

FLORIDA HEALTH
JUSTICE PROJECT

GUÍA DEL DEFENSOR:

PROGRAMA MEDICAID DE FLORIDA

3rd Edición
2025

AGRADECIMIENTOS

Octubre 2025 (3ª edición)

Agradecimientos actualizados

Las Guías para Defensores deben actualizarse regularmente: las leyes cambian y las normas, se actualizan los documentos de exención, se modifican los contratos de atención gestionada. Esta 3ª edición no habría sido posible sin el increíble trabajo duro y dedicación de mi colega, Haley Brown.

Haley y yo también queremos reconocer a quienes ayudaron a hacer posibles las primeras y segundas ediciones de la Guía. Ante todo, agradecemos a Sarah Somers y Jane Perkins del Programa Nacional de Derecho Medico (NHeLP). Proporcionaron una plantilla para las guías estatales individuales de Medicaid Advocate, y Sarah se tomó generosamente el tiempo de revisar y editar la primera Florida Medicaid Advocate's Guide antes de su publicación. También queremos agradecer a Margaret Kosyk y Jazmine-Janine Dykes, coautoras de la 1ª Edición. La Guía del Defensor no habría sido posible sin su ayuda. También hay que agradecer a dos expertos en Medicaid de Florida que respondieron a numerosas preguntas: Anne Swerlick y Laurie Yadoff.

Para la segunda edición, publicada en 2022, estamos agradecidos a Thomas Voracek y Melissa Lipnick por su importante trabajo en la actualización de la Guía y a Lara Kimmel, cuya cuidadosa atención a la edición y la revisión de citas fue invaluable.

Miriam Harmatz
Abogado y Fundador del Proyecto de Justicia de Salud de Florida

TABLA DE CONTENIDO

SECCIÓN UNO: INTRODUCCIÓN *5*

HISTORIA 5

AUTORIDADES, ADMINISTRACIÓN Y FINANCIACIÓN 6

SECCIÓN DOS: ELEGIBILIDAD *8*

RESUMEN DE LA ELEGIBILIDAD 8

ELEGIBILIDAD CONTINUA PARA NIÑOS Y MADRES PRIMERIZAS 10

ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID RELACIONADA CON LA FAMILIA 10

PERSONAS DE 19 Y 20 AÑOS 11

INGRESO BRUTO AJUSTADO MODIFICADO (MAGI) 12

ELEGIBILIDAD RELACIONADA CON MEDICAID RELACIONADA CON SSI 13

PROGRAMAS DE AHORRO DE MEDICARE 14

INMIGRANTES & MEDICAID 16

RESIDENCIA ESTATAL 17

OTROS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD 17

SECCIÓN TRES: SOLICITUDES, DETERMINACIONES Y APELACIONES *18*

SOLICITUD DE MEDICAID RELACIONADA CON LA FAMILIA 18

SOLICITUD DE MEDICAID RELACIONADA CON DISCAPACIDAD 19

REDETERMINACIONES 20

EX PARTE DETERMINACIONES 21

NOTIFICACIÓN Y DERECHOS DE AUDIENCIA 22

SECCIÓN CUATRO: SERVICIOS *23*

RESUMEN 23

PRINCIPIOS GENERALES DE LOS SERVICIOS DE MEDICAID 23

SERVICIOS MEDICAID DE FLORIDA 24

DISTRIBUCION DE COSTOS 25

PARTICIPACIÓN DEL PROVEEDOR Y FACTURACIÓN DE SALDO 25

COMPARABILIDAD 25

PUNTUALIDAD RAZONABLE 26

NECESIDAD MÉDICA 26

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CRIBADO TEMPRANO Y PERIÓDICO (EPSDT) 27

CRIBADOS MÉDICOS 28

SERVICIOS DE VISIÓN, AUDICIÓN Y DENTALES 29

REVISIONES INTERPERIÓDICAS ("SEGÚN SE NECESITE") 29

LA "T" EN EPSDT **29**
INFORMAR A LAS FAMILIAS ELEGIBLES SOBRE EL EPSDT **30**
SECCIÓN CINCO: CUIDADO ADMINISTRADO ***31***
ANTECEDENTES **31**
PROGRAMA PILOTO DE ASISTENCIA PARA VIVIENDA **32**
INSCRIPCION DE LA POBLACION **33**
PROCESO DE INSCRIPCIÓN **33**
SERVICIOS DE ATENCIÓN GESTIONADA **34**
CAMBIO DE PLANES Y DESINSCRIPCIÓN **36**
PRESENTACIÓN DE UNA QUEJA **38**
QUEJAS, APELACIONES Y AUDIENCIAS JUSTAS **39**
AUTORIDAD RELEVANTE **45**

SECCION UNO: INTRODUCCION

Medicaid es un programa de seguro federal-estatal complejo y en constante cambio que cubre los gastos médicos de los beneficiarios elegibles. Cada estado implementa su propio plan de Medicaid en cumplimiento con la ley y las regulaciones federales de Medicaid. Aunque la ley y las normativas federales establecen las normas básicas del programa Medicaid, los estados tienen una flexibilidad significativa y cada programa de Medicaid es único.

Esta *Guía* ofrece una visión general de la autoridad que gobierna el programa Medicaid de Florida y aborda preguntas básicas, incluyendo[1]:

- Quién es elegible para Medicaid
- Cómo solicitar Medicaid
- Qué hacer si una solicitud es denegada o retrasada
- Qué hacer si se termina la elegibilidad
- Qué servicios están cubiertos
- Cómo funciona la atención administrada
- Qué hacer si se deniegan, retrasan, terminan o reducen los servicios

HISTORIA

Cuando se aprobó el programa Medicaid en 1965, la cobertura estaba limitada a personas de bajos ingresos que cumplían los requisitos para la cobertura "relacionada con discapacidad" (ancianos, ciegos o discapacitados) o para la cobertura "familiar" (niños, mujeres embarazadas, padres/cuidadores).[2]

Medio siglo después, la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) eliminó este requisito de una "conexión categórica". El objetivo principal de la ACA era establecer un camino hacia una cobertura médica asequible para todos los estadounidenses (y los inmigrantes elegibles). Además de proporcionar subsidios para reducir el costo de la cobertura para individuos y familias con ingresos familiares entre el 100% y el 400% del nivel federal de pobreza (FPL)[3], también exigió a los estados ampliar su programa de Medicaid para cubrir a adultos de bajos ingresos por debajo del 133% de la FPL.[4]

---

[1] Esta Guía está destinada a ser utilizada por servicios legales y abogados pro-bono que asisten a clientes de bajos ingresos, así como litigantes pro se. Este documento tiene como objetivo ofrecer orientación sobre cuestiones básicas relacionadas con solicitudes, elegibilidad, servicios, atención gestionada y apelaciones. No aborda múltiples componentes del programa Medicaid, incluyendo, por ejemplo, Medicaid de Atención Institucional u otras Exenciones Basadas en el Hogar y la Comunidad.

[2] DEP'T. OF HEALTH & HUMAN SERVS., CTRS. FOR MEDICARE & MEDICAID SERVS., MILESTONES 1937 TO 2015 2 (July 2015), http://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History/Downloads/Medicare-and-Medicaid-Milestones-1937-2015.pdf.

[3] 26 U.S.C. § 36B (c)(1)(A); *Poverty Guidelines*, U.S. DEP'T. OF HEALTH AND HUM. SERVS., ASSISTANT SEC'Y FOR PLAN. AND EVALUATION (2025) https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines.

[4] 42 U.S.C. § 1396a(a)(10)(a)(i)(VIII).

Poco después de la aprobación de la ACA, Florida y otros veintiséis estados demandaron al gobierno federal, alegando, *entre otras cosas,* que esta "expansión de Medicaid" era inconstitucional.[5] En *National Federation of Independent Business vs Sebelius*, el Tribunal Supremo de EE. UU. dictaminó que exigir a los estados que amplíen sus programas de Medicaid para cubrir a adultos de bajos ingresos que no cumplían una conexión categórica era "excesivamente coercitivo".[6] La decisión del Tribunal significaba que cada estado decidiría si ampliaba la cobertura a este grupo.

A fecha de 2025, Florida es uno de los diez estados que no ha aceptado financiación federal para cubrir la población de expansión de Medicaid. Como resultado, aproximadamente medio millón de floridanos de bajos recursos no tienen un camino claro hacia una cobertura asequible. [8] Entran en lo que se denomina la "brecha de cobertura".

AUTORIDADES, ADMINISTRACIÓN Y FINANCIACIÓN

Múltiples autoridades rigen el programa Medicaid, incluyendo: la ley y regulaciones federales de Medicaid, la ley y las normas estatales de Medicaid, y directrices sub regulatorias de agencias estatales y federales.

RECURSOS DE AUTORIDAD FEDERAL Y ESTATAL

Ley federal:
- 42 U.S.C. §§ 1396 – 1396w-8
- 42 C.F.R. §§ 430 – 457

Política Federal:
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)
- "Dear State Medicaid Director" Letters

Ley estatal:
- Florida Statutes §§ 409.901-409.9531
- Florida Administrative Code 59G
- Florida Administrative Code 65A-1

[5] Nat'l Fed'n of Indep. Bus. v. Sebelius, 567 U.S. 519, 519 (2012).

[6] *Id.* at 580.

[7] *See* FLA. HEALTH JUST. PROJECT, OPPOSITION, INACTION AND OBSTRUCTION: A HISTORY OF FLORIDA'S FAILURE TO PASS MEDICAID EXPANSION (June 8, 2022), https://floridahealthjustice.org/wp-content/uploads/2022/07/medicaid-expansion-history-6.8.22-update.pdf (showing a chronology of the Florida Legislature's opposition to Medicaid expansion, including a ballot initiative).

[8] *See How Many Uninsured Are in the Coverage Gap and How Many Could be Eligible if All States Adopted the Medicaid Expansion?*, KFF (Feb. 25, 2025), https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/the-coverage-gap-uninsured-poor-adults-in-states-that-do-not-expand-medicaid/ (discussing the coverage gap that includes parents or caregivers whose incomes are above Florida's eligibility for Medicaid, which is only about 30% of the federal poverty level, but below the poverty line, the minimum income eligibility for tax credits through the ACA marketplace. It also includes nondisabled childless adults, no matter how low their income may be).

Política Estatal:

- Departamento de Niños y Familias de Florida Manual del Programa ESS
- Políticas Específicas del Servicio de Medicaid de Florida[10]
- Transmisiones de Políticas del Departamento de Niños y Familias de Florida[11]

A nivel federal, Medicaid es administrado por los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid (CMS) dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (USHHS). CMS divide los estados en diez regiones, con una oficina regional para cada una. Florida está en la Región IV.[12] La ley federal exige que cada estado administre su programa de Medicaid a través de una única agencia estatal. La agencia estatal designada en Florida es la Agencia para la Administración de la Atención Medica (AHCA).[13]

Entre otras cosas, CMS proporciona a los estados una guía sub regulatoria en forma de estrategias y sugerencias de "Estimados funcionarios Estatales de Salud" y "Estimados Directores Estatales de Medicaid". Por ejemplo, CMS promulgó tanto directrices oficiales como sugerencias estratégicas sobre la emergencia de salud pública (PHE) por COVID-19.[14]

Uno de los aspectos más significativos del programa Medicaid es la estructura de financiación mediante la cual el gobierno federal, según una fórmula basada en el nivel de pobreza del estado, garantiza fondos federales de "contrapartida" para los gastos estatales.[15] En Florida, la fórmula de financiación garantizada significa

---

[9] *ESS Program Policy Manual*, *supra* note 2.

[10] *Adopted Rules–Service Specific Policies*, FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN. (2025), https://ahca.myflorida.com/medicaid/review/specific_policy.shtml.

[11] *See* FLA. HEALTH JUST. PROJECT, DCF TRANSMITTALS 2012-2025, https://app.box.com/s/n8tjt3hlsemoix7q0or9ivf207oz5edo/folder/318518335059 (hosting an incomplete library of DCF policy transmittals, collected and archived by Florida Health Justice Project).

[12] Ctrs. for Medicare & Medicaid Servs., *CMS Regional Offices*, MEDICAID.GOV (2025), https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/CMS-Regional-Offices.

[13] FLA. STAT. § 409.902(1) (2025).

[14] *See, e.g., ARCHIVED: Unwinding and Returning to Regular Operations after COVID-19*, CTRS. FOR MEDICAID & MEDICARE SERVS., https://www.medicaid.gov/resources-for-states/coronavirus-disease-2019-covid-19/unwinding-and-returning-regular-operations-after-covid-19.

[15] The federal government's share of most Medicaid expenditures is called the Federal Medical Assistance Percentage, or "FMAP". *See* Congressional Research Service, *Medicaid's Federal Medical Assistance Percentage (FMAP)*, CONGRESS.GOV (Apr. 2, 2025), https://www.congress.gov/crs-product/R43847#:~:text=Generally%20determined%20annually%2C%20the%20FMAP,state%20and%20is%20generally%2050%25.

que por cada dólar gastado en servicios cubiertos por Medicaid para los inscritos elegibles, el gobierno federal proporciona aproximadamente 0,57 dólares.[16]

SECCION DOS: ELEGIBILIDAD

DESCRIPCION GENERAL DE ELEGIBILIDAD

Según la ley federal, los estados *deben cubrir* grupos de cobertura obligatorios específicos, y los estados *pueden cubrir* categorías adicionales que cumplen los requisitos de elegibilidad.[17] Personas elegibles que cumplen los requisitos para la cobertura bajo cualquier categoría obligatoria u opcional se conoce como los "categóricamente necesitados".[18]

Los requisitos de elegibilidad incluyen requisitos financieros (ingresos y recursos) así como técnicos, *por ejemplo,* ciudadanía y residencia. Se aplican diferentes límites y metodologías de elegibilidad financiera dependiendo de si la conexión categórica de la persona con Medicaid es "relacionada con el SSI" (según la edad o discapacidad) o "relacionada con la familia".

Los estados también pueden cubrir a personas que de otro modo encajan en una categoría de Medicaid, pero cuyos ingresos o recursos superen el límite. Este grupo de cobertura, que Florida ha adoptado, se denomina "Necesitado Médicamente".[19]

---

[16] *See* Federal Financial Participation in State Assistance Expenditures; Federal Matching Shares for Medicaid, the Children's Health Insurance Program, and Aid to Needy Aged, Blind, or Disabled Persons for October 1, 2024 through September 30, 2025, 88 Fed. Reg. 223 (Nov. 21, 2023) https://www.federalregister.gov/documents/2023/11/21/2023-25636/federal-financial-participation-in-state-assistance-expenditures-federal-matching-shares-for; *See also Eliminating the Medicaid Expansion Federal Match Rate: State-by-State Estimates*, KFF (Feb. 13, 2025), https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/eliminating-the-medicaid-expansion-federal-match-rate-state-by-state-estimates/#:~:text=What%20is%20the%20proposed%20policy,adults%20in%20the%20Medicaid%20expansion (discussing if Florida chooses to extend coverage to those low-income adults eligible for Medicaid under the ACA, the federal matching rate for the cost of covering this population will be no less than 90%).

[17] 42 U.S.C. § 1396a(a)(10)(A)(i).

[18] 42 U.S.C. § 1396a(a)(10)(A); 42 C.F.R. §§ 435.4, .100-.172, .200-.236; CTRS. FOR MEDICARE & MEDICAID SERVS., STATE MEDICAID MANUAL CHAPTER 3- ELIGIBILITY, https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/guidance/manuals/paper-based-manuals-items/cms021927 (discussing §§ 3300-3493 & 3500-3596); FLA. STAT. §§ 409.903, .904 (2025).

[19] 42 U.S.C. § 1396a(a)(10)(C); 42 C.F.R. 435.4; 42 CFR §§ 435.300-.350; CTRS. FOR MEDICARE & MEDICAID SERVS., STATE MEDICAID MANUAL CHAPTER 3- ELIGIBILITY, https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/guidance/manuals/paper-based-manuals-items/cms021927 (discussing § 3600-3645.6); FLA. STAT. § 409.904(2) (2025); FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.703(3).
§ 409.904(2) (2025); FLA. CÓDIGO ADMINISTRATIVO R. 65A-1.703(3).

GRUPOS DE COBERTURA OBLIGATORIA [20]

- Padres y cuidadores de bajos ingresos
- Niños de 0 a 18 años
- Personas de 19 a 20 años
- Mujeres embarazadas (cobertura postparto durante 12 meses)[21]
- Beneficiarios de SSI, incluyendo Medicaid Protegido y "Personas en Pepinillo" [22]
- Programas de Ahorro de Medicare (MSP)
- Jóvenes de hasta 26 años que han salido del cuidado de crianza [22]
- Trabajador con discapacidad

GRUPOS DE COBERTURA OPCIONAL [25]

- Mujeres con cáncer de mama o de cuello uterino
- Necesidad médica
- Personas bajo acuerdos estatales de asistencia para adopciones
- Personas que necesitan atención institucional
- Medicaid para Personas Mayores y Discapacitadas (MEDS-AD)
- Pacientes con VIH que necesitan atención hospitalaria
- Personas elegibles para servicios en el hogar y en la comunidad mediante la exención de cuidados a largo plazo (LTC) o la exención de iBudget

---

[20] FLA. STAT. § 409.903 (2025); 42 U.S.C. § 1396a(a)(10)(A)(i). FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.703, .710 (discussing Florida administrative rules listing family-related and SSI-related coverage groups include both mandatory and optional coverage groups).

[21] *See* FLA. STAT. § 409.903(5) (reflecting legislative changes due to Florida's submission of a Section 1115 application On September 3, 2021 to amend its Medicaid Program which was approved by CMS on May 25, 2022). *See also* Ctrs. for Medicare & Medicaid Servs., *Florida Managed Medical Assistance*, MEDICAID.GOV, https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demo/demonstration-and-waiver-list/81311.

[22] *See* Jennifer Lav & Jules Lutaba, *A Quick and Easy Method of Screening for Medicaid Eligibility Under the Pickle Amendment*, NAT'L HEALTH L. PROGRAM (Dec. 16, 2024), https://healthlaw.org/resource/a-quick-and-easy-method-of-screening-for-medicaid-eligibility-under-the-pickle-amendment-2025-update/ (stating a description of "Pickle People").

[23] 42 C.F.R. § 435.150(b); FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.703(2)(d).

[24] *See* 42 U.S.C. 1396d(s) (working people with disabilities under 1619(b) are listed in the federal Medicaid statute as a "mandatory" coverage group); *See also* 42 U.S.C. § 1396a(a)(10)(A)(ii); *See also e.g, Working People with Disabilities*, FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., http://ahca.myflorida.com/medicaid/medicaid-policy-quality-and-operations/medicaid-policy-and-quality/medicaid-policy/federal-authorities/working-people-with-disabilities.

[25] FLA. STAT. § 409.904 (showing Florida administrative rules listing family-related and SSI-related coverage groups include both mandatory and optional coverage groups); *see* FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.703, 710.

- Medicaid de Emergencia para Extranjeros (EMA)

¿Cuándo comienza la elegibilidad?
Según la ley federal vigente, los solicitantes elegibles tienen derecho a 90 días de elegibilidad retroactiva.[26] Este periodo de elegibilidad retroactiva se denomina "RME". Florida ha recibido permiso del gobierno federal para limitar el periodo RME de 90 días a mujeres embarazadas y niños menores de 21 años.[27] Para adultas no embarazadas en Florida, la elegibilidad comienza el primer día del mes en que se presentó la solicitud de la persona.[28]

Nota: El paquete de conciliación presupuestaria, H.R. 1, promulgado el 4 de julio de 2025, limita la fecha de entrada en vigor para la cobertura retroactiva de los beneficios de Medicaid al mes anterior al mes en que la persona solicitó Medicaid, a partir del 31 de diciembre de 2026.[29]

ELEGIBILIDAD CONTINUA PARA NIÑOS Y MADRES PRIMERIZAS

En 2021, la Legislatura de Florida aprobó un proyecto de ley que amplió la cobertura posparto a 12 meses completos después del nacimiento.[30]

Desde enero de 2024, los estados están obligados a proporcionar 12 meses de elegibilidad continua para los niños menores de 19 años en Medicaid y CHIP independientemente de los cambios en las circunstancias."[31]

ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID RELACIONADA CON LA FAMILIA

Los Grupos de Medicaid Relacionados con la Familia de Florida incluyen los siguientes grupos[32]:

- Bebés de 0 a 1 año

---

[26] 42 U.S.C. § 1396a(a)(34).

[27] CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, WAIVER NO. 11-W-00206/4 FLORIDA MANAGED MEDICAL ASSISTANCE (Jan. 15, 2021), https://ahca.myflorida.com/content/download/10870/file/FL_MMA_Extension_STCs_1.15.2021.pdf (Florida received approval from the federal government through a Section 1115 waiver to waive the RME requirement in the Medicaid statute for non-pregnant adults over 21 to limit coverage to one month, further restricting the right to RME).

[28] FLA. STAT. §§ 409.904 (12)(a)-(b), 409.906.

[29] H.R. 1, 119th Cong. (2025), Pub. L. No. 119-21,139 STAT. 72, at § 44122.

[30] *See* FLA. STAT. § 409.903(5) (2021) (Prior to 2022, postpartum coverage was limited to 60 days).

[31] Ctrs. for Medicare & Medicaid Servs., *Continuous Eligibility for Medicaid and CHIP Coverage*, MEDICAID.GOV, https://www.medicaid.gov/medicaid/enrollment-strategies/continuous-eligibility-medicaid-and-chip-coverage.

[32] *See* FLA. STAT. § 409.903 (2025); FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.703. *See also ESS Program Policy Manual*, *supra* note 2 (Note: there are additional optional coverage groups, *e.g.* HBCS and PACE).

- Niños de 1 a 5 años
- Niños de 6 a 18 años
- Personas de 19 a 21 años
- Mujeres embarazadas
- Padres/Cuidadores de niños menores

La elegibilidad para cada grupo varía según los ingresos del hogar. No existe una prueba de bienes para la elegibilidad relacionada con Medicaid por familia.[33]

Para los niños, el límite de ingresos baja gradualmente a medida que el niño crece. Por ejemplo, (según las directrices de pobreza de 2025), en un hogar de 3 personas, el límite mensual de ingresos[34]:

- Para un bebé menor de 1 año serían $4.686,00 dólares
- Para un niño de 1 a 5 años, serían $3.220,00 dólares
- Para un niño de 6 a 18 años, serían $3.065,00 dólares

CONSEJO DEL DEFENSOR

Los defensores deben guardar en favoritos y/o hacer una copia del cuadro de Límites de Ingresos de Medicaid Relacionados con la Familia de FHJP.[35] Este gráfico es una herramienta útil para determinar rápidamente el límite de ingresos relevante para diferentes grupos de cobertura familiares. Se basa en la tabla de Límites de Ingresos de Medicaid relacionados con la familia del DCF y elimina la necesidad de añadir las desconsideraciones relevantes a cada categoría de cobertura

PERSONAS DE 19 Y 20 AÑOS

Como se ha señalado anteriormente, los límites de ingresos de Medicaid relacionados con la familia disminuyen *gradualmente* a medida que el niño crece. Pero una vez que un niño cumple 19 años, el límite *disminuye significativamente*. El día del cumpleaños 19 del niño, la elegibilidad para Medicaid baja del 138% del umbral federal de pobreza (FPL) a menos del 30% del FPL, o $597,00 al mes, en un hogar de tres personas (basado en FPL de 2025).[36]

---

[33] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.708(2).

[34] FLA. DEP'T OF CHILDREN AND FAMILIES, ESS PROGRAM POLICY MANUAL APPENDIX A-7 FAMILY-RELATED MEDICAID INCOME LIMIT CHART (2025), https://www.myflfamilies.com/sites/default/files/2025-05/Appendix_A-7-Family-Related_Medicaid_Income_Limit_Chart.pdf [hereinafter A-7 FAMILY-RELATED MEDICAID INCOME LIMIT]

[35] *See* FLA. HEALTH JUST. PROJECT, 2025 ESTIMATED FLORIDA FAMILY RELATED MEDICAID INCOME LIMITS 1 (Mar. 2025) https://floridahealthjustice.org/wp-content/uploads/2025/03/2025-Medicaid-Eligibility-Levels-Estimated.pdf.

[36] A-7 FAMILY-RELATED MEDICAID INCOME LIMIT, *supra* note 34.

Sin embargo, un joven de 19 o 20 años puede seguir siendo elegible para Medicaid como "hogar de una persona", incluso si la persona sigue viviendo en casa.[37]

CUANDO UNA PERSONA DE 19 O 20 VIVIENDO EN CASA ES ELEGIBLE POR MEDICAID:

- Si el ingreso del individuo esta por debajo del límite para adultos
- Si el individuo no es reclamado como un dependiente por sus padres o cuidadores
- Si el individuo no es un estudiante de tiempo completo

Hay varias consideraciones que la persona y sus padres querrían considerar: ¿es lo mejor para la familia que el joven de 19 o 20 años permanezca en la declaración de la renta del progenitor como dependiente; si el joven que cumple 19 años tiene problemas médicos que antes cubría Medicaid y necesita seguro; ¿es Medicaid la mejor o la única opción para una cobertura continua?[38]

INGRESO BRUTO AJUSTADO MODIFICADO (MAGI)

Según la ACA, la elegibilidad para los ingresos de cada grupo de Medicaid Relacionado con la Familia se basa en el Ingreso Bruto Ajustado Modificado ("MAGI").[39] Para más información, el Programa Nacional de Derecho de la Salud ha proporcionado una guía completa para entender la MAGI.[40]

Generalmente, MAGI incluye la renta bruta ajustada más ciertas exclusiones como cualquier prestación exenta de impuestos de la Seguridad Social, intereses exentos de impuestos e ingresos extranjeros no gravados. [41]

MAGI también incluye (no exhaustivo):[42]

- Jubilación de la Seguridad Social
- Beneficios para supervivientes
- Seguro de Discapacidad de la Seguridad Social (SSDI)

---

[37] *See* FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.705 (noting that the filing unit includes 19 or 20 year-olds if the individual is a full-time student).

[38] Fla. Health Just. Project, *Preparing for The Public Health Emergency's "Unwind" Special Considerations for 19 & 20 Year Olds*, YOUTUBE (Dec. 2022), https://www.youtube.com/watch?v=qCKpNq02DDU&t=2s.

[39] 42 C.F.R. § 435.600*; see* A-7 FAMILY-RELATED MEDICAID INCOME LIMIT, *supra* note 34. (showing DCF Family-related income eligibility chart specifying the income limits under each category per household size).

[40] Wayne Turner, *Advocate's Guide to MAGI (Updated Guide for 2018)*, NAT'L HEALTH L. PROGRAM, (Aug. 22, 2018), https://healthlaw.org/resource/advocates-guide-to-magi-updated-guide-for-2018/.

[41] 42 C.F.R. § 435.603(e); 26 U.S.C. § 36B(d)(2)(B); 26 U.S.C. § 911 (citing exclusions which are added back in for MAGI under 26 U.S.C. § 36B(d)(2)(B)(i)); Cntrs. for Medicare & Medicaid Servs., *Count income & household size*, HEALTHCARE.GOV, https://www.healthcare.gov/income-and-household-information/income (discussing "What to Include as Income"); FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.707.

[42] *Id.*

MAGI no incluye (no exhaustivo): [43]

- Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)
- Manutención de los hijos
- Asistencia Temporal en Efectivo (TANF)
- Donaciones y préstamos
- Ingresos de reclamaciones de seguros
- Herencia
- Créditos/Reembolsos fiscales

Para efectos del cálculo del MAGI para Medicaid, los pagos en suma global solo se cuentan por el mes en que se reciben.[44] Adicionalmente, las becas y premios no se incluyen como ingresos a menos que se utilicen para gastos de vida y no para educación.[45]

Los ingresos de cada persona que es parte del hogar están incluidos en MAGI, excepto los dependientes que no deben presentar una declaración de impuestos.[46]

ELEGIBILIDAD DEL MEDICAID RELACIONADA CON SSI

Los grupos de cobertura de Medicaid relacionados con el SSI en Florida incluyen los siguientes:

- Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)
- Medicaid para Personas Mayores y Discapacitadas (MEDS-AD)
- Programa de Atención Institucional
- Hospicio
- Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)
- Proyecto Modificado al Programa de Atención al SIDA (MPAC)
- Exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)
- Tratamiento del cáncer de mama y de cuello uterino (BCC).
- Disautonomía familiar (FD)
- iBudget[47]
- Personas trabajadoras con discapacidad[48]

---

[43] *Id.*

[44] 42 C.F.R. §435.603(e)(1).

[45] 42 C.F.R. §435.603(e)(2).

[46] 42 C.F.R. § 435.603(d); FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.702-.708, 1.716.

[47] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.710; *see also SSI-Related Medicaid Programs Fact Sheet*, FLA. DEP'T OF CHILDREN & FAMILIES, 8 (2025), https://www.myflfamilies.com/service-programs/access/docs/ssifactsheet.pdf.

[48] *See* 42 U.S.C. § 1382h (regarding Section 1619(b) of the Social Security Act provides continuing Medicaid for recipients of SSI who return to work and earn income too high for SSI payments, but their earnings are insufficient to cover the cost of their lost Medicaid); *See also* 42 U.S.C. 1396d(s) (working people with

CONSEJO DEL DEFENSOR

Los defensores deben guardar en favoritos y/o hacer una copia de la Elegibilidad Financiera del Grupo de Cobertura Medicaid Relacionada con el SSI del DCF, que se encuentra en el Apéndice A-9. Los límites de ingresos y activos varían según los grupos de cobertura concretos. [49]

Los recursos se definen como los activos que una persona posee y tiene la autoridad o poder para convertir en efectivo o poner a disposición para su sostenimiento.[50] No todos los recursos se cuentan para el límite. Por ejemplo, se excluyen el lugar principal de residencia, los efectos personales, los bienes domésticos, los vehículos necesarios y el valor limitado en efectivo de las pólizas de seguro de vida.[51]

Todos los activos se cuentan para el límite, salvo que se excluyan específicamente. Esto incluye, por ejemplo, cuentas bancarias, inversiones y el valor de bienes inmuebles, coches, barcos, seguros de vida, 52 y fondos fiduciarios.[53] Si un individuo puede demostrar que algo, que normalmente se cuenta, no está disponible, no debería contarse.[54]

PROGRAMAS DE AHORRO DE MEDICARE

Otros grupos de cobertura relacionados con el SSI incluyen a quienes están inscritos en un Programa de Ahorro de Medicare, también llamado "MSP". Dependiendo del programa, las personas elegibles reciben ayuda con

---

disabilities is listed in the federal Medicaid statute as a "mandatory" coverage group). *See also* FLA. DEP'T OF CHILDREN AND FAMILIES, ESS PROGRAM POLICY MANUAL APPENDIX A-9 SSI-RELATED MEDICAID COVERAGE GROUPS FINANCIAL ELIGIBILITY STANDARDS 1 (Jan. 2024), https://www.myflfamilies.com/sites/default/files/2024-01/Appendix%20A-9.pdf (this coverage group is not listed in Fla. Stat. §§ 409.903 or 409.904 or the Florida Administrative Code for SSI coverage groups; however, this coverage group is included in the DCF Financial Eligibility Standards Chart A).

[49] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.712.

[50] 20 C.F.R. § 416.1201(a).

[51] 42 U.S.C. § 1382b(a).

[52] *Program Operations Manual System SI 01130.300 Developing Life Insurance Policies*, SOC. SEC. ADMIN. (Nov. 14, 2013), https://secure.ssa.gov/poms.nsf/lnx/0501130300 (discussing § C.1 consider "the resource value of a life insurance policy to be its cash surrender value (CSV), not its face value (FV)").

[53] *Program Operations Manual System SI 01120.*200, SOC. SEC. ADMIN. (May 6, 2024), (discussing § D.1.a. "[t]rust principal is a resource for SSI purposes if a trust beneficiary (applicant, recipient, or deemor) has legal authority to revoke or terminate the trust and then use the funds to meet their food or shelter needs. . . The trust principal is also a resource for SSI purposes if the trust beneficiary can direct the use of the trust principal for their support and maintenance under the terms of the trust. Additionally, if the trust beneficiary can sell their right to receive payments from the trust, that right is a resource.") (Author's Note: this *Guide* is not addressing other resource related provision including, e.g., special needs trusts).

[54] 20 C.F.R. § 416.1201(a)(1).

Los costos de bolsillo de Medicare, incluidas las primas.[55] Estos programas incluyen QMB, SLMB y QI-1:

- El programa **de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)** cubre tanto las primas y copagos de la Parte A como de la Parte B (límite de ingresos de $1.305 al mes para un hogar de una persona).
- El programa **de Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB)** cubre solo las primas de la Parte B (límite de ingresos de $1.565 al mes para un hogar de una persona).
- El programa **de Individuo Calificado 1 (QI1)** cubre solo las primas de la Parte B (límite de ingresos de $1.761 al mes para un hogar de una persona).[56]

Para todos los programas, el límite de activos es de $9.660 (dólares) para un hogar de una persona.[57]

Cálculando la elegibilidad
A principios de 2024, el DCF adoptó un cambio útil en el proceso para determinar la elegibilidad para el MSP.[58] Este cambio siguió a las directrices actualizadas de CMS.[59] Este cambio permite contar a todos los parientes del hogar que reciben al menos la mitad de su apoyo económico del solicitante para determinar el tamaño del hogar, sin contar al mismo tiempo los ingresos o bienes de otros miembros del hogar (con la excepción del cónyuge).[60]

Antes del cambio, el tamaño del hogar estaba limitado al solicitante y a aquellos cuyos ingresos se consideraban a su favor, normalmente solo al cónyuge. Dado que el límite de ingresos de elegibilidad aumenta a medida que aumenta el tamaño del hogar, este cambio facilita que más solicitantes de MSP obtengan la elegibilidad.

---

[55] Ctrs. for Medicare & Medicaid Servs., *Medicare Savings Programs*, MEDICARE.GOV, https://www.medicare.gov/basics/costs/help/medicare-savings-programs.

[56] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.712, .713; FLORIDA DEP'T. OF CHILD. AND FAMILIES, *Medicare Savings Programs (MSPs) and Low-Income Subsidy (LIS) Coverage Groups* 1 (Apr. 2025), https://www.myflfamilies.com/sites/default/files/2025-02/Appendix%20A-9.1.pdf.

[57] *Id.*

[58] *See* Fla. Dep't. of Child. and Families, TRANSMITTAL NO.: P-24-01-0001, (Jan. 26, 2024) https://app.box.com/s/n8tjt3hlsemoix7q0or9ivf207oz5edo/file/1845473031742 (discussing Florida's positive change followed promulgation of the final MSP rule by CMS in 2023); *See also* FLA. DEP'T OF CHILD. AND FAMILIES, PROGRAM POLICY MANUAL 2000 COVERAGE GROUPS 36 (2025) (discussing § 2240.0606.05 Definition of Family Members considered as Household Members (MSP)); Fla. Health Just. Project, *Important Change To Family Size Under Florida's Medicare Savings Programs* (Oct. 2025) https://floridahealthjustice.org/publications/important-change-to-family-size-under-floridas-medicare-savings-programs/.

[59] Streamlining Medicaid; Medicare Savings Program Eligibility Determination and Enrollment, 88 Fed. Reg. 182 (Sept. 21, 2023).

[60] *Important Change To Family Size Under Florida's Medicare Savings Programs*, *supra* note 58.

CONSEJO DEL DEFENSOR

Para los floridanos de bajos ingresos que reciben Medicare, es muy importante consultar el tamaño del hogar y la tabla de elegibilidad para determinar si una persona es elegible para un MSP. Esto es importante porque, aunque Florida ha adoptado este cambio de política, el cambio no se ha operacionalizado, *es decir*, la solicitud MSP del DCF, actualizada por última vez en 2006, no recoge el número de personas en el hogar.[61]

INMIGRANTES & MEDICAID

Para ser elegible para la cobertura de Medicaid, una persona debe ser ciudadana estadounidense o poseer un estatus migratorio "calificado". Con excepciones especificadas, a los no ciudadanos cualificados se les prohíbe recibir Medicaid durante los primeros cinco años posteriores a la obtención de su estatus migratorio cualificado.[62] No hay cobertura para inmigrantes no cualificados salvo a través de la Asistencia Médica de Emergencia a Extranjeros (EMA).[63]

Actualmente, los no ciudadanos cualificados que no están sujetos a la espera de cinco años incluyen[64]:

- Refugiados
- Asilados
- Personas que son veteranos o están en servicio activo en el ejército
- Cónyuges e hijos de veteranos o personal militar en activo
- Indios nacidos en Canada
- Participantes cubanos o haitianos
- Inmigrantes Amerasiáticos
- Víctimas de trata humana y su cónyuge, hijo, hermano o progenitor
- Inmigrantes cuya deportación está siendo retenida
- No ciudadanos maltratados, cónyuges, hijos o padres
- Niños residentes legalmente menores de 19 años[65]

---

[61] Fla. Dep't. of Child. And Families, *CF-ES 2282, Medicaid/Medicare Buy-In Application*, (July 2006), https://share.google/KYR9rUyDdFCWRQAoP.

[62] 8 U.S.C. § 1613(a); 42 C.F.R. § 435.4062(a)(2).

[63] 42 U.S.C. § 1396b(v)(2)-(3); 42 C.F.R. § 435.406(b); 42 C.F.R. § 440.255; FLA. STAT. § 409.902(2) (2025); FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.050(4).

[64] 8 U.S.C. §§ 1612, 1613(b); Fla. Stat. § 414.095(3) (2025); Fla. Dep't of Children and Families, Program Policy Manual 1400 Technical Requirements (MFAM/MSSI) (2025) https://ffic.myflfamilies.com/manual/1430.pdf (discussing § 1430 Family Related Medicaid & § 1440 SSI-Related Medicaid, State Funded Programs).

[65] FLA. STAT. § 409.904(8).

El paquete de conciliación presupuestaria de 2025, H.R. 1, incluyó cambios importantes en la elegibilidad de Medicaid para inmigrantes.[66] Significativamente, el H.R. 1 reduce la definición de no ciudadanos cualificados que son elegibles para Medicaid y CHIP, eliminando efectivamente la cobertura para refugiados, asilados y otras categorías humanitarias a partir del 1 de octubre de 2026.

RESIDENCIA ESTATAL

La elegibilidad para Medicaid depende de la residencia estatal.[67] Personas se consideran residentes de Florida si residen en el estado con intención de permanecer. La residencia no depende de la duración de la estancia, y no se requiere que las personas tengan una dirección permanente o fija para establecer residencia estatal. Sin embargo, en general, el requisito no se cumplirá si la estancia es temporal o si hay intención de regresar a otro estado.[68]

Aquellas personas que viven en el Estado con fines laborales sin intención de permanecer pueden cumplir los requisitos de residencia si: 1) la persona o familiar cuidador no recibe asistencia de otro estado; y 2) la persona o familiar cuidador llegó al estado con un empleo o está buscando empleo.[69]

OTROS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Además de pertenecer a un grupo de cobertura obligatorio u opcional y cumplir con los requisitos financieros, de ciudadanía, inmigración y residencia (con ciertas excepciones), los solicitantes también deben[70]:

- Tener un número de la Seguridad Social o haber solicitado uno;[71]
- Proporcionar verificación de todos los seguros de salud;
- Ceder al Estado todos los derechos de pago por atención medica de terceros;

---

[66] H.R. 1, 119th Cong. (2025), Pub. L. No. 119-21.

[67] 42 C.F.R. § 435.403; FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.705(1)(b); FLA. DEP'T OF CHILD. AND FAMILIES, PROGRAM POLICY MANUAL 1400 TECHNICAL REQUIREMENTS (MFAM/MSSI) 14, 40 (2025), https://ffic.myflfamilies.com/manual/1430.pdf (discussing §§ 1430.0300, 1440.0300).

[68] *Id.*

[69] *Id.*

[70] *See* Florida Dep't. of Child. and Families, TRANSMITTAL NO.: P-25-07-0003 (July 22, 2025) https://app.box.com/s/n8tjt3hlsemoix7q0or9ivf207oz5edo/file/1932416354155 (Prior to July 2025, Medicaid applicants – including individuals subject to renewals – were required to apply for other benefits – *i.e.,* pensions, retirement, social security benefits, disability benefits, etc.—in addition to their Medicaid application).

[71] *See* FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.302; FLA. DEP'T OF CHILD. AND FAMILIES, PROGRAM POLICY MANUAL 1400 TECHNICAL REQUIREMENTS (MFAM/MSSI) 12–13 (2025), https://ffic.myflfamilies.com/manual/1430.pdf (discussing §§ 1430.0200, 1430.0204, that the DCF program manual does not provide for any exceptions of failure to provide SSN); 42 C.F.R. § 435.910 (discussing that the federal regulation policy allows for an exception based on a "well established religious objection"); *See also* 42 C.F.R. § 435.910(h); FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.302(3) (showing that the state rule allows for "good cause failure to provide SSN").

- Cooperar con la agencia local de ejecución de manutención infantil para establecer la paternidad y asegurar la manutención médica y alimenticia para cualquier niño privado de esta cuando se solicite asistencia para el menor;[72] y
- No residir en una institución penal.[73]

SECCIÓN TRES: SOLICITUDES, DETERMINACIONES Y APELACIONES

Las personas que cumplen los requisitos estatales para la elegibilidad tienen derecho a Medicaid. Con las exenciones de hogar y comunidad (HCBS), los estados no pueden imponer límites a la inscripción ni poner a los solicitantes en listas de espera. En otras palabras, Medicaid es un "derecho adquirido".[74]

En Florida, el Departamento de Niños y Familias (DCF) determina la elegibilidad.[75] Existe una política de "sin puerta equivocada" para los solicitantes,76 lo que significa que, si alguien solicita a una agencia distinta al DCF, por ejemplo, KidCare o el mercado federal de salud, debe ser redirigido de nuevo al DCF.

SOLICITUD DE MEDICAID RELACIONADO CON LA FAMILIA

Aunque existe una política de "sin puerta equivocada". Las solicitudes pueden presentarse en persona con un socio comunitario del DCF, en un centro de servicios comunitarios del DCF, mediante solicitud en papel por correo, por fax, en línea en la página web de DCF MyACCESS Florida o en la web del Mercado de Seguros de Salud.[77]

El DCF dispone de 45 días para tramitar la solicitud y emitir una determinación de elegibilidad.[78]

---

[72] *See* 42 U.S.C. § 1396d(r)(5); FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.702(5) (This requirement only applies to parents; pregnant women are not required to cooperate with Child Support Enforcement to be eligible for Medicaid. Cooperation is also not required in Medicaid cases where benefits are only requested for a child).

[73] PROGRAM POLICY MANUAL 1400 TECHNICAL REQUIREMENTS, *supra* note 71, at 21 (discussing § 1430.1103).

[74] *See, e.g.*, Schweiker v. Gray Panthers, 453 U.S. 34, 36-37 (1981).

[75] FLA. STAT. § 409.902(1) (2025).

[76] UNIV. OF MINNESOTA, COLL. OF PUBLIC HEALTH, MEDICAID ELIGIBILITY, ENROLLMENT, AND RENEWAL PROCESSES AND SYSTEMS STUDY CASE STUDY SUMMARY REPORT-FLORIDA (Oct. 19, 2018), https://www.macpac.gov/wp-content/uploads/2018/11/Florida-Summary-Report.pdf.

[77] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.205; 42 U.S.C. § 18083; 42 U.S.C. § 1396w–3; Florida Dep't. of Child. and Families, *Help Center*, MYACCESS https://myaccess.myflfamilies.com/Help/HCHCH (Scroll down to heading, "How to apply for benefits").

[78] 42 C.F.R. § 435.912(c)(3)(ii)); FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.205(1)(b).

CONSEJO DEL DEFENSOR

Si es posible, FHJP recomienda encarecidamente a los solicitantes que soliciten en línea en el sitio MyACCESS del DCF y que guarden su ID de usuario y contraseña.

SOLICITUD DE MEDICAID RELACIONADA CON DISCAPACIDAD

Tampoco existe una "sin puerta equivocada" para las solicitudes de Medicaid basadas en discapacidad, y alguien debería poder solicitar tanto en la Administración de la Seguridad Social como en el Departamento de Niños y Familias de Florida.[79]

El DCF está obligado a tramitar una solicitud de Medicaid relacionada con discapacidad en un plazo de 90 días.[80] Si la solicitud es denegada, existe derecho a apelar la denegación ante un oficial independiente de audiencias del DCF. El oficial de audiencias del DCF debe emitir una decisión en un plazo de 90 días desde la solicitud de apelación.[81]

A pesar del plazo de 90 días, las solicitudes suelen retrasarse porque el DCF necesita información adicional. Los solicitantes y defensores deben tener en cuenta que, según la jurisprudencia, el DCF tiene el deber afirmativo de ayudar a las personas a solicitar Medicaid.[82] Además, si la resolución se retrasa o se deniega indebidamente y la persona presenta una apelación exitosa, el beneficiario tiene derecho al reembolso completo de los gastos extras.[83]

Las personas que solicitan Medicaid ***y*** prestaciones por discapacidad de la Seguridad Social deben solicitarlo a través de una oficina de la Administración de la Seguridad Social o en línea. Los beneficiarios de SSI serán redirigidos automáticamente a la División de Determinaciones de Discapacidad (DDD) del Departamento de Salud de Florida, que también

---

[79] *Help Center*, *supra* note 77 (Scroll down to heading, "How to apply for benefits").

[80] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.205(1)(c)(4).

[81] FLA. ADMIN. CODE R. 65-2.066(5).

[82] *See* Pond v. Dep't of Health & Rehab. Servs., 503 So. 2d 1330, 1331 (Fla. 1st DCA 1987) (discussing where "a caseworker is presented with specific and revealing information regarding the applicant's eligibility for benefits, that caseworker has an affirmative duty under 45 C.F.R. § 206.10(a)(2)(i) to inform that applicant at least orally of the conditions relevant to her eligibility).

[83] 42 C.F.R. 431.246; *See also,* Kurnik v. Department of Health and Rehabilitative Services, 661 So. 2d 914, 917 (Fla. 1st DCA 1995) (holding that the Appellant's right to apply for Medicaid and have her application processed in timely fashion was "inexplicably and inexcusably delayed" by the agency. The court stated that the appellant's "Kafkaesque experience with that agency was characterized by no information, misinformation, unanswered letters, unreturned phone calls, unfulfilled promises, and classic bureaucratic runaround the sum total of which amounted almost to studied indifference if not purposeful neglect on the part of the agency.").

revisa las solicitudes de Medicaid basadas en la discapacidad.[84] Beneficiarios de SSDI cuyos ingresos son demasiado altos para Medicaid tendrán que solicitar directamente al DCF, para la inscripción en "Médicamente necesarios".[85] Si el DDD toma una decisión adversa en un plazo de 90 días (el estándar de tiempo para las decisiones de elegibilidad de Medicaid basadas en la discapacidad),[86] el solicitante podrá entonces iniciar el proceso de apelación.[87]

Si la SSA ha determinado que el solicitante no está discapacitado, esa decisión adversa impide que el solicitante solicite Medicaid por discapacidad con el estado, salvo que se aplique una de las siguientes excepciones[88]:

(i) El solicitante tiene una condición incapacitante diferente o además de lo que consideró la SSA,

(ii) La SSA tomó una decisión hace más de 12 meses, la condición incapacitante ha cambiado o empeorado, y la persona no ha vuelto a solicitar una redeterminación, o

(iii) La SSA tomó una determinación hace menos de 12 meses, la condición incapacitante ha cambiado o empeorado, y:

1. El solicitante solicitó a la SSA la reconsideración o reapertura de su denegación, y la SSA se negó a considerar las nuevas alegaciones, o
2. El solicitante ya no cumple otros criterios del SSI, como ingresos o bienes.

REDETERMINACIONES

Los beneficiarios de Medicaid están sujetos a una revisión periódica de su elegibilidad. La re-determinación requiere la reverificación de ciertos factores de elegibilidad.[89] Generalmente, solo la información sujeta a cambios, como ingresos, composición del hogar y discapacidad, debe ser reevaluada. Los elementos que normalmente no están sujetos a cambios, como la ciudadanía y la residencia, no necesitan ser reevaluados a menos que se haya reportado un cambio.

Para los beneficiarios de Medicaid cuya elegibilidad financiera se determina mediante las normas de ingresos basadas en MAGI, la elegibilidad debe renovarse cada 12 meses y no con más frecuencia que cada 12 meses.[90]

---

[84] Fla. Dep't. of Health, Div. of Disability Determinations, *Disability Determinations*, FLA. HEALTH https://www.floridahealth.gov/programs-and-services/people-with-disabilities/disability-determinations/.

[85] Florida Dep't. of Child. and Families, *Medically Needy Program Information Flyer*, (Jul. 2015) https://drive.google.com/file/d/1u0xWjui4MUZtdLff_74akUDF2qFZJygR/view; *See also ESS Program Policy Manual*, *supra* note 2.

[86] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.205(1)(c)(4).

[87] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-2.042.

[88] 42 C.F.R. § 435.541(c)(2)-(4); *See also What If My DCF Notice Says My Medicaid is Ending but I am Disabled?*, FLA. HEALTH JUST. PROJECT (Oct. 2025) https://floridahealthjustice.org/publications/what-if-my-dcf-notice-says-my-medicaid-is-ending-but-i-am-disabled/.

[89] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.704(1); 42 CFR § 435.916.

[90] *See* FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.704(1); 42 C.F.R. § 435.916(a)(1).

Los estados están obligados a realizar la renovación basándose en la información ya disponible, si es posible.[91] Si el estado no dispone de la información necesaria para renovar la elegibilidad, debe enviar un aviso establecido a la persona especificando la información necesaria y otorgando al menos 30 días para proporcionar la información necesaria.[92] El método preferido para informar cambios es a través de la cuenta MyACCESS online del individuo.

Si la persona no proporciona la información necesaria para la renovación, el DCF enviará un Aviso de Acción de Caso notificando a la persona (o al grupo de asistencia) que la cobertura finalizará en una fecha determinada.

Si el caso se cierra, pero la renovación o la verificación solicitada se devuelve dentro de los tres meses siguientes a la fecha de cierre, el DCF reconsiderará la elegibilidad oportunamente sin necesidad de una nueva solicitud, y Medicaid se restablecerá hasta la fecha de cierre efectiva.[93]

DETERMINACIONES EX PARTE

AHCA debe seguir proporcionando Medicaid a un beneficiario a menos que o hasta que el DCF determine que la persona no es elegible. En otras palabras, el DCF debe determinar por sí mismo (o "*ex parte*") si un beneficiario de Medicaid que ya no es elegible bajo un grupo de cobertura pero es elegible bajo otro grupo de cobertura, y la cobertura debe continuar durante este proceso.[94]

Por ejemplo, el DCF debe realizar una *revisión ex parte* cuando:

- Un aumento en ingresos o activos causa la inelegibilidad bajo la cobertura actual de la categoría afiliado; o
- El SSI de una persona es cancelado.[95]

En 2019, se presentó una demanda colectiva contra las agencias de Florida responsables de administrar el programa estatal de Medicaid. Los demandantes, cuyo SSI o Acuerdo de Asistencia para la Adopción había sido rescindido, impugnaron la terminación por parte del estado de su SSI o cobertura de Medicaid relacionada con la adopción sin examinar primero su elegibilidad continua bajo *todas* las categorías de Medicaid y sin

---

[91] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.704(2); 42 C.F.R. § 435.916(a)(2).

[92] *See* 42 C.F.R. § 435.916 (a)(3)(i) (discussing that states are required to send a "pre-populated renewal form").

[93] 42 C.F.R. § 435.916(a)(3)(iii); FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.704(2)(b)2.

[94] 42 C.F.R. §§ 435.930, .1003; FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.702(4); FLA. DEP'T OF CHILD. AND FAMILIES, PROGRAM POLICY MANUAL 800 ONGOING CASE PROCESSING 15 (2025), https://ffic.myflfamilies.com/manual/800.pdf (discussing § 0830.0600); Fla. Dep't. of Child. and Families, TRANSMITTAL No: P – 11-06-0007, Supplemental Security Income Termination Review Process, (June 7, 2011).

[95] *Id.*

proporcionar un aviso adecuado de la acción (el requisito de "*revisión ex parte*").[96] En virtud de un acuerdo en 2020, el estado implementó acciones correctivas integrales.[97]

NOTIFICACIÓN Y DERECHOS DE AUDIENCIA

De acuerdo con la ley federal de Medicaid y las cláusulas de debido proceso de la Quinta y Decimocuarta Enmienda de la Constitución de EE. UU., los solicitantes y beneficiarios tienen derecho tanto a recibir notificación como a una audiencia cuando una solicitud de asistencia es denegada o no se resuelve con una "puntualidad razonable".[98]

Las personas tienen derecho a recibir notificación y a la oportunidad de una audiencia cuando el estado toma una acción adversa, incluyendo decisiones que denieguen, terminen o modifiquen la asistencia, o que no tomen una acción dentro de un plazo razonable.[99]

También se requiere un aviso escrito oportuno que debe contener lo siguiente:[100]

- Exposición de la acción prevista
- Motivos para la acción
- Citar la ley que respalda la acción
- Explicación del derecho a una audiencia
- Explicación de las circunstancias en las que se concederá una audiencia en casos de acción basada en un cambio de ley
- Explicación de las circunstancias en las que se mantiene Medicaid si se solicita una audiencia

Florida otorga el derecho a la revelación de pruebas en audiencias administrativas que apelan tanto la elegibilidad como los servicios.[101]

Las apelaciones de elegibilidad se realizan en las Audiencias de la Oficina de Apelaciones del DCF conforme a la Regla 65-2 del Código Administrativo de Florida.[102]

---

[96] Harrell et. al. v. Poppell et. al., No. 3:19-CV-00912 (M.D. Fla. Feb. 25, 2020).

[97] *See* FLA. HEALTH JUST. PROJECT, HARRELL SETTLEMENT AGREEMENT (Feb. 13, 2020) https://floridahealthjustice.org/wp-content/uploads/2025/02/Harrell-Settlement-Agreement.pdf; *See also* Florida Dep't. of Child. and Families, TRANSMITTAL No: I – 20-12-0018 (discussing procedural changes implemented by DCF in response to the *Harrell* settlement agreement).

[98] *See* U.S. CONST. amends. V, XIV, § 1; Goldberg v. Kelly, 397 U.S. 254 (1970); *See also* 42 U.S.C. § 1396a(a)(3).

[99] *Id.*

[100] 42 C.F.R. § 431.210.

[101] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-2.057(6).

[102] FLA. ADMIN. CODE R. 65-2. *See also* FLA. STAT. § 409.285(1); FLA. STAT. § 120.80(7), FLA. STAT. § 400.0255(8), FLA. STAT. § 393.125.

Una excepción importante al derecho a una audiencia es si la única razón de la eliminación fue un cambio en la ley federal.[103] En tal caso, no se requiere audiencia.

SECCIÓN CUATRO: SERVICIOS

RESUMEN

Para determinar si un servicio concreto está cubierto para adultos, este debe ser o bien un servicio obligatorio o un servicio opcional que Florida ha decidido cubrir. La ley federal enumera 29 categorías de servicios que están cubiertas por Medicaid como opcionales u obligatorias.[104]

Como se explica más a fondo a continuación, para los beneficiarios menores de 21 años, los servicios que son opcionales u obligatorios deben ser cubiertos si son necesarios para "corregir o mejorar" una condición o enfermedad.[105]

Surge litigio cuando existe una diferencia de opinión entre la agencia estatal de Medicaid y los beneficiarios sobre si un servicio o artículo específico encaja en alguna de las categorías enumeradas en §1396d(a).[106]

Por ejemplo, antes de 2024, el programa Medicaid de Florida cubría el costo de los suministros para incontinencia de los niños con incontinencia diagnosticada, pero se suspendía la cobertura cuando el niño cumplía 21 años. Esto fue objetado con éxito por dos adultos de bajos ingresos en Florida con incontinencia de vejiga e intestino.[107]

PRINCIPIOS GENERALES DE LOS SERVICIOS DE MEDICAID

Tras determinar si un servicio puede estar cubierto por Medicaid, se aplican ciertos principios, entre ellos están: los servicios deben ser "médicamente necesarios" para el beneficio individual; que esos servicios sean "comparables" entre los beneficiarios; que el "costo compartido" sea nominal; y que los servicios se presten con "puntualidad razonable". Estos principios rectores se discuten con mayor detalle a continuación.

---

[103] 42. C.F.R. § 431.220(b).

[104] 42 U.S.C. § 1396d(a).

[105] 42 U.S.C. § 1396d(r)(5).

[106] *See* Smith v. Benson, 703 F. Supp. 2d 1262 (S.D. Fla. 2010) (challenging state Medicaid rule that excluded coverage of diapers without an exception for recipients under age 21).

[107] Meza v. Marstiller, No. 3:2022cv00783, 2023 WL 2648180, at *101 (M.D. Fla. 2023) (addressing the issue of whether medical incontinence supplies including diapers, must be covered for recipients who are 21 years or older; ACHA entered into a settlement agreement in which it agreed to continue with formal notice and comment rulemaking with the intention of extending coverage of medically necessary incontinence supplies for Medicaid State Plan recipients age 21 years and older).

SERVICIOS MEDICAID DE FLORIDA[108]

Servicios obligatorios

La ley federal § 1396a(a)(10) exige que se presten ciertos servicios:

- Servicios médicos
- Laboratorio/Rayos X
- Hospitalización, hospital ambulatorio y centro de enfermería.
- EPSDT
- Servicios y suministros de planificación familiar
- FQHC y servicios de clínicas de salud rurales
- Servicios en centros de enfermería
- Servicios avanzados de enfermeros especializados y titulados
- Atención medica domiciliaria[109]

Servicios opcionales

Los servicios opcionales que Florida ha decidido cubrir actualmente incluyen:

- Medicamentos con receta
- Servicios dentales para adultos
- Cribados de salud en adultos
- Servicios de Centro quirúrgico ambulatorio
- Servicios de gestion de Casos
- Servicios de centros de parto
- Servicios quiroprácticos
- Servicios comunitarios de salud mental
- Servicios de centros de diálisis
- Equipos médicos duraderos (DME)
- Servicios de Healthy Start
- Servicios auditivos
- Servicios de cuidados paliativos
- Cuidados intermedios para servicios con discapacidad del desarrollo
- Servicios optométricos
- Servicios de asistente medico
- Servicios podológicos
- Servicios en hospitales estatales
- Servicios de atención de cuidado
- Servicios de asistente de anestesia

---

[108] As discussed in the Guide's Section on Medicaid managed care, virtually all Florida Medicaid recipients are enrolled in a managed care organization (MCO). Thus, they receive their services through their MCO. The services, both mandatory and optional, which are covered under Florida's managed care plan contracts are listed in the Statewide Medicaid Managed Care Model Contract, Attachment I, (Feb. 1, 2025), https://ahca.myflorida.com/content/download/26115/file/Attachment%20I%20-%20Scope%20of%20Services.pdf.

[109] 42 U.S. Code § 1396a(a)(10); FLA. STAT. § 409.905.

- Servicios de atención intermedia
- Servicios visuales[110]
- Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad ("HCBS") – solo mediante exención[111]

COSTO COMPARTIDO

La ley federal permite un costo compartido mínimo, y la Legislatura de Florida ha adoptado el costo compartido para ciertos servicios.[112]

Sin embargo, actualmente existe una exención que impide compartir costos para beneficiarios inscritos en un plan de atención gestionada de Medicaid. Por tanto, el costo compartido no suele ser un problema en Florida porque la mayoría de los beneficiarios están inscritos en la atención gestionada.[113]

PARTICIPACIÓN DEL PROVEEDOR Y FACTURACIÓN DE SALDO

Otro principio fundamental de la ley de Medicaid es que, si un proveedor acepta Medicaid, debe aceptarlo como pago completo. Excepto por el costo compartido permitido por la ley federal y el plan estatal, los proveedores no pueden facturar a los pacientes por los servicios.[114]

COMPARABILIDAD

Los servicios disponibles para personas categóricamente necesitadas pueden no ser menores en cantidad, duración o alcance que los servicios prestados a quienes lo necesitan médicamente. Además, los servicios disponibles para las personas del grupo con necesidades categóricas o necesidades médicas deben ser iguales en cantidad, duración y alcance para todos los miembros del grupo.[115]

Dicho de otro modo, la comparabilidad prohíbe al estado proporcionar una cantidad, duración y alcance de beneficios diferentes para personas categóricamente elegibles. Por tanto, no puede haber discriminación entre beneficiarios por su categoría de elegibilidad, es decir, Medicaid relacionado con la familia frente a Medicaid relacionado con SSI, o por los diagnósticos de los beneficiarios. Por ejemplo, si el estado cubre los servicios de terapias de comportamiento, pero luego excluye

---

[110] FLA. STAT. § 409.906.

[111] *See, e.g.*, *The Advocate's Guide to the Long-Term Care Program*, FLA. HEALTH JUST. PROJECT (July 2022), https://floridahealthjustice.org/publications/advocates-guide-to-the-florida-long-term-care-medicaid-waiver/ (Unlike other optional services, which the state *must* cover for all children if medically necessary under EPSDT and for adults if the service meets the state's definition of "medical necessity," most HCBS services are not an "entitlement." Instead, they are only available to individuals enrolled in one of the state's HCBS waiver programs).

[112] 42 U.S.C. §§ 1396a(a)(14), 1396o-1; FLA. STAT. § 409.9081; FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.056.

[113] FLA. STAT. § 409.9081(3)(f).

[114] 42 C.F.R. § 1396a(a)(25)(C); 42 C.F.R. § 447.15, 447.20; FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.050(2), (8).

[115] 42 U.S.C. § 1396a(a)(10)(B)(i); 42 C.F.R. §§ 440.230(c), 440.240(b)(1).

cobertura de cualquier servicio de terapias de comportamiento basado en el diagnóstico, el requisito de "comparabilidad" será violado.[116]

PUNTUALIDAD RAZONABLE

En contraste con los plazos para determinar la elegibilidad (45 días para la determinación basada en la familia, 90 días para la determinación basada en el Medicaid relacionado con el SSI), la ley de Medicaid no establece estándares numéricos que constituyan una "puntualidad razonable" para los servicios. Por ello, han surgido disputas sobre qué es "razonablemente puntual" para diferentes servicios.[117]

Como se explica a continuación, las regulaciones de Medicaid para la atención gestionada exigen estándares de acceso. Esto proporciona a los defensores y beneficiarios una base para abordar los retrasos en el servicio.

NECESIDAD MÉDICA

Al determinar si debe prestarse un servicio cubierto a un beneficiario individual (incluyendo la cantidad, por ejemplo, fisioterapia dos veces por semana), el servicio debe ser "médicamente necesario".[118]

No existe una definición de necesidad médica en la ley federal para adultos. En cambio, los programas estatales individuales de Medicaid establecen criterios para determinar si un servicio o suministro medico concreto es necesario para el diagnóstico o tratamiento de un beneficiario y, por tanto, es elegible para la cobertura. La normativa federal aplicable simplemente establece que el servicio debe ser suficiente en "cantidad, duración y alcance" para alcanzar su propósito.[119]

---

[116] K.G. *ex rel.* Garrido v. Dudek, 981 F. Supp. 2d 1275 (S.D. Fla. 2013), *aff'd in part and modified in part,* 731 F. 3d 1152 (11th Cir. 2013) (entering a declaratory judgment finding that AHCA's rule excluding coverage of any behavioral treatments for children with certain diagnoses, including violated Medicaid comparability requirements. Court of Appeals ordered that previously unpublished Declaratory Judgment, including ruling on comparability not addressed in the permanent injunction, be published).

[117] *See* Doe 1-3 *ex rel.* Doe Sr. 1-13 v. Chiles, 136 F.3d 709 (11th Circ. 1998) (finding reasonable promptness provision at § 1396a(a)(8) enforceable and requiring state to establish reasonable waiting list time, not to exceed 90 days for individuals eligible for IXCF/MR care); *See also* Medina v. Planned Parenthood South Atlantic, 606 U.S. 357____(2025).

[118] FLA. STAT. § 409.9131(2)(b).

[119] 42 C.F.R. § 440.230.

DEFINICIÓN DE NECESIDAD MÉDICA DE FLORIDA[120]

"Médicamente necesaria" o "necesidad médica" significa que la atención médica o afín, bienes, o los servicios proporcionados o pedidos deben cumplir las siguientes condiciones:

1. Ser necesario para proteger la vida, prevenir enfermedades graves o discapacidades significativas, o aliviar dolor severo;
   a. Tenga en cuenta que este requisito no se aplica a los beneficiarios menores de 21 años.
2. Ser individualizado, específico y coherente con los síntomas o con un diagnóstico confirmado de la enfermedad, o lesiones en tratamiento y no exceda las necesidades del paciente;
3. Ser coherente con los estándares médicos profesionales generalmente aceptados según el programa de Medicaid, y no ser experimental ni investigativo;
4. Reflejar el nivel de servicio que se puede prestar de forma segura, y para el cual no existe un tratamiento igual de efectivo, más conservador o menos costoso en todo el estado; y
5. Debe ser acondicionado de una manera que no esté destinada principalmente a la comodidad del destinatario, del cuidador del destinatario o del proveedor.

Cada estado tiene una flexibilidad significativa para establecer estándares de cantidad, duración y alcance. Por ejemplo, Florida tiene una cobertura limitada para hospitalizaciones de adultos hospitalizados para beneficiarios de Medicaid de 21 años o más, hasta 45 días al año.[121] Este es un límite "razonable" porque es suficiente en cantidad para cubrir las necesidades hospitalarias de la mayoría de los beneficiarios.[122]

En cambio, los estados no pueden limitar la cobertura de los servicios para los beneficiarios menores de 21 años si el servicio es médicamente necesario para cada niño. Por ejemplo, si es médicamente necesario, deben cubrirse hasta 365 días al año de hospitalización para los beneficiarios menores de 21 años.[123] Además, como se indica en la definición estatal de necesidad médica destacada anteriormente, el estándar para los niños es menos estricto.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CRIBADO TEMPRANO Y PERIÓDICO (EPSDT)

El Cribado Temprano y Periódico, Diagnóstico y Tratamiento ("EPSDT") es un conjunto completo de beneficios obligatorios para niños y jóvenes menores de 21 años inscritos en Medicaid. EPSDT abarca cuatro tipos distintos de servicios de cribado e incluye inmunizaciones y pruebas de laboratorio y educación de la salud.

---

[120] *See* FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.010. *See also* FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., DEFINITIONS POLICY 7 (May 20204), https://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G_1010_Definitions.pdf. (discussing § 2.83).

[121] FLA. STAT. § 409.905(5).

[122] *See* Alexander v. Choate, 469 U.S. 287 (1985) (holding that Tennessee could "reasonably" limit coverage of inpatient hospital days per year to 11); *See also* Curtis v. Taylor, 648 F.2d 946 (5th Cir. 1980) (holding that Florida's rule limiting physician visits to 3/month did not violate federal Medicaid law).

[123] *See* FLA. ADMIN CODE R. 59G-4.150; *See also* FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., INPATIENT HOSPITAL SERVICES COVERAGE POLICY 2 (Mar. 6, 2025), https://ahca.myflorida.com/content/download/24381/file/59G-4.150%20Inpatient%20Hospital%20Services%20Coverage%20Policy.pdf (discussing § 2.2).

Cada chequeo debe estar disponible en intervalos preestablecidos y cuando se sospecha un problema.

El componente de tratamiento de la EPSDT incluye cualquier atención medica necesaria, servicios diagnósticos y otras medidas descritas en la Ley de Medicaid necesarias para "corregir o mejorar" las condiciones físicas y mentales.[124]

CUATRO TIPOS DE CHEQUEOS REQUERIDOS PARA 21 ANOS O MENORES DE 21

1. Medico
2. Visual
3. Auditivo
4. Dental

CRIBADOS MÉDICOS

Los chequeos, o revisiones de niños sanos, son un elemento básico del programa EPSDT. El cribado médico debe incluir al menos los siguientes cinco componentes:

1. Un historial completo de salud y desarrollo, incluyendo salud mental
2. Un examen físico completo y debe realizarse sin ropa
3. Inmunizaciones
4. Pruebas de laboratorio cuando sea apropiado (al menos a los 12 y 24 meses de edad), incluyendo pruebas de niveles de plomo
5. Educación de salud y orientación anticipada[125]

Las pruebas médicas deben realizarse según un "calendario de periodicidad".[126] Florida Medicaid sigue las Recomendaciones de Futuro Brillante para la Atención Preventiva de la Salud Pediátrica.[127]

---

[124] *The Right to Medically Necessary Treatment for Florida's Children,* FLA. HEALTH JUST. PROJECT (Mar. 30, 2021), https://www.floridahealthjustice.org/publications--media/the-right-to-medically-necessary-treatment-for-floridas-children.

[125] CTRS. FOR MEDICARE & MEDICAID SERVS., STATE MEDICAID MANUAL CHAPTER 2- STATE ORGANIZATION, https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/guidance/manuals/paper-based-manuals-items/cms021927 (discussing § 2700.4).

[126] 42 U.S.C. § 1396d (r)(5)(1).

[127] *Medicaid Well Child Visits (Child Health Check-Up Visits)*, FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., https://ahca.myflorida.com/medicaid/child-health-services/medicaid-well-child-visits#:~:text=birth;,year%20for%20ages%203%2D20 (discussing the state's schedule for health checkups).

SERVICIOS VISUALES, AUDITIVOS Y DENTALES

Los beneficiarios de EPSDT también tienen derecho a exámenes periódicos de visión, audición y odontología, así como a diagnósticos y tratamientos para problemas visuales, auditivos y dentales.

- **Los servicios de visión** deben incluir chequeos de visión, diagnóstico y tratamiento de defectos visuales, incluidas gafas.
- **Los servicios auditivos** deben incluir chequeos auditivos y de diagnóstico, así como tratamiento para defectos auditivos, incluidos audífonos.
- **Los servicios dentales** deben incluir pruebas de detección dental, alivio del dolor y las infecciones, restauración dental y mantenimiento de la salud dental.

Los servicios de visión, audición y dentales deben prestarse según sus propios calendarios de periodicidad individuales. [128]

REVISIONES INTERPERIÓDICAS ("SEGÚN SE NECESITE")

Además de cubrir revisiones periódicas programadas, la ESPDT cubre las visitas a un profesional medico cuando sea necesario fuera del calendario de periodicidad para determinar si un niño tiene una condición que requiere cuidados adicionales. Este tipo de cribas se denominan "chequeos Inter periódicos".

Personas ajenas al sistema de salud (por ejemplo, un profesor o un padre) pueden determinar la necesidad de un chequeo Inter periódico. Cualquier encuentro con un profesional medico que actúe dentro del ámbito de práctica es un cribado inter periódico, incluso si el proveedor no participa en el programa Medicaid en el momento en que se prestan los servicios de cribado.[129]

LA "T" EN EPSDT

Además de los servicios de cribado, visión, dentales y auditivos, la Ley de Medicaid define el beneficio de la EPSDT como "atención medica necesaria, servicios diagnósticos, tratamiento y otras medidas..." para corregir o mejorar defectos y enfermedades y condiciones físicas y mentales."[130] Esto incluye todos los servicios obligatorios y opcionales que el estado puede cubrir bajo Medicaid, independientemente de si dichos servicios están cubiertos para adultos.[131]

---

[128] 42 U.S.C. § 1396d (r)(2)-(4); *Practice Management*, AM. ACAD. OF PEDIATRICS (June 20, 2025), https://www.aap.org/en-us/professional-resources/practice-transformation/managing-patients/Pages/Periodicity-Schedule.aspx.

[129] K.G. *ex rel* Garrido v. Dudek, 839 F. Supp. 2d 1254, 1275 (S.D. Fla. 2013) (granting preliminary injunction, court rejected Defendant's claim that plaintiff cannot show a substantial likelihood of success on the merits because he has failed to allege that his autism was discovered through an "EPSDT" screening, noting that "inter-periodic screens include any visit to a physician (including family-initiated visits) to determine if the child has a condition requiring further assessment, diagnosis or treatment.").

[130] 42 U.S.C. § 1396d (r)(5).

[131] *See* Smith v. Benson, 703. F. Supp 2d 1262, 1269 (S.D. Fla. 2010) (finding that state must cover incontinence supplies for children even though they are an optional benefit and not covered for adults; the Court stated "every Circuit which has examined the scope of the EPSDT program has recognized that

Por ejemplo, si un niño necesita servicios de cuidado personal para mejorar un problema de salud mental, el EPSDT debe cubrir esos servicios en la medida en que el niño los necesite, incluso si el estado impone un límite cuantitativo a los servicios de cuidado personal o no los cubre en absoluto para adultos.[132]

Además, EPSDT exige que las agencias estatales de Medicaid "organicen (directa o mediante remisión a las agencias, organizaciones o individuos correspondientes) el tratamiento correctivo.[133] Esto significa que los programas estatales de Medicaid no deben esperar a que se presenten solicitudes para los servicios EPSDT, sino que deben organizar de forma afirmativa el tratamiento, ya sea directamente o mediante las derivaciones apropiadas.

CONSEJO DEL DEFENSOR

La definición de "necesidad médica" en Florida, que era la misma para adultos y niños, fue impugnada con éxito por considerarla excesivamente restrictiva para los niños en violación de la EPSDT por varios tribunales de apelación estatales.[134]

INFORMAR A LAS FAMILIAS ELEGIBLES SOBRE EL EPSDT

La ley federal obliga a los estados a informar a todas las personas elegibles para Medicaid menores de 21 años de la disponibilidad de EPSDT y vacunas.[135] Estados deben usar una combinación de

---

states must cover every type of health care or service necessary for EPSDT corrective or ameliorative purposes that is allowable under § 1396d(a)").

[132] C.F. v. Dept. of Child. and Families, 934 So. 2d 1 (Fla. 3rd DCA 2006) (challenging successfully the state's reduction of personal care services (PCA) for severely disabled child; the Court found that the state was using an overly restrictive definition of PCA and medical necessity in violation of federal Medicaid law).

[133] 42 U.S.C. § 1396a(a)(43)(C).

[134] *See C.F.*, 934 So. 2d at 4 (evaluating whether a state agency correctly analyzed a child's need for Medicaid services under Fla. Admin. Code R. 59G-1.010, the Court held that the agency "incorrectly used more restrictive definitions of 'medical necessity . . . than federal law requires."); *See also* Q.H. v. Sunshine State Health Plan, 307 So. 3d 1, 12 (Fla. 4th DCA 2020) (finding that "under the EPSDT, the state's assessment of medical need for a child's treatment 'cannot be limited to a predefined list of criteria.'") (citations omitted); I.B. v. Agency for Health Care Admin., 87 So. 3d 6 (Fla. 3rd DCA 2012); E.B. v. Agency for Health Care Admin., 94 So. 3d 708 (Fla.4th DCA 2012).

[135] *See* 42 U.S.C. § 1396a(a)(43)(A). *See also* 42 C.F.R. §§ 441.50, 441.55–.62 (The regulations pre-date the most recent statutory amendments and, to some extent, do not reflect the statutory changes); *See also* CTRS. FOR MEDICARE & MEDICAID SERVS., STATE MEDICAID MANUAL CHAPTER 5- EARLY AND PERIODIC SCREENING, https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/guidance/manuals/paper-based-manuals-items/cms021927 (discussing §§ 5010, 5121, 5150); DEP'T OF HEALTH AND HUM. SERVS., CTRS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVS. BEST PRACTICES FOR ADHERING TO EARLY AND PERIODIC SCREENING, DIAGNOSTIC, AND TREATMENT (EPSDT) REQUIREMENTS 3, 9-16 (Sept. 24, 2024) https://www.medicaid.gov/federal-policy-guidance/downloads/sho24005.pdf. (explaining that states must assure the provision of necessary transportation, effectively inform eligible individuals about the EPSDT

métodos escritos y orales para informar eficazmente a las personas elegibles sobre: (1) los beneficios de la atención preventiva de la salud; (2) los servicios disponibles a través de EPSDT; (3) que los servicios sean gratuitos, salvo por primas para ciertas familias; y (4) que los servicios de apoyo, específicamente el transporte y la asistencia para la programación de citas, estén disponibles bajo solicitud.

Si el niño o la familia tienen dificultades para leer o entender inglés, la información debe transmitirse en un formato que pueda entenderse. La agencia también debe "organizar (directa o mediante remisión a las agencias, organizaciones o individuos correspondientes) el tratamiento correctivo."[136]

SECCIÓN CINCO: ATENCIÓN GESTIONADA

ANTECEDENTES

Florida fue uno de los primeros estados en exigir la inscripción en planes de atención gestionada. En 2006, Florida recibió la aprobación para una Exención de la Sección 1115 que trasladó a los beneficiarios de Medicaid de un modelo de pago por servicio (también denominado Medicaid "tradicional" o "tradicional") a un sistema de atención gestionada.[137]

El programa inicial de atención gestionada, conocido como "Reforma de Medicaid", fue pilotado en cinco condados. Tras años de negociaciones con el Centro de Servicios de Medicaid y Medicare (CMS), Florida recibió permiso para ampliar la atención gestionada a nivel estatal. El cambio se completó en 2014, y la mayoría de los beneficiarios de Medicaid en Florida ahora están inscritos en un programa conocido como Programa de Asistencia Médica Gestionada (MMA). [138]

El 1 de febrero de 2025, AHCA lanzó a nivel estatal su programa actualizado de Cuidado Manejado de Medicaid, o "SMMC 3.0". Hay una cantidad significativa de material en la web de la AHCA, incluyendo una página principal que detalla el nuevo programa "SMMC 3.0".[139] Bajo este nuevo programa, la AHCA firmó nuevos contratos con proveedores de salud y odontología, y creó una nueva estructura de plan. El programa SMMC tiene tres componentes: asistencia médica integrada gestionada (MMA), Cuidados a largo plazo (LTC) y Programa Dental.

Casi todos los beneficiarios de Medicaid en Florida reciben ahora sus servicios de salud a través de su plan MMA.[140] En términos generales, el objetivo de la atención gestionada es garantizar mejores resultados de salud con bajos costos.

---

benefit, and implement policies and practices that recognize the cultural beliefs and practices of the families and children they serve).

[136] 42 U.S.C. § 1396a(a)(43)(c); 42 C.F.R. § 441.62.

[137] 42 U.S.C. § 1315(a).

[138] *See* FLA. STAT. §§ 409.961-.9855.

[139] *Statewide Medicaid Managed Care*, FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN. https://ahca.myflorida.com/medicaid/statewide-medicaid-managed-care.

[140] *See* FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., MANAGED MEDICAL ASSISTANCE PLAN VS FEE-FOR-SERVICE (Jan. 15, 2025), https://ahca.myflorida.com/content/download/25693/file/Managed%20Medical%20Assistance%20Plan%2

El programa de Florida tiene como objetivo mejorar los estándares de acceso que estaban disponibles bajo Medicaid tradicional de pago por servicio. Además, la gestión medica facilita la predicción de costos.

CONSEJO DEL DEFENSOR

Dado que los planes de MMA controlan el acceso a los servicios para los beneficiarios de Medicaid, los defensores de los consumidores deben estar al tanto de la autoridad relevante que regula el programa de atención gestionada de Florida. Por ejemplo, al ayudar a clientes que puedan experimentar retrasos en la recepción de citas, es importante conocer los estándares de acceso prescritos en el contrato de atención gestionada entre los planes de MMA y la AHCA.

PROGRAMA PILOTO DE ASISTENCIA A LA VIVIENDA

Asistencia para la vivienda:
En colaboración con ciertos planes de salud, AHCA implementó un programa piloto de asistencia a la vivienda el 1 de diciembre de 2019.[141] Este programa ofrece apoyo comunitario y servicios que ayudan a conseguir vivienda para beneficiarios de Medicaid de 21 años o más, que están sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar y tienen una enfermedad mental grave (SMI) y/o trastorno por consumo de sustancias prohibidas (SUD).

Inicialmente, este programa solo estaba disponible en las Regiones Cinco y Siete. En 2025, el contrato modelo MCO ofrece planes con la opción de incluir asistencia para la vivienda y servicios de gestión de casos específicos para ciertas personas elegibles.[142] Todos los planes en Florida indican que incluyen este servicio para personas elegibles. [143]

0vs%20Fee-for-Service.pdf; *See also Medicaid Monthly Enrollment Report*, FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., https://ahca.myflorida.com/medicaid/medicaid-finance-and-analytics/medicaid-data-analytics/medicaid-monthly-enrollment-report ("The Agency publishes 16 Medicaid enrollment reports on a monthly basis." This includes MMA enrollment).

[141] *Housing Assistance Waiver Overview*, FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., https://ahca.myflorida.com/medicaid/statewide-medicaid-managed-care/housing-assistance-waiver.

[142] *See* AGENCY FOR HEALTHCARE ADMIN., 2025-2030 MODEL HEALTH PLAN CONTRACT ATTACHMENT I SCOPE OF SERVICES 13–23 (Oct. 2025), https://ahca.myflorida.com/content/download/27247/file/Attachment%20I%20-%20Scope%20of%20Services%20Oct%202025%20.pdf [hereinafter AHCA MODEL CONTRACT SCOPE OF SERVICES] (discussing § 1 Services to be Provided, allowing a plan option provision of: Housing Assistance and Targeted Case Management for people with homelessness or at risk for homelessness and diagnosis of SMI and/or SUD).

[143] *See* FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., HEALTH PLAN EXPANDED BENEFITS GRID 2025 (Feb. 1, 2025) https://ahca.myflorida.com/content/download/25550/file/Health%20Plan%20Expanded%20Benefits%20Grid%202025%20-%2011-7-2024.xlsx.pdf; *See also* DEP'T. OF HEALTH AND HUM. SERVS., CTRS. FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVS., FLORIDA MANAGED MEDICAL ASSISTANCE DEMONSTRATION (Jan. 31, 2025) https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demonstrations/downloads/fl-mma-amend-appvl-01312025.pdf (Notably, while all plans have elected to cover this service, it is only available through those plans in regions A, B, C and E).

Atención gestionada para discapacidades del desarrollo
AHCA también ha puesto en marcha el Programa Piloto de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (IDD), comúnmente conocido como el Programa Piloto de Atención Gestionada para Discapacidades del Desarrollo.[144] El 1 de octubre de 2024, AHCA lanzó este programa en la Región Seis y la Región Once para que las personas con IDD, que figuran en la lista de preinscripción de la Agencia para Personas con Discapacidad (APD), reciban servicios mediante un modelo integrado de atención gestionada.

INSCRIPCION DE LA POBLACION

La inscripción voluntaria de la población a el programa MMA de Florida, así como la población excluida de todo el programa de atención gestionada de SMMC, se enumera a continuación:

¿Quien puede (aunque no necesario) inscribirse en MMA?

- Beneficiarios que tengan otra cobertura médica creíble, excluyendo Medicare
- Personas elegibles para asistencia a refugiados
- Residentes de un centro de discapacidad del desarrollo
- Los beneficiarios inscritos en la exención de iBudget y los que están en lista de espera para dicha exención
- Niños que reciben servicios en un centro de cuidados prolongados pediátricos prescritos
- Beneficiarios que residen en una residencia grupal licenciada bajo Florida. Capitulo 393[145]

Las poblaciones exentas de inscripción incluyen:[146]

- Mujeres que solo son elegibles para servicios de planificación familiar
- Mujeres que solo son elegibles para servicios de cáncer de mama y de cuello uterino
- Personas elegibles para Medicaid de Emergencia para Extranjeros (EMA)

La mayoría de los beneficiarios de Medicaid están obligados a recibir sus servicios cubiertos a través de un plan de salud gestionado.[147] Se les denomina "inscritos obligatorios".

PROCESO DE INSCRIPCIÓN

Los beneficiarios de Medicaid deben inscribirse en el programa MMA y en el programa de Odontología. Las personas que deseen recibir servicios de cuidados a largo plazo cubiertos por Medicaid deben inscribirse en el programa de cuidados a largo plazo.

---

[144] *Intellectual & Developmental Disabilities Comprehensive Managed Care (ICMC) Program*, FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., https://ahca.myflorida.com/medicaid/statewide-medicaid-managed-care/idd-pilot-program.

[145] FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., A SNAPSHOT OF STATEWIDE MEDICAID MANAGED CARE 3.0, https://ahca.myflorida.com/content/download/25049/file/SMMC_Snapshot.pdf.

[146] FLA. STAT. § 409.965.

[147] AHCA MODEL CONTRACT SCOPE OF SERVICES, *supra* note 142, at 1 (discussing § 1 Services to be Provided).

A los solicitantes de Medicaid se les da la opción informada de seleccionar planes MMA o se les asigna automáticamente a un plan MMA si son obligatorios para la inscripción, pero no eligen un plan tras la afirmación de la elegibilidad. Estos inscritos tienen la oportunidad de cambiar un plan durante un periodo de cambio de 120 días tras la inscripción.[148] Voluntarios inscritos pueden optar por no participar y optar por permanecer en el pago por servicio (FFS) en cualquier momento contactando a la Agencia.

CÓMO ELEGIR UN PLAN DE ASISTENCIA MÉDICA

Los concejeros de opciones están disponibles para ayudar a los beneficiarios a seleccionar un plan que mejor se adapte a sus necesidades. Esta ayuda se proporcionará por teléfono llamando al 1-877-711-3662. También están disponibles visitas presenciales bajo petición para destinatarios con necesidades especiales.

Los beneficiarios también pueden inscribirse online en www.flmedicaidmanagedcare.com.

Se anima a los beneficiarios a encontrar un plan en el que los médicos de la persona estén dentro de la red para mantener la continuidad de la atención.[149]

SERVICIOS DE ATENCIÓN GESTIONADA

¿Qué servicios deben estar cubiertos?
Como mínimo, todos los planes de atención gestionada deben proporcionar servicios enumerados en el Modelo de la AHCA Contrato, Anexo I, Sección I.[150]

Para entender mejor qué está y qué no está cubierto en cada servicio, la pagina web de AHCA incluye una sección titulada "Normas adoptadas – Políticas específicas de servicio." Se proporciona el número de regla y el historial de normas de cada servicio cubierto, junto con un enlace en PDF a las políticas de cobertura que rigen cada servicio. [151]

Tras la inscripción en un plan de salud, los beneficiarios deben recibir un manual de miembro de su proveedor de atención gestionada en particular que detalle los servicios a los que tienen derecho y la información

---

[148] FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN.,FLORIDA MANAGED MEDICAL ASSISTANCE WAIVER, SECTION 1115 RESEARCH AND DEMONSTRATION WAIVER, AMENDMENT REQUEST: STATEWIDE MEDICAID MANAGED CARE PLAN PROCUREMENT 24 (Oct. 2024), https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demonstrations/downloads/fl-mma-oct2024-amend-pa.pdf#:~:text=Voluntary%20enrollees%20will%20retain%20the%20right%20to,any%20time%20in%20accordance%20with%20STC%2025.

[149] A SNAPSHOT OF STATEWIDE MEDICAID MANAGED CARE 3.0, *supra* note 145.

[150] AHCA MODEL CONTRACT SCOPE OF SERVICES, *supra* note 142, at 1 (discussing § 1 Services to be Provided).

[151] *Adopted Rules–Service-Specific Policies*, FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN. https://ahca.myflorida.com/medicaid/rules/adopted-rules-service-specific-policies.

sobre cómo contactar al plan si surge algún problema. El manual del miembro también se puede consultar en línea o llamando al representante de atención al cliente correspondiente al plan específico.

Ciertos servicios de Medicaid que actualmente no están cubiertos por los planes de salud de la MMA están disponibles para los beneficiarios elegibles a través del Medicaid tradicional de pago por servicio.[152] *,por ejemplo,* Servicios de Intervención Temprana (EIS) y Cuidado de Acogida Médica.

¿Qué normas de acceso se aplican a los planes de salud?
La legislación que implementa el programa MMA de Florida exige que: "la agencia deberá establecer estándares específicos para el número, tipo y distribución regional de proveedores en las redes de planes de atención gestionada para garantizar el acceso a la atención tanto para adultos como para niños. Cada plan debe mantener una red regional de proveedores en número suficiente para cumplir con los estándares de acceso para servicios médicos específicos para todos los beneficiarios inscritos en el plan."[153]

Además, un objetivo importante de las regulaciones federales de Medicaid sobre la gestión medica es garantizar que los planes cuenten con redes suficientemente amplias para que los inscritos puedan acceder a los servicios de forma oportuna. En consecuencia, el Contrato Modelo de Plan de Salud establece los "Estándares de Suficiencia de Red", que exige que todos los planes de salud "mantengan una red regional de proveedores en número suficiente para cumplir con los estándares de capacidad de la red y de acceso geográfico para los servicios en relación con el programa SMMC aplicable."[154]

---

[152] *See* AGENCY FOR HEALTHCARE ADMIN., 2025-2030 MODEL HEALTH PLAN CONTRACT ATTACHMENT II EXHIBIT II-A–UPDATE: OCTOBER 1, 2025, MANAGED MEDICAL ASSISTANCE (MMA) PROGRAM 9 (Oct. 2025), https://ahca.myflorida.com/content/download/27249/file/Exhibit%20II-A%20Managed%20Medical%20Assistance%20%28MMA%29%20Program%20Oct%202025.pdf [hereinafter AHCA MODEL CONTRACT EXHIBIT II-A] (discussing § V Services administration, as of 2025, Applied Behavioral Analysis is a mandatory covered service under a Managed Care Plan).

[153] FLA. STAT. § 409.967(2)(c)(1).

[154] AHCA MODEL CONTRACT EXHIBIT II-A, *supra* note 152, at 65 (discussing § VII. Provider Network and Services).

ESTÁNDARES DE ACCESO A CITAS: [155]

Atención Urgente: Las citas urgentes para servicios médicos o de salud conductual deben proporcionarse en un plazo de 48 horas si no se requiere autorización previa, o en un plazo de 96 horas si se requiere autorización previa.

Atención no urgente: Se deberán ofrecer citas para servicios no urgentes:

- En un plazo de siete (7) días después del alta tras un ingreso hospitalario por salud conductual para tratamiento de seguimiento.
- En un plazo de catorce (14) días para el tratamiento inicial ambulatorio de salud conductual.
- Dentro de los catorce (14) días siguientes a la solicitud de servicios auxiliares para el diagnóstico o tratamiento de lesión, enfermedad u otra condición de salud.
- Dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud de una cita con atención primaria.
- Dentro de los sesenta (60) días posteriores a la solicitud de cita con el especialista, después de que el especialista reciba el referido medico adecuado.

ESTÁNDARES DE TIEMPO/DISTANCIA DE VIAJE: [156]

- **Atención Primaria**:
  Urbano o rural: a menos de 20 millas/30 minutos
- **Especialistas**: (según el especialista)
  Urbano: 30-100 minutos/20-75 millas)
  Rural: 30-110 minutos/20-90 millas
- **Instalaciones/**Hospitales:
  Urbano o rural: a menos de 30 minutos/20 millas
- **Salud Conductual**:
  Urbano: 30 minutos/20 millas
  Rural: 60 minutos/45 millas

CAMBIO DE PLANES Y DESINSCRIPCIÓN

Cambios de planes:
Como se mencionó anteriormente, los solicitantes de Medicaid que son inscritos obligatorios, pero no eligen un plan tras la afirmación de su elegibilidad son asignados automáticamente a un plan. Estos inscritos tienen la oportunidad de cambiar un plan durante un periodo de cambio de 120 días tras la inscripción.[157]

---

[155] *Id.*

[156] *Id.* at 55.

[157] FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., FLORIDA MANAGED MEDICAL ASSISTANCE WAIVER, SECTION 1115 RESEARCH AND DEMONSTRATION WAIVER, AMENDMENT REQUEST: STATEWIDE MEDICAID MANAGED CARE PLAN PROCUREMENT 24 (Oct. 2024), https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demonstrations/downloads/fl-mma-oct2024-amend-

Después de 120 días, los beneficiarios solo pueden cambiar de planes por "causa justificada". Los beneficiarios de Medicaid inscritos en un plan de atención gestionada tras el periodo inicial de 120 días permanecerán en el plan durante el resto del periodo de 12 meses. Una vez finalizado el periodo de 12 meses, los beneficiarios pueden cambiar de planes durante el periodo de inscripción abierta de 60 días.[158] Para cambiar su plan, los beneficiarios pueden hablar con los consejeros, que están disponibles para ayudar a los beneficiarios a elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades. Las solicitudes se hacen por teléfono al consejero de elección en el 1-877-711-3662.[159]

Desafiliación:
Los beneficiarios pueden solicitar la desafiliación en cualquier momento mediante una solicitud escrita u oral a la AHCA.

La desafiliación está permitida de la siguiente manera:

- Sin causa, para los voluntarios inscritos, en cualquier momento[160]
- Por una buena razón, en cualquier momento
- Sin causa, para los inscritos obligatorios, dentro de los primeros 120 días[161]

Existen múltiples autoridades que regulan la justificación de la desafiliación

Las razones para la baja justificada según la Ley Estatal de Florida § 409.969(2) incluyen, pero no se limitan a:

1) Mala calidad de la atención
1) Falta de acceso a los servicios cubiertos por el contrato
2) Cambios desproporcionados o inapropiados de los médicos de atención primaria
3) Dificultades en el acceso al servicio debido a cambios significativos en la ubicación geográfica de los servicios
4) Un retraso o denegación de servicio irrazonable
5) Falta de acceso a proveedores con experiencia en la gestión de las necesidades medicas del inscrito.
6) Inscripción fraudulenta[162]

---

pa.pdf#:~:text=Voluntary%20enrollees%20will%20retain%20the%20right%20to,any%20time%20in%20accordance%20with%20STC%2025.

[158] *Id.; see also Frequently Asked Questions*, FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., https://www.flmedicaidmanagedcare.com/home/faq.

[159] *Enrolling in a Health Plan*, FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN. https://www.flmedicaidmanagedcare.com/health/enroll.

[160] *Id.*

[161] *See* FLA. ADMIN. CODE R. 59G-8.600; 42 C.F.R. § 438.56; FLA. STAT. § 409.969(2); *See also* FLORIDA MANAGED MEDICAL ASSISTANCE DEMONSTRATION, *supra* note 143 (The Florida Medicaid Agency (AHCA) has confirmed that beneficiaries are allowed 120 days to disenroll for any reason, notwithstanding that the Florida statute and federal regulation specify a 90-day period).

[162] FLA. STAT. § 409.969(2); AGENCY FOR HEALTHCARE ADMIN., 2025-2030 MODEL HEALTH PLAN CONTRACT ATTACHMENT II, CORE CONTRACT PROVISIONS 35 (Oct. 2025), https://ahca.myflorida.com/content/download/27248/file/Attachment%20II-%20-

Otras razones bajo la regulación federal y la normativa estatal incluyen:

1) El inscrito no reside en una región donde el Plan de Cuidado Gestionado (MCP) esté autorizado para prestar servicios
2) El proveedor ya no pertenece al MCP
3) El inscrito queda excluido de la inscripción
4) Se ha producido una violación de mercado comprobada
5) Se impide al participante participar en el desarrollo de su plan de tratamiento o plan de atención
6) El inscrito mantiene una relación activa (ha recibido servicios del proveedor en los seis meses previos a la solicitud de desinscripción) con un proveedor que no está en el panel del MCP pero sí en el panel de otro MCP
7) El inscrito está en el MCP incorrecto según lo determinado por la Agencia
8) El MCP ya no participa en la región
9) El estado ha impuesto sanciones intermedias al MCP, tal como se especifica en 42 CFR § 438.702(a)(4)
10) El inscrito necesita que los servicios relacionados se realicen simultáneamente, pero no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red MCP, o el médico de cabecera del inscrito ha determinado que recibir los servicios por separado expondría al inscrito a un riesgo innecesario
11) El MCP no cubre, por objeciones morales o religiosas, el servicio que busca el inscrito
12) El inscrito perdió la fecha de la inscripción abierta debido a una pérdida temporal de elegibilidad[163]

PRESENTACIÓN DE UNA QUEJA

Los inscritos que tengan dificultades para acceder a los servicios o que estén teniendo otros problemas con su plan de gestión deben presentar una queja oficial. Es importante que la AHCA sea informada de estos problemas. También es importante que los defensores proporcionen asistencia y documentación. Las quejas individuales a menudo pueden resolverse mediante este proceso.

La queja puede presentarse en línea (**recomendada para cualquier problema**), o llamando gratuitamente al 1-877-254-1055 para hablar con un representante de Medicaid.[164]

El portal en línea de AHCA ofrece a quienes presentan una queja la opción de permanecer en el anonimato. Sin embargo, si hay un asunto que deba resolverse, la persona que presenta la queja debe proporcionar su nombre y una dirección de correo electrónico o número de teléfono. Hay una página principal de la AHCA para Medicaid en Florida

---

%20Core%20Contract%20Provisions%20Oct%202025.pdf [hereinafter AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS] (discussing § II Eligibility and Enrollment).

[163] *See* FLA. ADMIN. CODE R. 59G-8.600; *See also* 42 C.F.R. § 438.56.

[164] *Complaints*, FLA. AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., https://www.flmedicaidmanagedcare.com/complaint#%2F%20.

Quejas donde puedes presentar una queja o comprobar el estado de tu queja.

AHCA utiliza este proceso tanto para resolver problemas individuales como para ayudar a identificar problemas sistémicos.

Pasos para presentar una queja online:[165]

- Primero, la sección **de Información Básica** pide el nombre del denunciante. El demandante debe elegir si es beneficiario de Medicaid, proveedor médico o si presenta la solicitud en nombre del beneficiario o proveedor.
- A continuación, se solicita que proporcione información de contacto.
- A continuación, en la **sección 'Cuéntanos sobre tu problema'**, se pregunta al denunciante si la persona afectada es "Receptor, Proveedor o Población General". Esta última sección permite al denunciante describir en detalle el asunto y por qué se presenta una queja.
    - En este momento, habrá una serie de menús desplegables que deberán completarse. El demandante deberá introducir el nombre del destinatario, el numero de la tarjeta dorada, el número de SSN o Medicaid, el condado de residencia, si se ha presentado una queja previa ante AHCA, el tipo de plan de atención gestionada, el nombre del plan de atención gestionada y si el demandante ha contactado con el plan.
- Por último, al denunciante se le proporcionará un **Número de** Denunciante y un **Número de Queja**. Es importante llevar un registro de estos números.

CONSEJO DEL DEFENSOR

Aunque un beneficiario puede presentar una queja *pro se*, se recomienda que un defensor presente la queja en nombre del beneficiario. El defensor también debe presentar un formulario de Representante Autorizado para asegurarse de que AHCA hablará con él. El Proyecto de Justicia en Salud de Florida proporciona instrucciones paso a paso para presentar una queja sobre un plan de atención gestionada de Medicaid, incluyendo una plantilla para redactar un resumen de la queja.

QUEJAS, APELACIONES Y AUDIENCIAS JUSTAS

¿Cuál es la diferencia entre una queja y una apelación?
Cada plan debe contar con un proceso de reclamación y apelación que cumpla con las regulaciones federales de Medicaid para la atención gestionada.[166] La principal diferencia entre una queja y una apelación es que debe presentarse una apelación cuando existe una "determinación adversa de beneficios (ABD)", mientras que una queja se presenta si el beneficiario no está satisfecho con el plan. Por ejemplo, un inscrito podría presentar una queja si fue tratado de forma grosera.[167]

[165] *How to File a Complaint Regarding Reinstatement to My Managed Care Plan After My Medicaid Was Terminated In Error*, FLA. HEALTH JUST. PROJECT (Dec. 2024), https://floridahealthjustice.org/publications/how-to-file-a-complaint-regarding-reinstatement-to-my-managed-care-plan-after-my-medicaid-was-terminated-in-error/.

[166] 42 C.F.R. §§ 438.228, .56(d)(5); FLA. ADMIN. CODE R. 59G-8.600(3)(b).

[167] *See* 42 C.F.R. § 438.400(b) (defining "grievance"); *See also* FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.100(2)(b).

¿Qué es una Determinación Adversa de Beneficios (ABD)?
Las determinaciones adversas de beneficios incluyen:

- Denegación, reducción, suspensión, terminación o retraso de un servicio previamente autorizado
- Denegación o autorización limitada de una determinación de servicio solicitado basada en "requisitos de necesidad médica, idoneidad, establecimiento o eficacia de un beneficio cubierto" (*por ejemplo*, se prescribieron 2 horas de terapia del habla a la semana durante 6 meses y el plan aprobaba solo 1 hora por semana durante un mes)
- Falta de prestación de servicio a tiempo según lo definido por el estado
- Falta de acción del plan dentro de los plazos requeridos para la resolución de una queja o apelación
- Denegación total o parcial del pago por un servicio de una solicitud para disputar costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coseguros y otras obligaciones financieras de los beneficiarios[168]

Además, los ABD incluyen la denegación de la solicitud de un inscrito para un servicio fuera de la red si el inscrito vive en una zona rural y solo existe un plan.[169]

¿Cuál es el plazo estándar para presentar una queja o apelación?
Se puede presentar una queja en cualquier momento y se puede presentar una apelación en un plazo de 60 días corrientes desde la fecha del ABD.[170]

¿Existe una autoridad legal que respalde el derecho a una audiencia justa?
Según la ley federal de Medicaid, los beneficiarios de Medicaid tienen derecho a una audiencia justa, si una solicitud de asistencia médica es denegada o no se trata con una prontitud razonable.[171]

¿Existe el requisito de agotar el proceso de apelación del plan antes de presentar una audiencia justa?
Los inscritos deben primero agotar el proceso de apelación del plan. Por tanto, solo se puede solicitar una audiencia justa tras notificar que la determinación adversa del beneficio ha sido confirmada en el proceso de apelación del plan.[172]

¿Hay alguna excepción al requisito de agotamiento?

---

[168] *See* 42 C.F.R. § 438.400(b) (defining "adverse benefit determination"); *See also* FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.100(2)(b).

[169] 42 C.F.R. § 438.400.

[170] 42 C.F.R. § 438.402(c)(2.; AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, supra note 162 at 78 (discussing § VI., D).

[171] 42 C.F.R. § 431.200; FLA. STAT. § 409.285; FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.100; AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, *supra* note 162, at 77 (discussing §VI).

[172] 42 C.F.R. § 438.402; FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.100 (3)(b)1; AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, *supra* note 162, at 83 (discussing § VI., J.).

Si el plan no cumple con los requisitos de notificación y plazos establecidos en 42 C.F.R. § 438.404(c), el inscrito se "considera que ha agotado" el proceso de apelación del plan y puede solicitar una audiencia justa por el estado.[173]

¿Qué constituye un aviso adecuado?
El aviso debe incluir la siguiente información:[174]

1) El ABD que se ha creado o se ha intentado
2) Motivo(s) para el ABD (incluyendo de forma gratuita el derecho a copias de todos los documentos relevantes para la decisión)
3) Derecho a solicitar una apelación, incluyendo:
    - Información sobre cómo agotar el primer nivel de apelación
    - Derecho a solicitar una audiencia justa estatal
4) Proceso de apelación
5) Circunstancias para una apelación acelerada y cómo solicitarlo
6) El derecho a tener beneficios continúa hasta la resolución de la apelación, incluyendo:
    - Cómo solicitar la continuidad de los beneficios
    - Circunstancias en las que el inscrito puede estar obligado a pagar

Además, el aviso debe ser accesible para personas con discapacidades o con dominio limitado del inglés.[175]

¿Qué plazos se aplican a los distintos avisos?

- **Si la acción se refiere a la terminación, suspensión o reducción de un beneficio:** debe enviarse un aviso escrito 10 días antes de la fecha de la acción.
- **Si la acción se refiere a una denegación de pago:** el aviso debe enviarse en el momento de la acción que está afectando la reclamación.
- **Si la acción se refiere a una decisión estándar de autorización de servicios que niega o limita los servicios**: el aviso debe enviarse en un plazo de 14 días.
- **Si se ha solicitado una autorización de servicio acelerada**: el aviso debe enviarse en un plazo de 72 horas.
- **Si no se alcanza la autorización de servicio dentro del plazo especificado en 42 C.F.R. § 438.210(d)**: esto constituye una denegación en la fecha en que expiró dicho plazo.[176]

---

[173] 42 C.F.R. § 438.402 (c)(1)(A); 42 C.F.R. § 438.408(c)(3); Fla. Admin. Code R. 59G-1.100 (3)(b)2-3; AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, *supra* note 162, at 77 (discussing § VI.).

[174] 42 C.F.R. § 438.404(b); AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, *supra* note 162, at 79 (discussing § VI., E.).

[175] 42 C.F.R § 438.10.

[176] *See* 42 C.F.R. §§ 438.404, 431.211, 438.210.

A continuación, se presentan ejemplos de avisos que no cumplen con los requisitos de contenido y tiempo del aviso. Por tanto, se debe considerar que se han agotado los recursos y el inscrito puede solicitar una audiencia justa si, por ejemplo,

- El inscrito habla español y el aviso solo estaba en inglés; (viola el 42 C.F.R. § 438.10(d); *véase también* 42 C.F.R. § 438.404(a)
- El aviso no explicaba claramente el derecho a la continuidad de los beneficios; (viola el 42 C.F.R. § 438.404(b)(6)
- No se envió el aviso en un plazo de 10 días tras la terminación, suspensión o reducción de beneficios previamente autorizados. (viola el 42 C.F.R. § 438.404(c)(1))

¿Existe derecho a una apelación acelerada?
Sí, si la resolución estándar "podría poner en serio peligro la vida, la salud física o mental del inscrito, o la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la máxima función."[177]

Presentar y gestionar una queja o apelación con plan
Las quejas o apelaciones pueden presentarse oralmente o por escrito; sin embargo, una solicitud oral de apelación debe ir seguida de un recurso firmado en un plazo de 10 días (a menos que la solicitud sea de apelación acelerada).[178] La mejor práctica es presentar la solicitud por escrito junto con el plan.[179]

El plan debe proporcionar un aviso por escrito reconociendo la recepción de la queja o apelación en un plazo de cinco días laborables.[180]

¿Dónde presentar audiencias justas y quiénes son las partes?
Las apelaciones de Medicaid relacionadas con servicios para personas inscritas en un plan de atención gestionada se dirigen a la AHCA.[181]

El MCO es el demandado y, "a petición de la AHCA, la Agencia puede obtener el estatus de parte del Oficial de Audiencias."[182]

¿Cómo garantizar la continuación de las prestaciones mientras se recurre y se juzga con justicia estatal si el ABD supone una terminación, reducción o suspensión de servicios actuales?

---

[177] 42 C.F.R. § 438.410; AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, *supra* note 162, at 82 (discussing § VI., H.).

[178] *See* AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, *supra* note 162, at 78 (discussing § VI., D.); *See also* 42 CFR §§ 438.402(c)(2)(i), (c)(3)(i).

[179] *See* AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, *supra* note 162, at 77 (discussing § VI); *See also* 42 C.F.R. § 438.406 (discussing provisions related to handling grievances and appeals).

[180] *See* AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, *supra* note 162, at 78 (discussing § VI., D.); *See also* 42 C.F.R. § 438.406 (b)(1).

[181] FLA. STAT. § 409.285(2).

[182] FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.100(4)(b).

Si una acción adversa es la terminación, suspensión o reducción de un servicio médico previamente autorizado, el beneficiario tiene derecho a recibir cobertura continua del servicio médico hasta que se resuelva una apelación y una audiencia justa. La importancia del derecho a la "ayuda pendiente" para las personas de bajos ingresos fue reconocida por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos en el caso fundamental *Goldberg contra Kelly*.[183] Por lo tanto, los servicios deben continuar si ocurren todos los siguientes aspectos:

- La apelación implica la terminación, suspensión o reducción de un servicio previamente autorizado
- Servicios solicitados por el proveedor autorizado
- El periodo cubierto por la autorización original no expiró
- El inscrito presenta a tiempo los beneficios continuos en o antes de diez días calendarios del aviso de determinación adversa del beneficio.[184]

Si al beneficiario se le proporciona cobertura continua del servicio y finalmente pierde la apelación, el costo del servicio puede ser recuperado.[185]

¿Qué son los derechos de los inscritos en reclamaciones y apelaciones?
Los inscritos tienen derecho a:

- Presentar argumentos legales y fácticos en persona y por escrito;[186] y
- Presentar evidencia, incluyendo nuevas pruebas, no disponibles en el momento de la decisión.[187]

Descubrimiento y citaciones
Florida permite la presentación de evidencia completa en un proceso de audiencias justas, incluyendo audiencias relacionadas con la atención gestionada. La regla de audiencia justa en la gestión de atención de AHCA establece que se aplican las Reglas de Procedimiento Civil de Florida, y la Oficina de Audiencias puede emitir órdenes para "cumplir el propósito de la presentación de evidencia y evitar retrasos."[188]

CONSEJO PARA DEFENSORES:

No se puede subestimar lo útil que puede ser el descubrimiento en audiencias justas de Medicaid. Los beneficiarios de Medicaid y sus defensores harían bien en utilizar generosamente la prueba de pruebas en su litigio de reclamaciones y apelaciones, ya que probablemente resultará en logros mucho más ventajosos. Los derechos de descubrimiento de pruebas incluyen las herramientas habituales de:

- Solicitudes de producción de documentos
- Solicitudes de admisión

[183] 397 U.S. 254, 261 (1970).

[184] AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, *supra* note 162, at 77 (discussing § VI).

[185] *See id.*; *see also* 42 C.F.R. § 438.420(d).

[186] 42 C.F.R. § 438.406(b)(4); AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, *supra* note 162, at 77 (discussing § VI).

[187] 42 C.F.R. § 438.406(b)(5); AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, *supra* note 162, at 77 (discussing § VI).

[188] FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.100 (13)(a).

- Declaracion

Los defensores también deben aprovechar la disposición del Contrato Modelo sobre la revisión del paquete de pruebas, incluyendo cualquier historial médico u otros documentos o registros considerados o en los que se base el Plan de Atención Gestionada, **de forma gratuita**.[189]

¿Cuáles son los plazos para presentar y resolver quejas y apelaciones, y qué aviso se requiere?
Los plazos de presentación y resolución de Florida son los siguientes:

Tipo de acción	Plazo de presentación	Marco temporal de resolución
Plan Appea190	60 días desde la fecha de la determinación adversa de la prestación	30 días desde el día en que el plan de salud recibe la apelación del plan
Apelación Acelerada[1] [91]	60 días desde la fecha de la determinación adversa de la prestación	48 horas después de que el plan de salud reciba la apelación acelerada
Queja[192]	Se puede presentar en cualquier momento	30 días desde el día en que el plan de salud recibe la queja
Audiencia Justa[193]	120 días después de que el afiliado recibe el aviso de que el plan de salud está manteniendo la determinación adversa del beneficio (es decir, después de que se decida la apelación del plan)	90 días desde la fecha en que el afiliado presentó la apelación del plan (con algunas excepciones)

Nota: Estos plazos pueden ampliarse si el inscrito solicita una prórroga. Sin embargo, si el plan solicita una prórroga, debe demostrar al estado la necesidad de tiempo adicional y por qué la prórroga sería lo mejor para el beneficiario.[194]
El plan debe enviar un aviso escrito de la resolución de apelación que incluya:

- Resultados de la resolución del proceso y fecha de finalización; y si el resultado no fue completamente favorable al inscrito, el aviso debe incluir:
    - Información sobre el derecho a solicitar una audiencia justa y cómo hacerlo, y
    - Información sobre el derecho a la continuidad del beneficio.[195]

---

[189] AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, *supra* note 162, at 77 (discussing § VI).

[190] AHCA MODEL CONTRACT CORE CONTRACT PROVISIONS, *supra* note 162, at 80 (discussing § VI., F).

[191] *Id.* at 82 (discussing § VI., H.).

[192] *Id.* at 78 (discussing § VI., D.).

[193] *See id.* at 83 (discussing § VI., J.); *See also* FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.100(8).

[194] *Id.* at 82 (discussing § VI., G.).

[195] 42 C.F.R. § 438.408(e).

AUTORIDAD RELEVANTE

A continuación, se enumeran múltiples autoridades relacionadas con el programa MMA de Florida, incluyendo estatutos y regulaciones federales y estatales (normas); disposiciones contractuales entre AHCA y los planes de atención gestionada, y el acuerdo de Términos y Condiciones Especiales (STC) entre el gobierno estatal y federal en la Exención de la Sección 1115.

Regulaciones federales:
Las regulaciones federales de Medicaid sobre la gestión de salud representan un avance significativo para los beneficiarios de Medicaid. Tras recibir numerosos comentarios de defensores, proveedores y gobiernos estatales, CMS emitió importantes actualizaciones de normativas entre 2016 y 2024.

Estatutos de Florida
En 2011, la Legislatura de Florida creó la Parte IV del Capítulo 409 de los Estatutos de Florida, ordenando a la Agencia crear el programa estatal de Medicaid Managed Care (SMMC). El programa SMMC tiene dos componentes claves: el programa de Asistencia Médica Gestionada (MMA) y el programa de Cuidados a Largo Plazo (LTC).[196]

Contrato modelo AHCA
La Agencia para la Administración de la Atención Medica (AHCA) tiene un Contrato Modelo, que regula todos los planes de SMMC, tanto MMA como LTC. Subpartes importantes incluyen:

- Anexo I re: Alcance de servicios, (1 de febrero de 2025) https://ahca.myflorida.com/content/download/26115/file/Attachment%20I%20-%20Scope%20of%20Services.pdf
- Anexo II relativo a las Disposiciones Principales del Contrato, (1 de febrero de 2025) https://ahca.myflorida.com/content/download/26116/file/Attachment%20II%20-%20Core%20Contract%20Provisions.pdf
- Anexo II, Prueba II-A: Programa de Asistencia Médica Gestionada, (1 de febrero de 2025) https://ahca.myflorida.com/content/download/26117/file/Exhibit%20II-A%20-%20Managed%20Medical%20Assistance%20%28MMA%29%20Program.pdf

Sección 1115 Términos y Condiciones Especiales del Programa MMA
Según el § 1115 de la Ley de Seguridad Social, los estados pueden solicitar la autoridad para renunciar a algunas, pero no a todas, partes de la Ley de Medicaid. La solicitud se realiza a CMS mediante una solicitud de exención bajo la sección 1115. CMS tiene discreción para aprobar o denegar la solicitud de exención y, si la exención es aprobada, los Términos y Condiciones Especiales (también denominados STC) establecen la naturaleza de la implicación de CMS y las obligaciones del estado durante todo el periodo de exención. Los STC actuales están adjuntos a esta carta CMS del 15 de enero de 2021 dirigida a la AHCA aprobando la prórroga solicitada de exención. La prórroga de la exención es efectiva hasta el 30 de junio de 2030. *Consulta* https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demo /demonstration-and-waiver-list/81311.

[196] *See The Advocate's Guide to the Florida Long-Term Care Medicaid Waiver*, FLA. HEALTH JUST. PROJECT (July 2022), https://floridahealthjustice.org/publications/advocates-guide-to-the-florida-long-term-care-medicaid- waiver/.

Reglas Administrativas de Florida
Las normas administrativas relevantes del estado relacionadas con los distintos servicios médicos cubiertos se encuentran en Reglas del Código Administrativo de Florida (o F.A.C.) 59G-4.010 *y siguientes.*

También es relevante la norma estatal relativa a la desafiliación del plan en F.A.C. 59G-8.600.

Por último, las audiencias justas relacionadas con la atención gestionada de Medicaid son realizadas por la AHCA como se describe en F.A.C. 59G-1.1.