

# Solicitud de Cobertura de la Prueba de COVID-19

## ¿Qué es la Cobertura de la Prueba de COVID-19?

Esta cobertura proporciona servicios limitados con respecto a las pruebas y diagnóstico de coronavirus (COVID-19) y al tratamiento recetado para pacientes no hospitalizados. Los servicios relacionados con la prueba no incluyen servicios para el tratamiento de COVID-19.

## ¿Quién califica para la Cobertura de la Prueba de COVID-19?

Puede calificar para la Cobertura de Prueba de COVID-19 si:

- Es residente de West Virginia;
- Es ciudadano estadounidense, nacionalizado estadounidense o migrante elegible; y
- No tiene seguro:
  - No es elegible para el West Virginia Medicaid completo o para el programa West Virginia Children's Health Insurance Program
  - No cuenta con otro programa de salud financiado por el gobierno federal, incluyendo: Medicare, TRICARE, Veterans Administration, y otros planes de salud de empleados federales; y
  - No cuenta con un plan de salud grupal, plan privado de salud u otra cobertura de seguro de salud proporcionado por su empleador.

No se comprobarán ingresos o activos; sin embargo, sí se requiere atestiguar su condición de no asegurado.

## ¿Cómo puedo solicitar la Cobertura de la Prueba de COVID-19?

Para solicitar la Cobertura de la Prueba de COVID-19 debe llenar y firmar la solicitud de la página 2. Nosotros lo contactaremos si requerimos información adicional para determinar su Cobertura de la Prueba de COVID-19. Si cumple con los requisitos de Cobertura de la Prueba de COVID-19, recibirá una notificación de elegibilidad en la dirección que proporcione en la solicitud. La Cobertura de la Prueba de COVID-19 de West Virginia también puede incluir asistencia temporal con recetas para COVID-19, como apoyo con el costo de los medicamentos requeridos.

Puede encontrar los lineamientos de elegibilidad para la Cobertura de la Prueba de COVID-19 en:

<https://dhr.wv.gov/bcf/Services/familyassistance/Documents/Binder4.pdf>

Si está enfermo y sospecha que requiere una prueba de COVID-19, debe buscar atención médica inmediata para su evaluación. Puede obtener una cita con su médico de preferencia o puede buscar atención en una clínica de urgencias o en la sala de emergencias del hospital más cercano.

## ¿A dónde debo enviar mi solicitud?

Usted o su proveedor pueden enviar la solicitud con el reclamo de la prueba a:

**DXC Technology, Inc.**  
**Attn: COVID-19 Testing**  
**PO BOX 2002**  
**Charleston, WV 25327-2002**

*Únicamente se reciben solicitudes impresas.*

# Solicitud de Cobertura de la Prueba de COVID-19

## 1. Información personal

Nombre (*nombre, segundo nombre, apellidos*)

Hombre  Mujer

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento

Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Dirección postal (en caso de ser diferente a su dirección)

## 2. Información Adicional del Solicitante

¿Vive en West Virginia y tiene la intención de permanecer aquí?

Sí  No

Si la respuesta es no, proporcione información adicional sobre dónde vive o dónde va a vivir?

¿Es ciudadano estadounidense, nacionalizado estadounidense o migrante elegible?

Sí  No

Si la respuesta es no, proporcione información adicional sobre su estatus de ciudadanía estadounidense.

¿Cuenta con cobertura de salud o con algún seguro mencionado en la página 1?

Sí  No

Si la respuesta es sí, proporcione información adicional sobre su cobertura de salud o seguro.

¿Alguna otra persona cuenta con cobertura de salud o seguro para usted? Puede ser un padre o cónyuge.

Sí  No

Si la respuesta es sí, proporcione información adicional sobre su cobertura de salud o seguro

Si ya le han realizado alguna prueba de COVID-19, proporcione la fecha. Fecha(s):

Si usted es un proveedor que firma esta solicitud a nombre del solicitante, seleccione este recuadro:

*Envíe el formato de consentimiento y/o comprobante de designación con esta solicitud.*

<input type="checkbox"/>	Representante Autorizado
--------------------------	--------------------------

## Firma

Bajo pena de falso testimonio, al firmar usted atestigua que la información contenida en este formato es verdadera y precisa. Está consciente de que la ley federal lo puede penalizar si proporciona información falsa y/o no certera. Si se determina que es elegible para otro tipo de cobertura, autoriza a DHHR a cobrar el pago de otros seguros de salud, acuerdos legales o terceros por los servicios cubiertos por Medicaid.

Su firma:

Fecha: