



North Carolina  
Department of Health and Human Services  
**Division of Medical Assistance**  
**Recipient Services MEU**

801 Ruggles Drive – 2501 Mail Service Center - Raleigh, N.C. 27699-2501  
(919) 855-4000

Michael F. Easley, Governor  
Dempsey Benton, Secretary

William W. Lawrence, Jr., M.D., Acting Director

January 22, 2008

Re: ID Card Inserts for February and March  
2008

Dear County Director of Social Services:

Attached to this letter are the English and Spanish versions of a notice that will be included in the February and March 2008 Medicaid ID cards. The notice describes the recipient's right to a review when he is billed for a medical service for which he expected Medicaid to pay. There is not enough room on the ID card to include both the English & Spanish versions. The English version will be sent in February and the Spanish version will be sent in March. The English version contains a sentence in Spanish saying that the Spanish version will be sent next month. The Spanish version contains a sentence in English saying that the English version was sent the previous month.

If you have any questions regarding this information, please contact your Medicaid Program Representative. For any issues that are not able to be handled through that venue, Mrs. Angela Floyd, Assistant Director for Recipient and Provider Services, will be your point of contact and can be reached at (919) 855-4000.

Sincerely,

William W. Lawrence, Jr., MD

Attachments

(Una versión en español de este aviso se le enviará junto con la tarjeta de Medicaid el próximo mes.)

## YOUR RIGHT TO A MEDICAID REVIEW

Medicaid will pay for Medicaid-covered services or care you receive during the time you are eligible for Medicaid if your provider accepts your Medicaid card and agrees to bill Medicaid. You must take your Medicaid card to the provider at the time of treatment. If you do not take your Medicaid card and the provider then bills you, you will have to pay. Providers who accept your Medicaid card cannot bill you when Medicaid pays less than the provider requests, or when the claim is denied because of the provider's billing error.

If you receive a bill for a service that Medicaid covers after you were told you qualified for Medicaid, and your doctor agreed to accept Medicaid payment, you are not responsible for the bills. You have the right to a "reconsideration review" if Medicaid denies payment of a bill. If you want a reconsideration review, you have to ask for it no later than 60 days after the first bill. Mail a copy of your bill and a letter asking for a review to:

Claims Analysis  
N.C. Division of Medical Assistance  
2501 Mail Service Center  
Raleigh, NC 27699-2501

Your review will take place within 20 days after Claims Analysis gets your letter. They will send you their decision in writing. If you do not ask for the review within 60 days after the first bill, you lose your right to a review.

Medicaid will not pay for the following:

- Care or services received during the time you were not eligible for Medicaid
- Care or services not covered by the Medicaid program
- Your Medicaid co-payment charges for services such as prescriptions
- Care or services from a provider who does not accept your Medicaid
- Care or services not authorized by your health plan (including Carolina Access)
- Care or services covered by other medical insurance, including Medicare
- If you are over 65 and not enrolled in Medicare Part B, care or services that would be covered by Medicare Part B.

If you are enrolled in Carolina ACCESS, a health plan or other managed care plan, check your health plan handbook for rules about getting medical care. You may need authorization from your health plan ahead of time for certain Medicaid services to be paid, and other restrictions may apply.

The above review process does not apply to denials of requests for prior approval of services or to decisions to stop or reduce current services. For information about the service appeal process for those cases, visit DMA's website at: <http://www.dhhs.state.nc.us/dma/> or call the **CARE-LINE, Information and Referral Service at 1-800-662-7030**.

February 2008

Division of Medical Assistance

(An English version of this notice was sent with last month's Medicaid ID card.)

## SU DERECHO A UNA REVISIÓN POR PARTE DE MEDICAID

Medicaid pagará por los servicios o atención que cubre y que usted reciba durante el tiempo en que pueda recibir Medicaid si su proveedor acepta su tarjeta de dicho programa y acepta cobrarle a éste. Debe llevar su tarjeta de Medicaid al proveedor al momento del tratamiento. Si no la lleva y luego el proveedor le cobra a usted, usted tendrá que pagar. Los proveedores que aceptan su tarjeta de Medicaid no le pueden cobrar cuando Medicaid paga menos de lo que solicita el proveedor o cuando se rechaza la reclamación debido a un error de cobranza del proveedor.

Si recibe una cuenta por un servicio que Medicaid cubre después que se le indicó que calificaba para Medicaid y su médico acordó aceptar el pago de Medicaid, usted no es responsable de ella. Tiene derecho a una "revisión de reconsideración" si Medicaid rechaza el pago de una cuenta. Si desea una revisión de reconsideración, tiene que pedirla a más tardar 60 días después de la primera cuenta. Envíe por correo una copia de su cuenta y una carta solicitando una revisión a:

Claims Analysis  
NC Division of Medical Assistance  
2501 Mail Service Center  
Raleigh, NC 27699-2501

Su revisión se llevará a cabo en un plazo de 20 días a partir del momento en que Análisis de Reclamaciones reciba su carta. Le enviarán la decisión por escrito. Si no solicita la revisión en un plazo de 60 días después de la primera cuenta, pierde el derecho a revisión.

Medicaid no pagará por lo siguiente:

- atención o servicios recibidos durante el tiempo en que no cumplía los requisitos para Medicaid
- atención o servicios que no cubre el programa Medicaid
- los cargos de copagos de Medicaid por servicios tales como recetas médicas
- atención o servicios de un proveedor que no acepta Medicaid
- atención o servicios no autorizados por su plan de salud (lo que incluye Carolina Access)
- atención o servicios cubiertos por otro seguro médico incluido Medicare
- si tiene más de 65 años y no está inscrito en Medicare Parte B, la atención o los servicios que cubriría Medicare Parte B.

Si está inscrito en Carolina ACCESS, un plan de salud, otro plan de atención administrada, revise el manual de su plan de salud para conocer las normas para obtener atención médica. Es posible que necesite autorización por adelantado de su plan de salud para que se paguen ciertos servicios de Medicaid y se pueden aplicar otras restricciones.

El proceso de revisión anteriormente descrito no se aplica a rechazos de solicitudes para la aprobación previa de servicios ni a decisiones de suspender o reducir servicios actuales. Para obtener información acerca del proceso de apelación del servicio para dichos casos, visite el sitio Web del Departamento de Asistencia Médica (DMA, por sus siglas en inglés) en <http://www.dhhs.state.nc.us/dma/> (página web sólo en inglés) o llame gratuitamente a la **Línea de Servicios de Información y Referencias de CARE-LINE al 1-800-662-7030**.

marzo del año 2008

Division of Medical Assistance