

Elegibilidad presunta en hospital (HPE, por sus siglas en inglés) Cobertura limitada para Plan First

A continuación se describen los servicios médicos disponibles para pacientes que recibieron la determinación de ser presuntamente elegibles para Plan First, un beneficio limitado de Medicaid únicamente para cobertura de planificación familiar. El periodo de cobertura de elegibilidad presunta para Plan First comienza el día en que se determina su HPE y finaliza el último día del mes siguiente.

Los servicios médicos de elegibilidad presunta para Plan First incluyen:

- **Exámenes anuales de planificación familiar.**
- **Pruebas de Papanicolaou para mujeres para detectar cáncer cervical.**
- **Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés).**
- **Servicios de laboratorio para planificación familiar y pruebas de detección de STI.**
- **Asesoramiento y educación en planificación familiar, y salud antes del embarazo.**
- **Procedimientos de esterilización (Ligamiento de trompas o implante Essure para mujeres y vasectomías para hombres).****
- **Transporte que no sea de emergencia (866-386-8331) para un servicio de planificación familiar.**
- **La mayoría de las pastillas anticonceptivas de venta libre y recetadas aprobadas por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).*****

*Los servicios deben ser para evitar un embarazo. Los códigos específicos de facturación de suministros y servicios se publican en línea en www.planfirst.org.

**El Formulario de Consentimiento de Esterilización (DMAS-3004-English y DMAS-3004S-Spanish) para procedimientos de esterilización debe firmarse por lo menos 30 días antes de la cirugía a realizarse.

***Los anticonceptivos de venta libre necesitan una receta para que sean cubiertos.

Si presenta una solicitud de Medicaid antes de la fecha de finalización de su cobertura de elegibilidad presunta, su elegibilidad puede continuar mientras se procesa su solicitud completa de Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre esta cobertura, contacte a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales.

Si no presenta una solicitud regular para obtener los beneficios completos de Medicaid podría perder la cobertura y/o los gastos de bolsillo para servicios no cubiertos recibidos durante un periodo de elegibilidad presunta.