

Healthy Families

Healthy Families es un programa que provee servicios de salud a bajo costo para niños. Con Healthy Families la familia paga una pequeña cantidad cada mes para que sus hijos reciban asistencia médica, dental y de visión.

¿Quién es elegible?

- Niños desde el nacimiento hasta que cumplan los 19 años, que no sean elegibles para Medi-Cal sin costo.
- Niños que no califiquen para Medi-Cal sin costo pero que sus ingresos familiares estén dentro de los límites de Healthy Families (no mayor de 250% de la Guía Federal de Ingresos).
- Niños que no hayan tenido ningún tipo de cobertura pagada por un empleador durante los tres meses anteriores a que presente su solicitud al programa de Healthy Families, con algunas excepciones. Estas excepciones incluyen: pérdida de trabajo, que se hayan mudado a un lugar donde su seguro no esté disponible, fallecimiento, divorcio o separación legal y la terminación de COBRA. No tendrán que esperar tres meses para solicitar Healthy Families si el familiar tiene COBRA y lo cancelan.
- Los niños continúan siendo elegibles por 12 meses continuos una vez que se determine que son elegible, sin importar los cambios en los ingresos familiares, mientras que se paguen las primas.

¿Afecta el estado migratorio la elegibilidad?

- Los niños deben ser ciudadanos estadounidenses, nacionales de Estados Unidos o inmigrantes documentados.
- Su hijo debe proveer una verificación de estado migratorio con la solicitud o dentro de los 2 meses posteriores a su inscripción en el programa Healthy Families.
- El estado migratorio de los padres no es requerido para el programa Healthy Families.

¿Es la residencia de California un requisito?

Solicitantes deben de vivir en California para calificar para el programa Healthy Families. La residencia de California quiere decir que la persona tiene la intención de vivir en California. Se les pedirá a los solicitantes que demuestren que son residentes de California cuando hagan su solicitud. La residencia en el estado no tiene nada que ver con su estado migratoria federal.

¿Cuáles son los límites de ingresos?

- Healthy Families utiliza la Guía Federal de Ingresos (FIG) para determinar la elegibilidad.
- Los niños recién nacidos hasta la edad de un año son elegibles si los ingresos familiares se encuentran entre 200% y 250% FIG. (Los niños en este grupo de edad con ingresos familiares menos de 200% FIG son elegibles para Medi-Cal sin costo)
- Los niños de 1 a 5 años de edad son elegibles si los ingresos familiares se encuentran entre 133% y 250% FIG. (Los niños en este grupo de edad con ingresos familiares menos de 133% FIG son elegibles para Medi-Cal sin costo).
- Los niños entre 6 y 18 años son elegibles si los ingresos familiares se encuentran entre 100% y 250% FIG. (Los niños en este grupo de edad con ingresos familiares menos de 100% FIG son elegibles para Medi-Cal sin costo).

Por ejemplo, en una familia de 3 personas, un niño de 3 años es elegible para el programa de Healthy Families si los ingresos familiares son de al menos \$2,055 pero no más de \$3,861 dólares.

- Healthy Families utiliza ciertas deducciones del programa. Vea las páginas 2-8 para más información.

¿Existen límites de recursos?

Los recursos son bienes que su familia posee, como autos, casas, joyería, cuentas de cheques y de ahorros. Este programa no toma los recursos en consideración.

¿Cuál es el costo del programa?

- Existen dos costos para este programa:
 - Un pago mensual por cada niño de \$4 a \$24 dólares, dependiendo de los ingresos de su familia y del plan de salud que usted escoja. El costo máximo por familia es \$72 por mes.
 - Existe un co-pago de \$5-\$15 dólares adicionales para la mayoría de los servicios a pacientes externos, como visitas al consultorio médico. No hay cargo por servicios preventivos, como vacunas o revisiones dentales.

Primas de Seguro	Categoría A	Categoría B	Categoría C
Planes de Salud disponibles	Número de Niños 1 2 o mas	Número de Niños 1 2 3 o mas	Número de Niños 1 2 3 o mas
Planes de Salud proporcionados por la Comunidad	\$4 \$8	\$13 \$26 \$39	\$21 \$42 \$63
Otros Planes de Salud	\$7 \$14	\$16 \$32 \$48	\$24 \$48 \$72

- No hay costos, incluyendo el costo mensual (extra) y pagos compartidos para los solicitantes indígenas americanos o nativos de Alaska que provean documentación aceptable como prueba de su ascendencia en los dos meses siguientes a la fecha de su inscripción. El solicitante debe indicar en la solicitud si desea una excepción de las contribuciones familiares.
- Existe un límite de la cuota total de co-pagos de \$250 anuales, durante el año en que recibe beneficios, que va del 1 de octubre al 30 de septiembre.
- No se necesita mandar la primera cuota mensual con la solicitud, sin embargo se recomienda que las familias no lo hagan. El programa mandará una factura la familia después de que los niños sean inscritos. Si la prima no se paga en dos meses, se cortarán los servicios a los niños.
- Las familias tienen las siguientes opciones de pago:
 - Cheque personal
 - "Cashier Check"
 - "Money Order"
 - Tarjeta de crédito
 - Pago electrónico (Transferencias electrónicas de fondos)
 - Pago en efectivo en Western Union
- La familia obtendrá el cuarto mes de cobertura gratis si pagan por adelantado los tres meses de cobertura antes del día 20 del mes en que se vencen los servicios.

- Si usted realiza pagos vía Transferencias Electrónicas de Fondos (EFT), recibirá un descuento de 25% en sus pagos mensuales.
- Las familias pueden elegir el Plan Comunitario de sus condados el cual ofrece cobertura de Healthy Families con un descuento.
- Si el ingreso familiar baja durante el año inscrito en el programa, familias pueden llenar un formulario de reevaluación de cuota a cualquier tiempo para bajar las primas mensuales. Familias necesitarán presentar el formulario con nuevos comprobantes de ingreso y van hacer notificados si el cambio en ingresos puede bajar las primas mensuales.

NOTA: Si su familia no realiza los pagos mensuales durante los dos meses después del vencimiento del pago, se terminará la cobertura de sus hijos.

NOTA: Familias recibirán una notificación en la factura de cobro de 30 días de retraso, una carta de advertencia de 45 días, una carta de Cobertura Continuada (CE) por falta de pago y terminación de cobertura de salud y carta de advertencia de 60 días.

¿Qué servicios cubre?

- Este programa ofrece servicios comprensivos de salud, dental y visión.
- Los niños inscritos son elegibles para servicios de cobertura completa que sean médicamente necesarios. Los niños no son excluidos de la cobertura debido a condiciones médicas pre-existentes.

¿Cómo se puede acceder a los servicios?

Los servicios son provistos a través de planes privados de salud, dentales y de la vista. La familia elige el plan de salud, dental o de la vista para sus hijos cuando realiza la solicitud. Si la familia se olvida de elegir un plan cuando rellena la solicitud, los niños serán inscritos automáticamente en el Plan Comunitario de su condado y se le asignarán los planes de visión y dental. Una familia puede cambiar su plan de salud, dental y de visión, dentro de los primeros 90 días de su inscripción inicial o durante la inscripción abierta (del 15 de Julio al 31 de Agosto) de cada año.

¿Qué sucede si tienen otro seguro médico?

- Los niños pueden ser elegibles para Healthy Families incluso si reciben Medi-Cal con costo compartido.
- Los niños que reciben los Servicios para Niños de California (CCS por sus siglas en inglés) y que no cuentan con Medi-Cal sin costo, pueden ser elegibles para Healthy Families. Los niños en Healthy Families pueden ser elegibles para el programa de CCS.
- El niño/a no podrá entrar al programa de Healthy Families si cuenta actualmente con un seguro de salud patrocinado por su empleador o si lo han tenido durante los tres últimos meses.
- Si los niños reciben seguro médico por medio del empleador, ellos NO PUEDEN inscribirse en Healthy Families por servicios dentales y de visión únicamente. Sin embargo, si el seguro del empleador provee solamente servicios dentales y de visión, los niños pueden inscribirse en Healthy Families para servicios médicos.

¿Qué es la revisión anual de elegibilidad?

- Se requiere la Revisión Anual de Elegibilidad (AER) cada año para determinar si el niño continúa siendo elegible para el programa Healthy Families.
- Las familias reciben un paquete por correo 60 días antes del aniversario de la inscripción en el programa Healthy Families. El paquete, con nueva información y documentación sobre los ingresos, debe mandarse a Healthy Families antes de dicha fecha o el niño dejará de estar inscrito en Healthy Families.
- Los niños que ya no son elegibles para Healthy Families, debido a la disminución de sus ingresos, y que ahora cualifican para Medi-Cal son elegibles para hasta dos meses de cobertura temporal bajo Medi-Cal mientras se procesa su solicitud de Medi-Cal. Vea la página 5-6 para más información.

¿Qué es registro abierto (“Open Enrollment”)?

- Cada año, familias con hijos en el programa Healthy Families tienen la oportunidad de escoger un nuevo plan de salud, dental y visión para sus hijos.
- El programa Healthy Families notificará las familias sobre el periodo del registro abierto (“Open Enrollment”) y si la familia decide cambiar sus planes, los nuevos cambios tomarán efecto en una fecha posterior fijada por Healthy Families. Las familias tal vez van a necesitar de escoger un nuevo plan de salud, dental y visión si sus planes actuales cambiaron sus áreas de coberturas o si no participan en el programa de Healthy Families. Healthy Families informará a los CAAs sobre el registro abierto y otras actualizaciones a través de boletines y artículos vía el internet. CAAs deben de ser informados sobre recursos oficiales de Healthy Families (por ejemplo, el sitio de Web para MRMIB y Healthy Families, boletines, etc.)

NOTA: Información sobre registro abierto se publicará en CHAMP-Net (www.champ-net.org) y enviado por boletín.

¿Cómo pueden las familias hacer la solicitud para sus hijos o conseguir más información?

- Llame al programa de Healthy Families al 1-800-880-5305 (la llamada es gratuita) para pedir una solicitud.
- Visite la página web de Healthy Families en www.healthyfamilies.ca.gov. En la página web usted puede localizar a un Asistente Certificado para Solicitudes (CAA) en su área para que le ayude con su solicitud.
- Con la ayuda de un CAA, usted puede realizar una solicitud por medio de internet utilizando Health-e-App o One-e-App (donde está disponible). Para más información por favor llame gratis a la oficina de asistencia de EE/CAA al 1-800-279-5012; llame gratis a Health-e-App al 1-866-861-3443; o mande un correo electrónico a One-e-App a la dirección electrónica de info@oneeapp.org (donde está disponible).
- Familias también pueden hacer la solicitud por teléfono llamando al 1-800-880-5305. La solicitud se mandará a los solicitantes para que firmen y sometan la documentación.

¿Qué pueden hacer las familias si tienen problemas para recibir los servicios?

- Si no están contentos con algún servicio que tiene o que no tiene su plan de seguro médico, dental o de la vista, deben resolver sus problemas de acuerdo con las normas y procedimientos del plan específico de salud. Los niños no serán expulsados del plan ni sufrirán alguna penalización por esto.

- Si desea cambiar de Proveedor Inicial de Cuidado (PCP) de los niños, Healthy Families le permite cambiarlo por lo menos 12 veces al año. Las familias pueden llamar a su plan de salud para iniciar su cambio.
- Pueden ejercer su derecho a cambiar de plan de salud o dental dentro de los 90 días después de su inscripción o durante el periodo anual de inscripción abierta cada año. Familias pueden llamar gratis al 1-866-848-9166 para asistencia.

¿Cómo pueden las familias transferir de plan?

- Las familias pueden solicitar el cambiar de plan de salud, dental o de visión bajo ciertas circunstancias. Las transferencias están permitidas si:
 - Se pide el cambio durante los primeros tres meses después de la solicitud
 - Las familias se mudan fuera del área de servicio de su plan de salud
 - Las familias piden el cambio dentro de 30 días después de que su nuevo plan comience a cubrirles después de la “inscripción abierta”
 - Si Managed Risk Medical Insurance Board (MRMIB) no renuevan el contrato con el plan de salud que cubre la familia o si el contrato se cancela.
 - Las familias no pueden establecer una buena relación con el plan de salud y el director ejecutivo de (MRMIB) determina que el cambio de plan es lo mejor para el niño. Esta solicitud debe hacerse por escrito a MRMIB a PO Box 2769, Sacramento, CA 95812-2769 Las familias pueden hacer la solicitud de cambio de plan por teléfono, correo o fax. Las solicitudes escritas pueden mandarse a:

Healthy Families Program
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005
 Por teléfono: 1-888-848-9166
 Por Fax: 1-866-848-4974

Presumptive Eligibility (PE), antes conocido como el “Puente” del Programa Healthy Families

A las familias cuyos ingresos han disminuido haciéndoles inelegibles para Healthy Families, pueden continuar los servicios de sus hijos bajo el programa de Medi-Cal Elegibilidad Presunta. Los niños pueden inscribirse en Elegibilidad Presunta (por sus siglas en inglés, PE) el cual les proporcionará Medi-Cal regular sin costo completo de manera temporal. Una vez que el condado determine que el niño es elegible para recibir servicios completos bajo Medi-Cal, la familia recibirá un paquete para que inscriban a sus hijos en un plan de salud bajo Medi-Cal administrado (si viven en un condado donde se provea atención administrada).

¿Quién es elegible?

Solamente ciertos niños que califican para PE quienes reúnen los siguientes dos requisitos:

- Estar inscritos actualmente en Healthy Families y no ser elegibles en el momento de la Revisión Anual de Requisitos (AER) debido a que los ingresos son muy bajos;

Y

- Que no estén inscritos en Medi-Cal sin costo en el mes que presentaron la solicitud y el mes anterior.

NOTA: Niños que ya estén inscritos en Medi-Cal sin costo en el momento de AER, no son elegibles para PE.

¿Cómo solicitan este programa las familias?

- No hay una solicitud por separado para solicitar PE; la elegibilidad es determinada por AER o un formulario de reevaluación de cuota que sea presentada y sea concedida la autorización para enviar el formulario a Medi-Cal.
- Las familias reciben avisos de Healthy Families de que sus niños ya no son elegibles debido a la disminución del ingreso familiar. La familia también recibirá una carta de Healthy Families pidiéndole consentimiento para mandar su información al programa de Medi-Cal. Una vez que Healthy Families recibe el consentimiento de la familia, Healthy Families mandará la información a Medi-Cal. Medi-Cal contactará a la familia y así los niños recibirían cobertura bajo PE.
- Familias también pueden calificar para PE cuando los ingresos familiares bajan y hayan presentado un formulario de reevaluación de cuota con comprobantes de ingreso. Si los ingresos familiares están debajo de las guías de ingreso de Healthy Families, las familias pueden elegir ser descontinuados del programa para conceder PE y tener su información transferida a Medi-Cal para determinar la elegibilidad para Medi-Cal comprensivo sin costo. Si la familia elige continuar con Healthy Families, recibirán cobertura hasta AER al final del mes de su aniversario.

¿Cuánto tiempo dura PE?

PE provee cobertura hasta el primer día del mes después de que su cobertura bajo Healthy Families termine y dura hasta que la solicitud de Medi-Cal se procese completamente (PE generalmente dura hasta dos meses).

¿Cuáles son los servicios que reciben los niños bajo el PE?

Los niños continúan recibiendo sus beneficios completos bajo Medi-Cal regular completo sin costo.

¿Cuánto cuesta PE?

Los servicios bajo PE son provistos de manera gratuita.

¿Cómo se inscriben los niños en Medi-Cal cuando tienen cobertura bajo PE?

- Las familias que indican en sus formularios de AER o de reevaluación de cuota que quieren mandar su información a Medi-Cal tendrán su información automáticamente transferida al programa Medi-Cal.
- La fecha en que Healthy Families transfiere su información a Medi-Cal es la fecha que se considera como la fecha de la aplicación para Medi-Cal.

¿Pueden las familias apelar el rechazo del programa mientras los niños reciben cobertura bajo PE?

- Familias pueden apelar los rechazos de sus niños por Healthy Families durante la cobertura de PE bajo el proceso de revisión administrativo. (Vea la pagina 5-8 para más información) Las apelaciones se pueden hacer por razones que sus hijos no califican en el programa.
- Las familias tienen 60 días desde la fecha del aviso de rechazo en cuando pueden apelar las decisiones.
- El proceso de revisión de programa de Healthy Families se utiliza para apelaciones no cubiertas bajo el proceso de revisión administrativa tal como aquellas apelaciones recibidas después de la fecha requerida en el proceso de revisión administrativa.
- Si las apelaciones de familias son prósperas antes de concluir PE:
 - La cobertura de los niños bajo Healthy Families será reestablecida comenzando el primer día del mes después de que terminara la cobertura bajo PE.
 - No hay interrupción de cobertura

El Proceso de Apelación para Healthy Families

El Proceso de Apelaciones de Healthy Families es una forma por la cual las familias pueden apelar las decisiones hechas por el programa Healthy Families, tales como la negación de la solicitud o las desafiliaciones. Hay dos procesos para apelar, el Proceso de Revisión Administrativa y el Proceso de Revisión de Programa.

¿Qué es el Proceso de Revisión Administrativa?

El Proceso de Revisión Administrativa se usa para apelar lo siguiente:

- Cuando familias no están de acuerdo con el rechazo de la solicitud de Healthy Families
- Cuando las familias no están de acuerdo con las fechas de vigencia de la cobertura
- Cuando las familias no están de acuerdo con las desafiliaciones de Healthy Families

Para apelaciones de otras razones, utilice el Proceso de Revisión de Programa.

¿Cuántos niveles tiene el Proceso de Revisión Administrativa?

- El Proceso de Revisión Administrativa consta de tres niveles:
 - Apelación de primer nivel
 - Apelación de segundo nivel
 - Audiencia administrativa

Apelación de primer nivel

- La apelación de primer nivel es revisada por Healthy Families
- Se deben enviar las apelaciones a Healthy Families dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la notificación del rechazo (NO de la fecha en que los solicitantes recibieron la notificación, pero la fecha del rechazo).
- Las apelaciones se pueden completar llenando el formulario de revisión que se incluye con la notificación de rechazo o de cancelación de afiliación o se envía una carta que incluya la siguiente información específica:
 - Copia de la notificación de rechazo o de cancelación de afiliación.
 - La razón por la cual el solicitante considera que el rechazo o desafiliación no es correcto.
 - La regla o reglas que el solicitante considera que Healthy Families violó o pasó por alto.
 - Una declaración de la manera como el solicitante desea que se resuelva la apelación.
- Para apelar una decisión de fecha efectiva el solicitante necesita enviar una carta a Healthy Families explicando las razones en que el solicitante cree que la fecha efectiva es incorrecta.
- Healthy Families cuenta con 30 días para revisar una apelación.
- Si se resuelve la apelación, Healthy Families tomará las medidas adecuadas y notificará a los solicitantes.
- Si no se resuelve la apelación, Healthy Families notificará a los solicitantes de que las apelaciones fueron rechazadas y les dará información respecto a las apelaciones de segundo nivel.
- Formas de Revisiones de Programa pueden ser obtenidas en la página de web de Healthy Families en www.healthyfamilies.ca.gov.

Apelación de Segundo Nivel

- La apelación de segundo nivel es revisada por MRMIB
- Las apelaciones de segundo nivel deberán ser por escrito y se deberán recibir dentro de los 30 días posteriores a la fecha de resolución de la apelación de primer nivel de Healthy Families
- Estas apelaciones deben incluir la siguiente información:
 - La razón por la cual el solicitante considera que el rechazo no es correcto
 - La regla o reglas que el solicitante considera que Healthy Families violó o pasó por alto
 - Declaración de la manera como el solicitante desea que se resuelva la apelación
- MRMIB determinará durante aproximadamente 30 días después de recibir las apelaciones si la resolución del primer nivel fue correcta y tomará las medidas adecuadas
- Si se resuelve la apelación, MRMIB tomará las medidas adecuadas y notificará a los solicitantes por escrito, incluyendo el pagar por los gastos médicos durante la interrupción de cobertura.
- Si no se resuelve la apelación, MRMIB notificará a los solicitantes de que las apelaciones fueron rechazadas y le darán información respecto a una audiencia administrativa (reviso de tercer nivel)

Proceso de revisión del Programa (Apelación de Tercer Nivel)

- El Proceso de Revisión del Programa (Apelación de Tercer Nivel) es decidido por un juez.
- Las apelaciones de tercer nivel se deberán recibir dentro de los 30 días posteriores a la decisión de MRMIB en la apelación de segundo nivel.
- Las apelaciones se deben recibir como indicaciones sobre qué acciones se están apelado y porque la decisión que MRMIB tomó en el Segundo nivel de Apelación es incorrecta.
- El Juez de la Ley Administrativa prepara las decisiones propuestas por MRMIB.
- MRMIB puede aceptar o denegar la propuesta.
- Las decisiones de MRMIB son finales y no se pueden apelar de nuevo.

¿Cuál es el Proceso de Revisión del Programa?

- El Proceso de Revisión del Programa se utiliza para apelar todas las decisiones excepto aquellas que se cubren bajo en Proceso de Revisión Administrativa (preguntas sobre calificaciones, elegibilidad y día efectivo de cobertura).
- El Proceso de Revisión del Programa se utiliza para las apelaciones tardías (apelaciones sometidas después de los 60 días de la fecha límite)
- El Proceso de Revisión del Programa ya no tienen más apelaciones, al contrario que los tres niveles del Proceso de Revisión Administrativa.
- Para apelar, las familias pueden utilizar las formas ya impresas que se mandan con las cartas de denegación. También pueden mandar la siguiente información:
 - Una copia de la notificación de rechazo o de cancelación de afiliación
 - La razón por la cual el solicitante considera que el rechazo no es correcto
 - La regla o reglas que el solicitante considera que Healthy Families violó o pasó por alto
 - Declaración de la manera cómo el solicitante desea que se resuelva la apelación
 - Cualquier otra información relevante
 - El número de afiliación de la familia (FMN) provisto por el punto de Entrada Único (SPE)

- Las decisiones se tomarán dentro de 30 días de las fechas en que las apelaciones se recibieron.
- Todas las decisiones del Proceso de Revisión del Programa son finales.

Continued Enrollment (Cobertura Continuada)

La **Cobertura Continuada (CE)** provee cobertura adicional de Healthy Families para familias que lo piden mientras apelan la desafiliación de sus niños del programa Healthy Families. Si las apelaciones de las familias son prósperas, entonces no hay discontinuación en la cobertura de los niños.

¿Quién es elegible?

Las familias a cuyos niños se le vaya a cancelar la afiliación y que hayan sometido una apelación pueden ser elegibles para CE. CE es solamente para aquellos niños que están actualmente afiliados y a quienes se le cancelará los servicios y sus familias quieren apelar.

¿Cómo pueden los padres solicitar la Cobertura Continuada?

Se les da información a las familias sobre sus apelaciones y CE, en los avisos de cancelación. Se mandará a las familias las cartas de cancelación con los requisitos para CE 15 días antes de la fecha de cancelación.

- Las familias reciben formularios con el aviso de cancelación de afiliación y lo devuelven a Healthy Families solicitando la apelación al rechazo del niño y solicitando CE.
- Las peticiones de CE tienen que ser por escrito; NO se aceptan peticiones por teléfono.
- Healthy Families debe recibir la forma de CE antes de la fecha de cancelación del niño.

NOTA: Las apelaciones recibidas después de la fecha de cancelación de afiliación, pero dentro de un periodo de 60 días, serán procesadas pero los niños no recibirán ninguna cobertura bajo CE.

¿Cuánto tiempo dura la Cobertura Continuada?

- CE extiende la cobertura de Healthy Families por solo un mes o hasta que la apelación de la familia se haya resuelto.
- Si las apelaciones de las familias son prósperas, entonces los niños continuarán con la cobertura de Healthy Families.
- Si las apelaciones de las familias no son prósperas, la afiliación de los niños será cancelada. CE termina a finales del mes en el que las apelaciones han sido resueltas.
 - No hay ningún costo extra si las apelaciones no son aprobadas. Las familias no tienen que pagar los servicios que se les brindó a los niños durante el proceso de apelación. Sin embargo las familias tienen que continuar pagando sus primas y co-pagos.
 - Las familias pueden someter una segunda apelación (Revisión de Segundo Nivel), pero los niños no tendrán cobertura de CE durante este tipo de proceso.

¿Qué servicios reciben los niños con Cobertura Continuada?

- Los niños continúan recibiendo su cobertura completa bajo Healthy Families.
- Ellos continuarán viendo a sus proveedores asignados de Healthy Families regularmente.

¿Cuánto cuesta la Cobertura Continuada?

- La Cobertura Continuada es lo mismo que la cobertura regular de Healthy Families.
 - Las mismas cuotas mensual
 - Los mismos pagos compartidos para algunos servicios
 - Las familias continuarán recibiendo sus facturas y deben seguir pagando sus cuotas de Healthy Families mientras están debajo de CE.

Health-e-App para Healthy Families y Medi-Cal

¿Qué es Health-e-App?

Health-e-App es un programa simplificado para someter solicitudes de beneficios para niños. Utilizar esta versión electrónica es una alternativa a la tradicional solicitud por correo, Asistentes Certificados de Solicitudes (CAA's) pueden ahora mandar las solicitudes para estos programas más rápidamente y fácilmente por medio de internet. La programación también ofrece una verificación automática de los datos incompletos o que no son válidos, lo que reduce el número de errores en los campos requeridos de la información en la solicitud.

Nota: Desde Diciembre 2010, Health-e-App es disponible al público en general. Health-e-App Public Access (Acceso al Público) permite a familias someter su solicitud vía el internet desde la comodidad de sus propios hogares sin dejar de ofrecer el apoyo en la red ya disponible a Asistentes Certificados de Aplicaciones (CAAs). Health-e-App Public Access se puede acceder a cualquier momento a través de la Internet en <https://www.healtheapp.net>.

¿Cómo mejora Health-e-App el proceso de la solicitud?

Health-e-App simplifica el proceso de la solicitud y reduce el tiempo para que los niños puedan contar con un seguro médico lo antes posible. También ofrece un proceso definido para escribir datos que ayuda a reducir errores en la solicitud. El proceso de solicitud por internet ofrece las siguientes ventajas:

- Seguimiento del proceso de cada solicitud
- Revisión preliminar de los requisitos en solo segundos
- Revisión instantánea de errores para mejorar la calidad de la información que se da en la solicitud
- Selección por internet de proveedores de atención médica y de planes de seguro médico, atención dental y cuidado de la vista (para quienes soliciten Healthy Families)
- Pago electrónico de las cuotas mensuales iniciales de Healthy Families
- Cálculo automático de ingresos y deducciones
- Firma electrónica (en caso de que se use un dispositivo de firmas)
- Capacitación interactiva en internet para los CAA
- Versión en inglés y en español que cumplen con la ley de estadounidenses con discapacidades (ADA)

¿Es más rápido utilizar Health-e-App que la solicitud de papel?

Si. Completar la solicitud por medio de la página web solamente le toma 20-30 minutos. Health-e-App permite que los CAAs provean a los solicitantes una prueba de elegibilidad preliminar en cuanto completan la solicitud.

Una vez que los CAA's han ingresado las solicitudes, la información que ellos someten electrónicamente llega mediante Health-e-App al Punto de Entrada Singular (SPE). Los papeles requeridos que respaldan la información deben ser enviados por fax eliminando envíos por correo y pasos en el procedimiento de la solicitud de papel.

¿Cómo accedo Health-e-App?

Para saber más sobre Health-e-App, por favor visite el sitio de Web al http://www.healthyfamilies.ca.gov/EEs_CAAs/Health-e-App.aspx o por correo electrónico al hfhea@maximus.com.

Para inscribirse, por favor llame a Health-e-App al 1-866-861-3443.

Para CAA's a quienes sus Enrollment Entity ha registrado para utilizar Health-e-App pueden tener acceso a las solicitudes vía: www.healthapp.net