

DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

ANEJO SOBRE PERMISOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL BENEFICIARIO

Instrucciones: Este anejo forma parte de la solicitud de beneficios (MA-1) o del formulario de recertificación y debe mantenerse copia de éste en el expediente. El solicitante, beneficiario o su representante autorizado debe iniciar cada una de las cuatro (4) secciones de este documento y al final debe firmar, llenar su información de contacto y colocar la fecha.

Iniciales	PERMISOS, DERECHOS y RESPONSABILIDADES
	<p>PERMISO PARA USAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Autorizo al Programa Medicaid del Departamento de Salud a pedir, usar, publicar o recibir información de salud protegida sobre mi persona para los propósitos que sean necesarios para la continuación de la cubierta, que incluye pero no se limita a propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo el Programa Medicaid Mi información puede ser compartida a terceros, quienes la pueden usar y a quienes no cubre las disposiciones de privacidad. Este permiso es válido por un año a partir de mi firma. Entiendo que, si deseo cancelar esta autorización, tengo que hacerlo por escrito. No obstante, la cancelación no aplicará de forma retroactiva a información publicada anteriormente. Con mi firma, certifico que ha sido orientado(a) por el Programa Medicaid sobre sus prácticas de privacidad y que ha leído las disposiciones de este permiso, que lo entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones Y que consiento al uso y publicación de mi información de salud según descrito. Este permiso será válido por el término de un año a partir de la firma.</p>
	<p>ACUSE DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO Certifico que he recibido el "<i>Aviso Sobre Prácticas de Privacidad del Programa Medicaid</i>", según HIPPA.</p>
	<p>CESION DE DERECHOS E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN Cedo al Programa Medicaid cualquier derecho a reembolso, remuneración y recuperación de cualquier pago indebido de primas, o cualquier otro pago indebido que se realice para gastos médicos que yo pueda tener, o que pueda tener cualquier miembro de mi núcleo familiar que se encuentre a mi cargo. Me comprometo a colaborar con los funcionarios del Departamento de Salud y la Unidad Anti-Fraude de Medicaid en todo aquello que sea necesario para que se pueda identificar, gestionar y recibir los desembolsos indebidamente provistos. Entiendo que es un requisito federal proveer mi número de seguro social y el número de seguro social de todos los miembros de mi unidad familiar para solicitar los beneficios. Autorizo al Programa Medicaid a utilizar toda la información provista con otras agencias públicas (estatales/federales) o entidades privadas con el fin de corroborar los ingresos y recursos familiares. Entiendo que esto incluye, pero no se limita a que el Programa Medicaid pueda solicitar mi información contributiva al Departamento de Hacienda, mi información de ingresos al Departamento del Trabajo y mi información sobre ingresos y composición familiar al Departamento de la Familia o cualquier otra agencia, dependencia o instrumentalidad pública relacionada. Al mismo tiempo entiendo que el Programa Medicaid puede indagar mí sobre crédito o de algún miembro de mi núcleo familiar a través de una agencia autorizada para esos fines.</p>
	<p>ADVERTENCIAS LEGALES Y PROHIBICIONES Al firmar este documento reconozco que he sido notificado y entiendo que alterar, modificar, añadir fechas de expedición o expiración, o reproducir en cualquier forma la Tarjeta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico para obtener servicios fraudulentamente, constituye una violación a la Ley. Que ninguna persona está autorizada a comprar, obtener, o utilizar una Tarjeta del Plan de Salud del Gobierno sin haber sido certificad(a) o como elegible por el Programa Medicaid. Que está prohibido por ley transferir o prestar la Tarjeta del Plan de Salud del Gobierno a otra persona y que solo el beneficiario elegible nombrado en la tarjeta está autorizado para utilizarla.</p>

El Programa Medicaid de Puerto Rico no discrimina por razón de edad, raza, color, sexo, origen social o nacional, condición social, ideas políticas o religiosas, incapacidad física o mental, o por condición de ser veterano.

Iniciales	PERMISOS, DERECHOS y RESPONSABILIDADES
	<p>Reconozco y entiendo que es mi obligación informar al Programa Medicaid de Puerto Rico cualquier cambio que ocurra en mi unidad familiar tales como: aumento o disminución de ingresos, cambio en los recursos económicos, cambio de residencia, si obtengo otra(s) cubierta(s) o plan(es) de seguro médico, cambios en la composición familiar (fallecimientos o nacimientos) y cualquier otro cambio que altere la constitución familiar. Reconozco y entiendo que tengo treinta (30) días desde que ocurre el cambio para informar Programa Medicaid y que puedo hacerlo visitando cualquiera de las oficinas del Programa, por correo postal o electrónico o por facsímil. Entiendo que la persona que incurra en un acto fraudulento con fines de obtener los beneficios del Programa Medicaid de Puerto Rico y podrá ser referido a la Unidad Anti-Fraude del Programa Medicaid de Puerto Rico y/o al Departamento de Justicia Estatal y Federal.</p>

Con la firma de este documento, certifico que conozco y entiendo los permisos sobre el uso y publicación de mi información que le brindo al Programa y los derechos y deberes que me aplican. Certifico que toda la información ofrecida al Programa Medicaid de Puerto Rico para la obtención del Plan de Salud del Gobierno es legal y correcta. Al colocar mi información de contacto, autorizo a que el Programa se comunice conmigo en la manera que sea más efectiva. Entiendo que ofrecer información falsa con el propósito de obtener los beneficios que otorga el Programa Medicaid de Puerto Rico constituye un acto ilegal y fraudulento que conllevaría la obligación de restituir todos los fondos federales y estatales que se hayan desembolsado a mi favor. Además, pudiera aplicar la imposición de multas administrativas y otras penalidades que pudieran ser impuestas conforme a la leyes, reglas y reglamentos aplicables.

Nombre en letra de molde del Solicitante o Beneficiario

Firma del Solicitante o Beneficiario

Nombre en letra de molde del Representante Autorizado

Firma del Solicitante Representante Autorizado

Fecha (día/mes/año)

Número de teléfono del beneficiario

<p>Dirección Residencial:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Dirección Postal:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

Nombre del Técnico

Firma del Técnico

El Programa Medicaid de Puerto Rico no discrimina por razón de edad, raza, color, sexo, origen social o nacional, condición social, ideas políticas o religiosas, incapacidad física o mental, o por condición de ser veterano.