

AVISO DE RECHAZO 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: _____
Emitido por: _____

*No se requiere un Número de seguro social para la determinación.

POR QUÉ RECIBE ESTE AVISO

Usted **no** califica para recibir una cobertura médica provisional a través del programa de Elegibilidad presunta de Medicaid de Virginia Hospital.

RAZÓN DE LA DETERMINACIÓN (marque la casilla apropiada)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No pertenece al grupo cubierto. | <input type="checkbox"/> No cumple con los requisitos financieros. | <input type="checkbox"/> Ya tuvo un período de elegibilidad presunta anteriormente en el último año calendario. |
| <input type="checkbox"/> No cumple con los requisitos no financieros. | <input type="checkbox"/> Actualmente está inscripto en el programa de Medicaid/ FAMIS con beneficios completos. | <input type="checkbox"/> Ya tuvo un período de elegibilidad presunta anteriormente durante su embarazo actual. |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | | |

LAS DETERMINACIONES DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA DEL HOSPITAL SON DEFINITIVAS

No tiene derecho a apelar la decisión del hospital sobre su elegibilidad presunta.

Aún así usted puede solicitar una evaluación completa de cobertura médica completando una solicitud para Medicaid.

Existen cuatro maneras muy fáciles de solicitar Medicaid.

1. En línea, visitando el sitio web 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 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: _____