

Hoja informativa

Cómo funciona la recertificación de elegibilidad de Medicaid de Carolina del Norte

¿Qué es la recertificación (renovación) de Medicaid?

La recertificación (renovación) de Medicaid es la forma en que se revisa su información para asegurarse de que sigue cumpliendo los requisitos para recibir la cobertura médica de Medicaid. También se le llama redeterminación de la elegibilidad, renovación, revisión ex-parte o revisión del caso (todos significan lo mismo).

La recertificación se lleva a cabo cada 6 o 12 meses, según el programa de Medicaid que le corresponda. Su trabajador social de Medicaid intentará completar su recertificación utilizando la información de los recursos electrónicos, sin ponerse en contacto con usted.

Si el trabajador social de Medicaid necesita más información para completar la recertificación, le enviará una carta.

LO QUE NECESITA SABER

- **Asegúrese de que el [Departamento de Servicios Sociales \(DSS\)](#) de su localidad dispone de sus datos de contacto actualizados.** Es posible que necesiten ponerse en contacto con usted por correo, teléfono, correo electrónico o mensaje de texto para informarle sobre su recertificación.

Regístrese para obtener una [cuenta mejorada de ePASS](#) en línea para hacer cambios a su información en cualquier momento sin visitar su DSS local. Para crear una cuenta de ePASS, ingrese a epass.nc.gov. Para obtener más información sobre ePASS y cómo crear una cuenta, consulte la [hoja informativa de ePASS](#).

- **Busque en su correo información del DSS de su localidad.** Si el DSS necesita información sobre usted para finalizar su recertificación, recibirá una carta por correo.

Tenga cuidado y esté atento a las estafas. Si no está seguro de la información o el correo que recibe solicitándole información, póngase en contacto con el DSS de su localidad.

- **Si le renovan la cobertura médica, no tiene que hacer nada.** Recibirá una carta en la que se le informará de que sus beneficios de Medicaid de Carolina del Norte seguirán siendo los mismos o habrán cambiado.
- **Si su cobertura médica cambia a otro programa de Medicaid** - No tiene que hacer nada a menos que no esté de acuerdo o tenga dudas con su nuevo programa de Medicaid. Póngase en contacto con su DSS local para obtener más información sobre su nuevo programa de beneficios.
- **Si su cobertura finaliza (finaliza)** - puede solicitar cobertura de atención médica en el Mercado de Seguros Médicos federal en healthcare.gov. Puede apelar la decisión o volver a presentar una solicitud en cualquier momento.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

1. ¿Tengo que hacer algo?

Tal vez. Si recibe una carta [del DSS](#) de su localidad pidiéndole más información, facilítesela lo antes posible para asegurarse de que no haya una interrupción en su cobertura médica de Medicaid.

2. He recibido una carta por correo solicitando información. ¿Qué hago ahora?

Compruebe de quién proviene la carta. (Hay ejemplos de las cartas debajo de esta sección) **Si la carta no es del [DSS local](#), puede tratarse de una estafa.** Póngase en contacto con su DSS local para asegurarse de que es de ellos.

3. Tengo una exención. ¿Se renueva mi elegibilidad?

Sí, si está recibiendo una exención, debe renovar su elegibilidad de Medicaid para mantener su cupo en la exención.

4. ¿Perderé mi Medicaid?

Tal vez. Su elegibilidad para Medicaid se basa en sus ingresos y sus necesidades médicas. Si tiene preguntas sobre su caso de Medicaid, pida más información a su trabajador social de Medicaid.

5. Me han renovado Medicaid. ¿Qué hago ahora?

No tiene que hacer nada. Recibirá una carta de su [DSS local](#) informándole de que su Medicaid ha sido renovado. Seguirá utilizando su tarjeta de identificación de Medicaid actual para recibir atención médica.

6. Mi Medicaid ha terminado (o mi programa de beneficios de Medicaid ha cambiado) y no estoy de acuerdo con los resultados. ¿Qué puedo hacer?

Puede apelar la decisión del [DSS local](#). Tiene hasta 60 días a partir de la fecha de la carta para solicitar una apelación. Si presenta una apelación en un plazo de 10 días hábiles a partir de la notificación, es posible que su Medicaid continúe mientras se revisa su apelación.

Llame, escriba o póngase en contacto mediante ePASS con el trabajador social del DSS de su localidad para solicitar una audiencia si no está de acuerdo con el cambio.

Si ya no tiene Medicaid, puede solicitar cobertura médica en el mercado federal. Visite healthcare.gov para obtener más información. También tiene la opción de volver a aplicar a Medicaid.

CARTAS LOCALES DE MEDICAID DEL DSS (AVISOS)

Es posible que reciba un aviso de renovación de la asistencia médica del DSS de su localidad con los sus datos en el formulario. Su DSS también puede pedirle más información. Debe responder (contestar) a la solicitud para que su recertificación sea revisada a tiempo.

Si necesita cambiar o añadir información, haga los cambios, firme y devuelva el impreso a su DSS local. Dispone de 30 días para responder a la primera carta. Si le envían otra carta después de la primera, deberá responder a ella en un plazo de 12 días.

Si tiene una cuenta [ePASS](#) mejorada, puede asegurarse de que sus datos son correctos en línea. Para más información sobre ePASS y la creación de una cuenta mejorada, lea la hoja informativa [¿Qué es ePASS?](#)

Ejemplo de aviso de renovación de la asistencia médica

nfAptSuite addressLine1
addressLine2
city, state zipCode

Identificador del Caso: caseReference
Trabajador del Caso: nfUserFullName
Fecha en que se genero: nfDateGenerated
Fecha de vencimiento: nfDueDate

nfAptSuite addressLine1
addressLine2
city, state zipCode

correspondentName
nfAptSuite addressLine1
addressLine2
city, state zipCode

Aviso de Renovacion de Asistencia Medica

Es tiempo de renovar su Seguro de Medicaid o NC Health Choice (Eleccion de Salud). Puede hacer la renovacion por correo, por teléfono o en persona.

Por favor proporcione la información requerida y complete esta forma a mas tardar en:

- Conteste todas las preguntas en la forma
- Agregue la información faltante
- Si la información ha cambiado, escriba la nueva información
- Firme la forma
- **Regrese esta forma a mas tardar en nfDueDate**
Si usted no regresa la forma antes de la fecha de vencimiento, usted puede perder su cobertura Medica (seguro medico).

En algunos casos, el DSS local le enviará un formulario de solicitud de información para que lo complete. Añada su información y devuelva el formulario a su DSS local en un plazo de 30 días.

Ejemplo de formulario de solicitud de información

Solicitud de información

A: _____ Nº de caso del condado _____
Dirección: _____ Nº de Distrito _____
_____ Nombre del trabajador _____
Fecha: _____ Número de teléfono _____

Necesitamos mas información para procesar su solicitud/ renovación para Medicaid o solicitud Asistencia Especial. Para asegurar que no haya retraso en el tramite de su solicitud, proporcione la información que le pedimos para _____. De esta manera su solicitud o registraci3n sera procesada sin retraso. Comuniquese con su trabajador si necesita mas tiempo.

Si no puede conseguir los articulos indicatos, hay otros que se pueden usar. Continue leyendo para enterarse de otros articulos que podemos aceptar.

- 1. Facturas médicas desde _____ hasta la fecha y cualquier otra factura médica anterior no pagada.
- 2. Verificación médica del embarazo _____
- 3. FL-2 completado por el médico _____
- 4. Comprobante de ingresos para _____ durante el/los mes(es) de _____
- 5. Comprobante de ingresos y gastos de trabajadores autónomos de _____ o la declaración de impuestos para el año _____
- 6. Número de cuenta bancaria o estado(s) de cuenta que demuestren el saldo para los meses de _____
- 7. Firma de _____ en el formulario de consentimiento, autorizado a Servicios Sociales obtener su información bancaria.
- 8. Pólizas de seguro de vida o el nombre de las compañías de seguro y los números de póliza para _____
- 9. Prueba del beneficiario de la anualidad o renta vitalicia _____
- 10. Prueba que el programa de Medicaid del estado de Carolina del Norte es nombrado como Beneficiario Sobrante _____
- 11. Nombre y contacto de quien le ortoga la anualidad o renta vitalicia. _____
- 12. Número del Seguro Social para _____
- 13. Documentación de estado legal de extranjero para _____

MÁS INFORMACIÓN

- Regístrese para obtener una cuenta mejorada de [ePASS](#) en línea para hacer cambios a su información en cualquier momento - sin visitar su DSS local. Para crear una cuenta ePASS, ingrese a epass.nc.gov. Para más información sobre ePASS y la creación de una cuenta, lea la hoja informativa [¿Qué es ePASS?](#)
- Visite el [Portal del beneficiario de Medicaid de Carolina del Norte](#) para consultar artículos útiles e información sobre Medicaid.
- Puede solicitar cobertura médica en el Mercado federal en healthcare.gov.
- Póngase en contacto con el Defensor del Pueblo de Medicaid de Carolina del Norte si tiene preguntas o problemas que el plan de salud o el proveedor no pudieron responder. Llame al 1-877-201-3750 o visite su sitio web en ncmedicaidombudsman.org.
- Comuníquese con el agente de inscripción de Medicaid de Carolina del Norte si tiene preguntas sobre su plan de salud, desea obtener más información sobre sus opciones de atención médica y proveedores de atención primaria o sobre la inscripción en Medicaid de Carolina del Norte. Llame al 1-833-201-3750 o visite ncmedicaidplans.gov.
- Encuentre su DSS local en el [Directorio de DSS locales](#).

