El programa de Medicaid de Idaho se quiere asegurar de que su hijo permanezca en el programa de Medicaid el tiempo que sea necesario.

Tenemos un programa nuevo de salud rutinaria. Este programa le dará puntos si los exámenes y las vacunas de rutina de su hijo/a están al día. Usted podrá usar sus puntos para ayudarse a pagar por las cuotas.

Usted no tiene que pagar las cuotas si:

- Su hijo/a tiene una necesidad especial de salud o discapacidad y tiene el Plan Mejorado de Medicaid.
- El ingreso de su familia es menos de cierta cantidad. Vea el diagrama de adentro para ver si necesita pagar.

Por favor llame a Family Medicaid al (866) 326-2485 (llamada gratis).

IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

HW-0261S agosto de 2006
Los costos asociados con esta publicación están disponibles en el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

Costo compartido bajo el plan de Medicaid Modernizado en Idaho

Comenzando en octubre, el Medicaid de Idaho realizará un cambio. Algunos padres necesitarán hacer pagos mensuales (llamados primas de seguro) por sus niños que tienen el Plan Básico de Medicaid.

Esta es una forma de invertir en la salud de sus hijos. Usted puede compartir los costos de la cobertura de su niño.

Busque en el diagrama de adentro. Éste le dirá la cantidad de prima que tiene que pagar por sus hijos que están en el Plan Básico de Medicaid.

Ingresos de Familia y el Diagrama de Pagos

Como utilizar éste diagrama:

1. Lea hacia abajo en la primera columna, hasta encontrar el número de personas en su familia.
2. Lea horizontalmente hasta que encuentre la cantidad de su ingreso de familia en la misma línea.
3. Entonces vea hacia la parte de arriba del diagrama para ver lo que necesita pagar.

¿Cuántas personas hay en su familia?	Si su ingreso de familia de cada mes está en esta columna, **usted pagará $10 por niño cada mes:***	Si su ingreso de familia de cada mes está en esta columna, **usted pagará $15 por niño cada mes:**
1	De $1,087 a $1,225	De $1,226 a $1,511
2	De $1,464 a $1,650	De $1,651 a $2,035
3	De $1,841 a $2,075	De $2,076 a $2,559
4	De $2,218 a $2,500	De $2,501 a $3,083
5	De $2,595 a $2,925	De $2,926 a $3,608
6	De $2,971 a $3,350	De $3,351 a $4,132
7	De $3,348 a $3,775	De $3,776 a $4,656
8	De $3,725 a $4,200	De $4,201 a $5,180

* Si su ingreso de familia cada mes es menos que las cantidades en esta columna, usted no tendrá que hacer ningún pago de prima.

Para familias con más de 8 miembros, por favor llame a Family Medicaid (866) 326-2485 (llamada gratis).