



PROGRAMA MEDICAID DE PUERTO RICO PRMP

Proceso de Recertificación 2023-2024
Adiestramiento | Charla

DEPARTAMENTO DE
SALUD



¿Qué es el *Proceso de Recertificación*?

En respuesta a la pandemia del COVID-19, el gobierno federal declaró una **emergencia de salud pública (PHE)** y en marzo de 2020 se aprobó la *Ley de Respuesta al Coronavirus de las Familias Primero* (FFCRA, por sus siglas en inglés).

Esto permitió que los beneficiarios de Medicaid mantuvieran automáticamente su cobertura, aun si su elegibilidad cambiaba debido a la institución de una política de "**inscripción continua**" establecida en la ley.

Como resultado, los estados y Puerto Rico no podían eliminar a las personas de las listas de Medicaid hasta el final de la **emergencia de salud pública (PHE)** de COVID-19.

El 29 de diciembre de 2022, el Congreso aprobó un proyecto de ley de gastos federales que establece el final de la condición de "**inscripción continua**" de la **emergencia de salud pública (PHE)** de COVID-19.

Lo anterior permite que los estados y Puerto Rico comiencen las redeterminaciones de Medicaid (verificaciones de elegibilidad) a principios de abril, incluso si el PHE todavía está vigente.

De acuerdo con la nueva ley federal, el derecho a la "**inscripción continua**" de Medicaid terminó el 30 de abril de 2023 nuestro sistema. En una declaración de política de administración, la Casa Blanca anunció su intención de terminar la **emergencia de salud pública (PHE)** el pasado 11 de mayo de 2023.

¿Qué es el Proceso de Recertificación?

A partir del 1 de abril de 2023, Puerto Rico comenzó a procesar las redeterminaciones de Medicaid y deberán ser completadas en el término de un año para completarlas.

Lo anterior permite realizar desafiliaciones de las personas que ya no cumplen con los requisitos de elegibilidad.

Para realizar dicho proceso, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) requieren que los estados se aseguren de cumplir con las normas federales sobre la realización de renovaciones y se adhieran a ciertas medidas de seguridad, lo cual incluye que se hagan los esfuerzos necesarios para garantizar tener la información de contacto precisa de los beneficiarios y comunicarse con los beneficiarios antes de cualquier acción de desafiliación.

Los beneficiarios continuarán activos y se les notificará el proceso a seguir para cumplir con el requisito de recertificación o reevaluación, así como las advertencias pertinentes en cuanto a la fecha de comienzo o terminación de su elegibilidad.

El Programa de Medicaid de Puerto Rico está trabajando activamente para atender la etapa de redeterminación de elegibilidad comenzó a partir del 1^{ro} de abril de 2023 y las subsiguientes.

Para ello, es importante que la población se prepare para el proceso de renovación y esté atento a los avisos y notificación Programa de Medicaid que sean publicados a través de distintos medios de comunicación y enviados a cada suscriptor de salud estatal.

¿Qué es una **Recertificación**?

Una recertificación es el proceso anual de revisión y actualización de las evidencias de un beneficiario previamente certificado con el propósito de reevaluar los beneficios para un nuevo Periodo de Certificación de 12 meses. Esta ocurre durante los últimos meses del periodo de certificación.

Proceso de Ex parte

Proceso Automáticamente durante la recertificación – Conocido como Ex-Parte



Proceso de Ex parte

- El proceso de Ex Parte se dará **todos los meses** los primeros 10 días (los beneficiarios vencen el último día del mes que le sigue al ex parte).
 - Ejemplo: Ex parte junio-Beneficiarios vencen 31 de julio | Ex parte julio- Beneficiarios vencen 30 de agosto.
- El Ex Parte identificará a los beneficiarios que estén en periodo de recertificación y por medio de las interfases con las agencias locales y federales (intercambio de información sistemática), intentará verificar cada una de las evidencias pendientes de verificación en el caso.
- Todo beneficiario que pase por proceso de Ex Parte satisfactoriamente el sistema actualizará el estatus del Registro de **Recertificación** como **Completado**
- Todo beneficiario que en el proceso Ex Parte resulte inelegible (o) el proceso de Ex parte no fue satisfactorio el sistema le enviará correspondencia que incluye: el **Formulario de Recertificación** y el

Proceso de Ex-Parte- Notificación Renovación Automática

A los beneficiarios que su Recertificación fue Automática por el proceso de Ex parte, les llegará la notificación de **Renovación Automática de Benéficos.**

Notificación de Decisión - Renovación Automática de Beneficios

Evaluamos su elegibilidad verificando que la información que tenemos disponible sigue siendo válida. Determinamos que la elegibilidad para los solicitantes que se muestran a continuación en la sección Resumen de Decisiones de Elegibilidad será renovada. Después del resumen encontrará detalles de los resultados de elegibilidad que pueden continuar en páginas adicionales. Asegúrese de leer ambos lados de cada página.

Este proceso se llevó a cabo utilizando la información incluida en el formulario adjunto, Solicitud de Renovación de Beneficios Médicos. Si la información incluida en el formulario no está actualizada, favor de actualizarlo y enviarlo por correo a la dirección especificada en el mismo.

Resumen de Decisiones de Elegibilidad

Nombre	MPI	Elegibilidad	Fecha de Efectividad	Fecha de Vencimiento
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	XXXXXXXX		DESDE	HASTA

Nombre	MPI	Código Cubierta	Tope de Copagos	MCO/ MAO
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	XXXXXXXX			

Proceso de Ex parte- Notificación de Renovación



You can get this notice in English, or in another way that's best for you. [Call us at 1-787-641-4224](tel:1-787-641-4224) (TTY: 1-787-625-6955).
Usted puede obtener esta notificación en inglés, o en otro formato que sea mejor para usted. Llámenos al [1-787-641-4224](tel:1-787-641-4224) (TTY: 1-787-625-6955).

Número de caso: XXXXXXX
Fecha de la carta: XXXXXXX

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
DIRECCIÓN
DIRRECCIÓN
DIRRECCIÓN

Notificación de Renovación

La elegibilidad para beneficios médicos de los siguientes miembros expirará el **XX de mes de XXXX**.

Nombre del beneficiario	MPI
NOMBRE DEL O LOS BENEFICIARIOS	XXXXXXXX

Complete el formulario de solicitud de Recertificación de Medicaid adjunto y envíelo vía correo postal a la dirección provista en el formulario, el cual debe llegar a nosotros antes del XX de MES de XXXX. Esto nos ayudará a determinar si las personas antes mencionadas serán elegibles para recibir beneficios médicos para un nuevo período.

También puede completar su Solicitud para Recertificación de Medicaid en línea iniciando sesión en su cuenta en PSPMPR. Si aún no tiene cuenta, puede crear una y enviar una solicitud para vincular con el portal su cuenta de beneficios médicos.

Visite PSPMPR en <https://solicitamedicaid.salud.gov.pr/> para comenzar.

Si prefiere renovar en persona, por favor llame a nuestro Centro de Llamadas para programar una cita. Llámenos al [1-787-641-4224](tel: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 se devuelve el formulario de solicitud de renovación de beneficios médicos completado, antes de la fecha mencionada, se cancelarán los beneficios médicos para las personas mencionadas anteriormente.

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

Siempre mantendremos su
información segura y privada.

Todo beneficiario que el proceso de Ex parte no fuera satisfactorio el sistema le enviará correspondencia que incluye: el **Formulario de Recertificación y la Notificación de Renovación**



¿Qué debe hacer el Beneficiario?

El beneficiario debe completar el **Formulario de Recertificación que le llega vía correo postal** y debe entregarlo a Medicaid siguiendo algunas de las opciones disponibles. De lo contrario, nuestro sistema automáticamente creará un **Aviso de Recordatorio De Renovación** y se enviará a través del método preferido de comunicación del beneficiario (Correo Postal o Notificación por correo electrónico si posee una cuenta en el Portal de Servicios del Programa Medicaid).



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud
Programa Medicaid

You can get this notice in English, or in another way that's best for you. Call us at **1-787-641-4224** (TTY: 1-787-625-6955).
Usted puede obtener esta notificación en inglés, o en otro formato que sea mejor para usted. Llámenos al **1-787-641-4224** (TTY: 1-787-625-6955).

Número de caso:
Fecha de la carta:

Solicitud de Recertificación de Medicaid

1. Dirección		
Dirección postal actual:	<input type="checkbox"/> No Cambió	Nueva dirección postal:
Dirección física actual:	<input type="checkbox"/> No Cambió	Nueva dirección física:
Número de teléfono actual:	<input type="checkbox"/> No Cambió	Nuevo número de teléfono:
Dirección correo electrónico actual:	<input type="checkbox"/> No Cambió	Nueva dirección de correo electrónico:
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 1	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR 2	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR 3	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



¿Cómo el Beneficiario debe llenar su Solicitud de Recertificación?

Solicitud de Recertificación de Medicaid

1. Dirección		
Dirección postal actual: El Beneficiario debe validar la dirección postal aquí provista.	<input type="checkbox"/> No Cambió De no tener algún cambio, debe marcar este encasillado.	Nueva dirección postal: De tener algún cambio, debe proveer en este espacio la nueva dirección postal.
Dirección física actual: El Beneficiario debe validar la dirección física aquí provista.	<input type="checkbox"/> No Cambió De no tener algún cambio, debe marcar este encasillado.	Nueva dirección física: De tener algún cambio, debe proveer en este espacio la nueva dirección física.
Número de teléfono actual: El Beneficiario debe validar el número de teléfono aquí provisto.	<input type="checkbox"/> No Cambió De no tener algún cambio, debe marcar este encasillado.	Nuevo número de teléfono: De tener algún cambio, debe proveer en este espacio número de teléfono actual.
Dirección correo electrónico actual: El Beneficiario debe validar la dirección de correo electrónico aquí provisto.	<input type="checkbox"/> No Cambió De no tener algún cambio, debe marcar este encasillado.	Nueva dirección de correo electrónico: De tener algún cambio, debe proveer en este espacio correo electrónico actual.

¿Cómo el Beneficiario debe llenar su **Solicitud de Recertificación?**

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).

¿Cómo el Beneficiario debe llenar su **Solicitud de Recertificación?**

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

¿Cómo el Beneficiario debe llenar su **Solicitud de Recertificación?**

- 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

- 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

¿Cómo el Beneficiario debe llenar su **Solicitud de Recertificación?**

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

¿Cómo el Beneficiario debe llenar su **Solicitud de Recertificación?**

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? (Si/No)	Plan Médico	FICA	Impuesto
Deberá completar esta área.			Deberá completar esta área.		Deberá completar esta área.		

- 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.			Deberá completar esta área.		Deberá completar esta área.

¿Cómo el Beneficiario debe llenar su **Solicitud de Recertificación?**

- 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? ___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

- 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

¿Cómo el Beneficiario debe llenar su **Solicitud de Recertificación?**

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

¿Cómo el Beneficiario debe llenar su **Solicitud de Recertificación?**

- 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.

- 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

¿Cómo el Beneficiario debe llenar su Solicitud de Recertificación?

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.

El beneficiario debe leer los Derechos y Responsabilidades, autorización y certificación y las advertencias legales.

Al final del Documento debe añadir fecha y firma.

¿Cómo el Beneficiario debe llenar su Solicitud de Recertificación?

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

El beneficiario debe leer los Derechos y Responsabilidades, autorización y certificación y las advertencias legales.

Al final del Documento debe añadir fecha y firma.

Solicitud de Recertificación Medicaid
Número de Caso: XXXX
Fecha de Notificación: XXX XX XXX
Página 5 a la 6

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.

¿Cómo el Beneficiario debe llenar su Solicitud de Recertificación?

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.

El beneficiario debe leer los Derechos y Responsabilidades, autorización y certificación y las advertencias legales.

Al final del Documento debe añadir fecha y firma.

Solicitud de Recertificación Medicaid
Número de Caso: XXXX
Fecha de Notificación: XXX XX XXX
Página 6 a la 6

Nombre Impreso

Firma de Miembro del Núcleo Familiar o Representante

Fecha

IMPORTANTE

La Solicitud debe estar con fecha y Firma del Miembro del Núcleo Familiar o Representante.

Documentos que deben acompañar la Solicitud de Beneficios para ser evaluados.

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

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

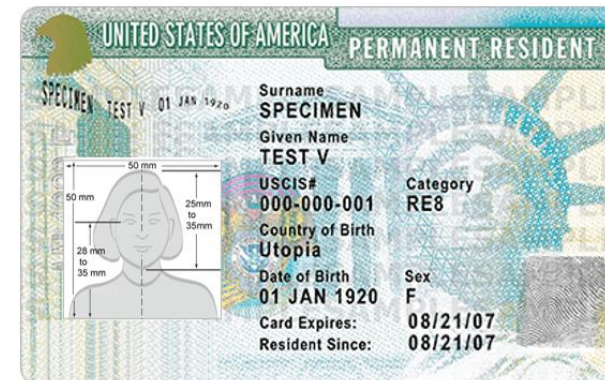
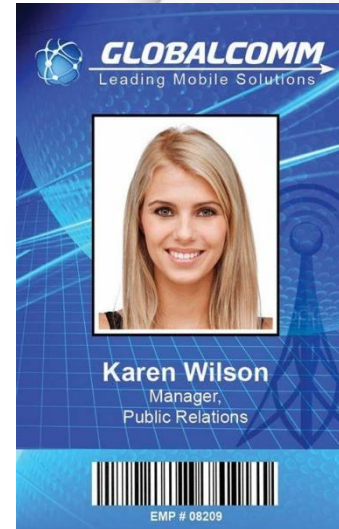
proveer 1 de las siguientes alternativas, según aplique

- 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

Documentos que deben acompañar la Solicitud de Beneficios para ser evaluados.

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.



Documentos que deben acompañar la Solicitud de Beneficios para ser evaluados.

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



LIBERTY CABLEVISION OF PUERTO RICO
PO BOX 192296 SAN JUAN PR 00919-2296
82119900

2602
JUAN DEL PUEBLO
URB ALT DE ATENAS
10 CALLE 25
BAYAMON PR 00956-0000

Resumen de Cargos	
Facturado del 02/06/2023 - 01/07/2023	
Balance Previo	\$97.57
Pagos	\$97.57 CR
Cargos Mensuales	\$89.99
Impuestos y Tarifas	\$7.58
Total a Pagar	\$97.57

Fecha de Facturación: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Número de Cuenta: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Fecha de Vencimiento: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
X

Servicio al Cliente 1(787)355-3535
Disponibles los 7 días | 24 Horas

Para servicio en
URB ALT DE ATENAS
10 CALLE 25
BAYAMON PR 00956

Noticias de Liberty

¡Gracias por Seleccionar Liberty!

Recordatorio:

En nuestro continuo esfuerzo por brindarte una excelente experiencia, hemos transformado el formato de nuestra factura para que sea más moderna, sencilla y fácil de leer.

Síguenos a través de:

GOBIERNO DE PUERTO RICO
Autoridad de Acueductos y Alcantarillados
FOL 8007101, SAN JUAN, PR 00904-0101

Cliente: JOSE ANTONIO LAMOURT MARTIR

Datos de la Cuenta
Clase de servicio: Residencial
Diámetro del contador: 5/8"
Porción: 13
Días de consumo facturado: 32

13 AVE. Luis Raul
LAS MARIAS PR 00670-2016

Centro Servicio al Cliente / 787-805-2482
www.acueductospr.com

NÚMERO DE CUENTA:
FECHA DE FACTURA: 05/18/2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 06/08/2023
TOTAL A PAGAR: \$261.68
CANTIDAD ENVIADA: \$

Recuerden que también pueden realizar su pago, ya sea parcial o total, en cualquier localidad que acepten pagos de la AAA.

00022737 970 & 0000026168 5

TALÓN DE PAGO - DESPRENDA POR ESTA PERFORACIÓN

PRIMERA FACTURA

Periodo de consumo hasta: 05/18/2023
NÚMERO DE FACTURA: 3294411712156
CLIENTE:
DIRECCIÓN: CARR 123 K 9 HA
RD MARAVILLA SUR
LAS MARIAS PR 00670

Contador	Fecha Lect. Anterior	Fecha Lect. Actual	Consumo	Consumo Facturado
0316/2023	1492	05/18/2023	1553	61 m3 L 30.5 m3

NÚMERO DE CUENTA:
FECHA DE FACTURA: 05/18/2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 06/08/2023

L Significa Consumo por Lectura Real
Un metro cúbico equivale a 264.172 galones / Su consumo en galones es: 5,057.25

RESUMEN DE CARGOS CORRIENTES

CARGOS POR AGUA:	\$65.11
CARGOS POR ALCANTARILLADO:	\$71.95
CARGO FIJO:	\$0.00
TOTAL CARGOS CORRIENTES:	\$137.06

* Cumplimiento Ambiental y Regulatorio / Gestión Sostenible

CARGOS / CRÉDITOS IMPORTE

Balance Anterior	\$54.82
Pagos	\$150.00 CR
Cargos Corrientes	\$137.06
Balance Actual	\$261.68

DETALLES DE CARGOS CORRIENTES-TARIFA ACTUAL

Concepto	Cantidad	Tarifa	Total
Carga Agua	12.50	\$5.21	\$65.13
Alcantarillado	2.34	\$30.70	\$71.95
Alcantarillado	0.00	\$0.00	\$0.00
Alcantarillado	0.00	\$0.00	\$0.00
TOTAL	20.30	\$137.06	

Metrica Cubicos

TOTAL A PAGAR: \$261.68

QUÉ PASA POR LA OBLIGACIÓN DE CARGOS POR DEPOSITO DE LA LEY 30 DEL 27 DE ABRIL DE 1985 SEGUN ENVIADA, TIENE 30 DIAS HASTA LA FECHA DE VENCIMIENTO PARA PAGAR EL CREDITO Y SOLICITAR UNA INVESTIGACION COMO CUALQUIER CARGO QUE NO HAYA SIDO FACTURADO PREVIAMENTE. SI NO PAGA NI UTILIZA EL PROCEDIMIENTO DE LA OBLIGACION DE CARGOS, EL SERVIDOR PODRA SER SUSPENDIDO Y PODRA SER SUSPENDIDO EN CUALQUIER MOMENTO.

L - Lectura, T - Retenidos, V - Ajustes



Documentos que deben acompañar la Solicitud de Beneficios para ser evaluados.

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*)



N-550 (current, 2010 version)



Documentos que deben acompañar la Solicitud de Beneficios para ser evaluados.

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



22222	a Employee's social security number	OMB No. 1545-0008
b Employer identification number (EIN)		1 Wages, tips, other compensation
c Employer's name, address, and ZIP code		2 Federal income tax withheld
d Control number		3 Social security wages
e Employee's first name and initial		4 Social security tax withheld
Last name		5 Medicare wages and tips
Suff.		6 Medicare tax withheld
11 Nonqualified plans		7 Social security tips
12a		8 Allocated tips
12b		9
12c		10 Dependent care benefits
12d		
13 Statutory employee		
Retirement plan		
Third party sick pay		
14 Other		

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION

Date: March 14, 2023
BNCH: REF: A

AVE Luis Raul
BZN 11
ISABELA PR 00662-####

You asked us for information from your record. The information that you requested is shown below. If you want anyone else to have this information, you may send them this letter.

Information About Current Social Security Benefits

Beginning December 2022, the full monthly Social Security benefit before any deductions is.....\$ 392.00

We deduct \$0.00 for medical insurance premiums each month.

The regular monthly Social Security payment is.....\$ 392.00 (We must round down to the whole dollar.)

Social Security benefits for a given month are paid the following month. (For example, Social Security benefits for March are paid in April.)

Your Social Security benefits are paid on or about the third Wednesday of each month.

Medicare Information

You are entitled to hospital insurance under Medicare beginning September 2019.

You are entitled to medical insurance under Medicare beginning September 2019.

Your Medicare number is 9T94-UP4-VR71. You may use this number to get medical services while waiting for your Medicare card.

If you have any questions, please log into Medicare.gov, or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Type of Social Security Benefit Information

You are entitled to monthly retirement benefits.

Form 990-SS (2017) 20

Income Tax Return for Exempt Businesses under the Puerto Rico Incentives Programs

Tourism Development

Employer's Name: Department of State Registry No. Industrial Code: Municipal Code: Zip Code: Location of Principal Industry or Business - Number, Street and Country: Telephone Number - Extension: City, State, ZIP+4: Date incorporated: 2018 Return: 2019 Return: E-mail Address (If a Contact Person):

1. Tax liability: a) Schedule L Incentives, Part II, line 11: (04) (05) b) Schedule Z Incentives, Part II, line 5: (06) (07) c) Schedule P Incentives, Part II, line 15: (08) (09) d) Total (Add lines 11a through 15c): (10) (11)

2. Less: a) Tax withheld at source: (02) (03) b) Current year estimated tax payments: (04) (05) c) Excess from previous years not included on line 2b): (06) (07) d) Tax withheld on partners distributable share from partnerships and special partnerships: (08) (09) e) Amount paid with automatic extension of time or with original return: (10) (11) f) Tax withheld for professional services (Form 480-69): (12) (13) g) Tax withheld at source on eligible interest: (14) (15) h) Total payments (Add lines 2a) through 2g): (16) (17)

3. Balance tax due (line 10) less (greater than) line 2h): (18) (19)

4. Addition to the Tax for Failure to Pay Estimated Tax (Schedule T Incentives, Part II, line 21): (20) (21)

5. Excess of tax withheld or paid (See instructions): (22) (23)

6. Amount paid with this return (Add lines 2b) and 4 less line 5): (24) (25)

7. Amount overpaid to be credited to estimated tax for 2019: (26) (27)

8. Contribution to the San Juan Sky Estuary Special Fund: (28) (29)

9. Contribution to the Special Fund for the University of Puerto Rico: (30) (31)

10. Amount to be refunded: (32) (33)

GAIN

We, the undersigned, president (or vice-president, or other principal officer) and treasurer (or assistant treasurer), or agent of the corporation for which this income tax return is made, each for himself declare under penalty of perjury that this return (including schedules and statements attached) has been examined by us, and to the best of our knowledge and belief, is a true, correct, and complete return, made in good faith, pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended, and the Regulations thereunder.

President or vice-president's signature: Agent: Treasurer or assistant treasurer's signature:

SPECIALIST'S USE ONLY

I prepare under penalty of perjury that the return (including schedules and statements attached) has been examined by me, and to the best of my knowledge and belief is a true, correct, and complete return. The declaration of the person who prepares this return is with respect to the information received, and this information may be verified.

Specialist's name (Print): Registration number: Date: City name: Self-employed operator: Specialist's signature: Address: Zip code:

NOTE TO TAXPAYER: Indicate if you made payments for the preparation of your return: Yes No If you answered "Yes," require the Specialist's signature and registration number. Retention Period: Ten (10) years

ZIP code: ID number: 16 State wages, tips, etc.: 17 State income tax: 18 Local wages, tips, etc.: 19 Local income tax: 20 Locality name:

Income and Tax Statement 2022 Department of the Treasury—Internal Revenue Service

File and Local Tax Department

Documentos que deben acompañar la Solicitud de Beneficios para ser evaluados.

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

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.

Documentos que deben acompañar la Solicitud de Beneficios para ser evaluados.

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



Documentos que deben acompañar la Solicitud de Beneficios para ser evaluados.

6. Ingresos del mes corriente y de los 2 meses anteriores (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

GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Desarrollo Socioeconómico de la Familia
 Departamento de la Familia

CERTIFICACIÓN PARTICIPANTE DE BENEFICIOS

FECHA: 31 de mayo de 2023
 NOMBRE DEL PARTICIPANTE:
 NÚMERO DE CASO: XXX-XX-3461
 DIRECCIÓN: 11 AVE. LUIS RAUL
 ISABELA, P.R. 00662
 OFICINA LOCAL / CENTRO DE SERVICIOS INTEGRADOS: ISABELA

Certificamos que la persona en referencia y su familia:

Reciben beneficios de:

Beneficio	Núcleo	Fecha	Ingresos	Otros	Recursos	
						Mensual
M PAN:	\$ 575.00	5	01/Dic/2023	\$ 1908	\$ 651	\$ 994
LTANF:	\$ 0.00	0	N/A	\$ 0	\$ 0	\$ 0

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), por sus siglas en inglés prohíbe la discriminación contra clientes, empleados, y personas por rasgo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y según corresponda por convicciones políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia nutricional pública, por información genética protegida de empleo, como de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento (he todos los criterios prohibidos se aplican a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del Programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form en http://www.usda.gov/complaints_filing_civil.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja o carta por correo postal al U.S. Department of Agriculture, Director/Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410; por fax al (202) 895-1442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Las personas sordas o con discapacidad auditiva, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8338 o (800) 845-6136 en español. El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

ADVERTENCIA: Cualquier alteración anula este documento y conlleva violación al artículo 292 del Código Penal.

Certificado válido hasta: 29 de junio de 2023

Número de Certificado: 1526666510

871 Departamento de Salud
 Centro Médico
 Antígono Hospital Psiquiátrico
 Río Piedras, PR. 00930

Grupo de Pago: SM - Quotidian
 Fecha: 06/15/2023
 Fecha Anál: 02/15/2023

PAZ M VIENTOS SANTIAGO
 JARDINES SAN ANTONIO
 CALLE 2467
 AGUADILLA, PR. 00660-1245
 SS: 281-423461

Emplead: 594025463
 Legat: Isabela
 Trasl: OFICINISTA II
 Rndat: \$1,269.32 Monthly

DATA EMP: Federal PR
 Estado Civil: Casado/a
 Pnt. Adm: 0
 Mntent: Mantent: 0
 Cnt. Adm: 1

INGRESOS				DEDUCCIONES			
Descripción	Saldo	Corriente	Acumulado	Descripción	Corriente	Acumulado	
Pago de Salario Regular	954.77	724.02	1,518.00	Ret FICA Inst Hospital for F	15.25	107.61	
Licencia de Maternidad	0.00	34.27	399.18	Ret OASDI Disability - FE	59.16	714.52	
Licencia Regular	0.00	97.50	1,117.20	PR Withholding	9.29	62.26	
Pago Incentivo Externos	0.00	0.00	0.00				
Total:	954.77	855.79	1,518.00	Total:	83.70	863.39	

DEDUCCIONES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripción	Corriente	Acumulado	Descripción	Corriente	Acumulado
SM-Reg Insur Obligatorio	2.33	20.97	FEED Disability Plan	31.96	252.33
AD-Anc-Emp-El-A-Pret Regular	120.62	1,228.36	SM-Fire Medical Health Plan	6.00	600.00
SM-Fire Medical Health Plan	24.88	232.92			
SC-TREASURY VISTA INC	18.13	169.17			
OS-UST-DIVISION EMP PUBLICOS	8.66	77.94			
Ahorro-ABELA	26.63	255.57			
Total:	181.10	724.02	Total:	318.25	1,850.15

TOTAL BRUTO	BRUTO TRIBUT. FED.	TOTAL IMPORTE	DEDUCCIONES TOTALES	PAGA NETA
954.77	0.00	954.77	83.70	871.07
Acumulado:	0.00	954.77	726.17	2,004.96

La balanza de beneficios correspondiente al período de:

MEMORIAL:

Departamento de Salud
 Centro Médico
 Antígono Hospital Psiquiátrico
 Río Piedras, PR. 00930

Fecha: 06/15/2023

Aviso No: 7762894

Cant. Depositar: \$572.04

A la Cuenta(s) De: SOL M VIENTOS SANTIAGO
 JARDINES SAN ANTONIO
 CALLE 2467
 AGUADILLA, PR. 00660-1245
 Localización: Isabela

DISTRIBUCIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO
 Tipo de Cuenta: Negativo En Cuenta
 Chequing: XXXXXXXXXXXXXXXX
 Total: \$724.04

NO-NEGOCIABLE

GOBIERNO DE PUERTO RICO
 DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS

CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA
 Información al Trabajador sobre Reclamación de Seguro por Desempleo

Fecha: 1/4/2018
 Seguro Social:
 Nombre: Este número de seguro social no está en nuestros archivos
 Dirección:

De acuerdo a su solicitud se certifica:

1. Radicó solicitud de Beneficio por Desempleo y resultó elegible a un beneficio semanal de \$ 0.00
 A la fecha de esta certificación:
 - A. Agotó sus beneficios
 - B. Descalificado hasta
 - C. Última semana reclama
 - D. Ha recibido beneficios por semanas
2. Radicó solicitud de beneficio el y fue determinado inelegible
3. No existe solicitud de beneficios por desempleo para este seguro social - La Certificación es Negativa
4. Otras:

X

ESTE DOCUMENTO ES EMITIDO ELECTRONICAMENTE
ADVERTENCIA: Cualquier alteración anula el documento y conlleva violación al artículo 292 del Código Penal de Puerto Rico.

Documentos que deben acompañar la Solicitud de Beneficios para ser evaluados.

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.

BANCO POPULAR DE PUERTO RICO
P.O. BOX 952708
SAN JUAN PR 00936-2708

BANCO POPULAR.

11 AVE Luis Raul
ISABELA PR. 00662

ACCESO POPULAR

53202

Este estado cubre sus transacciones después del 24 de marzo de 2023 hasta el 25 de abril de 2023. Página 1

CHEQUES

INFORMACIÓN DE BALANCE

Balance inicial	+ Créditos	- Cheques/Débitos	- Cargos	= Balance final
709.16	4,388.07	1,587.94	2.00	3,507.29

CRÉDITOS REGULARES Y ELECTRÓNICOS

Fecha	Descripción	Cantidad	Fecha	Descripción	Cantidad
03-28	Depósito EFT	2,965.00	04-13	Depósito EFT	572.03
03-29	Depósito EFT	572.04	04-19	Depósito EFT	259.00

DÉBITOS REGULARES Y ELECTRÓNICOS

Fecha	Descripción	Cantidad	Fecha	Descripción	Cantidad

Aviso: Véase información importante al final de este estado.

Documentos que deben acompañar la Solicitud de Beneficios para ser evaluados.

8. Seguro y/o Plan Médico

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



Opciones para que los **Beneficiario** **Completen la recertificación**

1

Beneficiario puede completar la **Solicitud de Recertificación** en papel y presentarla a una oficina local de Medicaid acompañado de los documentos requeridos.

2

Beneficiario puede asistir a la oficina local y solicitar una entrevista presencial para completar el proceso de recertificación acompañado de los documentos requeridos. .

3

Beneficiario puede completar la **Solicitud de Recertificación** en papel y enviarla por correo postal acompañado de los documentos requeridos. .

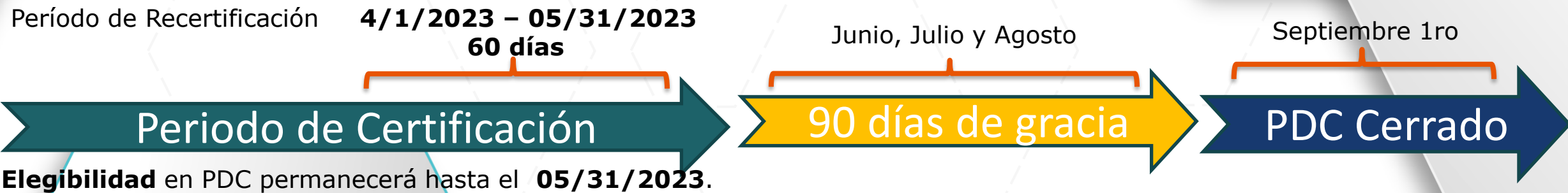
4

Beneficiario puede completar la **Solicitud de Recertificación** a través del Portal del Ciudadano y cargar los documentos requeridos.

¿Qué Sucede si el Beneficiario **No Completa el Proceso en el periodo correspondiente?**

De no entregar la **Solicitud de Recertificación o no acudir a la oficina local** previo a la fecha de terminación del periodo de certificación, nuestro sistema cerrará el caso con fecha de efectividad al próximo día del cual culmine el periodo de los 90 días de gracia. La elegibilidad se reflejará en el PDC hasta la fecha de vencimiento del Periodo de Certificación. El PDC permanecerá activo hasta el final de los 90 días de gracia. **Dentro de los 90 días del periodo de gracias los beneficiarios no tienen elegibilidad.**

Ejemplo:



Orientación a Nuestros Beneficiarios

- Los beneficiarios se dividieron en bloques entre los meses de abril 2023 hasta abril 2024.
- Para poder realizar el proceso de recertificación el beneficiario debe estar en su periodo de recertificación (bloque).
- El beneficiario puede realizar su proceso de recertificación 45 días antes de la finalización de elegibilidad.

Los beneficiarios pueden verificar su finalización de elegibilidad:

1. Llamando a nuestro Centro de Llamadas 787-641-4224.
2. Puede pasar por cualquiera de nuestras oficinas locales.
3. Accediendo a nuestra pagina de internet <https://www.medicaid.pr.gov/>, seleccionar Verificar mi Elegibilidad.



PROGRAMA MEDICAID DE PUERTO RICO

VERIFICAR MI ELEGIBILIDAD

Proceso de Recertificación 2023-2024

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Verificar Elegibilidad

Acceder a nuestra página www.medicaid.pr.gov.

The screenshot shows the Medicaid website interface. At the top, there is a navigation bar with the following links: Inicio, PEP, Elegibilidad, Programa Medicaid, Preguntas Frecuentes, Contacto, and Language. Below the navigation bar, there is a main content area with a large white box titled "Documentos requeridos". This box contains two sections: "5. EDAD" and "6. INGRESOS DEL MES CORRIENTE Y DE LOS 2 MESES ANTERIORES (SI APLICA)".

Documentos requeridos

5. EDAD
a. proveer 1 de las siguientes alternativas, según aplique

- 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 Y DE LOS 2 MESES ANTERIORES (SI APLICA)
a. proveer 1 de las siguientes alternativas, según aplique

- Salario/sueldo - talonarios
- Evidencia de ingresos por pensión alimentaria
- Seguro Social, retiro, veterano, militar, Fondo del Seguro del Estado
- Ayuda recibida de familiar
- Beneficio de Seguro por Desempleo

*Nota: Puede ser que se le requiera algún documento o información adicional a los aquí indicados.

At the bottom right of the white box is the logo for the Department of Health (DEPARTAMENTO DE SALUD).

To the right of the white box is a vertical menu with the following options:

- Solicita MEDICAID
- Guía Portal Ciudadano
- Verificar mi Elegibilidad (highlighted with a red box)
- COVID19
- Oficinas
- Copago

Seleccionar Verificar mi Elegibilidad.

Verificar Elegibilidad

Acceder a nuestra página www.medicaid.pr.gov.

Consultar mi elegibilidad

Por favor, proveanos la siguiente información para poder realizar la búsqueda de su record

MPI:

SSN:

Fecha de Nacimiento:

Provea MPI. Provea SSN. Provea Fecha de Nacimiento

Debe llenar los encasillados con la información solicitada.

MPI: Puede encontrarlo en la tarjeta del plan medico.

SSN: Seguro Social

Fecha de Nacimiento: Dia-Mes-Año

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Verificar Elegibilidad

Acceder a nuestra página www.medicaid.pr.gov.

Consultar mi Elegibilidad

Por favor, proveanos la siguiente información para poder realizar la búsqueda de su expediente

MPI:

Últimos 4 de su SSN:

Fecha de Nacimiento:

Su elegibilidad con el Programa Medicaid continua activa hasta **30/06/2023**. Usted puede comenzar el proceso de renovación de beneficios 45 días antes de su fecha de finalización de elegibilidad, usted estará recibiendo correspondencia vía correo postal con la Solicitud de Recertificación para ser completada.

[Ayuda](#) [Cerrar](#) [Aceptar](#)

-Una vez entrado los datos correctamente le aparecerá la fecha de finalización de su elegibilidad.

-Si la elegibilidad continua activa el mensaje sale en color verde.

-Botón de ayuda al seleccionarlo indica las opciones para comenzar el proceso de recertificación.

Verificar Elegibilidad

Consultar mi Elegibilidad

Por favor, proveanos la siguiente información para poder realizar la búsqueda de su expediente

Opciones para que el beneficiario pueda completar el proceso de renovación de beneficios.

1. Completar la Solicitud de Recertificación a través del Portal del Ciudadano "<https://prod-ua.preeservices.com/>" y someter los documentos requeridos.
2. Completar la Solicitud de Recertificación y enviarla por correo postal junto a los documentos requeridos.
 - a. **Dirección Postal:**
Programa Medicaid
Departamento de Salud
P.O. Box 70184
San Juan, PR 00936-8184
3. Completar la Solicitud de Recertificación y llevarla a una oficina local de Medicaid junto con los documentos requeridos.
 - a. En la oficina Local deberá hacer fila y esperar a que le revisen los documentos y le hagan entrega de recibo.
4. Coordinar una cita con nuestro Centro de Llamadas y utilizar la entrevista presencial para completar el proceso de recertificación y llevar los documentos requeridos.

Programa Medicaid continua activa puede comenzar el proceso de 45 días antes de su fecha de caducidad, usted estará recibiendo correo postal con la Solicitud de recertificación para ser completada.

Ayuda **Cerrar** **Aceptar**

-Botón de ayuda al seleccionarlo indica las opciones para comenzar el proceso de recertificación.

Verificar Elegibilidad

Consultar mi Elegibilidad

Por favor, proveanos la siguiente información para poder realizar la búsqueda de su expediente

MPI:

Últimos 4 de su SSN:

Fecha de Nacimiento:

Su elegibilidad con el Programa Medicaid finalizó el **30/04/2023**. Le recomendamos que llame a nuestro Centro de Llamadas (787) 641-4224 para coordinar una cita. Su caso permanecerá abierto hasta 29/07/2023 aunque actualmente ya usted no posee cubierta.


[Ayuda](#) [Cerrar](#) [Aceptar](#)

-Una vez entrado los datos correctamente le aparecerá la fecha de finalización de su elegibilidad.


-Si la elegibilidad finalizó le realizamos recomendación que llame a nuestro centro de llamadas y realice una cita.

-Botón de ayuda al seleccionarlo indica las opciones para comenzar el proceso de recertificación.


¿Cómo nos pueden ayudar?



Orientando a los Beneficiarios del proceso de Recertificación.



Ayudando a los Beneficiarios a Llenar el **Formulario o Solicitud de Recertificación**, en todas sus partes.



Asegurando que el Beneficiario tenga disponible todos los documentos requeridos para evitar retrasos en el proceso.

¿Cómo nos pueden ayudar?

Orientación a través de Redes Sociales



PROGRAMA MEDICAID

¿CAMBIASTE DE RESIDENCIA?

Actualiza tu información,
llama al **787-641-4224**,
Lunes a viernes
8:00 a.m. – 6:00 p.m.

Medicaid te enviará correspondencia con la solicitud de recertificación de beneficiario.

DEPARTAMENTO DE **SALUD**



Beneficiario del Plan Vital y Medicare Platino

LO QUE DEBES SABER SOBRE EL PROCESO DE RECERTIFICACIÓN

Solicita MEDICAID

COVID19

Oficinas

Copago

Nuestros servicios institucionales



Comienza tu recertificación aquí

BENEFICIARIO DEL PLAN VITAL Y MEDICARE PLATINO, TU CUBIERTA PODRÍA CAMBIAR

DEPARTAMENTO DE **SALUD**



¿Cómo nos pueden ayudar?

Orientación a través de Redes Sociales



PROGRAMA
MEDICAID

**¿MÁS DE UN AÑO
SIN RECIBIR
CARTAS DE MEDICAID?**

Actualiza tu información,
llama al **787-641-4224**,
Lunes a viernes 8:00 a.m. – 6:00 p.m.

Medicaid te enviará
correspondencia con la solicitud
de recertificación de beneficiario.

DEPARTAMENTO DE
SALUD



PROGRAMA
MEDICAID

**¿TU INGRESO
CAMBIÓ?**

Actualiza tu información,
llama al **787-641-4224**,
Lunes a viernes
8:00 a.m. – 6:00 p.m.

Medicaid te enviará
correspondencia con la solicitud
de recertificación de beneficiario.

DEPARTAMENTO DE
SALUD



¿Cómo nos pueden ayudar?

Orientación a través de Redes Sociales

PROGRAMA
MEDICAID



¿CAMBIASTE DE DIRECCIÓN POSTAL?

Actualiza tu información,
llama al **787-641-4224**,
Lunes a viernes 8:00 a.m. – 6:00 p.m.

Medicaid te enviará
correspondencia con la solicitud
de recertificación de beneficiario.

DEPARTAMENTO DE
SALUD



PROGRAMA
MEDICAID

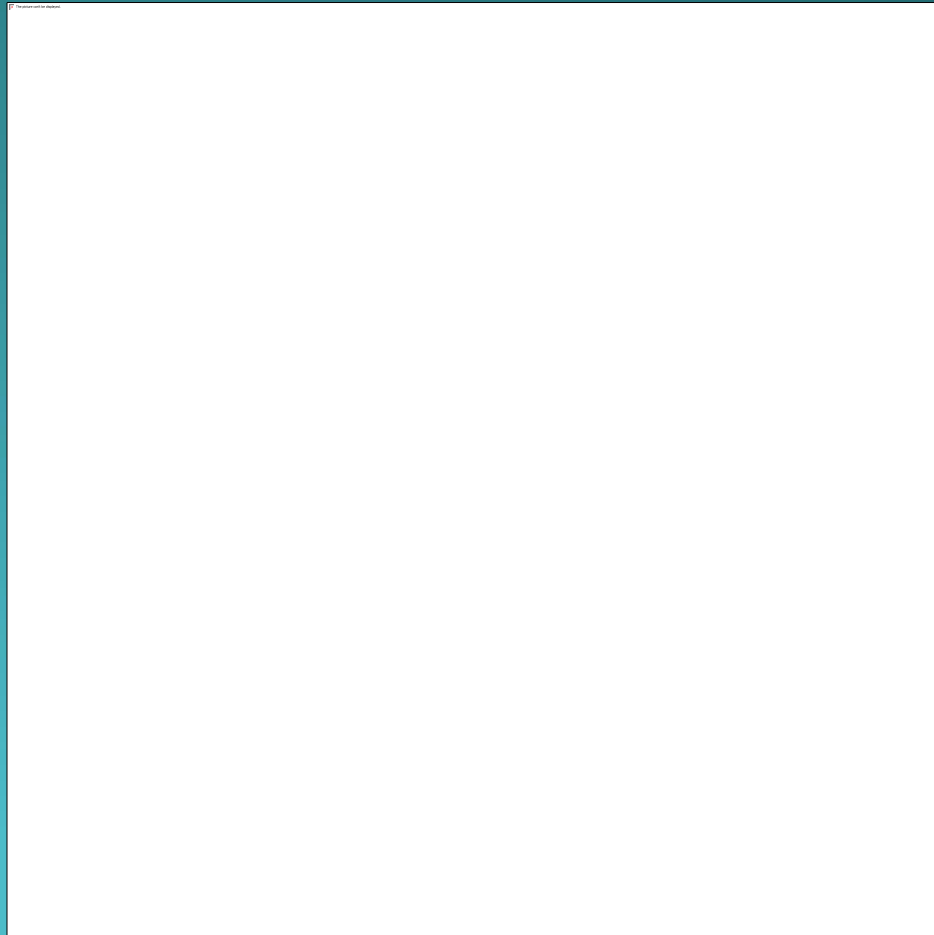
¿CAMBIASTE DE TU DIRECCIÓN FÍSICA?

Actualiza tu información,
llama al **787-641-4224**,
Lunes a viernes 8:00 a.m. – 6:00 p.m.



¿Cómo nos pueden ayudar?

Orientación a través de Redes Sociales



ATENCIÓN BENEFICARIO DEL PLAN VITAL Y MEDICARE PLATINO,

Tienes **4 alternativas** para completar
el proceso de recertificación.

Completa tu solicitud de
recertificación a través de:

- 1** Entra al portal del ciudadano:
www.medicaid.pr.gov
- 2** Llévala a la oficina local de Medicaid junto a los documentos requeridos
- 3** Envíala a través del correo postal acompañado de la documentación requerida a:
Programa Medicaid
Departamento de Salud
P.O. Box 70184
San Juan, PR 00936-8184
- 4** Coordina tu cita a través del centro de llamada y completa el proceso de recertificación de manera presencial. El número del centro de llamada es **787-641-4224**.

PROGRAMA
MEDICAID



DEPARTAMENTO DE
SALUD



DEPARTAMENTO DE
SALUD



¿Cómo nos pueden ayudar?

Personal repartiendo Opúsculo informativo en oficinas u otros.

OPCIONES PARA QUE EL BENEFICIARIO PUEDA COMPLETAR PROCESO DE RECERTIFICACIÓN

- Completar la Solicitud de Recertificación a través del Portal del Ciudadano.
- Completar la Solicitud de Recertificación y enviarla por correo postal.
- Completar la Solicitud de Recertificación y llevarla a una oficina local de Medicaid.
- Coordinar una cita con nuestro Centro de Llamadas y utilizar la entrevista presencial para completar el proceso de recertificación.

Preguntas en Solicitud de Recertificación de Medicaid

- ✓ Dirección
- ✓ Postal
- ✓ Física
- ✓ Número de teléfono actual
- ✓ Dirección de correo electrónico actual
- ✓ Miembros del núcleo familiar
- ✓ Plan médico privado
- ✓ Recursos
- ✓ Ingreso ganado del núcleo familiar.
- ✓ Ingreso no ganado del núcleo familiar.

Ejemplo de Solicitud de Recertificación:



COORDINA TU CITA:

Centro de Llamadas
(787) 641-4224
TTY/TDD; (787) 625-6955

(asistencia para personas con discapacidad auditiva)

Lunes a Viernes
8:00 a.m. – 6:00 p.m.

Para más detalles:



DEPARTAMENTO DE
SALUD



PROGRAMA
MEDICAID

LO QUE DEBES SABER SOBRE EL PROCESO DE RECERTIFICACIÓN

Beneficiario del Plan Vital
y Medicare Platino

CULMINACIÓN DE EXTENSIÓN DE EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA

La extensión a la Declaración de Emergencia de Salud Pública (PHE), a raíz de la pandemia del COVID-19, finaliza el próximo 11 de mayo de 2023.

Desde el 1ro de abril de 2023, iniciamos con el proceso de recertificación de todos nuestros beneficiarios adscritos al Programa Medicaid de PR. Usted recibirá una Solicitud de Recertificación, por correo postal, y deberá coordinar una cita, por lo cual debe comunicarse al Centro de Llamadas, a través del tel. (787) 641-4224

TTY/TDD; (787) 625-6955 (asistencia para personas con discapacidad auditiva).

¿EN QUÉ CONSISTE LA RECERTIFICACIÓN?

Una recertificación es el proceso de revisión o actualización de las evidencias de los beneficiarios, que ya cuentan con el beneficio del Plan Vital y Medicare.

¿QUÉ DEBE HACER EL BENEFICIARIO?

1. Completar la Solicitud de Recertificación, que recibirá vía correo postal
2. Presentar documentos requeridos.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA RECERTIFICACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN CON FOTO

- a. 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

- a. proveer 1 de las siguientes alternativas, según aplique
 - Factura de agua, luz, teléfono, televisión por cable
 - 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, en la que aparezca la dirección residencial
 - Contrato de alquiler y/o carta de arrendador
 - Talonario
 - Planilla de Contribución sobre Ingresos

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

- a. 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

- a. 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 Y DE LOS 2 MESES ANTERIORES (SI APLICA)

- a. proveer 1 de las siguientes alternativas según aplique
 - Salario/sueldo - talonarios
 - Evidencia de ingresos por pensión alimentaria
 - Seguro Social, retiro, veterano, militar, Fondo del Seguro del Estado
 - Ayuda recibida de familiar
 - Beneficio de Seguro por Desempleo

7. RECURSOS

- a. 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 de azar: lotería, hipódromo, otros
 - 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.

Contactos

Roselyn Rosario Ayala- Coordinación de Adiestramientos | Adiestramiento | Actividades Regionales

roselyn.rosario@salud.pr.gov

787-765-2929 ext.6736

Deborah Del Mar Santiago-Santos- Oficina de Adiestramiento | Coordinación | Adiestramiento | Actividades Regionales

deborah.santiago@salud.pr.gov

787-765-2929 ext. 6749

Roberto Serrano Pagán-Coordinador de Ferias de Salud

roserrano@salud.pr.gov

787-765-2929 ext. 6715

DEPARTAMENTO DE
SALUD



¡GRACIAS !

¡JUNTOS
LOGRAREMOS
RECERTIFICAR A
NUESTRO
PUEBLO!