

Departamento de Salud
PROGRAMA MEDICAID DE PUERTO RICO

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Yo, _____, cedo al Programa Medicaid de Puerto Rico cualquier derecho a reembolso, remuneración, pago 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/o la Unidad Anti-Fraude de Medicaid en todo aquello que sea necesario para que se pueda identificar, gestionar y recibir los desembolsos indebidamente provistos.

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN

Entiendo que por reglamentación federal debo proveer mi número de seguro social y el número de seguro social de todos los miembros de mi unidad familiar como requisito para el trámite de elegibilidad a los beneficios que otorga el Programa Medicaid de Puerto Rico.

Autorizo al Programa Medicaid de Puerto Rico a utilizar toda la información provista en esta solicitud/recertificación, incluyendo mi número de seguro social y el de los integrantes de mi núcleo familiar, a los fines de intercambiar información con agencias públicas (estatales/federales) o entidades privadas con el fin de corroborar los ingresos y los 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 sobre ingresos al Departamento del Trabajo y mi información sobre ingresos y/o composición familiar al Departamento de la Familia. Al mismo tiempo entiendo que el Programa Medicaid puede indagar mi crédito o el de algún miembro de mi núcleo familiar a través de una agencia autorizada para estos fines.

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. 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, conllevaría la imposición de multas administrativas y otras penalidades que pudieran ser impuestas por los Tribunales de Puerto Rico.

ADVERTENCIAS LEGALES

1. 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 de la Ley.
2. Ninguna persona podrá comprar, obtener o utilizar una Tarjeta de Plan de Salud del Gobierno sin haber sido certificado(a) o como elegible por el Programa Medicaid de Puerto Rico.

Departamento de Salud
PROGRAMA MEDICAID DE PUERTO RICO

3. Transferir o prestar la Tarjeta del Plan de Salud del Gobierno a otra persona está prohibido por Ley. Cada asegurado que pertenezca a la unidad familiar y que sea certificador(a) como elegible por el Programa Medicaid de Puerto Rico utilizara únicamente la tarjeta que le corresponda, en la cual aparecerá identificado su nombre legal.
4. Es obligación del beneficiario informar al Programa Medicaid de Puerto Rico cualquier cambio que ocurra en su Unidad Familiar tales como: aumento o disminución de ingresos, cambio en los recursos económicos, cambio de residencia, si posee otra(s) cubierta(s) o plan(es) de seguro médico, cambios en la composición familiar (fallecimientos, nacimientos), entre cualquier otro cambio que altere la constitución familiar. **El beneficiario tiene la obligación de informar cualquier cambio, según señalados, en cualquiera de las oficinas del Programa de Medicaid en Puerto Rico en o antes de los siguientes 30 días de ocurrido el cambio.** También puede informar por correo postal, correo electrónico o vía facsímil en el mismo termino. Del beneficiario optar por notificar los cambios a través de correo postal, correo electrónico o vía facsímil, será responsabilidad del beneficiario guardar y proveer evidencia del trámite de envío.
5. Toda persona que incurra en un acto fraudulento con fines de obtener los beneficios que otorga el Programa Medicaid de Puerto Rico podrá ser excluido como participante y podrá ser referido a la Unidad Anti-Fraude del Programa Medicaid de Puerto Rico y/o al Departamento de Justicia Estatal y Federal.

_____	_____
Firma del Participante	dd/mm/año
_____	_____
Testigo	dd/mm/año
_____	_____
Número del Núcleo Familiar	Oficina Local
_____	_____
**Nombre del Certificador(Letra de Molde)	dd/mm/año

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.