



JOE LOMBARDO
Governor

STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

RICHARD WHITLEY, MS
Director

ROBERT THOMPSON
Administrator

Fecha: _____

No. del Caso: _____

Servicio al Cliente / VRU

¿Preguntas? ¡Contáctenos - 24 horas al día!

Teléfono sur de Nevada: (702) 486-1646

Teléfono norte de Nevada: (775) 684-7200

Teléfono gratuito: (800) 992-0900

Sitio web: <http://dwss.nv.gov>

**PROGRAMA ESPECIAL DE MEDICAID TEMPORAL
NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN**

Estimado(a): _____ No. de facturación de Medicaid: _____
(Nombre del solicitante)



¡Guarde esta notificación como prueba de elegibilidad de Asistencia Médica!

La elegibilidad del solicitante que aparece en esta notificación de decisión se indica a continuación. Los solicitantes elegibles deben mostrar su notificación al médico, farmacéutico, hospital u otro proveedor de atención médica para ayudar a verificar la elegibilidad de asistencia médica.

La División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social del Estado de Nevada (DWSS) ha tomado acción en su solicitud. Por favor revise la siguiente información. La Unidad de Servicio al Cliente (CSU) y la Unidad de Respuesta de Voz (VRU), automatizada las 24 horas, de DWSS están disponibles para contestar preguntas acerca de su caso de Medicaid a los números de teléfono indicados anteriormente. Para utilizar la VRU automatizada las 24 horas, necesitará su Número de Identificación Personal (PIN) y Número del Caso. Si no sabe su PIN, puede comunicarse con la CSU o con la oficina local del distrito de DWSS para asistencia.

Se ha tomado una decisión referente a su solicitud del Programa Especial de Medicaid Temporal fechada _____
Mes/Día/Año

- Se ha determinado que es **ELEGIBLE** bajo el siguiente Programa Especial de Medicaid Temporal:
- Cobertura individual para personas sin seguro solamente para pruebas de diagnóstico y servicios relacionados con pruebas de SARS-CoV-2 / COVID-19.

Fecha de vigencia de la cobertura: _____
Mes/Día/Año

Si se determina que es elegible para el Programa Especial de Medicaid Temporal, tiene derecho a beneficios a partir de la fecha de vigencia de la cobertura. La elegibilidad para el Programa Especial de Medicaid Temporal terminará cuando termine la emergencia de salud pública o DWSS haya determinado que usted ya no es elegible para el programa. Consulte el reverso para información adicional sobre el programa.

- Se ha determinado que **NO ES ELEGIBLE** bajo el Programa Especial de Medicaid Temporal.

Esta determinación se basa en lo siguiente:

- Usted no cumple con los requisitos de ciudadanía.
- Usted no es residente de Nevada.
- Usted no ha proporcionado un Número de Seguro Social válido.
- Actualmente está inscrito en cobertura de Medicaid o tiene otro seguro médico privado.
- Otro: _____

Firma del Gerente del Caso: _____ Fecha: _____

**NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN
PROGRAMA ESPECIAL DE MEDICAID TEMPORAL
(Continuación)**

Información importante

- La elegibilidad es temporal y terminará al final de la emergencia de salud pública.
- No hay cobertura para los servicios proporcionados después del final de la emergencia de salud pública.
- Debe reportar cualquier seguro de salud o médico privado que pueda tener o haber obtenido durante su inscripción en Medicaid. Si tiene otro seguro de salud, Medicaid de Nevada no es responsable por ningún servicio de cobertura de salud que reciba de un proveedor no autorizado por su seguro de salud u organización de atención administrada.

Por mandato de la ley de Nevada "una persona beneficiaria de Medicaid o de seguro en conformidad con el Programa de Seguro Médico para Niños no puede excluirse de la divulgación electrónica de su información de salud individualmente identificable" [Estatuto revisado de Nevada 439.538]. Cuando un paciente deja de ser beneficiario de Medicaid, es la responsabilidad del paciente cambiar su elección de consentimiento. En cualquier momento, usted puede revocar su consentimiento firmando un nuevo formulario de consentimiento y entregándoselo a su médico. Estos formularios están disponibles en el consultorio de su médico.

El Programa Especial de Medicaid Temporal es administrado por la División de Financiamiento y Política de Cuidado de Salud (DHCFP). Preguntas relacionadas con los servicios cubiertos o los proveedores de Medicaid con los que es elegible para hacer una cita deben dirigirse a DHCFP o a una de sus Oficinas del Distrito. Norte de Nevada: (775) 687-1900 Sur de Nevada: (702) 668-4200

Si tiene alguna pregunta relacionada con la elegibilidad, por favor comuníquese con la unidad de servicio al cliente de DWSS al (775) 684-7200 o (702) 486-1646.

No Discriminación

Siguiendo la ley federal, la discriminación no está permitida sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Usted puede presentar una queja por discriminación, visitando a <http://www.hhs.gov/ocr/office/file>; o puede escribir a: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Ave, S.W. Washington, D.C. 20201; o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257(TTY).

AUDIENCIAS

Usted puede pedir una audiencia justa si no está de acuerdo con lo que le informamos en esta notificación. Una audiencia le dará la oportunidad de explicar por qué usted no está de acuerdo.

¿Cómo pido una audiencia?

Si usted quiere tener una audiencia, tiene que pedirla por escrito.

¿Cuál es la fecha límite para pedir una audiencia?

Usted tiene hasta 90 días desde la fecha de esta notificación para pedir una audiencia.

¿En dónde puedo conseguir ayuda con mi audiencia?

Si usted necesita consejo legal pero está fuera de alcance, es posible que estas agencias le puedan ayudar.:

- Condado de Washoe: Nevada Legal Services 1 (800) 323-8666;
- Washoe County Senior Law Project (775) 328-2592;
- Condado de Clark: Nevada Legal Services (Condado de Clark): (702) 386-0404, teléfono gratuito 1(866) 432-0404;
- City of Las Vegas Senior Citizens Law Project: (702) 229-6596;
- Condados rurales: Nevada Legal Services Carson City: (775) 883-0404, teléfono gratuito 1 (800) 323-8666.

Si usted no está de acuerdo con la acción tomada usted puede solicitar una conferencia o una audiencia dentro de los 90 días desde la fecha de esta notificación. Si desea una conferencia/audiencia, marque la casilla correspondiente a continuación, incluya su motivo, firme, indique la fecha, y devuelva esta notificación a su oficina local de Bienestar.

Deseo una audiencia.

Deseo una conferencia..

El motivo de esta petición para una audiencia es:

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____