

ADDENDUM 1

Notice of Decision

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

23 - 00047 *h*

Contrato Número





1-787-641-4224 (TTY: 1-787-625-6955).

1-787-641-4224

Número de caso: 32858
Fecha de la carta: 25 de mayo de 2021

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Jerry Rosas Mcquire
737 Main Street
San Juan, PR 00901

23 - 00047 *H*

Contrato Número

Notificación de Decisión - Solicitud de Beneficios Médicos

Procesamos su solicitud y determinamos la elegibilidad para los solicitantes que se muestran a continuación en el Resumen de Decisiones de Elegibilidad. Después del resumen encontrará detalles de los resultados de elegibilidad que pueden continuar en páginas adicionales. Asegúrese de leer ambos lados de cada página.

Resumen de Decisiones de Elegibilidad

Nombre	MPI	Elegibilidad	Fecha de Efectividad	Fecha de Vencimiento
Rosas Mcquire, Jerry	96000002846	Medicaid	1 de mayo de 2021	30 de septiembre de 2021

Nombre	MPI	Código Cubierta	Tope de Copagos	MCO/ MAO
Rosas Mcquire, Jerry	96000002846	100	0.00	MEN

MCO	FMH = First Medical Health Plan, MEN = Plan de Salud Menonita, MMH = MMM Multi Health, MOL = Molina Health Care, TSS = Triple-S Salud
MAO	HUM = Humana Health Plans, MCS = MCS Advantage, MMM = Medicare y Mucho Mas, TSA = Triple-S Advantage

ROSAS

[Handwritten signature]

Cómo Tomamos Nuestras Decisiones de Elegibilidad

Utilizando la información proporcionada en su solicitud, determinamos el tamaño del núcleo familiar y los ingresos de cada persona que se muestra en el Resumen de Decisiones de Elegibilidad. Se utilizó la información de cada persona con el propósito de corroborar si cumplía con los criterios para los programas de cubierta de salud y se determinó a qué categoría pertenecen. Los ingresos fueron verificados para determinar si estaban dentro de los límites de la categoría correspondiente con los siguientes resultados:

Debido a la actual emergencia de salud pública, Rosas Mcquire, Jerry: determinamos que el tamaño de su núcleo familiar "Medicaid" es 1 y su ingreso "Medicaid" es \$0.00 por mes. El límite de ingresos "Medicaid" para este tamaño de núcleo familiar es \$1,247.00 por mes, por lo tanto, Jerry es elegible para la cubierta "Medicaid" desde 1 de mayo de 2021 a 30 de septiembre de 2021. Para copagos, contamos el tamaño de su núcleo familiar MAGI de 1 y un ingreso MAGI de \$0.00 por mes, lo que resulta en un código de cubierta de 100

Uso de Su Cubierta de Beneficios Médicos

El/Los individuo(s) mostrado(s) anteriormente como elegible(s) puede(n) recibir servicios de salud de los proveedores de servicios médicos que acepten el plan de la compañía de seguros (MCO o MAO) bajo el cual está cubierto. La aseguradora le proveerá un Manual de Beneficiario donde explica en detalle cómo acceder a los servicios médicos.

El/Los nuevo(s) beneficiario(s) recibirá(n) de su compañía aseguradora una tarjeta de identificación para cada beneficiario. Mientras espera su tarjeta de identificación, cada persona puede acceder a servicios de salud utilizando su MPI, como se muestra arriba en el Resumen de Decisiones de Elegibilidad, o mostrándole al proveedor de servicios médicos una copia de esta notificación.

Si esta notificación es el resultado de una reevaluación debido a un cambio notificado que afecte su cubierta de beneficios, el/los beneficiario(s) recibirá(n) una nueva tarjeta de identificación.

Servicios y Costos de Salud

Los beneficiarios elegibles pueden obtener servicios de salud a través de sus compañías de seguros, como visitas al médico, atención hospitalaria y recetas médicas. No se deben pagar primas (costos mensuales) por esta cobertura de salud. Usted puede tener copagos para algunos servicios. Pero hay un límite a los posibles costos cada trimestre para aquellas personas elegibles bajo Medicaid o CHIP. La cantidad que cada persona puede pagar por copagos y el límite de costos trimestrales dependen del tamaño del núcleo familiar y de los ingresos calculados para determinar la elegibilidad de la persona. Hay más detalles sobre copagos y los topes de copago al final de esta sección. La compañía de seguros enviará para cada persona información más detallada sobre los servicios de salud y copagos.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

23 - 00047A

2

Contrato Número

Llámenos al 1-787-641-4224 (TTY: 1-787-625-6955). Puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 am a 6:00pm. O acceda a www.medicaid.pr.gov. Si necesita asistencia adicional favor de acudir a la oficina de Medicaid de su preferencia.

Si no está de acuerdo con las decisiones reportadas en esta notificación, como el cálculo del tamaño del núcleo familiar o los ingresos de cualquier persona en esta notificación y cree que afecta la elegibilidad o el nivel de copagos, puede apelar. Consulte la sección al final de esta notificación para obtener más información sobre el proceso y los plazos para las apelaciones.

Copagos: Los copagos que se pueden cobrar por los servicios se basan en el ingreso MAGI y el tamaño del núcleo familiar MAGI para cualquier persona elegible como Medicaid o CHIP. Para cualquier persona elegible bajo el Programa Estatal, los cálculos se basan en los cálculos del Programa Estatal de ingreso y tamaño del núcleo familiar.

Tope de Copagos: (1) las regulaciones federales establecen que las personas elegibles para Medicaid o CHIP tienen un tope en los copagos totales que están obligados a hacer. (2) El límite es del 5% por trimestre, basado en el Ingreso MAGI tamaño del núcleo familiar MAGI del Individuo y para alcanzar el tope, los copagos pagados durante un trimestre por cada beneficiario en el núcleo familiar del Individuo que es Medicaid o CHIP se suman. Los trimestres se determinan a partir de la fecha de elegibilidad inicial del individuo. (3) Si, en el transcurso de un período de elegibilidad para Medicaid o CHIP, un beneficiario de Medicaid o CHIP cree que los copagos en un trimestre se han pagado por encima del tope, puede presentar una Solicitud de Reembolso de Copagos, que será evaluada por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). (4) La información sobre el Proceso de Reembolso y sobre la Solicitud está disponible en las oficinas locales del Programa Medicaid, en el sitio web del Programa de Medicaid (<https://www.medicaid.pr.gov/>) y en el sitio web de ASES (<http://www.ases.pr.gov/>). (5) La regla federal que exige límites máximos en copagos no se aplica a nadie que sea elegible bajo el Programa Estatal.

Debe Reportar Cambios

Debe notificar cualquier cambio que pueda afectar su cubierta de salud. Favor de reportar sus cambios y los de otras personas en su núcleo familiar, tales como:

- Si alguien se muda.
- Si los ingresos de alguien cambian.
- Si la composición de su hogar cambia.

Por ejemplo, alguien en su núcleo familiar se casa o se divorcia, queda embarazada, tiene o adopta un hijo.

Para reportar los cambios, llámenos al **1-787-641-4224** (TTY: 1-787-625-6955) o acceda a **www.medicaid.pr.gov**.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

23 - 00047A

Contrato Número

Si No Está de Acuerdo con las Decisiones Informadas en Esta Notificación

Puede apelar nuestras decisiones sobre su cubierta médica. Por ejemplo, puede apelar si está en desacuerdo con la determinación del tamaño del núcleo familiar, los ingresos, la ciudadanía, el estatus migratorio o el domicilio de cualquiera persona. También puede apelar qué tipo de cubierta de salud (Medicaid, CHIP o Estatal) se le otorgó o denegó, o el nivel de costo compartido (deducibles, copagos) requerido, basado en el código de cubierta.

Si tiene una necesidad urgente de atención médica, puede solicitar una apelación expedita (más rápida) para una pronta respuesta. Una necesidad urgente de atención de salud se define como una que podría resultar en un grave daño a la salud de la persona interesada si no se trata pronto. Si solicita una apelación expedita, es posible que deba proporcionar documentación de la necesidad de atención médica urgente.

Para solicitar una apelación, debe presentar la apelación por escrito dentro de los 30 días contados a partir de la fecha de esta notificación (que se encuentra en la parte superior de esta notificación).

La solicitud de apelación se puede hacer: 1) en persona en cualquier oficina local del Programa Medicaid de Puerto Rico; 2) por correo a la siguiente dirección – Programa Medicaid de Puerto Rico, Departamento de Salud, P.O. Box 70184, San Juan, PR 00936-8184; 3) por fax (Fax) a – (787) 759-8361. El plazo que tiene para presentar una apelación expira el 24 de junio de 2021. La determinación en esta notificación será definitiva si usted no apela dentro del plazo de 30 días.

Una vez que solicite una apelación, trataremos de solucionar el desacuerdo por teléfono o personalmente. Si una llamada telefónica o una reunión no solucionan el asunto, usted tiene derecho a una audiencia justa.

Una audiencia es una reunión entre usted, personal del Programa Medicaid de Puerto Rico y un oficial de audiencias. En la audiencia puede explicar por qué no está de acuerdo con la decisión.

Para prepararse para su audiencia, puede:

- Solicitar una copia de su expediente antes de la audiencia.
- Traiga a alguien con usted a la audiencia, como un amigo, pariente o abogado, o venga solo.
- Traiga documentos, información o testigos para explicar su desacuerdo con la decisión.

Si una persona tiene cubierta de salud, y la decisión en esta notificación la elimina o la reduce, puede conservarla durante el periodo de apelación, siempre que la solicitud de apelación se realice dentro de los primeros 10 días a partir del recibo de esta notificación.

Decidiremos su apelación dentro de los 90 días de su solicitud.

ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

23 - 00047H

Sinceramente,
Programa Medicaid de Puerto Rico
Departamento de Salud de PR
P.O. Box 70184
San Juan, PR 00936-8184

Contrato Número
y

Llámenos al 1-787-641-4224 (TTY: 1-787-625-6955). Puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 am a 6:00pm. O acceda a www.medicaid.pr.gov. Si necesita asistencia adicional favor de acudir a la oficina de Medicaid de su preferencia.