

## ¡FELICIDADES!

Descubrir que será madre es emocionante y da un poco de miedo. Sabemos que usted quiere hacer todo lo posible para estar segura de que su bebé llegue saludable al mundo. El Estado de Kentucky cree que una de las cosas más importantes que usted puede hacer por su bebé que aún no ha nacido y para sí misma es conseguir exámenes temprano y regularmente durante su embarazo con su proveedor de cuidado de salud.

Un proceso que se llama "Elegibilidad Presunta" (o PE por sus siglas en inglés) permite que las mujeres que todavía no han solicitado una tarjeta médica reciban cobertura *temporal* (**menos de 90 días del día que recibe su tarjeta de PE**) para el cuidado prenatal. Su proveedor de cuidado de salud puede arreglar la cobertura PE mientras usted está en la oficina.

Este folleto ayudará a contestar muchas de sus preguntas sobre PE. Llene el formulario al dorso de este folleto y devuélvalo a los empleados de la oficina de su proveedor de cuidado de salud. Si usted califica, ellos emitirán una tarjeta de PE. Ésta permitirá que usted consiga servicios prenatales de los proveedores de cuidado de salud que aceptan el Medicaid.

### ¿Cómo sabré si califico para PE?

Calificará para PE si:

- ◆ No tiene una tarjeta médica para sí misma o si no ha solicitado una; y
- ◆ La cantidad de dinero que usted gana o recibe cada mes es menos de o igual a las cantidades de la lista de abajo. Pregúntele a los empleados de la oficina de su proveedor si no está segura de cómo calcular estas cantidades:

NÚMERO DE PERSONAS EN LA FAMILIA	CANTIDAD DE INGRESOS MENSUALES (NIVELES DE 2012*)
2	\$2,333.00
3	\$2,944.00
4	\$3,554.00
5	\$4,165.00
6	\$4,775.00
Cada Miembro Adicional de la Familia	Añada \$611 a la cantidad de ingreso mensual previa

\* Los límites de ingresos cambian anualmente basado en la publicación de los niveles de pobreza según el gobierno federal (FPL)..

Si usted ya ha solicitado los beneficios PE en el consultorio de otro médico por este mismo embarazo, no es elegible para solicitar de nuevo.

### ¿Cuáles son los Servicios Pagados por el Programa PE?

- ◆ Visitas al consultorio
- ◆ Pruebas de laboratorio
- ◆ Radiografías (incluyendo los ultrasonidos)
- ◆ Medicina
- ◆ Servicios dentales
- ◆ Transporte de ida y vuelta al consultorio de su proveedor de cuidado de salud (si es elegible)
- ◆ Sala de Emergencia (cuando sea necesario)

### El programa PE no pagará:

- ◆ Visitas a los especialistas,
- ◆ Procedimientos de cirugía u otros, o
- ◆ Si tiene que ser ingresada en el hospital.

**ES MUY IMPORTANTE QUE PRESENTE UNA SOLICITUD PARA EL PAQUETE COMPLETO DE BENEFICIOS DE MEDICAID EN LA OFICINA LOCAL DEL DEPARTAMENTO PARA SERVICIOS BASADOS EN LA COMUNIDAD (DCBS por sus siglas en inglés) LO MÁS PRONTO POSIBLE.**

### ¿Qué es lo que Cubre el Medicaid Regular?

Además de los servicios prenatales ofrecidos por el programa PE, Medicaid **SÍ PAGARÁ** sus visitas a los especialistas, cuando tiene que quedarse en el hospital (incluyendo cuando va al hospital para el parto del bebé) y otros procedimientos. La oficina más cercana en su condado es:

\_\_\_\_\_ (Escriba claramente la Dirección de la Oficina de DCBS Local)

\_\_\_\_\_ (Número de Teléfono)

Asegúrese de traer la siguiente información consigo cuando visita la oficina de DCBS:

- ◆ La tarjeta PE que la oficina de su proveedor de cuidado de salud le imprimirá.
- ◆ Los números de seguro social de usted y de su familia.
- ◆ Una carta de su proveedor de salud que dice que está embarazada y la fecha aproximada del parto.
- ◆ Prueba de sus ingresos.

### ¿Qué debo hacer si tengo problemas o si necesito más información?

Puede llamar al: (877) 298-6108

Para las personas con el equipo de TTY/TDD solamente: 711

## ELEGIBILIDAD PRESUNTA FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

FAVOR DE LLENAR Y DEVOLVER A LOS EMPLEADOS DE LA OFICINA DE SU PROVEEDOR DE SALUD

Su Número de Seguro Social:

Fecha de Hoy:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Su Nombre:

Apellido

Nombre

Inicial de su 2º Nombre

¿Recibe usted Medicaid?  Sí  No

Su Dirección:

Calle

Número de Apto./Edificio

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

Números de Teléfono:

Número de Casa

Número de Trabajo

Estado Civil (marque uno):

- Casada  
 Separada  
 Divorciada

- Viuda  
 Nunca Casada

Raza:

- Blanca  
 Negra  
 Indígena Americana  
 Asiática  
 Otro

Fecha del Parto:

Número de Confirmación: \_\_\_\_\_

LLENE LA INFORMACIÓN AL DORSO DE ESTE FORMULARIO.

ESTE FORMULARIO SERÁ GUARDADO POR SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD EN SU EXPEDIENTE MÉDICO. NO DUDE EN PEDIR UNA COPIA.

**ELEGIBILIDAD PRESUNTA**  
**FORMULARIO DE DATOS DE LA PACIENTE**  
**(CONTINUACIÓN)**

**NÚMERO DE PERSONAS EN MI FAMILIA:**   
**(cuente 2 para sí misma)**  
**INGRESOS FAMILIARES (use otra hoja si es necesario)**

	Nombre del Miembro de la Familia	Tipo de Ingresos*	¿Cuánto?***	Con qué Frecuencia
1				
2				
3				
4				
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES:				

\*Los tipos de ingresos podrían incluir: pago por hora, salario, pago por tiempo extra, propinas, pagos de bonos, pagos de Seguridad Social, discapacidad, pensiones, manutención infantil, manutención conyugal, regalos en efectivo y anualidades. Si los ingresos vienen de un cheque de trabajo, también indique el nombre y la dirección del empleador abajo.  
 \*\*Antes de los impuestos

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR – llene sólo si sus ingresos son salariales**

Num. de Línea	Nombre del Empleador	Dirección del Empleador

**OTROS SEGUROS**

¿Tiene usted otro seguro médico que cubre las consultas con el proveedor de salud o visitas al hospital?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí"

Nombre de la Compañía de Seguro  Núm. de Póliza  Núm. de Grupo

*Declaro, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada por mí en esta declaración es correcta y cierta a mi leal saber. Entiendo que cualquier persona que da información falsa para recibir beneficios, o permite que otra persona use su tarjeta PE o abusa de los beneficios PE está sujeta a acciones criminales bajo la ley federal, la ley estatal o ambas o podría ser responsable de rembolsar en efectivo los beneficios recibidos.*

Firma \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó \_\_\_\_\_

ESTE FORMULARIO SERÁ GUARDADO POR SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD EN SU EXPEDIENTE MÉDICO. NO DUDE EN PEDIR UNA COPIA.

**RESUMEN DE LOS SERVICIOS PRENATALES CUBIERTOS POR "PE"**

- ◆ Visitas a los consultorios de los proveedores de cuidado de salud de la lista abajo
- ◆ Medicina recetada por sus proveedores de cuidado de salud durante el embarazo
- ◆ Análisis y radiografías (incluyendo los ultrasonidos) pedidos por sus proveedores de cuidado de salud
- ◆ Transporte (sin emergencia si usted califica)
- ◆ Visitas a la Sala de Emergencia (si es necesario)
- ◆ Servicios del Departamento de Salud local
- ◆ Visitas al dentista

**¿CUÁLES PROVEEDORES DE SALUD PUEDEN PROPORCIONAR CUIDADO POR "PE"?**

- ◆ Proveedores de cuidado de salud cuya especialidad es: medicina interna, medicina general, medicina familiar, obstetricia/ginecología y pediatría
- ◆ Enfermeros con práctica avanzada y parteras
- ◆ Proveedores que practican en centros de cuidado primario o de salud rural.
- ◆ Proveedores de cuidado de salud y enfermeros en el departamento de salud
- ◆ Laboratorios
- ◆ Centros de Radiografía
- ◆ Dentistas
- ◆ Salas de Emergencia de los hospitales
- ◆ Ambulancias y Otros Proveedores de Transporte

Para ofrecer servicios de PE, los proveedores tienen que estar inscritos con Medicaid de Kentucky.

¿Embarazada?

\* ¿Sin Cobertura Médica?



**ELEGIBILIDAD PRESUNTA**  
**(PE por sus siglas en inglés)**  
**PARA LOS SERVICIOS**  
**PRENATALES PODRÍA SER LA**  
**SOLUCIÓN**

\*Es posible que usted califique para hasta 3 meses de Servicios Prenatales para Pacientes Ambulatorias

Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia  
 Departamento para Servicios de Medicaid  
 Actualizado en abril de 2012

**INFORMACIÓN DE LA PACIENTE**

