PRESUNTA ELIGIBILIDAD (PE) PARA SERVICIOS PRENATALES

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Gabinete de Servicios de Slud
Departamento para Servicios de Medicaid

FELICITACIONES!

Saber que va a ser madre es emocionante y puede dar un poco de miedo. Nosotros sabemos que Ud. quiere hacer todo lo possible para que su bebé llegue sano a este mundo. El Estado de Kentucky cree que una de las cosas más importantes que Ud. puede hacer por Ud. y su bebe aún no nacido es obtener atención temprana y visitas regulares con su doctor durante su embarazo.

El proceso llamado "Presunta Elegibilidad" o PE (Presumptive Eligibility) permite que las mujeres embarazadas que no posean aun la tarjeta médica, reciban cobertura *temporaria* (**menos de 90 dias desde el momento que recibió nuestra tarjeta PE**) por servicios prenatales sin internación. Su doctor puede ayudarla a conseguir las coberturas PE mientras Ud. se encuentra en su oficina.

Este panfleto le ayudara a contestar muchas de las preguntas sobre PE. Llene la forma en la parte de atrás de este folleto y désela a algún empleado de la oficina. Si Ud. califica, ellos le darán una tarjeta PE. Esto la permitirá obtener servicios prenatales de proveedores que acepten Medicaid.

Cómo sé si califico para la tarjeta PE?

Ud. Calificará para la tarjeta PE si:

- Ud. no tiene o no ha solicitado una tarjeta médica ; y
- La cantidad de dinero que Ud. gana o recibe por mes es menos o igual que los valores en la lista de abajo. Si no comprende como hacer la comparacion preguntele a algun empleado en la oficina de su docter.

CUANTAS PERSONS HAY EN LA FAMILIA	INGRESOS MENSUALES (NIVELES DEL 2003*)
2	$1,869
3	$2,353
4	$2,837
5	$3,321
6	$3,805
Cada miembro adicional	Agregar $485 a la cantidad mensual anterior

* Estas cantidades cambian alrededor del mes de Abril de cado año.

Si Ud. ya ha llenado la solicitud en el consultorio de otro doctor por el mismo embarazo, Ud. no sera elegible para volver a solicitarla.

¿Qué servicios prenatales están cubiertos con el programa PE?

- Visitas en oficina
- Análisis
- Radiografías (incluye ecografías)
- Medicinas
- Cuidado Dental
- Transporte desde y hasta la oficina de su doctor (si califica)
- Visitas a la sala de emergencia (cuando sea necesario)

El programa PE no pagara por:

- Viajes a especialistas
- Procedimiento quirúrgicos
- Si Ud. necesita ser ingresada al hospital

ES MUY IMPORTANTE QUE UD. LLENE UNA SOLICITUD PARA RECIBIR EL PAQUETE DE BENEFICIOS DE MEDICAID EN LA OFICINA MÁS CERCANA DEL DEPARTMENT FOR COMMUNITY BASED SERVICES (DCBS) LO MÁS PRONTO POSSIBLE.

¿Qué cubre el programa regular de Medicaid?

En adición a los servicios prenatales ofrecidos a través del Programa PE, Medicaid pagara los viajes a especialistas, la estadía en el hospital (incluyendo la estadía cuando Ud. tenga su bebe), y otros procedimientos. La oficina de DCBS más cercana en su condado es:

_____

(Escribir la dirección de DCBS)

_____

(Número de teléfono)

Por favor traiga la siguiente informacion cuando visite la oficina de DCBS:

- **La tarjeta PE que su doctor le extendió**
- **Su numero de seguro social y los de su familia**
- **Una carta de su doctor diciendo que Ud. esta embarazada con la fecha del possible nacimiento**
- **Prueba de los ingresos**

¿Qué debe hacer si tiene problemas o preguntas?

Ud. puede llamar a Medicaid al **800-635-2570**
Para personas con TTY/TTD (problemas auditivos):
800-775-0296

PRESUNTA ELEGIBILIDAD
FORMA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

POR FAVOR LLENE Y REGRESE ESTA SOLICITUD A ALGUNA PERSONA EN LA OFICINA DEL DOCTOR.

Número de Seguro Social: Fecha de hoy:

Fecha de nacimiento: Edad:

Su Nombre

Apellido/s Primer Nombre Segundo Nombre

¿Recibe Ud. Medicaid? ☐ Si ☐ No

Dirección:

Calle Número de Apartamento o edificio

Ciudad Estado Código Postal

Condado

Números de Teléfono

Casa Trabajo

Estado Civil (marque uno):

☐ Casada ☐ Viuda
☐ Separada ☐ Soltera
☐ Divorciada

Raza:

☐ Blanca ☐ Asiática
☐ Negra ☐ Otra____
☐ Norte americana nativa

*Informacion abajo sera completado por el provedor

EDC:

Número de confirmción:_____

COMPLETE LA INFORMACIÓN EN EL REVÉS DE ESTE FOLLETO

ESTA FORMA SERA CONSERVADA POR SU PROVEEDOR DE SALUD EN SU CARPETA MEDICA. USTED PUEDE PEDIR UNA COPIA.

PRESUNTA ELEGIBILIDAD
FORMA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NUMERO DE PERSONAS EN MI FAMILIA:
(CUENTE 2 POR Ud. Mismo)
INGRESO FAMILIAR (use otra hoja si es necesario)

	Nombres De la familia	¿Tipo de Ingreso?*	¿Cuánto? ** En Dollares	¿Cada Cuanto?
1				
2				
3				
4				
	TOTAL DE INGRESOS MENSUALES			

* Los tipos de ingresos incluyen: pago por hora, salario, tiempo extra, propinas, bonos, pagos de Seguridad Social por incapacidad, pensiones, pago por los niños, pension por alimentos, regalos en efectivo, renta vitalicia. Si los ingresos son de un cheque de su empleador, también debe indicar el nombre y la dirección del mismo en el cuadro de abajo.
** Antes de los impuestos

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR- complete solamente si sus ingresos vienen de su salario.

Líne #	Nombre del Empleador	Dirección del Empleador

OTROS SEGUROS
Tiene Ud. Algún otro seguro medico que cubre visitas medicas o servicios en el hospital? ☐ Si ☐ No Se su resquesta es "Si"

Seguro Medico Número de Póliza Nombre del Número de Grupo

Declaro, bajo pena de perjurio, que la información por mí provoída en ésto documento es correcta y verdadera en lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que cualquiera que de falso testimonio para recibir beneficios, o deje a alguien usar su tarjeta PE o abuse de los beneficios de PE esta sujeto a acciones criminales bajo la ley federal, la ley estatal o ambos o tal vez sera responsaible de devolver el valor en efectivo de los beneficios recibidos.

SUMARIO DE SERVICIOS PRENATALES CUBIERTOS POR "PE"

- Visitas en la oficina de los proveedores describidos abajo
- Medicinas recetadas por el doctor durante su embarazo
- Análisis y radiografías (incluye ecografía) ordenados por el doctor
- Transporte (en general y para emergencias)
- Visitas a la sala de emergencias (cuando sea necesario)
- Visitas al Departamento de Salud
- Visitas al dentista

¿QUÉ PROVEEDORES DE CUIDO DE SALUD PUEDEN ATENDERLA EN EL PROGRAMA "PE"?

- Doctores especialistas en: medicina interna, medicina general, ginecólogos/obstetras y pediatras
- Enfermeras (asistentes de doctor) y enfermeras parteras
- Proveedores de salud en centros de cuidados primarios o zonas rurales
- Doctores y enfermeras en el Departmento de Salud
- Laboratorios de análisis
- Centro de rayos-x
- Dentistas
- Sala de Emergencia
- Ambulancias y otrõs medios de transporte

Proveedores deben estar inscriptos en el Programa Medicaid de Kentucky en orden de atender a los pacientes del servicio PE.