](tel:1-866-606-3700)

#### **CountyCare Health Plan**

[1-855-444-1661](tel:1-855-444-1661)

#### **Molina Healthcare**

[1-855-687-7861](tel:1-855-687-7861)

Para recibir ayuda presencial con la renovación de su cobertura de Medicaid, consulte nuestro [calendario de eventos](#) y busque un evento de redeterminación cerca de usted. Estos eventos son gratuitos para todos los asistentes.

Si desea obtener ayuda al solicitar la cobertura de Medicaid, también puede acudir al Departamento de Asistencia Financiera de su hospital.