

Cómo darse de baja de su cobertura de Medicaid

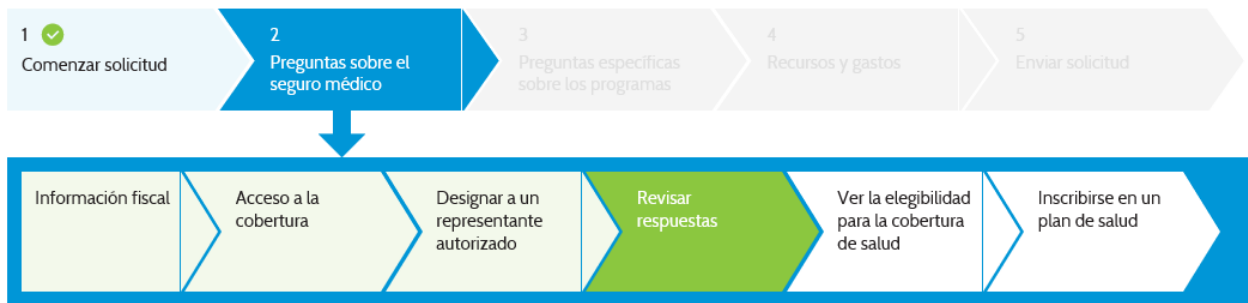
1. Inicie sesión en [su cuenta](#) (si no tiene acceso a su cuenta, puede usar nuestro servicio de chat web para desbloquearla)
2. Vaya a la sección **Mis planes y programas** y seleccione **Informe de cambio**. Esto será para su Cobertura de Seguro médico.

Mis planes y programas [Ver historial de solicitudes](#)

[Expanda todos los cuadros para ver todos los programas](#)



3. Vaya a “Revisar respuestas” en su aplicación y seleccione “Editar información” en **¿Solicita cobertura?**



Revisión de la solicitud

Esta página es una revisión de la información ingresada. Tómese un momento para leerla y asegurarse de que es correcta. Si considera que algunos datos deben modificarse, simplemente haga clic en el botón 'Edit Information' (Editar información) en esa sección. Esto lo dirigirá a la página que debe editar. Deberá hacer clic en 'Next' (Siguiente) y editar cualquier página adicional que necesite cambios, hasta que regrese a la página 'Review' (Revisión de solicitud).

Miembros de la familia

Nombre completo	Género	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Solicitud de cobertura?
TDLKTQJEM BWGGHYXLD BIX CARMOB	M	xxx-xx-9743	.././1953	Sí
NJAQDZBLO FTZQMWMCM ZN HEGDXSW	F	xxx-xx-1553	.././1962	Sí


 [Editar información](#)

4. En **¿Esta persona está solicitando cobertura médica y/o dental?** cambie la respuesta a **No**.

¿Esta persona está solicitando cobertura de seguro médico? * Sí No

¿Esta persona está solicitando cobertura de seguro dental? * Sí No

5. Acepte el consentimiento en la parte inferior de la página y seleccione Siguiente.

 Tengo la autorización de todos los miembros de familia que indiqué en la solicitud y, por lo tanto, doy permiso a HealthSource RI y a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos EOHHS para obtener, usar y compartir información confidencial de una variedad de fuentes (como se describe en la parte sobre "Derechos y Responsabilidades" en esta solicitud) acerca de mí y de todos los miembros de familia que incluí como solicitantes de beneficios o cobertura. *

6. Revise el descargo de responsabilidad, que explica que está aceptando cerrar la elegibilidad para los miembros seleccionados y darlos de baja de la cobertura. Continúe a través de la aplicación y envíelo de nuevo para actualizar su cuenta.

Message Cerrar ✕

Usted ha indicado que uno o más miembros de su hogar no están solicitando cobertura. Tenga en cuenta que esto significa que serán dados de baja de su cobertura de seguro médico actual. Si desea que estos miembros continúen con su cobertura, cambie la respuesta a Sí. Si desea continuar con la suspensión del seguro médico para estas personas, continúe con toda la aplicación haciendo clic en "Siguiendo" en la parte inferior de cada página hasta que llegue a la página de firma y haga clic en "Siguiendo" para enviarla. Esto asegurará que las personas sean dadas de baja de la cobertura, y la elegibilidad se actualizará para las personas restantes.

[BACK](#) [CONTINUE >](#)

Su elegibilidad para Medicaid no siempre finalizará el último día del mes de su solicitud. En general, la política es:

1. Si cambia su elegibilidad entre el día 1° y el 14 del mes, su último día de cobertura será el último día de ese mes.
2. Si cambia su elegibilidad entre el día 15 y el final del mes, su último día de cobertura será el último día del mes siguiente.