



¿Qué es el programa para Personas con Necesidades Médicas?

El programa para Necesidades Médicas (Medically Needy) ayuda a personas que cumplen los requisitos básicos de Medicaid —como categoría, residencia y ciudadanía— pero cuyos ingresos son demasiado altos para calificar para Medicaid regular. Necesidad Medica no ofrece cobertura sanitaria completa por sí solo. En cambio, ofrece una vía hacia Medicaid durante meses cuando tus gastos médicos son elevados.

Si estás leyendo esta guía, puede que ya estés inscrito en el programa de personas con Necesidades Médicas. Si no, puedes solicitar de la misma forma que lo harías para Medicaid: a través del [Departamento de Niños y Familias \(DCF\)](#). Cuando estás inscrito en Necesidad Medica, Medicaid puede activarse durante cualquier mes en el que tus facturas médicas alcancen una cierta cantidad. Esta cantidad se llama tu "**costo compartido**".

Grupos, categorías y elegibilidad financiera de cobertura de Medicaid

Para calificar para el programa para Necesidades Médicas, primero debe cumplir con una de las categorías de Medicaid de Florida. Dado que Florida no ha ampliado Medicaid, la mayoría de los adultos de bajos ingresos de entre 21 y 64 años no son elegibles a menos que estén embarazadas, tengan hijos menores o cumplan la definición de discapacidad. Si eres un adulto que no cae en una de estas categorías, no serás elegible para Medicaid ni para el programa para personas con Necesidades Médicas (Medically Needy).

Florida divide la elegibilidad para Medicaid en dos grupos principales de cobertura, y cada grupo tiene reglas financieras distintas. El primer grupo es **Medicaid Relacionado con la Familia**, que incluye niños, mujeres embarazadas, padres o cuidadores de menores y jóvenes adultos de 19 y 20 años. Este grupo **no** tiene evaluación de bienes o activos.

Cada categoría tiene su propio límite de ingresos, y cualquier persona cuyo ingreso familiar esté dentro de ese límite califica para la cobertura completa de Medicaid. Si usted pertenece a una de estas categorías, pero sus ingresos superan el límite para el tamaño de tu hogar, aún puedes calificar como Persona con Necesidad Medica. No existe un límite de ingresos para la inscripción en Personas con Necesidades Medicas. La siguiente tabla muestra los límites de ingresos estimados de Medicaid para familias.

TAMAÑO DEL HOGAR	100% FPL Anual	100% FPL Mensual	ADULTOS**	MUJERES EMBARAZADAS	BEBÉS <1	NIÑOS DE 1-5	NIÑOS DE 6 - 18
1	\$15,960	\$1,330	\$356	196%	\$2,807	\$1,929	\$1,836
2	\$21,640	\$1,803	\$478	\$3,535	\$3,806	\$2,615	\$2,489
3	\$27,320	\$2,277	\$600	\$4,463	\$4,804	\$3,302	\$3,142
4	\$33,000	\$2,750	\$723	\$5,390	\$5,803	\$3,988	\$3,795
5	\$38,680	\$3,223	\$846	\$6,318	\$6,802	\$4,674	\$4,449
6	\$44,360	\$3,697	\$968	\$7,246	\$7,800	\$5,361	\$5,102
7	\$50,040	\$4,170	\$1,091	\$8,174	\$8,799	\$6,047	\$5,755
8	\$55,720	\$4,643	\$1,214	\$9,101	\$9,798	\$6,733	\$6,408



El segundo grupo es el **Medicaid Relacionado con el SSI** (Seguridad de Ingreso Suplementario), que incluye a personas de 65 años o más y a personas de cualquier edad con discapacidad. Si estás inscrito en Medicare, pero no cumples los requisitos para el Medicaid completo (por ejemplo, a través de SSI o una exención de Medicaid), aún puedes calificar para el programa para personas con Necesidades Médica (Medically Needy) siempre que sus bienes y activos estén dentro del límite de Necesidad Médica. Esto también se aplica si está inscrito en un Programa de Ahorro de Medicare.

Si lo han declarado discapacitado, pero no cumple los requisitos económicos para el SSI o no tienes Medicare, podrías ser elegible para Medicaid para Personas Mayores y Discapacitadas (MEDS-AD). Si su ingreso supera el límite MEDS-AD, es posible que aún pueda calificar para Necesidad Médica, siempre que sus activos estén debajo del umbral.

A continuación, se muestran los límites de ingresos y activos relacionados con el SSI de Medicaid.

Criterios de elegibilidad financiera para grupos de cobertura de Medicaid de SSI: abril de 2026

Grupo de Cobertura SSI/FBR \$994 - Individual	Límite de ingresos	Límite de activos
ICP/HCBS/Hospicio - Individual (300% FBR)*	\$2,982	\$2,000
ICP/HCBS/Hospice - Pareja*	\$5,964	\$3,000
HCBS/Personas Trabajadores con Discapacidad - Individual (WPwD)(550% FBR)*	\$5,467	\$2,000 \$13,000 Desprecio
HCBS/Personas Trabajadoras con Discapacidad - Pareja (WPwD)*	\$10,934	\$3,000 \$24,000 Desprecio
MEDS-AD/ICP-MEDS/Individuo (88% FPL)** MEDS-AD/ICP-MEDS/ICP-MEDS/Pareja*	\$1171 \$1588	\$5,000 \$6,000
Necesidad Médica, MNIL-(I)-Sin límite de ingresos	\$180	\$5,000
Necesidad Médica,, MNIL-(C)-Sin límite de ingresos (resta del ingreso bruto)	\$241	\$6,000
Persona con discapacidad trabajadora (200% FPL)** Pareja con discapacidad trabajadora**	\$2,660 \$3,607	\$5,000 \$6,000

[Apéndice A-9 del DCF Programas relacionados con SSI - Normas de elegibilidad financiera](#) (Nota: Existe una desestimación estándar de 20 dólares que se puede añadir a estos límites, y para las personas con ingresos del trabajo, se puede añadir la mitad del ingreso más 65 dólares al límite).

Cómo se calcula el costo compartido

El DCF calcula tu parte del costo compartido tomando el ingreso bruto del hogar y restando el **Límite de Ingresos para Personas con Necesidades Médicas (MNIL)**. El MNIL es una cantidad fija establecida por el estado. Si los ingresos del hogar son superiores al MNIL, la diferencia pasa a ser el costo compartido.

Para las personas del **grupo relacionado con la Familia**, el costo compartido se determina restando el MNIL correspondiente al tamaño del hogar del ingresos mensuales brutos computables del hogar. Consulte el [Apéndice A-7 del DCF Tabla de Límite de Ingresos Relacionados con la Familia](#) de Medicaid.



A continuación, un ejemplo de un Aviso de Acción del Caso que incluye el costo compartido y los ingresos mensuales computables del hogar:

Personas con Necesidades Médicas Programa

Revisamos su elegibilidad para todos los beneficios de Medicaid y hemos determinado que no es elegible ya que sus ingresos superan el límite para Medicaid.

Su solicitud para ingresar en el Programa para Personas con Necesidades Médicas de fecha March 10, 2026 ha sido **aprobada**. Usted está afiliado con un costo compartido estimado correspondiente a los meses indicados a continuación:

Nombre	Mar, 2026	Apr, 2026	May, 2026 Ongoing
[REDACTED]	Ineligible	Ineligible	Ineligible
	Enrolled	Enrolled	Enrolled
Costo Compartido	\$ 7188.00	\$ 7188.00	\$ 7188.00
Cantidad de miembros del Grupo Familiar	6	6	6
Ingresos contables del hogar	\$ 7971.00	\$ 7971.00	\$ 7971.00

Motivo: INSCRITO EN EL PROG. PARA PERSONAS CON NECESIDADES MECICAS CON PARTICIPACION
Usted es elegible para otra cobertura. Su cuenta ha sido transferida a Florida Healthy Kids y/o al Mercado Facilitado por el Estado (Federally Facilitated Marketplace).

Este es un hogar de seis personas con un ingreso mensual contable de \$7,971. Tras restar el MNIL de 783 dólares por un hogar de ese tamaño, el costo compartido es de \$7,188 dólares. ($\$7971 - \$783 = \7188).



Para las personas del grupo **relacionado con SSI** (Seguridad de Ingreso Suplementario), el costo compartido se determina restando el MNIL del individuo o de la pareja de los ingresos mensuales brutos computables.

[Consulte el Apéndice A-9 del DCF Programas relacionados con SSI - Estándares de elegibilidad financiera.](#)

A continuación, un ejemplo de Aviso de Acción de Caso que incluye el costo compartido para una persona soltera en la categoría de MEDS-AD:

Personas con Necesidades Médicas Programa

Revisamos su elegibilidad para todos los beneficios de Medicaid y hemos determinado que no es elegible ya que sus ingresos superan el límite para Medicaid.

Su solicitud para ingresar en el Programa para Personas con Necesidades Médicas de fecha March 10, 2026 ha sido **aprobada**. Usted está afiliado con un costo compartido estimado correspondiente a los meses indicados a continuación:

Nombre	Mar, 2026
	Ongoing
Costo Compartido	Enrolled \$ 1334.00

Los ingresos computables de esta persona son \$1,514: Tras restar el MNIL de 180 \$ para un individuo, el costo compartido es \$1,334. ($\$1,514 - \$180 = \$1,334$). El costo compartido de esta persona es \$1,334 al mes. Nota: Si el tamaño de tu hogar o tus ingresos cambian, tu costo compartido también puede variar.

Asumir su costo compartido para acceder a Medicaid

Cumplir su costo compartido es la clave para activar la cobertura de Medicaid bajo el programa para personas con Necesidades Médicas. Cada mes comienza sin Medicaid, y la cobertura solo comienza cuando el Departamento de Niños y Familias (DCF) determina que sus gastos médicos admisibles—pagados o pendientes— han igualado a su costo compartido (consulte a abajo una lista de ejemplos de gastos médicos permitidos). Debe llevar un registro de gastos y presentar al DCF facturas y estados de cuenta detalladas de gastos médicos.

Se pueden incluir gastos médicos de cualquier miembro del hogar cuyo ingreso y necesidades se tomaron en cuenta para determinar la elegibilidad, aun cuando esa persona no califique para Medicaid. Esas facturas pueden ayudar a cubrir su costo compartido, pero Medicaid no pagará las facturas de otro miembro del hogar si no son elegibles para Medicaid.



Ejemplo #1: Su costo compartido mensual es de \$800. Vas al hospital el 10 de mayo y envías la factura de \$1000 al DCF. Has cumplido con tu parte del costo compartido. Si el proveedor acepta Medicaid y el gasto es por un servicio cubierto por Medicaid, esa factura se pagará y serás elegible para Medicaid desde el 10 de mayo (fecha de servicio/fecha en la factura) hasta finales de mayo. El 1 de junio, dejarás de tener cobertura de Medicaid y volverás a tener un costo compartido mensual de \$800.

Las facturas que son menores o iguales a la parte del costo pueden ayudarte a cubrir la parte del costo, pero no serán pagadas por Medicaid.

Ejemplo #2: Tu costo compartido es de \$1000. El 10 de mayo, usted incurre una factura de hospital por \$750. El 12 de mayo, incurre una factura de médico por \$300. Envías ambas facturas al DCF. En total, suman \$1,050, así que su costo compartido se cumple el 12 de mayo. Si el proveedor acepta Medicaid, se pagará la factura del 12 de mayo. Sin embargo, la factura del 10 de mayo por \$750 no se pagará porque se incurrió antes de que cumplieras su costo compartido.

Gastos médicos permitidos para cubrir el costo compartido:

- Cualquier factura médica pendiente que aún se deba y que no se haya utilizado antes para cubrir el costo compartido
- Facturas médicas que la persona pagó en los últimos tres meses
- Primas de Seguro de Salud
- Gastos de prescripciones médicas
- Facturas médicas que no serán pagadas por el seguro médico ni por ninguna otra fuente
- Copagos de facturas médicas
- Servicios médicos ordenados por un médico
- Transporte en ambulancia, autobús o taxi para recibir atención médica

Nota: Si presenta gastos de un mes anterior y son aprobados, el DCF le enviará un Aviso de Acción de Caso informándole en que mes se cumplió el costo compartido. Medicaid estará abierto durante el mes especificado (solo puede ser retroactivo a 3 meses).

Ejemplos de prueba de gastos médicos:

- Estado detallado de la factura médica
- Recibos de facturas médicas
- Cheques cancelados por facturas médicas pagadas
- Impresos de gastos de prescripción de tu farmacia

Utilizar gastos de prescripciones medicas para cubrir el costo compartido:

Los gastos de prescripciones medicas son una forma de cubrir su costo compartido mensual. Si el costo total de su(s) receta(s) mensual(es) es superior a tu costo compartido, puedes usar prueba de esos gastos para activar Medicaid durante ese mes.



Para empezar, determina si los gastos de su receta exceden el costo compartido. Por ejemplo, si su parte del costo es de \$1,000 y sus recetas mensuales suman \$1,500, puedes cubrir el costo compartido mensual solamente usando esos gastos.

Para ello, visita tu farmacia y solicita un reporte detallado de los gastos de prescripciones al precio completo. Este documento enumera todas las recetas surtidas durante el mes y sus costos.

CONSEJO: Tienes que conseguir la impresión del gasto antes de pedir que surtan la receta. Debe ser el precio completo sin descuentos ni programas de descuento, ya que esto reduce el precio reflejado en la impresión. Opta por las recetas de 30 días de tu médico, ya que las recetas de 90 días no te permitirán utilizar ese gasto de receta el mes siguiente.

A continuación, un ejemplo de un reporte de gastos de receta generado por una farmacia:

Check Fill Status User: [redacted] wks07:Alt-F1 - WS-CHAIN : Thu, 31 Jul 2025 3:59:32 PM

Date [redacted] Age [redacted] Gender [redacted] Ttxt Msg YES Address [redacted] Phone Number [redacted]

ENTERPRISE PATIENT Note: Select "ES" for Enterprise Profile Status

Ln.No.	Fill Date	Rx No.	Refill#	Drug	Quantity	Prescriber	Patient Pay	Status (Previous 30 Days)
1	07/30/2025	[redacted]	02	FIASP 100 UNIT/ML FLEXT...	30	[redacted]	938.11	Data Entry Review - Shared
2	07/30/2025	[redacted]	02	METOPROLOL SUCC ER 10...	60	[redacted]	19.56	Waiting Bin <input type="button" value="2"/>
3	07/30/2025	[redacted]	02	DEXCOM G7 SENSOR	3	[redacted]	204.18	Waiting Bin <input type="button" value="LRG"/>
4	07/30/2025	[redacted]	00 [DUR]	SPIRONOLACTONE 25 MG ...	90	[redacted]	28.80	Waiting Bin <input type="button" value="71"/>
5	07/30/2025	[redacted]	00 [DUR]	FUROSEMIDE 20 MG TABLET	30	[redacted]	13.99	Waiting Bin <input type="button" value="71"/>
6	07/30/2025	[redacted]	00 [DUR]	ENTRESTO 49 MG-51 MG T...	60	[redacted]	681.31	Waiting Bin <input type="button" value="71"/>
7	07/30/2025	[redacted]	00	TRESIBA FLEXTOUCH 100 U...	15	[redacted]	441.47	Waiting Bin <input type="button" value="REF"/>
8	07/30/2025	[redacted]	00	ATORVASTATIN 80 MG TAB...	30	[redacted]	18.33	Waiting Bin <input type="button" value="2"/>
9	07/30/2025	[redacted]	00	JARDIANCE 25 MG TABLET	30	[redacted]	462.91	Waiting Bin <input type="button" value="71"/>
10	07/30/2025	[redacted]	00 [AN]	MOUNJARO 7.5 MG/0.5 ML ...	6	[redacted]		Prescriber Request - Wtg Resp
11	07/30/2025	[redacted]	01 [AN]	ELIQUIS 5 MG TABLET	60	[redacted]	495.89	Waiting Bin <input type="button" value="71"/>
12	07/30/2025	[redacted]	00	ENTRESTO 49 MG-51 MG T...	60	[redacted]		Inactive
13	07/30/2025	[redacted]	00	METOPROLOL SUCC ER 10...	180	[redacted]		On Hold - Proactive/Linked
14	07/30/2025	[redacted]	00	ELIQUIS 5 MG TABLET	60	[redacted]		On Hold - Proactive/Linked
15	07/15/2025	[redacted]	01	OZEMPIC 8 MG/3 ML (2 MG...	3	[redacted]	776.67	Return To Stock

Page 1 of 2 Total Patient Pay: 3304.55

Next Page (Enter)

Select a function and press <Enter>
View Detail (#), Enterprise Profile Status (ES), Messaging Options(MO), Eligible Refills (ER), Process Rx (P#), Refresh (R), Exit (X)

Patient F1 Prescriber F2 Drug F3 Third Party F4 Profile F5 Store Portal F6 Clinical F7 Refill F8 Dashboard F9 Log In/Out F10 Store Info F11 Rx Status F12



Debes obtener un nuevo reporte impreso cada mes. El DCF determinará si ha cumplido su costo compartido según la fecha del reporte. Su cobertura de Medicaid comenzará en la fecha indicada en la impresión y continuará hasta finales de ese mes.

CONSEJO: Si los gastos de su recetas superan regularmente el costo compartido, visita su farmacia a principios de mes para obtener el reporte impreso y envíelo de inmediato. Esto permite que su cobertura de Medicaid comience a principios de mes, dándote más tiempo para utilizar los beneficios.

Nota: Generar esta impresión no es una tarea estándar para todo el personal de farmacia. Para garantizar un acceso oportuno a Medicaid, suele ser útil identificar a un empleado específico que entienda el proceso y trabajar directamente con esa persona cada mes.

Presentación de tus gastos médicos:

El comprobante de gastos médicos puede presentarse a través del portal MyACCESS (MyACCESS.myflfamilies.com), por fax o en persona. Asegúrese de incluir su nombre y número de caso en los gastos médicos. El correo también es una opción, pero no lo recomendamos debido a la naturaleza urgente del proceso.


CONSEJO: Si subes gastos al portal MyACCESS, ten en cuenta que no puedes ver lo que subes después. Como no puedes ver lo que se sube, apunta qué documentos envías a través de MyACCESS.

Nota: Es posible cubrir su costo compartido y recibir cobertura de Medicaid retroactiva por los últimos tres meses al enviar las facturas de meses pasados.

Si visitas un Centro de Recursos Familiares para cubrir gastos en persona, documenta el nombre de la persona que te ayudó y la fecha. También toma nota del documento que entregaste ese día.

Para enviar por fax la prueba de gastos médicos del programa para personas con Necesidades Médicas, debe generar una [hoja de portada de gastos médicos ACCESS Florida](#) . Introduce tu **ID de Medicaid** y selecciona si vas a presentar un gasto médico o de prescripción. Después haga clic en "Generate Coversheet". Finalmente, envíe por fax los gastos con la hoja de portada a: 855-417-7203.

CONSEJO: Si no conoces su ID de Medicaid, puede obtenerlo a través de su cuenta MyACCESS. Su tarjeta de Medicaid imprimible ubicada en la sección de ver detalles del programa tiene tu ID de Medicaid (ver ejemplo). No ingrese el número de tarjeta dorada de Medicaid ni el número de caso.

	
Estado de Florida DEPARTAMENTO DE INFANCIAS Y FAMILIAS	
Nombre del ID de Medicaid	[REDACTED]
Fecha de Para Periodo	06/01/2026 - 06/30/2026
Nombre del TPL	MO Y N
NOTA: ESTA TARJETA ES VÁLIDA SÓLO POR EL PERÍODO ESPECIFICADO ANTERIORMENTE Y PROPORCIONA PRUEBA DE	



Nota: Las políticas del DCF no especifican cuánto tiempo se tarda en tramitar una solicitud de gastos médicos presentada. Según nuestra experiencia, el procesamiento del seguimiento de facturas del programa para personas con Necesidades Médicas (*Medically Needy*) puede tardar entre tres y diez días.

Qué ocurre después de presentar los gastos

Si el gasto presentado no era elegible o no se cubrió el costo compartido, **no se le notificará**. Si el gasto cubre el costo compartido, recibirás un Aviso de Acción del Caso. A continuación, tiene un ejemplo.

Personas con Necesidades Médicas Programa

La(s) persona(s) indicadas a continuación ha(n) pagado su parte del costo de sus Necesidades Médicas y tienen derecho a recibir Medicaid durante los siguientes períodos:

Nombre	04/14/2026 To 04/30/2026
	Ineligible
	Eligible

Motivo: PARTICIPACION MENSUAL HA SIDO SATISFECHA

CONSEJO: En algunas ocasiones, el DCF no te enviará un aviso de que has cumplido con tu costo compartido. Además del aviso, también puedes consultar en MyACCESS para ver si has cubierto tu costo compartido y Medicaid está abierto: Inicia sesión en tu cuenta y ve a Ver detalles del caso → Cobertura de salud (Medicaid) → Ver detalles del programa → Necesidades Médicas. Aquí puedes ver tu Costo compartido para Necesidades Médicas. Ver ejemplo a continuación:

Antes de cubrir el costo compartido:

Medically Needy	
Fecha de inicio de cobertura	Fecha de finalización de la cobertura
04/01/2026	04/02/2026
Parte de los gastos	
\$1,334.00	
Estado	
Inscrito/A	

Después de cubrir el costo compartido:

Medically Needy	
Fecha de inicio de cobertura	Fecha de finalización de la cobertura
04/03/2026	04/30/2026
Parte de los gastos	
\$0.00	
Estado	
Inscrito/A	

En el ejemplo anterior, puedes ver que antes de que la persona cumpliera el costo compartido, los detalles del programa mostraban un estado de "Inscrito" con la mensualidad del costo compartido. Una vez cumplida, el estatus se cambió a "Abierto" y la parte del costo cambió a 0,00 dólares.



Cuando surgen problemas en el programa para personas con Necesidades Médicas

Si recibes un aviso diciendo que no eres elegible para el programa para personas con Necesidades Médicas, pero crees que deberías cumplirlo, tienes derecho a apelar. También puedes apelar si crees que los ingresos utilizados para calcular tu costo compartido fueron incorrectos o si el costo compartido en sí es incorrecto. Para orientación sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso, consulta nuestro [Kit de Herramientas para Apelaciones de Elegibilidad de Medicaid](#) en Florida.

Si ha presentado sus facturas médicas al DCF y no ha recibido un aviso en un plazo de diez días confirmando que su costo compartido ha sido cubierto, es recomendable completar el [Formulario de Consulta del DCF](#) para intentar resolver el retraso.

Si el problema sigue sin resolver tras seguir estos pasos, puedes completar nuestra [entrevista online](#) para hablar con un defensor que pueda ayudarte o contactar con tu [programa local de asistencia legal](#).