



**MCO LOGO**  
*(optional: also  
include return  
address)*

[Head of Household First Name] [Head  
of Household Last Name]  
[Street Address]  
[City], [State] [ZIP Code]

Fecha: [Day] de [Month] de [Year]  
Nº de Expediente: [County/Record  
#]

Estimado/a [Head of Household First Name]:

Le escribimos para informarle sobre cambios **importantes** en el programa CHIP por instrucciones del gobierno federal. Estos cambios pretenden garantizar que las familias CHIP conserven el acceso a la atención de salud.

A partir del 1<sup>ro</sup> de enero de 2024, los niños inscritos en CHIP gratuito y de bajo costo ya no perderán la cobertura de CHIP si sus familias obtienen un seguro de salud particular o por falta de pago de las primas mensuales.

Si no hay seguro médico particular en el momento de la solicitud o de la renovación y su hijo/a cumple todos los criterios de elegibilidad, quedará inscrito luego de efectuado el pago de la primera prima. Después del primer pago, usted es responsable de todos los pagos de primas hasta la renovación, a menos que se dé de baja voluntariamente.

**POR FAVOR, TENGA EN CUENTA: Estos cambios no afectan al CHIP de costo completo.** La cobertura Full Cost CHIP se interrumpirá si no se pagan las primas durante el periodo de elegibilidad de 12 meses o si se obtiene un seguro médico particular.

Para solicitar la baja voluntaria, puede llamar a la Oficina de Asistencia de su condado o al Centro Estatal de Atención al Cliente al 1-877-395-8930. Teléfono del Centro de Atención al Cliente de Filadelfia: 1-215-560-7226. .

[MCO Address]

[MCO Address Line 2]

[MCO Email] | [MCO Phone] | [MCO Website]

## **Obtener un Seguro Médico Particular**

CHIP seguirá denegando o cancelando la cobertura en el momento de la solicitud y la renovación si el solicitante o afiliado tiene un seguro médico particular. Sin embargo, si su hijo/a obtiene un seguro médico particular mientras está inscrito, seguirá estando cubierto por CHIP hasta la renovación. Si no desea la cobertura de CHIP, debe darse de baja voluntariamente.

Si decide mantener la cobertura particular y CHIP, [MCO Name] coordinará los beneficios con su plan de seguro médico particular. El plan de seguro médico particular será la cobertura principal de su hijo y CHIP será secundaria.

## **Incumplimiento del Pago de Primas**

Los inscritos en CHIP deben abonar el pago de la primera prima para que comience la cobertura de CHIP. Si no se abona la primera prima, el/la menor no quedará inscrito/a en el programa CHIP.

Una vez abonada la prima inicial, la cobertura continuará si se deja de pagar una prima. Las primas actuales y morosas se seguirán facturando cada mes hasta que se reciba el pago. La familia CHIP es responsable por el pago de las primas morosas.

## **Opciones para las Familias**

Si las familias CHIP tienen dificultad para pagar las primas o no desean pagar las primas tanto de CHIP como del seguro médico particular durante el periodo de elegibilidad continua Continuous Eligibility CHIP, pueden:

- Comunicarse con [MCO Name] para discutir opciones de pago llamando al [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone]). Nuestras oficinas están abiertas y le podemos atender en los siguientes horarios: [Days and Hours].
- Darse de baja voluntariamente de la cobertura de CHIP en cualquier momento y por cualquier motivo. La cobertura de CHIP finalizará el último día del mes en que se solicite la baja. Una familia puede volver a presentar una solicitud en cualquier momento una vez finalizada la baja.

## **Solicitar la Baja Voluntaria:**

Comuníquese con el centro estatal de atención al cliente llamando al 1-877-395-8930

Para el área de Filadelfia: Centro de atención al cliente de Filadelfia: 215-560-7226

El Centro de Atención al Cliente puede responder preguntas sobre su solicitud de cobertura médica, renovación y/o cualquier verificación necesaria.

**POR FAVOR TENGA EN CUENTA: Estos cambios de Elegibilidad Continua no se aplican a CHIP de Costo Completo.** La cobertura Full-Cost CHIP culminará si no se pagan las primas a tiempo durante el periodo de elegibilidad de 12 meses o si inicia un seguro médico particular. Si su hijo/a pasa a una cobertura de CHIP gratuita o de bajo costo, se aplicarán las nuevas reglas de elegibilidad continua de 12 meses explicadas anteriormente.

### **Preguntas**

Si tiene cualquier duda sobre primas, cobertura de prestaciones u otros servicios de la MCO, llámenos al [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone]). Nuestras oficinas están abiertas y le podemos atender en los siguientes horarios: [Days and Hours].

Para más información sobre las opciones de cobertura médica para niños en Pensilvania, visite:

**[www.chipcoverspakids.com](http://www.chipcoverspakids.com)**

Atentamente,

[MCO Signature Block]

## **Aviso de No Discriminación**

[MCO Name] cumple con todas las leyes de derechos civiles federales en vigor y no discrimina sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. [MCO Name] no excluye a personas ni las trata diferente por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

[MCO Name] provee asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas; e
- Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles).

[MCO Name] ofrece servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados; e
- Información escrita en otros idiomas.

Si requiere estos servicios, comuníquese con [MCO Name] al [MCO Phone].

Si cree que [MCO Name] no brindó estos servicios o discriminó de otro modo por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género puede presentar una queja ante:

The Bureau of Equal Opportunity,  
Room 223, Health and Welfare Building,  
P.O. Box 2675,  
Harrisburg, PA 17105-2675,  
Teléfono: (717) 787-1127, TTY (800) 654-5484, Fax: (717) 772-4366, o  
Correo Electrónico: [RA-PWBEOAO@pa.gov](mailto:RA-PWBEOAO@pa.gov)

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, la Oficina de Igualdad de Oportunidades (Bureau of Equal Opportunity) está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja por derechos civiles electrónicamente a través del portal de la Oficina de Quejas para Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal) disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU., Oficina de derechos civiles en:

U.S. Department of Health and Human Services,  
200 Independence Avenue SW.,  
Room 509F, HHH Building,  
Washington, DC 20201,  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamaciones se encuentran disponibles en:  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Multi-Language Interpreter Services

**ATTENTION:** If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call: [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone]).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone]).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните [MCO Phone] (телетайп: [MCO TTY Phone]).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone])。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone]).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم xxx-xxx-xxxx-1 (رقم هاتف الصم والبكم: xxx-xxx-xxxx-1).

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् [MCO Phone] (टिटिवाइ: [MCO TTY Phone]) ।

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone]) 번으로 전화해 주십시오.

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អ្លល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone])។

ATTENTION :Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposes gratuitement. Appelez le [MCO Phone] (ATS : [MCO TTY Phone]).

သတိပို့ရန် - အကယုၣ် သဠည ချမန္တစကား ကို ဝေပူဟပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အကြံကို စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone]) သို့မဟုတ် ဝေဒုဆီပါ။

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone]).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone]).

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone])।

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone]).

சுயனா: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો [MCO Phone] (TTY: [MCO TTY Phone]).