North Carolina Department of Health and Human Services
Division of Medical Assistance
2501 Mail Service Center • Raleigh, N. C. 27699-2501 • Tel 919-855-4100 • Fax 919-733-6608

Beverly Eaves Perdue, Governor
Lanier M. Cansler, Secretary

Craigan L. Gray, MD, MBA, JD, Director

DATE:

Name of person enrolled
Enrolled MID

Dear (Case Head):

This letter is being sent to tell you that the person named above is being enrolled in a special Medicaid program that links you with your primary care doctor. This program is called Community Care of North Carolina (CCNC) or in your county, *(name of the network)*. The doctor you are currently seeing is a member of CCNC and your doctor's office is your medical home. This is where you go when you are sick. It is also where you go for well check ups and prevention. Your primary doctor will make sure you get the health care you need. Your doctor will also make sure you get to see other doctors when it is needed. People who are enrolled get the same services as other Medicaid recipients, but they are eligible for additional services. You may also have a care manager who can show you how to stay healthy. Not everyone needs a care manager. Your doctor may talk with you about care management services. The name of your medical home will be printed on your Medicaid card.

Your medical home is: *(site formatted name)*

Address: *(physical address, city, state, zip)*

Phone: *(office number)*

If you do not want to be enrolled with this medical home, you must contact your caseworker at the department of social services at *(____DSS phone#_____)*.

We are glad to welcome you as a member!

North Carolina Department of Health and Human Services
Division of Medical Assistance
2501 Mail Service Center • Raleigh, N. C. 27699-2501 • Tel 919-855-4100 • Fax 919-733-6608

Beverly Eaves Perdue, Governor
Lanier M. Cansler, Secretary

Craigan L. Gray, MD, MBA, JD, Director

DATE:

Name of Person enrolled

Enrolled MID

Estimado/a, (CaseHead)

Se le envía esta carta para informarle que el nombre de la persona nombrada arriba ha sido inscrito en un programa especial de Medicaid que lo vincula con su doctor primario. Este programa se llama Community Care of North Carolina (CCNC) o (Name of Network) en su condado. El doctor primario al que usted está yendo está bajo este programa. La oficina de su doctor primario es su hogar médico. Aquí es donde usted va cuando usted está enfermo. Es también donde usted va para sus chequeos y prevención. Su doctor primario se asegurará de que usted reciba la atención médica que necesita. Su médico también se asegurará de que llegue a ver a otros médicos cuando sea necesario. Las personas inscritas bajo este programa reciben los mismos servicios que las otras personas que reciben Medicaid, pero serán elegibles para recibir servicios adicionales. Usted también pueda tener una persona encargada del cuidado de su salud que pueda enseñarle a mantenerse sano. No todos necesitan a una persona encargada del cuidado de su salud. Su doctor hablará con usted sobre estos servicios del cuidado de su salud. El nombre de su hogar médico será impreso en su tarjeta de Medicaid.

POR FAVOR VEA EL REVERSO DE ESTA PÁGINA PARA INFORMARSE DE CUÁL ES SU HOGAR MÉDICO Y EL TELÉFONO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE SU CONDADO.

Su hogar médico es _____
Dirección:_____
Número de teléfono: _____

Si usted no desea ser inscrito con este hogar médico por favor comuníquese con su trabajador social en el departamento de servicios sociales al _____.
Si usted desea obtener un manual de Carolina ACCESS comuníquese con su trabajador social.

¡Estamos contentos en darle la bienvenida como nuevo miembro!

ENGLISH VERSION SEE THE REVERSE SIDE OF THIS PAGE