



Respecto de:

Nombre
No. Identificación estatal

Al proveedor de cuidados de crianza temporal:

El Iowa Department of Human Services ha aceptado responsabilidad financiera en relación con la colocación en hogar sustituto del niño nombrado en el encabezamiento. Este niño será elegible para recibir los servicios de Medicaid (asistencia médica del gobierno para personas de pocos recursos), pero puede haber un retraso en la emisión de la Tarjeta de Elegibilidad para Asistencia Médica. Este retraso se debe a la necesidad del Departamento de determinar de qué manera las circunstancias financieras del niño se ajustan a los criterios federales de elegibilidad.

- Si el niño necesita atención médica antes de que se emita la tarjeta médica, presente esta carta al prestador como una forma de garantizar que el pago de Medicaid será efectivamente realizado.
- Actualmente este niño está cubierto por _____.
Todo prestador de tratamiento médico debe contactarse con el prestador de cuidados de la salud principal que consta a continuación para obtener la aprobación correspondiente y el número de autorización necesario para la facturación.

Nombre del prestador principal	Teléfono
--------------------------------	----------

Periódicamente el niño recibirá por correo un formulario de revisión de elegibilidad. Si el niño necesita ayuda para completar este formulario o si usted tiene alguna duda respecto de los servicios médicos, por favor contáctese con el asistente del niño:

Nombre	Teléfono
--------	----------

Al prestador de servicios médicos:

La cobertura de Medicaid finalmente será autorizada para este niño bajo el número de identificación estatal antes indicado. Para evitar problemas de facturación, por favor verifique el Sistema de Verificación de Elegibilidad del Beneficiario o el sitio web de IME periódicamente, y no envíe su factura hasta que el sistema le indique que se ha determinado la elegibilidad. La demora no debería ser mayor a 60 días.