

PARA COLOCAR EN PAPEL MEMBRETE DE LA PRÁCTICA PEDIÁTRICA  
EDITAR SEGÚN CORRESPONDA Y LLENAR CON LOS DETALLES ESPECÍFICOS DEL ESTADO SEGÚN LOS  
FOLLETOS DEL ESTADO EN  
[www.aap.org/MedicaidUnwinding](http://www.aap.org/MedicaidUnwinding)

Estimados pacientes y familias:

[NOMBRE DEL CONSULTORIO/PRÁCTICA] le escribe para informarles sobre los **pasos importantes que debe seguir** si usted o sus hijos están cubiertos por [MEDICAID/NOMBRE DEL PROGRAMA DE SEGURO DE MEDICAID Y/O PLANES DE MEDICAID: AQUÍ ENUMERE TODO LO QUE SU CONSULTORIO ACEPTA].

Una ley federal aprobada en respuesta al COVID-19 estableció que nadie perdiera la cobertura de [MEDICAID/NOMBRE DEL PROGRAMA DE SEGURO DE MEDICAID Y/O PLANES AQUÍ] desde 2020. Sin embargo, se esperan cambios y **las familias que ya no sean elegibles o que no puedan ser contactadas podrían perder su cobertura.**

#### **Qué significa esto para usted**

[MEDICAID/NOMBRE DEL PROGRAMA Y/O PLANES DE SEGURO DE MEDICAID AQUÍ] revisará la cobertura de todos sus asegurados durante varios meses. Es muy importante que [MEDICAID/NOMBRE DEL PROGRAMA Y/O PLANES DE SEGURO DE MEDICAID AQUÍ] pueda comunicarse con usted y, si lo hace, que usted responda de inmediato a las solicitudes de información. Si no responde, podría perder la cobertura, incluso si todavía es elegible. Si le informan que ya no es elegible para [MEDICAID/NOMBRE DEL PROGRAMA Y/O PLANES DE SEGURO DE MEDICAID AQUÍ], es posible que aún sea elegible para otra cobertura gratuita o de bajo costo.

#### **Pasos que debe seguir para mantener la cobertura:**

- 1) Actualice su información de contacto ahora.** [DETALLES ESPECÍFICOS SOBRE CÓMO ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE CONTACTO SEGÚN EL ESTADO AQUÍ]. Hágalo de inmediato y cada vez que cambie su dirección postal.
- 2) Responda inmediatamente a cualquier solicitud.** [MEDICAID/NOMBRE DEL PROGRAMA Y/O PLANES DE SEGURO DE MEDICAID AQUÍ] podría comunicarse con usted por mensaje de texto, correo electrónico, teléfono o correo postal para verificar la información relacionada con su elegibilidad o para pedirle que complete un formulario de renovación. Por favor responda a estas solicitudes de inmediato. Si necesita ayuda, visite <https://ayudalocal.cuidadodesalud.gov/> en español e ingrese su código postal para encontrar asistencia. *(Si le preocupa que algún mensaje no sea legítimo, compruébelo con el sitio web o el número de teléfono del estado).*
- 3) Asegúrese de que usted y su familia tengan cobertura.** [MEDICAID/NOMBRE DEL PROGRAMA DE SEGURO DE MEDICAID] verificará si usted es elegible para otros programas si ya no es elegible para [MEDICAID/NOMBRE DEL PROGRAMA DE SEGURO DE MEDICAID Y/O PLANES AQUÍ]. Sin embargo, si pierde su cobertura, consulte otras opciones. Comuníquese con [NOMBRE DEL PROGRAMA CHIP] para obtener cobertura para niños en [SITIO WEB Y/O N° DE TELÉFONO] y/o [NOMBRE DEL MERCADO ESTATAL O [WWW.CUIDADODESALUD.GOV/ES/](http://WWW.CUIDADODESALUD.GOV/ES/)] en [SITIO WEB Y/O N° DE TELÉFONO] para obtener otras opciones de cobertura accesibles.
- 4) Verifique su nueva red de proveedores.** Si está seleccionando un nuevo plan a través de [NOMBRE DEL PROGRAMA CHIP, NOMBRE DEL MERCADO], o su empleador, y desea permanecer con [NOMBRE DE LA PRÁCTICA], asegúrese de que estemos en la red con su nuevo plan.

PARA COLOCAR EN PAPEL MEMBRETE DE LA PRÁCTICA PEDIÁTRICA  
EDITAR SEGÚN CORRESPONDA Y LLENAR CON LOS DETALLES ESPECÍFICOS DEL ESTADO SEGÚN LOS  
FOLLETOS DEL ESTADO EN  
[www.aap.org/MedicaidUnwinding](http://www.aap.org/MedicaidUnwinding)

¡Nos importa que se mantenga con cobertura de salud! Es muy importante que siga estos pasos para asegurarse de no perder la cobertura de salud.

Atentamente,

NOMBRE DEL PEDIATRA O NOMBRE DE LA PRÁCTICA AQUÍ