

# AVISO DE APROBACIÓN DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA EN EL HOSPITAL PARA COBERTURA PROVISIONAL DE MEDICAID EN VIRGINIA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Número de seguro social\* (SSN) del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha del aviso: \_\_\_\_\_  
**Fecha de inicio de la cobertura:** \_\_\_\_\_ **Fecha de finalización de la cobertura:** \_\_\_\_\_  
Emitido por: \_\_\_\_\_  
No se requiere un Número de seguro social para la determinación.

## POR QUÉ RECIBE ESTE AVISO.

Usted califica para recibir una cobertura médica provisional a través del programa de Elegibilidad presunta de Medicaid de Virginia Hospital. Este formulario será su *evidencia de cobertura* hasta que reciba su tarjeta de identificación de Commonwealth of Virginia (azul y blanca).

## GRUPO DE ELEGIBILIDAD PROVISIONAL (seleccione uno)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Padre/Cuidador - Pariente de dependientes de hasta 18 años de edad | <input type="checkbox"/> Mujeres embarazadas (Solo servicios prenatales)                            | <input type="checkbox"/> Programa de tratamiento del cáncer cervical y de mama (BCCTP)      |
| <input type="checkbox"/> Niños menores de 19 años de edad                                   | <input type="checkbox"/> Niños menores de 26 años que anteriormente estuvieron bajo cuidado tutelar | <input type="checkbox"/> Plan First (Solo cobertura de servicios de planificación familiar) |

## QUÉ SUCEDE A CONTINUACIÓN

El Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia (DMAS) le enviará por correo una tarjeta de identificación médica de Commonwealth of Virginia y una carta sobre su cobertura médica. Conserve la tarjeta y la carta durante el tiempo que tenga cobertura.

Su elegibilidad provisional cubrirá todos los servicios para los cuales usted es elegible según el programa de Elegibilidad presunta de Medicaid de Virginia Hospital, solo mientras sea elegible. Consulte la hoja informativa de servicios cubiertos que le brindó el hospital para verificar qué servicios están cubiertos.

**LAS DETERMINACIONES DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA DEL HOSPITAL SON DEFINITIVAS.** No tiene derecho a apelar la decisión del hospital sobre su elegibilidad presunta.

**Si ha presentado una solicitud de Medicaid, su cobertura provisional finalizará el día que se tome una decisión con respecto a esa solicitud. Es posible que se extienda su cobertura médica si se presenta una solicitud de Medicaid antes de la fecha de finalización de la cobertura que aparece arriba y se necesita más tiempo para llegar a una determinación sobre su elegibilidad. Si usted no presenta una solicitud de Medicaid, su elegibilidad provisional finalizará el último día del mes siguiente al mes en el que se realizó la determinación de elegibilidad presunta.**

**Existen cuatro maneras muy fáciles de solicitar Medicaid.**

1. En línea, visitando el sitio web [www.coverva.org](http://www.coverva.org) ; **o**
2. Llamando por teléfono a Cover Virginia, al **1-855-242-8282**; **o**
3. Enviando una solicitud impresa completa descargada de [www.coverva.org](http://www.coverva.org) por correo o llevándola a su oficina local del Departamento de Servicios Sociales; **o**
4. Visitando su oficina local del Departamento de Servicios Sociales en la ciudad o condado en el que vive para solicitar ayuda para presentar la solicitud.

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_  
Firma autorizada del hospital \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre y título del representante del Hospital: \_\_\_\_\_  
Letra de molde  
Número de teléfono del representante del Hospital: \_\_\_\_\_