



PO Box 3599
Topeka, KS 66601-9738

Su solicitud de asistencia médica está INCOMPLETA. Dicha solicitud será DENEGADA si la siguiente información no es recibida antes del .

Hemos recibido su solicitud o revisión de cobertura médica adjunta. Le estamos devolviendo los formularios ya que no está claro quién firmó la solicitud o la revisión. No podemos tramitar su solicitud sin una firma válida.

Si la solicitud es para usted mismo, sírvase revisar los formularios adjuntos que hemos recibido. Asegúrese de estar de acuerdo con la información proporcionada. Si la información no es correcta o está incompleta, haga los cambios necesarios. Una vez que haya revisado los formularios, lea y firme el/la **Aplicación M-6 para Medicaid/Página de firma de la revisión** adjunto(a).

Si desea que otra persona que no sea usted firme la solicitud o la revisión por usted, puede nombrar a esa persona como su representante médico. Para nombrar a alguien que sea su representante médico, lea, rellene y firme el/la **Formulario de autorización de representante médico KC-6100** adjunto(a). Esa persona podrá entonces actuar en su nombre. Esa persona debe revisar la solicitud adjunta o revisar y luego leer y firmar el/la **Página de Firma de Solicitud/Revisión de Medicaid M-6** adjunto(a).

Si usted tiene un tutor o curador, no puede firmar los formularios usted mismo o designar a alguien para que firme por usted. Su tutor o curador debe firmar los formularios por usted. Si tiene un tutor o curador, dicha persona debe revisar los formularios adjuntos y luego leer y firmar el/la **Página de Firma de Solicitud/Revisión de Medicaid M-6** adjunto(a). Sírvase también proporcionar una prueba de que esta persona es su tutor o curador.

Devuelva los formularios revisados y el **KC-6100 Formulario de Autorización de Representante Médico** o la **Página de Firma de Solicitud/Revisión de Medicaid M-6** en el sobre adjunto. No podemos procesar su solicitud o revisión de cobertura de atención médica hasta que se reciban estos formularios.

Si tiene alguna pregunta, llame a KanCare al 1-800-792-4884 de Lunes a Viernes en el horario de 08:00 a.m. am a 5:00 pm.

TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA MÁS ARRIBA DEBE SER ENVIADA A: KanCare PO Box 3599 Topeka, KS 66601. Números de fax: Médico de Familia 1-800-498-1255 or Ancianos y Discapacitados 1-844-264-6285.

We offer interpretation services at no cost. Ofrecemos servicios de interpretación sin costo alguno.

If you cannot read this notice in Spanish, please call 1-800-792-4884 and one of the Spanish-speaking people or a translator at KanCare will assist you.

M-8S
7-2022