

DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA MEDICAID

ANEJO SOBRE PERMISOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO

INSTRUCCIONES: El presente anejo forma parte integral de la solicitud de beneficios (MA-1) o del formulario de recertificación y deberá conservarse una copia en el expediente correspondiente. El solicitante, beneficiario o su representante autorizado deberá iniciar cada una de las cuatro (4) secciones contenidas en este documento. Al finalizar, deberá firmar, y registrar la fecha de firma.

INICIALES	PERMISOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO
	Yo, _____, mediante el presente documento, otorgo mi consentimiento expreso al Programa Medicaid del Departamento de Salud para solicitar, utilizar, divulgar o recibir información de salud protegida relacionada con mi persona. Esta autorización tiene como finalidad garantizar la continuidad de la cobertura del Programa Medicaid e incluye, entre otros, propósitos de tratamiento, pago y operaciones relacionadas con la atención médica. Asimismo, reconozco y acepto que mi información podrá ser compartida con terceros, quienes podrán utilizarla conforme a sus respectivos propósitos, sin estar necesariamente sujetos a las disposiciones de privacidad aplicables al Programa Medicaid. Esta autorización tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha de firma. Entiendo que, en caso de desear revocar la presente autorización, deberé hacerlo mediante notificación escrita dirigida al Programa Medicaid. No obstante, dicha revocación no tendrá efecto retroactivo sobre la información ya divulgada antes de su cancelación. Con mi firma, certifico que he recibido orientación por parte del Programa Medicaid sobre sus prácticas de privacidad, que he leído y comprendido los términos de esta autorización, y que otorgo mi consentimiento libremente para el uso y divulgación de mi información de salud conforme a lo aquí dispuesto.
INICIALES	ACUSE DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO
	Por medio de la presente, certifico que he recibido el Aviso sobre Prácticas de Privacidad del Programa Medicaid, conforme a lo dispuesto en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Con mi firma, reconozco haber sido informado sobre las disposiciones contenidas en dicho aviso y comprendo los derechos y obligaciones relacionados con la privacidad de mi información de salud.
INICIALES	CESIÓN DE DERECHOS Y AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN
	Por medio de la presente, cedo al Programa Medicaid del Departamento de Salud cualquier derecho de reembolso, remuneración o recuperación de pagos indebidos relacionados con primas de seguros u otros gastos médicos que haya incurrido personalmente o que correspondan a cualquier miembro de mi núcleo familiar bajo mi cargo. Asimismo, me comprometo a colaborar con los funcionarios del Departamento de Salud y la Unidad Anti-Fraude de Medicaid en todas las gestiones necesarias para la identificación, administración y recuperación de desembolsos efectuados de manera indebida. Entiendo que, de conformidad con la normativa federal vigente, debo proporcionar mi número de seguro social y el número de seguro social de todos los miembros de mi unidad familiar como requisito para la solicitud de beneficios del Programa Medicaid. Autorizo al Programa Medicaid a utilizar la información proporcionada y compartirla con agencias públicas estatales y federales, así como con entidades privadas, con el objetivo de corroborar los ingresos y recursos familiares. Esta autorización incluye, pero no se limita a la posibilidad de que el Programa Medicaid: • Solicite mi información contributiva al Departamento de Hacienda. • Acceda a mi información de ingresos a través del Departamento del Trabajo. • Verifique mis ingresos y composición familiar ante el Departamento de la Familia o cualquier otra agencia, dependencia o instrumentalidad pública con competencias en la materia.

	Asimismo, comprendo y acepto que el Programa Medicaid podrá llevar a cabo consultas sobre mi historial crediticio o el de los miembros de mi núcleo familiar a través de agencias autorizadas para tales fines.
INICIALES	ADVERTENCIAS LEGALES Y PROHIBICIONES
	Por medio de la presente, reconozco que he sido notificado y comprendo que cualquier alteración, modificación, inclusión de fechas de expedición o expiración, o reproducción de la Tarjeta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico con el propósito de obtener servicios de manera fraudulenta constituye una violación a la ley. Asimismo, declaro que ninguna persona está autorizada a comprar, adquirir o utilizar una Tarjeta del Plan de Salud del Gobierno sin haber sido certificada como elegible por el Programa Medicaid. Entiendo y acepto que la transferencia o préstamo de dicha tarjeta a terceros está prohibida por ley, y que únicamente el beneficiario elegible cuyo nombre aparece en la tarjeta tiene autorización para hacer uso de esta.
INICIALES	DECLARACIÓN DE OBLIGACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIO
	Por medio de la presente, reconozco y acepto que es mi responsabilidad informar al Programa Medicaid de Puerto Rico sobre cualquier cambio que ocurra en mi unidad familiar, incluyendo, pero no limitado a: • Aumento o disminución de ingresos. • Modificación en los recursos económicos. • Cambio de residencia. • Obtención de nuevas coberturas o planes de seguro médico. • Variaciones en la composición familiar, como nacimientos o fallecimientos. • Cualquier otro cambio que afecte la constitución familiar. Entiendo que dispongo de un plazo de treinta (30) días a partir de la ocurrencia del cambio para notificarlo al Programa Medicaid, y que puedo hacerlo a través de cualquiera de sus oficinas, mediante correo postal, o correo electrónico. Asimismo, reconozco y acepto que cualquier persona que incurra en actos fraudulentos con el propósito de obtener los beneficios del Programa Medicaid de Puerto Rico será referida a la Unidad Anti-Fraude del Programa Medicaid de Puerto Rico y/o al Departamento de Justicia Estatal y Federal, conforme a las disposiciones legales vigentes.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO: Por medio de la presente, certifico que conozco y comprendo los permisos otorgados al Programa Medicaid de Puerto Rico respecto al uso y publicación de mi información, así como los derechos y obligaciones que me son aplicables. Asimismo, declaro que toda la información proporcionada al Programa Medicaid de Puerto Rico para la obtención del Plan de Salud del Gobierno es veraz, legal y correcta. Autorizo al Programa Medicaid a comunicarse conmigo utilizando el medio que resulte más efectivo, conforme a los datos de contacto que he proporcionado. Entiendo que la falsificación, alteración o provisión de información falsa con el propósito de obtener los beneficios del Programa Medicaid de Puerto Rico constituye un acto ilegal y fraudulento, lo que implicaría la obligación de restituir todos los fondos estatales y federales indebidamente desembolsados en mi favor. Además, reconozco que dicho acto puede conllevar la imposición de multas administrativas y otras sanciones legales, conforme a las leyes, reglamentos y disposiciones 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	