



NEBRASKA

Good Life. Great Mission.

DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Preparándose para las renovaciones de Medicaid

Informe

Normalmente, el DHHS consulta si el miembros sigue cumpliendo los requisitos para la cobertura de Medicaid al menos una vez al año. Durante la pandemia de COVID-19, el DHHS no ha finalizado la cobertura de nadie, aunque ya no cumpliera los requisitos.

A partir del 1 de marzo de 2023, el DHHS empezará a revisar quién sigue teniendo derecho a la cobertura de Medicaid. Esta hoja informativa explica qué pueden hacer los miembros para preparar su renovación y cómo evitar una interrupción innecesaria en su cobertura de salud.

Tenga en cuenta que no habrá cambios en cuanto a quién puede optar a Medicaid o qué beneficios cubre Medicaid. El DHHS solo comprobará para asegurarse de que todos los miembros con cobertura de Medicaid todavía califican para la cobertura. El DHHS seguirá aceptando nuevas solicitudes de Medicaid. Si usted es padre, madre o tutor, es posible que su hijo tenga derecho a Medicaid aunque usted no lo tenga.

Los niños de hasta 19 años de Nebraska podrían perder innecesariamente la cobertura de Medicaid si no se actualiza la información sobre su hogar. Si su hijo sigue cumpliendo los requisitos, actualizar sus datos puede marcar la diferencia a la hora de mantener la atención sanitaria que necesita. Medicaid siempre está abierto. Recuerde que puede solicitar Medicaid en cualquier momento, incluso cuando se produzcan cambios en su vida.

Información sobre las renovaciones de Medicaid

Durante el próximo año, Medicaid de Nebraska volverá a verificar quién sigue reuniendo los requisitos para la cobertura. DHHS primero tratará de renovar la cobertura basada en la información proporcionada por el miembro. Algunos miembros recibirán avisos de renovación por correo de DHHS. Es importante que el miembro complete su renovación para evitar una interrupción innecesaria en la cobertura.

Los miembros recibirán recordatorios de DHHS por mensaje de texto y correo electrónico para asegurarse de que no se pierdan el aviso de renovación.

Si un miembro no completa su renovación, DHHS puede finalizar su cobertura. Si un miembro pierde la cobertura por este motivo, dispondrá de un periodo de gracia de 90 días para responder al aviso de renovación de DHHS. Si el miembro sigue cumpliendo los requisitos después de la renovación, su cobertura continuará sin interrupción.

Lo que los miembros deben saber (clientes)

Los miembros a Medicaid deben mantener su información actualizada con DHHS para recibir actualizaciones importantes, como avisos de renovación. Es importante que los miembros mantengan actualizada su información de contacto para evitar una interrupción innecesaria en su cobertura.

Si un miembro no mantiene actualizada su información de contacto, el DHHS puede enviar las actualizaciones a una dirección incorrecta. Si un miembro no recibe el aviso de renovación y no provee a DHHS la información necesaria, su cobertura puede finalizar por no proporcionar la información.

Los miembros deben asegurarse de que su información de contacto está actualizada. Esto incluye:

- Dirección postal de correo
- Número de teléfono
- Correo electrónico

El DHHS necesita saber sobre cualquier cambio de vida reciente que pueden afectar a su elegibilidad para Medicaid, tales como:

- Si se mudan
- Si cambian sus ingresos o recursos
- Otros cambios en el hogar, como matrimonio, divorcio, embarazo o el nacimiento de un hijo.

Los miembros pueden comprobar si sus datos de contacto están actualizados, notificar cambios y ver cuándo vence su renovación en cualquiera de las siguientes opciones:

- Visítanos en línea en ACCESSNebraska.ne.gov
- Enviarnos un correo electrónico a DHHS.ANDICenter@nebraska.gov
- Enviarnos un fax al (402) 742-2351
- Llámanos al:
 - o Llamada gratuita: 855-632-7633
 - o Llamadas locales a Lincoln: 402-473-7000
 - o Llamadas locales a Omaha: 402-595-1178
 - o TDD: 402-471-7256



Los miembros que se hayan registrado para obtener una cuenta en línea con ACCESSNebraska para gestionar sus beneficios pueden utilizar la función “Renovación de Medicaid” después de iniciar sesión en su cuenta para ver cuándo vence su próxima renovación. O los miembros pueden ponerse en contacto con nosotros en la dirección anteriormente indicada.

Los miembros deben leer toda la correspondencia que reciban de DHHS y seguir las instrucciones incluidas en los avisos.

Si los miembros ya no son elegibles para optar por Medicaid (clientes)

(cliente) Si un miembro completa su renovación y ya no es elegible para Medicaid, Medicaid de Nebraska enviará su información al mercado de seguros médicos (también conocido como [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov)). La cobertura de salud a través del mercado cubre cosas como medicamentos con receta, visitas al médico, atención urgente, visitas al hospital y mucho más. El mercado enviará al miembro una carta para que complete una solicitud y compruebe si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera para la cobertura.

Para más información, visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) o póngase en contacto con el Centro de atención telefónica en el 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

