

Extensión de 12 meses de la cobertura de posparto: *Lo que las partes interesadas deben saber*

Loa afiliadas de Medicaid y FAMIS MOMS ahora disponen de una cobertura de salud continua (en curso) hasta los 12 meses después del parto

¿Qué ha cambiado?

Anteriormente, se reevaluaba la elegibilidad a los 60 días después del parto. Ahora las afiliadas se mantienen inscritos durante los 12 meses después del parto, independientemente de los cambios en los ingresos o en las circunstancias del hogar que, de otro modo, afectarían la elegibilidad. Incluso si un solicitante no estaba inscrito en Medicaid durante su embarazo, aún podría calificar para la cobertura de beneficios completos mientras se encuentre dentro de los 12 meses posteriores al parto.

¿Qué servicios están cubiertos?

La cobertura incluye:

- Visitas al médico (visitas posparto, atención médica general y especializada para otros problemas de salud)
- Recetas médicas
- Servicios de salud del comportamiento como:
 - Terapia y tratamiento para depresión o ansiedad
 - Ayuda para dejar de fumar o usar alcohol u otras drogas
 - Tratamiento para trastornos por el uso de sustancias
- Apoyo a la lactancia, extractores de leche y suministros
- Cobertura de control de la natalidad, incluyendo LARC (Anticoncepción Reversible de Acción Prolongada, por sus siglas en inglés)
- Beneficios dentales
- ¡Y más!



[Haga clic aquí para ver el folleto para el afiliado](#)

¿Quién puede obtener estos beneficios?

La cobertura continua de posparto de 12 meses se aplica a todas las afiliadas embarazadas de beneficio completo de Medicaid y FAMIS MOMS. No se limita solo a los grupos de cobertura de embarazo. La única excepción se encuentra en las afiliadas inscritas en el programa de cobertura prenatal de FAMIS para personas embarazadas que no cumplen con los criterios migratorios para obtener otra cobertura. Las inscritas en la cobertura prenatal de FAMIS reciben cobertura hasta los 60 días después del parto.

Extensión de 12 meses de la cobertura posparto: *Lo que las partes interesadas deben saber* (continuación)

¿Qué es lo que necesita hacer una afiliada para acceder a la extensión de la cobertura posparto?

No se requiere ninguna acción de parte de la afiliada. Una vez que la afiliada informa a Medicaid de Virginia sobre el embarazo, permanecerá inscrita en la cobertura durante el embarazo y durante los 12 meses posteriores al parto, independientemente de cambios en los ingresos o en el hogar que de otro modo podrían afectar la elegibilidad. Las afiliadas no necesitan volver a solicitar la cobertura o hacer nada más para recibir la extensión de la cobertura.

¿Qué pasa cuando finaliza la cobertura posparto de 12 meses de una afiliada?

Se debe completar la renovación al final del periodo de posparto de 12 meses para evaluar la elegibilidad de Medicaid de Virginia bajo otro programa. DMAS volverá a evaluar la elegibilidad de la afiliada y le enviará una carta por correo informándole de nuestra decisión. La cobertura puede continuar o el miembro puede ser remitido al Mercado de Seguros de Virginia para una posible inscripción en un Plan de Salud Calificado.

¿Cómo pueden inscribirse los virginianos?

Las personas pueden solicitar Medicaid de Virginia en línea en commonhelp.virginia.gov; llamando al Centro de Llamadas de Cover Virginia al 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590); solicitando en línea en Virginia's Insurance Marketplace at marketplace.virginia.gov; o por correo, fax o entregando una solicitud en papel en la oficina de su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS, por sus siglas en inglés).

Preguntas de afiliados actuales y potenciales

Para preguntas, ayuda adicional o servicios de asistencia con el idioma o letra grande, se recomienda a los afiliados que llamen a Cover Virginia al 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590) o envíen un correo electrónico a: covervirginia@dmass.virginia.gov.

