

Vienen cambios en Medicaid. ¿Estás listo?

Los cambios en la elegibilidad de Medicaid comienzan en enero de 2027 para la mayoría de las personas, y en octubre de 2026 para algunos inmigrantes.

¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa público de seguro médico que es administrado conjuntamente por los gobiernos federal y estatal, ayudando a las personas con ingresos limitados a acceder a servicios de atención médica asequibles, incluyendo visitas al médico, atención hospitalaria, servicios de la vista, dentales y cobertura de medicamentos recetados.

Medicaid cubre a una amplia gama de personas, incluyendo niños, personas embarazadas, adultos que trabajan, personas con ingresos limitados, adultos mayores, incluidos aquellos que también son elegibles para Medicare (elegibles duales), y personas con discapacidades.

Aproximadamente 1 de cada 5 personas en los EE. UU. está cubierta por Medicaid, incluyendo a más de 3 millones de residentes de Illinois.

En Illinois, Medicaid también puede conocerse como HealthChoice Illinois, "tarjeta médica", o por el nombre de la organización de atención administrada en la que la persona está inscrita (Aetna Better Health, Blue Cross Community Health Plans, CountyCare Health Plan, MeridianHealth, Molina Healthcare o YouthCare).

En Illinois, Medicaid es administrado por el Departamento de Salud y Servicios Familiares de Illinois (HFS).

¿Qué cambios se están haciendo en la elegibilidad de Medicaid?

El gobierno federal ha hecho algunos cambios significativos en la elegibilidad de Medicaid que todos los estados deben implementar, incluyendo los siguientes:

- Prueba por parte de algunos beneficiarios de que trabajan, hacen voluntariado o asisten a un programa educativo o de capacitación (requisitos laborales), a partir de enero de 2027. Algunas personas podrían calificar para exenciones.

- Renovaciones más frecuentes de Medicaid (redeterminación) para algunos beneficiarios, a partir de enero de 2027
- Una definición más restringida de los inmigrantes que son elegibles para Medicaid, a partir de octubre de 2026

¿A quién se aplican los nuevos requisitos?

A partir de enero de 2027, es posible que algunos beneficiarios adultos de Medicaid deban reportar sus horas de trabajo o ciertas actividades para continuar recibiendo cobertura. También deberán renovar su cobertura de Medicaid dos veces al año (cada seis meses), en lugar de una vez al año (cada 12 meses).

Por lo general, los nuevos requisitos federales se aplicarán a las personas que forman parte de la población de expansión de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, o "adultos ACA", las cuales

- tienen entre 19 y 64 años de edad;
- no reciben Medicare; y
- no tienen hijos dependientes menores de 18 años en su hogar

Los adultos cubiertos por la ACA deberán demostrar que cumplen con los nuevos requisitos de trabajo, educación o servicio comunitario, o bien solicitar una exención admisible basada en una circunstancia o condición, para poder continuar recibiendo cobertura.

Los siguientes adultos cubiertos por la ACA serán elegibles para exenciones de los requisitos de trabajo:

- Personas con una condición médica grave y compleja, una condición de salud mental o trastornos por uso de sustancias;
- Personas que reciben SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad) y SSDI (Seguro de Discapacidad del Seguro Social);
- Cuidadores de una persona con discapacidad;
- Personas sujetas a los requisitos de trabajo de SNAP o que cumplen con los requisitos de trabajo de TANF;
- Veteranos con calificaciones de discapacidad total; o
- Personas que han sido dadas de alta recientemente de instituciones públicas, tales como cárceles o prisiones.

Los nuevos requisitos no se aplicarán a:

- Niños menores de 19 años
- Adultos de 65 años o más

- Padres o tutores con un hijo dependiente de 18 años o menos viviendo con ellos (estas personas generalmente se encuentran en la categoría del Plan de Salud Familiar de Medicaid y no son “Adultos ACA”)
- Personas embarazadas o que hayan dado a luz en los últimos 12 meses
- Jóvenes en cuidado de crianza temporal (foster care) o exjóvenes en crianza temporal menores de 26 años

¿Qué actividades cuentan para cumplir con los requisitos laborales?

Las personas sujetas a requisitos laborales pueden cumplirlos de varias maneras:

- Empleo: Un mínimo de 80 horas de trabajo por mes o un ingreso antes de impuestos (bruto) de al menos \$580 por mes (se aplican normas diferentes para los trabajadores estacionales)
- Inscripción en un programa educativo: Inscripción al medio tiempo en una institución de educación superior o en un programa de educación profesional o técnica.
- Participación en un programa de trabajo: Participación en un programa de trabajo durante un mínimo de 80 horas al mes
- Servicio comunitario: Un mínimo de 80 horas de servicio comunitario por mes

Más detalles sobre cómo una persona puede presentar información sobre sus horas serán compartidos por HFS este otoño.

¿Qué grupos de inmigrantes afiliados ya no calificarán para Medicaid?

Actualmente, algunos no ciudadanos pueden inscribirse en Medicaid como «inmigrantes calificados». La definición federal de «inmigrante calificado» cambiará, limitando la elegibilidad para Medicaid, a partir de octubre de 2026.

Entre los no ciudadanos/inmigrantes que ya no serán elegibles para Medicaid se incluyen:

- Refugiados con presencia legal
- Personas que solicitan asilo (Estatus de Protección Temporal)
- Víctimas de violencia doméstica y víctimas de trata de personas (solicitantes bajo la Ley de Violencia contra la Mujer y titulares de la visa T)

Estos grupos de no ciudadanos/inmigrantes aún serán elegibles para Medicaid:

- Personas embarazadas
- Niños menores de 19 años
- Personas con permiso legal para residir en los EE. UU. (titulares de la tarjeta verde de residencia o *green card*) después de haber vivido aquí durante cinco años
- Inmigrantes cubanos y haitianos
- Migrantes del Pacto de Libre Asociación y ciudadanos de los Estados Libremente Asociados (como Micronesia, las Islas Marshall y Palaos) que cuentan con permiso legal para residir en los EE. UU.

¿Cómo pueden los beneficiarios mantenerse informados antes de los cambios en Medicaid?

Todos los beneficiarios de Medicaid deben asegurarse de que su información de contacto esté actualizada con HFS, su plan de salud y su doctor de atención primaria.

Para instrucciones sobre cómo actualizar su información de contacto con HFS, visite hfs.illinois.gov/medicalclients/addresschange.html, inicie sesión en abe.illinois.gov, o llame al 1-877-805-5312.

HFS informará a las personas sobre cualquier cambio en su elegibilidad o nuevos requisitos que deban cumplir para mantener su cobertura.

¿Cuándo habrá más detalles disponibles?

Se espera que el gobierno federal dé a los estados instrucciones sobre cómo implementar estos cambios en junio de 2026.

Es probable que los detalles sobre los pasos que los adultos inscritos en la ACA deban seguir para mantener su cobertura de Medicaid se compartan en septiembre de 2026.

¿Cómo completan los afiliados la redeterminación?

La redeterminación es una revisión de la elegibilidad de un beneficiario para Medicaid. Es la forma en que HFS determina si una persona aún es elegible para recibir cobertura.

Los beneficiarios recibirán documentación por correo cuando sea el momento de completar la redeterminación. Por eso es muy importante que HFS tenga la dirección postal actual del beneficiario en sus registros.

La documentación de redeterminación debe completarse y enviarse por correo al estado; de lo contrario, el beneficiario podría perder su cobertura de Medicaid.

La redeterminación también puede completarse en línea accediendo a la sección "ABE Manage My Case" (Administrar mi caso en ABE) abe.illinois.gov.

Tenga cuidado con las estafas. El estado de Illinois nunca le solicitará dinero para renovar su cobertura de Medicaid ni para solicitarla por primera vez. Denuncie cualquier estafa a través del [sitio web de denuncias de fraude](#) o llamando a la línea directa de fraude de Medicaid al 1-844-453-7283 (o 1-844-ILFRAUD).

¿Cómo puede alguien crear una cuenta de ABE Manage My Case?

El portal "Manage My Case" (Administrar mi caso) de la Solicitud de Elegibilidad para Beneficios (ABE) de Illinois permite a los usuarios gestionar su inscripción en Medicaid, actualizar su información de contacto y más.

Todos los usuarios del portal ABE deben crear una cuenta ILogin con el Estado de Illinois y un perfil de ABE. Para registrarse, el usuario debe tener una dirección de correo electrónico.

Para crear una cuenta ILogin, visite: iloginhelp.illinois.gov

Para acceder al portal ABE o crear un perfil de ABE, visite: abe.illinois.gov

En el portal "Manage My Case" de ABE, los inscritos pueden:

- Solicitar beneficios o renovar beneficios
- Actualizar su información de contacto o del hogar
- Registrarse para recibir notificaciones electrónicas o por mensaje de texto
- Presentar y gestionar apelaciones
- Revisar avisos relacionados con su caso

Para soporte técnico sobre el uso del portal ABE, visite dhs.state.il.us/page.aspx?item=98456 o llame al centro de atención al cliente de ABE al 800-843-6154.

¿Cómo se determina actualmente la elegibilidad para Medicaid?

La elegibilidad para Medicaid se basa en varios factores financieros y no financieros como los ingresos del hogar, el tamaño de la familia, la residencia en Illinois y el estatus migratorio. En Illinois, la mayoría de las personas con ingresos de hasta el 138% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) son elegibles para recibir beneficios.

Miembros del hogar	138% del FPL (mensual)	138% del FPL (anual)
1	\$1,835.42	\$22,025
2	\$2,448.58	\$29,863
3	\$3,141.83	\$37,702

Los niños y las personas embarazadas califican para Medicaid con niveles de ingresos del hogar más altos. Algunos adultos pueden calificar con ingresos más bajos y tienen que cumplir con ciertos requisitos de bienes.

La elegibilidad es determinada por el por el Departamento de Salud y Servicios Familiares de Illinois (HFS). Hay más información disponible en el sitio web de HFS: hfs.illinois.gov/medicalclients/medicalprograms.html

¿Aún se puede solicitar Medicaid?

¡Sí! Las personas aún pueden solicitar la cobertura médica de Medicaid o renovar su cobertura existente si todavía son elegibles.

Para más información sobre cómo solicitar Medicaid, visite el sitio web de HFS: hfs.illinois.gov/medicalclients/medicaidguide/applying.html, inicie sesión en abe.illinois.gov, o llame al 1-800-843-6154.

¿Qué sucede si alguien pierde su cobertura de Medicaid?

Perder la cobertura de Medicaid no impide que un beneficiario vuelva a solicitarla. Una persona puede volver a presentar una solicitud después de un cambio en sus circunstancias de vida, como un cambio en sus ingresos, quedar embarazada o desarrollar una condición médica.

Para más información sobre cómo solicitar Medicaid, visite el sitio web de HFS hfs.illinois.gov/medicalclients/medicaidguide/applying.html, inicie sesión en abe.illinois.gov, o llame al 1-800-843-6154.