

**Aviso en el sitio de Internet**  
**Actualización del aviso sobre las Audiencias Imparciales de Medicaid**  
**Se aplica sólo a los avisos de NJ FamilyCare emitidos entre el 26 de junio de 2025 y el 19 de diciembre de 2025**

La División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (Division of Medical Assistance and Health Services; DMAHS) identificó un problema que ocurrió con los avisos y que afecta a determinadas decisiones sobre la elegibilidad para Medicaid que se emitieron entre el 26 de junio de 2025 y el 19 de diciembre de 2025 (el “Período Afectado”). Durante el Período Afectado, algunas personas recibieron un aviso de agravio de CHIP (CHIP grievance notice) en lugar de un aviso de Audiencia Imparcial de Medicaid.

Este aviso se aplica sólo a las personas que recibieron un aviso durante ese Período Afectado y que están en una de las siguientes situaciones afectadas:

- Hogares en los que se aprobó a un integrante para el Plan B, C o D de CHIP y a otro integrante se le denegó o canceló Medicaid debido a ingresos excesivos;
- Hogares en los que a todos los integrantes se les denegó Medicaid debido a ingresos excesivos; u
- Hogares en los que a todos los integrantes se les denegó Medicaid por motivos distintos a los ingresos excesivos.

El problema que hubo en el sistema ya se corrigió. Todos los avisos emitidos después del 19 de diciembre de 2025 incluyen información sobre la Audiencia Imparcial, si corresponde.

**Solicitudes tardías de Audiencia Imparcial**

Si recibió un aviso de agravio y formaba parte de uno de los grupos descritos anteriormente durante el Plazo Afectado, puede solicitar una Audiencia Imparcial de Medicaid en este momento y su solicitud se evaluará con intención de aceptarla con base en las circunstancias descritas anteriormente. La DMAHS aceptará solicitudes tardías para Audiencias Imparciales desde el 1 de mayo de 2026 hasta el 30 de junio de 2026.

Para solicitar una audiencia, envíe una solicitud por escrito en la que establezca que no está de acuerdo con la decisión que recibió y envíela a:

Division of Medical Assistance and Health Services  
Attn: Fair Hearing Unit  
P.O. Box 712  
Trenton, NJ 08625  
Fax: **609-588-2435**

Incluya una copia de su aviso de elegibilidad.

**Continuación de los beneficios**

Si usted gana en su Audiencia Imparcial de Medicaid y se determina que sí era elegible para la cobertura del Plan A o del ABP de Medicaid durante el período que estuvo sin cobertura, sus beneficios se restablecerán sobre la base de pago por servicio y se proporcionarán de forma retroactiva de acuerdo con la decisión de la Audiencia Imparcial y las leyes federales y estatales aplicables.

Si le denegaron su solicitud, puede volver a solicitar la cobertura mientras su Audiencia Imparcial está pendiente. No es necesario que solicite una Audiencia Imparcial para volver a presentar la solicitud. Puede volver a solicitar Medicaid en cualquier momento.