

FORMULARIO DE TRANSMISIÓN DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA

SECCIÓN I: PARA QUE LO COMPLETE EL PROVEEDOR

NOMBRE Y NÚMERO DE NPI DEL PROVEEDOR \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Se ha determinado que usted es provisoriamente elegible para recibir la cobertura de Medicaid. Debe dirigirse al Departamento de Servicios Sociales del condado de \_\_\_\_\_ u otra sede designada para solicitar la cobertura de Medicaid antes del \_\_\_\_\_. Si no solicita la cobertura de Medicaid antes de esta fecha, su elegibilidad terminará el último día de ese mes. La cobertura provisoria de Medicaid cubrirá todos los servicios ambulatorios relacionados con su embarazo, incluidos los medicamentos recetados. Los costos del parto no estarán cubiertos, a menos que usted solicite la cobertura de Medicaid y el Departamento de Servicios Sociales determine que usted es elegible.

Si solicita la cobertura de Medicaid para mujeres embarazadas, quizás sea elegible para recibir la cobertura de Medicaid para todos los servicios relacionados con el embarazo (incluido el parto) hasta 60 días después del fin de su embarazo. Le pedimos que solicite la cobertura de Medicaid lo antes posible, para que no pierda los beneficios que podrían corresponderle y para que pueda recibir la cobertura de Medicaid durante todo su embarazo.

Encontrará en el reverso de esta página la información que Servicios Sociales necesitará para establecer su elegibilidad. Si no tiene toda la información, presente la información que tenga.

---

SECCIÓN II: PARA QUE LO COMPLETE EL DSS DEL CONDADO

CONDADO \_\_\_\_\_ MID \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 1. No se solicitó la cobertura antes del \_\_\_\_\_. Elegibilidad presunta autorizada del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ 2. Se solicitó la cobertura antes del \_\_\_\_\_. La fecha de solicitud es el \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ 3. La solicitud de cobertura de Medicaid ha sido:

\_\_\_\_\_ Aprobada; la elegibilidad para Medicaid se autorizó con vigencia a partir del \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Denegada/retirada debido a \_\_\_\_\_.  
La elegibilidad presunta ha sido autorizada del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

---

FECHA

---

ASISTENTE SOCIAL DE MANTENIMIENTO DE INGRESOS

### Información que debe entregar a Servicios Sociales

1. Comprobante de residencia en Carolina del Norte, como licencia de conducir, registro de un vehículo automotor o recibo de alquiler.
2. Comprobante de cualquier ingreso suyo y de su cónyuge.
3. Su tarjeta o número del seguro social.

Nota: toda persona que desee recibir los beneficios de Medicaid o Health Choice debe proporcionarnos su número del seguro social. Si no tiene un número del seguro social, debe solicitarlo para recibir los beneficios. **Las personas que soliciten únicamente los servicios de Medicaid de Emergencia no deben proporcionar un número del seguro social ni documentación de ciudadanía o condición migratoria.**

### Instrucciones para completar el Formulario de transmisión de elegibilidad presunta

1. Complete 4 copias:      original y 1 copia – DSS del condado  
   cc: Proveedor  
   cc: Paciente
2. Complete el nombre de la paciente, el nombre y número de NPI del proveedor y la fecha en que se completó el formulario.
3. Indique el DSS del condado que corresponda. Debe ser el condado donde reside la paciente.
4. Indique la fecha, que es el último día hábil del mes posterior al mes en que se firme el Formulario de determinación de elegibilidad presunta.
5. Entréguele una copia a la paciente.
6. Envíe el original y una copia al DSS del condado, dentro de un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha en que se firme el Formulario de determinación de elegibilidad presunta.
7. Conserve una copia como constancia.