



# Iowa Department of Human Services

Kim Reynolds  
Governor

Adam Gregg  
Lt. Governor

Jerry R. Foxhoven  
Director

## Presumptive Medicaid Eligibility Notice of Decision (Aviso de decisión de presunta elegibilidad)

A partir del \_\_\_\_\_, usted es presuntamente elegible para recibir la cobertura de Medicaid para pagar el costo de la atención médica ambulatoria para embarazadas. Atención médica ambulatoria significa todos los servicios cubiertos por Medicaid, excepto los cargos asociados con la atención médica para pacientes internadas en un hospital u otra institución médica y los cargos asociados con la interrupción de un embarazo o el parto de un bebé, incluyendo los casos de aborto espontáneo.

Su número de identificación estatal es \_\_\_\_\_.

Sólo se le permite tener un período de presunta elegibilidad por embarazo, y su elegibilidad finalizará el \_\_\_\_\_; por favor, lea el resto de este aviso para conocer las excepciones a la fecha de finalización. Usted puede verificar si las condiciones que continúa por los servicios de miembros que hagan escala en 1-800-338-8366 o en el área de Des Moines 515-256-4606.

**Ésta no es una determinación formal de elegibilidad continua para Medicaid.** Si desea que el Department of Human Services (DHS) efectúe una determinación formal de elegibilidad para Medicaid para recibir atención continua, puede:

- Pedir que la solicitud que completó para la determinación presunta sea enviada al DHS; o
- Presentar su propia solicitud en el DHS más adelante.

Su solicitud ha sido gestionada según usted lo ha requerido, como esta indicado a continuación:

Su solicitud ha sido enviada al Department of Human Services del condado de \_\_\_\_\_ para una determinación de elegibilidad para Medicaid.

Debe presentar una solicitud de Medicaid para obtener Medicaid luego de la fecha de finalización que se muestra arriba.

Si presenta una solicitud para obtener Medicaid en forma continua en el DHS antes de la finalización de su período de presunta elegibilidad, este período finalizará si no se determina que usted es elegible. Si el DHS no toma una decisión hasta luego de la fecha en la cual se supone debería terminar su período presunto, éste se puede extender hasta que se tome una decisión sobre su solicitud.

**PROVEEDORES: LEER POR FAVOR**

Como proveedor, debe saber lo siguiente:

- Este Aviso de Decisión indica la posibilidad de elegibilidad para Medicaid y no es una garantía de la presunta elegibilidad para Medicaid.
- Una persona que es presuntamente elegible no recibirá una Tarjeta de Elegibilidad de Asistencia de Medicaid.
- La presunta elegibilidad para Medicaid se concede diariamente y no mensualmente, y puede finalizar en cualquier momento.
- Por favor, verifique la elegibilidad antes de brindar sus servicios llamando al Sistema de Verificación de Elegibilidad (ELVS, por su sigla en inglés) de Iowa al 1-800-338-7752, o en Des Moines al (515) 323-9639. La verificación de elegibilidad a través de la línea del ELVS será posible dentro de las 24-48 horas posteriores a la creación de este Aviso de Decisión.

La determinación de presunta elegibilidad fue efectuada por:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que completa la solicitud: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

SAMPLE



# Iowa Department of Human Services

Kim Reynolds  
Governor

Adam Gregg  
Lt. Governor

Jerry R. Foxhoven  
Director

## Presumptive Medicaid Eligibility Notice of Decision (Aviso de decisión de presunta elegibilidad)

A partir del \_\_\_\_\_, usted es presuntamente elegible para recibir la cobertura de Medicaid para pagar el costo de todos los servicios cubiertos por Medicaid, porque se trata de una mujer que necesita de un tratamiento para el cáncer de mama o de cuello de útero o que sufre de una condición precancerosa.

Su número de identificación estatal es \_\_\_\_\_.  
Su elegibilidad finalizará el \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_; por favor, lea el resto de este aviso para conocer las excepciones a la fecha de finalización. Usted puede verificar si las condiciones que continúa por los servicios de miembros que hagan escala en 1-800-338-8366 o en el área de Des Moines 515-256-4606.

**Ésta no es una determinación formal de elegibilidad continua para Medicaid.** Si desea que el Department of Human Services (DHS) efectúe una determinación formal de elegibilidad para Medicaid para recibir atención continua, puede:

- Pedir que la solicitud que completó para la presunta determinación sea enviada al DHS; o
- Presentar su propia solicitud en el DHS más adelante.

Si presenta una solicitud para obtener Medicaid en forma continua en el DHS antes de la finalización de su período de presunta elegibilidad, este período finalizará si no se determina que usted es elegible. Si el DHS no toma una decisión hasta luego de la fecha en la cual se supone debería terminar su período presunto, éste se puede extender hasta que se tome una decisión sobre su solicitud.

### PROVEEDORES: LEER POR FAVOR

Como proveedor, debe saber lo siguiente:

- Este Aviso de Decisión indica la posibilidad de elegibilidad para Medicaid y no es una garantía de la presunta elegibilidad para Medicaid.
- Una persona que es presuntamente elegible no recibirá una Tarjeta de Elegibilidad de Asistencia de Medicaid.
- La presunta elegibilidad para Medicaid se concede diariamente y no mensualmente, y puede finalizar en cualquier momento.
- Por favor, verifique la elegibilidad antes de brindar sus servicios llamando al Sistema de Verificación de Elegibilidad (ELVS, por su sigla en inglés) de Iowa al 1-800-338-7752, o en Des Moines al (515) 323-9639. La verificación de elegibilidad a través de la línea del ELVS será posible dentro de las 24-48 horas posteriores a la creación de este Aviso de Decisión.

La determinación de presunta elegibilidad fue efectuada por:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa la solicitud: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

SAMPLE



# Iowa Department of Human Services

Kim Reynolds  
Governor

Adam Gregg  
Lt. Governor

Jerry R. Foxhoven  
Director

## Presumptive Medicaid Eligibility Notice of Decision (Aviso de decisión de presunta elegibilidad)

A partir del \_\_\_\_\_, usted es presuntamente elegible para recibir la cobertura de Medicaid para pagar el costo de todos los servicios cubiertos por Medicaid.

Su número de identificación estatal es \_\_\_\_\_.  
Su elegibilidad finalizará el \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_; por favor, lea el resto de este aviso para conocer las excepciones a la fecha de finalización. Usted puede verificar si las condiciones que continúa por los servicios de miembros que hagan escala en 1-800-338-8366 o en el área de Des Moines 515-256-4606.

Sólo se permite un período de presunta elegibilidad por niño en 12 meses.

**Ésta no es una determinación formal de elegibilidad continua para Medicaid.** Su solicitud ha sido enviada al Department of Human Services (DHS) para una determinación formal de su elegibilidad para Medicaid. Su período presunto finalizará si usted no es considerada elegible. Si el DHS no toma una decisión hasta luego de la fecha en la cual se supone debería terminar su período presunto, éste se puede extender hasta que se tome una decisión sobre su solicitud.

La determinación de presunta elegibilidad fue efectuada por:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que completa la solicitud: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### PROVEEDORES: LEER POR FAVOR

Como proveedor, debe saber lo siguiente:

- Este Aviso de Decisión indica la posibilidad de elegibilidad para Medicaid y no es una garantía de la presunta elegibilidad para Medicaid.
- Una persona que es presuntamente elegible no recibirá una Tarjeta de Elegibilidad de Asistencia de Medicaid.
- La presunta elegibilidad para Medicaid se concede diariamente y no mensualmente, y puede finalizar en cualquier momento.
- Por favor, verifique la elegibilidad antes de brindar sus servicios llamando al Sistema de Verificación de Elegibilidad (ELVS, por su sigla en inglés) de Iowa al 1-800-338-7752, o en Des Moines al (515) 323-9639. La verificación de elegibilidad a través de la línea del ELVS será posible dentro de las 24-48 horas posteriores a la creación de este Aviso de Decisión.



# Iowa Department of Human Services

Kim Reynolds  
Governor

Adam Gregg  
Lt. Governor

Jerry R. Foxhoven  
Director

## Presumptive Medicaid Eligibility Notice of Decision (Aviso de decisión de presunta elegibilidad)

Su solicitud de presunta elegibilidad para Medicaid fue rechazada porque. . .

- el ingreso de su hogar es mayor al permitido en este programa
- no es residente de Iowa
- no está embarazada
- ya está afiliada a Medicaid
- solo un período de elegibilidad presuntiva es permitido por el embarazo
- ha pedido que se retirara su solicitud
- no ha provisto la información que le pedimos que trajera
- otro (describa el motivo)

**Ésta no es una determinación formal de elegibilidad continua para Medicaid.** Si desea que el Department of Human Services (DHS) efectúe una determinación formal de elegibilidad para Medicaid para recibir atención continua, puede:

- Pedir que la solicitud que completó para la presunta determinación sea enviada al DHS; o
- Presentar su propia solicitud en el DHS más adelante.

Su solicitud ha sido gestionada según usted lo ha requerido, como esta indicado a continuación:

- Su solicitud ha sido enviada al Department of Human Services del condado de \_\_\_\_\_ para una determinación de elegibilidad para Medicaid.
- Debe presentar una solicitud de Medicaid para obtener Medicaid.

La determinación de presunta elegibilidad fue efectuada por:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa la solicitud: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_



# Iowa Department of Human Services

Kim Reynolds  
Governor

Adam Gregg  
Lt. Governor

Jerry R. Foxhoven  
Director

## Presumptive Medicaid Eligibility Notice of Decision (Aviso de decisión de presunta elegibilidad)

Su solicitud de presunta elegibilidad para Medicaid fue rechazada porque. . .

- no es residente de Iowa
- no sufre de cáncer de mama o cuello de útero ni de una condición preca
- cuenta con un seguro médico acreditado
- no necesita un tratamiento para el cáncer de mama o cuello de útero
- no fue examinada ni recibió un diagnóstico a través del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama y Cuello de Útero (BCCEDP, por su sigla en inglés), o usó fondos de la Fundación Susan G. Komen for the Cure
- ha pedido que se retirara su solicitud
- no ha provisto la información que le pedimos que trajera
- otro (describa el motivo)

**Ésta no es una determinación formal de elegibilidad continua para Medicaid.** Si desea que el Department of Human Services (DHS) efectúe una determinación formal de elegibilidad para Medicaid para recibir atención continua, puede:

- Pedir que la solicitud que completó para la presunta determinación sea enviada al DHS; o
- Presentar su propia solicitud en el DHS más adelante.

La determinación de presunta elegibilidad fue efectuada por:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa la solicitud: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_



# Iowa Department of Human Services

Kim Reynolds  
Governor

Adam Gregg  
Lt. Governor

Jerry R. Foxhoven  
Director

## Presumptive Medicaid Eligibility Notice of Decision (Aviso de decisión de presunta elegibilidad)

Su solicitud de presunta elegibilidad para Medicaid fue rechazada porque. . .

- su ingreso familiar supera el límite de ingresos
- \_\_\_\_\_ no es/son residente/s de Iowa
- \_\_\_\_\_ no es/son ciudadanos de EE.UU. ni extranjero/s calificado/s
- \_\_\_\_\_ tiene/n más de 19 años de edad
- \_\_\_\_\_ ya está/n afiliado/s a Medicaid
- \_\_\_\_\_ ha tenido un episodio de presunto anterior dentro de los últimos 12 meses
- ha pedido que se retirara su solicitud
- no ha provisto la información que le pedimos que trajera
- otro (describa el motivo)

**Ésta no es una determinación formal de elegibilidad continua para Medicaid.** Su solicitud será enviada al Department of Human Services (DHS) para una determinación formal de su elegibilidad para Medicaid.

La determinación de presunta elegibilidad fue efectuada por:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa la solicitud: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_