



Health Choice Extended Coverage  
DMA Budget Management  
2501 Mail Service Center  
Raleigh, N.C. 27699-2501

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de Caso \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Estimado Exmiembro de NC Health Choice,**

La cobertura de salud de NC Health Choice terminó para el niño o niños que se menciona a continuación por que ya no es elegible. Usted puede comprar una cobertura extendida de Health Choice por 12 meses consecutivos pagando una prima mensual directamente a NC Health Choice por la cantidad de **\$187.01 por niño.**

Si usted quiere comprar cobertura extendida, por favor marque la casilla apropiada al final de la página para cada niño que desea cubrir. Debe de poner la fecha, firmar y enviar esta carta en el sobre adjunto. Cuando recibamos este aviso con sus selecciones, le enviaremos una factura por la cantidad. Después de la primera factura, se le enviara una factura mensualmente.

**Este será el único aviso. Si no recibimos respuesta con respecto a su interés en inscribir a uno o más hijos en la cobertura extendida dentro de 30 días de la fecha de esta carta, no activaremos la inscripción de la cobertura extendida y su hijo o hijos ya no tendrán cobertura de Health Choice a partir de \_\_\_\_\_.**

La cobertura extendida será cancelada cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:

1. El período de continuación de 12 meses termina.
2. Un niño obtiene otra cobertura de seguro de salud.
3. La prima mensual no ha sido pagada dentro de los 90 días de la fecha de cancelación de NC Health Choice y cada prima mensual subsiguiente no es pagada dentro de los 30 días de la fecha de cada factura.
4. El niño cubierto cumple los 19 años (la cobertura se cancelará al final del mes en que el niño cumpla los 19).
5. El programa de NC Health Choice deja de ofrecer cobertura extendida.

Su respuesta debe ser recibida por el administrador de Health Choice dentro de 30 días de la fecha de esta carta. Por favor, póngase en contacto con Deborah Harris al 919-855-4218 si tiene alguna pregunta acerca de su pago. Por favor, póngase en contacto con su Departamento de Servicios Sociales de su Condado o llame al 919-855-4000 si usted tiene preguntas acerca de su elegibilidad para la cobertura extendida de NC Health Choice, NC Health Choice o Medicaid.

Atentamente,  
**Barry Brown**  
DMA Budget Management

Deseo comprar una cobertura extendida de 12 meses pagando la prima mensual de \$187.01 por cada niño que he marcado en las casillas a continuación:

<input type="checkbox"/> Nombre del niño _____	<input type="checkbox"/> Nombre del niño _____
<input type="checkbox"/> Nombre del niño _____	<input type="checkbox"/> Nombre del niño _____
<input type="checkbox"/> Nombre del niño _____	<input type="checkbox"/> Nombre del niño _____

**NO ENVIE DINERO AHORA - USTED RECIBIRÁ UNA FACTURA POR LA COBERTURA SELECCIONADA.**

Firma: \_\_\_\_\_  
Persona Responsable

Fecha: \_\_\_\_\_