



DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA MEDICAID

¿Cómo completar mi Solicitud de Recertificación de Medicaid del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico?

PO Box 70184, San Juan, PR 00936-8184

 787-765-2929 Ext. 6700

 www.salud.gov.pr/medicaid



DEPARTAMENTO DE SALUD PROGRAMA MEDICAID

¿Sabía Usted?...

- Que la Solicitud de Recertificación de Medicaid está compuesta por 6 preguntas.
- Que las preguntas estarán con información que previamente usted indico al Programa de Medicaid de Puerto Rico.
- Que usted deberá leer detenidamente cada pregunta y confirmar si sigue igual o tiene algún cambio que notificar.
- Que la Solicitud de Recertificación de Medicaid le llegará vía correo postal siempre y cuando usted este dentro de su periodo de recertificación.
- Que, aunque Solicitud de Recertificación de Medicaid no le llegue usted puede comenzar su proceso de recertificación 45 días antes de la finalización de su elegibilidad.
- Que usted puede verificar la finalización de su elegibilidad: (1) Llamando a nuestro Centro de Llamadas al (787) 641-4224, TTY (787) 625-6955 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (2) Pasando por una de nuestras oficinas locales, en diferentes puntos de la isla en horario de 7:30 a. m. a 4:00 p. m. y (3) Entrando a nuestra página de internet <https://medicaid.pr.gov/>, y seleccionar Verificar mi Elegibilidad.
- Que deberá firmar la Solicitud de Recertificación de Medicaid y acompañarla de los documentos requeridos que se enumeran al final de este documento.
- Que usted puede realizar su proceso de recertificación utilizando cualquiera de las siguientes opciones:
 1. Puede completar la **Solicitud de Recertificación** en papel y presentarla a una oficina local de Medicaid acompañado de los documentos requeridos.



DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

2. Llamar a nuestro centro de llamadas (787) 641-4224, TTY (787) 625-6955 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. y solicitar una entrevista presencial en una de nuestras oficinas locales para completar el proceso de recertificación acompañado de los documentos requeridos.
3. Completar la **Solicitud de Recertificación** en papel y enviarla por correo postal acompañado de los documentos requeridos.
4. Completar la **Solicitud de Recertificación** a través del Portal del Ciudadano y cargar los documentos requeridos.

¿Cómo completar mi Solicitud de Recertificación de Medicaid del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico?

1. Dirección

- En esta sección encontrará la información que nuestros sistemas tienen de usted en las columnas de la izquierda. Usted deberá confirmar si continua igual y de tener algún cambio deberá escribir la nueva información en las columnas de la derecha.

1. Dirección		
Dirección postal actual: Este espacio estará previamente llenado con su dirección postal.	<input type="checkbox"/> No Cambió De no tener algún cambio, debe marcar el encasillado con una X.	Nueva dirección postal: De tener algún cambio, debe proveer en este espacio la nueva dirección postal.
Dirección física actual: Este espacio estará previamente llenado con su dirección física.	<input type="checkbox"/> No Cambió De no tener algún cambio, debe marcar el encasillado con una X.	Nueva dirección física: De tener algún cambio, debe proveer en este espacio la nueva dirección física.
Número de teléfono actual: Este espacio estará previamente llenado con su número de teléfono.	<input type="checkbox"/> No Cambió De no tener algún cambio, debe marcar el encasillado con una X.	Nuevo número de teléfono: De tener algún cambio, debe proveer en este espacio su nuevo número de teléfono.
Dirección correo electrónico actual: Este espacio estará previamente llenado con su dirección de correo electrónico.	<input type="checkbox"/> No Cambió De no tener algún cambio, debe marcar el encasillado con una X.	Nueva dirección de correo electrónico: De tener algún cambio, debe proveer en este espacio su nueva dirección de correo electrónico.

Columna Izquierda

Columna Derecha



DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

2. Miembro del Núcleo Familiar

- En esta sección estarán previamente enumerados los miembros del hogar del beneficiario. Usted deberá confirmar si todavía viven con usted.

2. Miembros del núcleo familiar	
Revise los nombres a continuación e indique 'Sí' o 'No' si todavía viven o no con usted.	
Miembro del núcleo familiar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Miembro del núcleo familiar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Miembro del núcleo familiar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Miembro del núcleo familiar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Miembro del núcleo familiar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

- En esta sección puede enumerar la información de cualquier persona nueva que se haya mudado a su casa.¹

Enumere la información de cualquier persona nueva que se haya mudado a su casa.									
Nombre Legal	Fecha de nacimiento (días/mes/año)	SS	Relación	Género (M/F)	Estatus de Ciudadanía	Estado Civil	Estado Estudiantil (a Tiempo Completo/Parcial)	Fecha de parto (días/mes/año)	Solicitando (Sí/No)

¹ Si alguno de los miembros nunca ha Solicitado Beneficios del Programa Medicaid esta Solicitud debe ir acompañada de una MA-1-ES (Solicitud para el Plan de Salud del Gobierno).



DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

3. Plan Médico Privado

- De usted haber reportado que tiene Plan Médico Privado aparecerá en esta sección.
- Deberá contestar la pregunta que indica que, si alguien en su hogar ha cambiado, iniciado o cancelado su plan médico privado.
- De su respuesta ser si, deberá completar los campos requeridos y proporcionar evidencia.

3. Plan Médico Privado

- Su información actual de Plan Médico Privado en la siguiente tabla:
- ¿Alguien en su hogar ha cambiado, iniciado o cancelado su plan médico privado? Sí No
- Si respondió 'Sí' a cualquiera de las preguntas anteriores, complete los campos a continuación y proporcione evidencia.

Número de Póliza	Compañía Aseguradora	Dirección Compañía Aseguradora	Persona(s) Cubiertas	Fecha de Comienzo (días/mes/año)	Si se canceló, fecha de cancelación (días/mes/año)	Pago de Póliza

Arrows point from the text above to the corresponding columns in the table.



DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

- De su respuesta ser no, puede escribir N/A en los campos o trazar una línea que ocupe todos los campos.

3. Plan Médico Privado						
<ul style="list-style-type: none">• Su información actual de Plan Médico Privado en la siguiente tabla:• ¿Alguien en su hogar ha cambiado, iniciado o cancelado su plan médico privado? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No• Si respondió 'Sí' a cualquiera de las preguntas anteriores, complete los campos a continuación y proporcione evidencia.						
Número de Póliza	Compañía Aseguradora	Dirección Compañía Aseguradora	Persona(s) Cubiertas	Fecha de Comienzo (días/mes/año)	Si se canceló, fecha de cancelación (días/mes/año)	Pago de Póliza
/						
/						
/						
/						



DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

4. Recursos

- De usted haber reportado recursos aparecerán esta sección.
- Deberá indicar cual es el monto total de dinero en efectivo, cuentas bancarias, acciones o bonos de todos los miembros del núcleo familiar en este momento.

4. Recursos

- La cantidad total de recursos del núcleo familiar reportados es de \$ _____
- ¿Cuál es el monto total de dinero efectivo, cuentas bancarias, acciones o bonos de todos los miembros del núcleo familiar en este momento, ingrese el monto total: \$ _____

- De no tener dinero en efectivo, cuentas bancarias, acciones o bonos deberá escribir 0 en el espacio en blanco.

4. Recursos

- La cantidad total de recursos del núcleo familiar reportados es de \$ _____
- ¿Cuál es el monto total de dinero efectivo, cuentas bancarias, acciones o bonos de todos los miembros del núcleo familiar en este momento, ingrese el monto total: \$ 0



DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

5. Ingreso Ganado del Núcleo Familiar

- De usted haber reportado Ingreso Ganado del Núcleo Familiar aparecerá en esta sección.
- Debería indicar si ha cambiado el ingreso obtenido del núcleo familiar.
- De su respuesta ser si, deberá completar las casillas y proporcionar evidencia.
- Si alguien en su núcleo familiar comenzó a trabajar por cuenta propia, deberá llenar los encasillados y proporcionar evidencia.

5. Ingreso Ganado del Núcleo Familiar

- El ingreso bruto del núcleo familiar actual (antes de impuestos) es de \$ _____
- ¿Ha cambiado el ingreso obtenido del núcleo familiar (incluyendo el ingreso por el trabajo por cuenta propia)? Sí No
- ¿Alguien ha tenido un cambio en los ingresos (incluyendo los ingresos del trabajo por cuenta propia) por qué cambiaron, comenzaron o detuvieron un trabajo? ___Sí ___No

Si respondió 'Sí' a cualquiera de las preguntas anteriores, complete la casilla a continuación y proporcione evidencias.

Nombre del miembro núcleo familiar	Nombre del Patrono	Dirección del Patrono	Frecuencia de Pago	¿El ingreso varía? (Sí/No)	Plan Médico	FICA	Impuesto
Deberá completar esta área.							
<ul style="list-style-type: none"> • Si alguien en el núcleo familiar trabaja por cuenta propia, complete la siguiente información. • Debe proporcionar una evidencia de los ingresos recibidos y todos los gastos. 							
Nombre del miembro núcleo familiar	Nombre del Negocio	Dirección del Negocio	Ingreso bruto del año	Gasto de operación para generar ingresos	Ingreso neto para el año		
Deberá completar esta área.							



DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

- De su respuesta ser no, puede escribir N/A en las casillas o trazar una línea que ocupe todos los campos.

5. Ingreso Ganado del Núcleo Familiar

- El ingreso bruto del núcleo familiar actual (antes de impuestos) es de \$ _____
- ¿Ha cambiado el ingreso obtenido del núcleo familiar (incluyendo el ingreso por el trabajo por cuenta propia)? Sí No
- ¿Alguien ha tenido un cambio en los ingresos (incluyendo los ingresos del trabajo por cuenta propia) por qué cambiaron, comenzaron o detuvieron un trabajo? ___Si ___No

Si respondió 'Sí' a cualquiera de las preguntas anteriores, complete la casilla a continuación y proporcione evidencias.

Nombre del miembro núcleo familiar	Nombre del Patrono	Dirección del Patrono	Frecuencia de Pago	¿El ingreso varía? (Sí/No)	Plan Médico	FICA	Impuesto

- Si alguien en el núcleo familiar trabaja por cuenta propia, complete la siguiente información.
- Debe proporcionar una evidencia de los ingresos recibidos y todos los gastos.

Nombre del miembro núcleo familiar	Nombre del Negocio	Dirección del Negocio	Ingreso bruto del año	Gasto de operación para generar ingresos	Ingreso neto para el año



DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

6. Ingreso No Ganado del Núcleo Familiar

- De usted haber reportado Ingreso No Ganado del Núcleo Familiar aparecerá en esta sección (Pensión Alimentaria, Desempleo, Seguro Social, Contribución sobre Ingreso, Jubilación, Ingresos de Inmueble ya sea alquiler de casa, apartamento, etc.
- Deberá indicar si ha cambiado el ingreso bruto no ganado de su hogar.
- De su respuesta ser si, deberá completar las casillas y proporcionar evidencia.

6. Ingreso No Ganado del Núcleo Familiar

Algunos ejemplos de ingresos no ganados son los pagos de Pensión Alimentaria, Desempleo, Seguro Social, Contribución sobre Ingresos, Jubilación, Ingresos de Inmuebles (casas, apartamentos, etc.) de Alquiler, etc.

- El ingreso bruto no ganado de su hogar (antes de impuestos) es de \$ _____
- ¿Ha cambiado la fuente de los ingresos brutos no ganados de su hogar, o ha cambiado la cantidad? Sí No

En caso afirmativo, debe incluir una prueba y enumerar la fuente y los ingresos mensuales a continuación.

Nombre del miembro núcleo familiar	Fuente de Ingreso	Cantidad Mensual





DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

- De su respuesta ser no, puede escribir N/A en las casillas o trazar una línea que ocupe todos los campos.

6. Ingreso No Ganado del Núcleo Familiar		
Algunos ejemplos de ingresos no ganados son los pagos de Pensión Alimentaria, Desempleo, Seguro Social, Contribución sobre Ingresos, Jubilación, Ingresos de Inmuebles (casas, apartamentos, etc.) de Alquiler, etc.		
<ul style="list-style-type: none">• El ingreso bruto no ganado de su hogar (antes de impuestos) es de \$ _____• ¿Ha cambiado la fuente de los ingresos brutos no ganados de su hogar, o ha cambiado la cantidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, debe incluir una prueba y enumerar la fuente y los ingresos mensuales a continuación.		
Nombre del miembro núcleo familiar	Fuente de Ingreso	Cantidad Mensual
/		
/		
/		
/		

Al final de las Seis (6) pregunta encontrará los Derechos y Responsabilidades, Autorización y Certificación y las Advertencias Legales. Usted deberá leer cuidadosamente la información.

Derechos y Responsabilidades

Yo, renuncio y reconozco que cualquier derecho de reembolso o remuneración, pago de prima incorrecto o cualquier otro pago no mencionado, relacionado a mis gastos médicos o los de cualquier otro miembro de mi hogar. Reconozco y acepto, mi deber de colaborar con el Departamento de Salud de Puerto Rico y/o con la Unidad de Anti-Fraude con toda información que sea de mi conocimiento y necesaria para identificar, manejar, y/o recuperar desembolsos incorrectos o improcedentes. Si alguno de los solicitantes, resulta elegible para beneficios, reconozco y acepto mi deber de cooperar con la agencia encargada del cobro de dinero por sustento médico sobre el padre ausente. Puedo solicitar detener o rechazar la cooperación, siempre y cuando tenga un temor infundado acerca de que la cooperación puede afectarme a mi o a algunos de mis hijos. Ante esto, debo notificar a Medicaid y posiblemente no tenga que cooperar.



DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

Autorización y Certificación

Reconozco que acorde con la regulación federal vigente debo proporcionar mi número de Seguro Social y el de todos los que solicitan en conjunto en la misma solicitud, de este ser el caso, que desean recibir cubierta médica. Esto es un requisito de elegibilidad de los beneficios recibidos por el Programa de Medicaid de Puerto Rico. Autorizo al Programa de Medicaid de Puerto Rico a que utilice toda la información provista en esta solicitud, incluyendo mi número de Seguro Social y el de todas las personas incluidas en esta solicitud.

Por otro lado, autorizo a que se intercambie mi información con las agencias públicas estatales y federales y/o con entidades privadas con el propósito de confirmar los ingresos, los recursos, la composición del hogar y el estatus migratorio de los miembros. Reconozco y autorizo al Programa Medicaid de Puerto Rico a que solicite información al Departamento de Hacienda, Departamento de Transportación y Obras Públicas, al Departamento de la Familia, al Servicio Interno de Ganancias (IRS), al Departamento de Seguridad Nacional, la Administración del Seguro Social y cualquier otra entidad.

Entiendo, que el Programa de Medicaid Puerto Rico puede verificar mi reporte de crédito y el de las demás personas incluidas en esta solicitud, a través de agencias autorizadas. Certifico que las respuestas a las preguntas de esta solicitud del Programa Medicaid de Puerto Rico son correctas. Reconozco que puedo estar sujeto a sanciones tanto a nivel federal como estatal, si proporciono información falsa, que incluye el deber de devolver los fondos otorgados a mi nombre.



DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

Advertencia Legal

Alterar, modificar, añadir fechas de emisión, eficacia o terminación o la reproducción en cualquier forma de la identificación del Plan de Salud del Gobierno para obtener servicios fraudulentos, constituye una violación de la ley. Ninguna persona puede comprar, obtener o usar una tarjeta de identificación del Plan de Salud del Gobierno sin ser certificada como elegible a través del Programa Medicaid de Puerto Rico. La transferencia o el préstamo de una tarjeta de identificación del Plan de Salud del Gobierno a otra persona está prohibido por ley. Cada beneficiario certificado como elegible por el Programa Medicaid de Puerto Rico debe ser el único usuario de la Tarjeta de Identificación del Plan de Salud del Gobierno que se le haya emitido, en la que aparecerán identificados con su nombre legal.

Es una obligación del beneficiario suscrito informar al Programa Medicaid de Puerto Rico de cualquier cambio que afecte a cualquier persona en la solicitud que sea elegible. Esto incluye cambios tales como un aumento o disminución de ingresos o recursos, cambio de residencia, cobertura bajo cualquier otro seguro de salud, cambios en la composición familiar (como por muerte o nacimiento de un nuevo hijo), o cualquier otro cambio que pueda afectar su Elegibilidad. El beneficiario deberá informar de dichos cambios en un plazo de 30 días a partir de la ocurrencia de dicho cambio. Los cambios pueden ser reportados por el beneficiario en cualquier oficina local del Programa Medicaid de Puerto Rico, o también pueden ser reportados mediante correo o fax regular. Si el beneficiario opta por el método regular de correo o fax, es responsabilidad del beneficiario conservar pruebas de la transacción.

Cualquier persona que incurra en un acto fraudulento con el propósito de obtener beneficios proporcionados por el Programa Medicaid de Puerto Rico será excluida como participante y será referida a la Unidad Antifraude de Medicaid de Puerto Rico, y/o al Departamento federal de Justicia.

El Programa Medicaid de Puerto Rico no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género o discapacidad.



DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

Debería escribir su Nombre Impreso, Firma de Miembro del Núcleo Familiar o Representante y la Fecha.

Nombre Impreso	Firma de Miembro del Núcleo Familiar o Representante
Fecha	

Documentos Requeridos que deben acompañar la Solicitud de Recertificación de Medicaid:

1. Identificación con foto

proveer 1 de las siguientes alternativas, según aplique:

- Licencia de conducir vigente
- Tarjeta de Identificación del trabajo, escuela, universidad
- Tarjeta de Identificación Militar
- Pasaporte de los Estados Unidos
- Tarjeta de Residencia Legal (*Green Card*)
- Tarjeta Electoral
 - Cualquier otro documento, con foto, que pruebe su identidad.

2. Dirección

proveer 1 de las siguientes alternativas, según aplique:

- Factura de agua, luz, teléfono, cable TV
- Licencia de Conducir Vigente
- Recibo de pago de alquiler, solar (o) hipoteca
- Carta (o) documento de alguna entidad bancaria, cooperativa y/o agencia gubernamental
- Correspondencia a nombre del solicitante y/o beneficiario donde aparezca la dirección residencial
- Contrato de alquiler y/o carta de arrendador
- Talonario
- Planilla de Contribución sobre Ingresos



DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

3. Ciudadanía Americana y/o Residente Legal Permanente

- Pasaporte de Estados Unidos
- Certificado de Nacimiento si nació en Estados Unidos o Puerto Rico
- Certificado de Naturalización (Forma DHS N550 o Forma DHS N-570)
- Tarjeta de Residencia Legal (*Green Card*)

4. Núm. Seguro Social de todos los Miembros

proveer 1 de las siguientes alternativas, según aplique:

- Tarjeta de Seguro Social
- Talonario de Empleo (que refleje el número de seguro social)
- Carta Oficial de la Administración del Seguro Social
- Forma W-2
- Forma 480
- Planilla de Pago de Seguro Social

5. Edad proveer 1 de las siguientes alternativas

- Certificado de nacimiento o de matrimonio
- Licencia de Conducir vigente
- Pasaporte
- Documentos de la Administración del Seguro Social o de la Milicia
- Certificado de nacimiento de un hijo de 50 años o más (esto para personas de 65 años o más)
- Certificado de Bautismo y/o confirmación.

6. Ingresos del mes corriente (si aplica)

proveer 1 de las siguientes alternativas según aplique:

- Salario/Sueldo -Talonarios
- Evidencia de Ingresos por pensión alimenticia
- Seguro Social, Retiro, Veterano, Militar, Fondo del Seguro del Estado
- Ayuda recibida de familiar
- Beneficio de Desempleo



DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

7. Recursos proveer todas las que apliquen

- Dinero en efectivo o en reserva
- Cuentas corrientes y de ahorros
- Certificados de ahorros
- Bonos, acciones, pólizas de seguro de vida y pagarés
- Premios de juegos, lotería, hipódromo, de azar
- Pagos globales
- Reintegros de contribución sobre ingresos estatal o federal
- Evidencia del valor de fincas, edificios y otras propiedades que no sea la de su residencia.
- Informar y evidenciar dinero en efectivo ahorros y depósitos
- Evidencia vehículos de motor y/o embarcaciones
- Evidencia del valor de fincas, edificios y otras propiedades que no sea la de su residencia.

8. Seguro y/o Plan Médico

- Tarjeta del Seguro y/o plan médico que posea algún miembro de la familia, inclusive Medicare.