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. lejos. 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.

¡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