

Nombre de la agencia de servicios

Dirección

PRIMA DEL MES DE GRACIA DE MINNESOTACARE

Fecha y hora

Nombre del solicitante

Dirección

Número de caso:

Fecha de vencimiento:

AHORA

Monto adeudado actualmente: Monto total adeudado:

\$0.00

\$0.00

Miembros de MinnesotaCare: Nombre del afiliado

Mes de cobertura

Mes/Año

Monto de la prima

\$0.00

Fecha de vencimiento

AHORA

Monto pagado

\$0.00

Saldo adeudado

\$0.00

No recibimos el pago de la prima de MinnesotaCare correspondiente a la cobertura de MES. Está en un mes de gracia y tendrá cobertura hasta fin de MES. Si recibimos el pago completo antes del mediodía del último día hábil de MES, la cobertura continuará. Si no recibimos el pago completo de la prima antes del último día hábil del mes, su cobertura finalizará al fin de MES y tendrá una brecha en la cobertura. Si su cobertura finaliza, la cobertura comenzará nuevamente el primer día del mes después de que pague la prima del mes de gracia y una prima para un mes futuro de cobertura. Consulte el párrafo (d) de la subdivisión 3 de la sección 256L.06 de los Estatutos de Minnesota.

Llame al Servicio de Atención al Consumidor de Atención Médica del DHS si tiene preguntas sobre su prima de MinnesotaCare. Teléfono: Área metropolitana: 651-297-3862 Fuera del estado: 800-657-3672

Prima del mes de gracia

Nombre del afiliado

MinnesotaCare
PO BOX 64834

ST. PAUL, MN 55164-0834

Consulte la página siguiente para conocer las opciones de pago ==>

Número de caso:

Número de trabajador:

Número de factura:

Monto adeudado: \$

Fecha de vencimiento del pago: AHORA

Haga los cheques a nombre de MinnesotaCare.

Monto pagado:

\$



Si desea recibir formatos **accesibles** de esta información o **asistencia** con acceso igualitario adicional a servicios **humanos**, escriba a DHS.info@state.mn.us, llame al **800-657-3739** o utilice su servicio de retransmisión **preferido**.

Inicio de su cobertura

Debemos recibir el pago de su prima antes del mediodía del último día hábil de un mes para que su cobertura comience el primer día del siguiente mes. Consulte la subdivisión 3 de la sección 256L.05 de los Estatutos de Minnesota.

Continuación de su cobertura

Una vez que comience su cobertura de MinnesotaCare, recibirá una factura todos los meses. Su prima de MinnesotaCare vence el día 15 de cada mes. Si no paga su prima antes del mediodía del último día hábil del mes, su cobertura continuará durante un mes adicional. Este es un mes de gracia. Debe pagar la prima vencida en su totalidad antes del mediodía del último día hábil del mes de gracia para que su cobertura continúe. Si no recibimos su pago antes del mediodía del último día hábil del mes de gracia, su cobertura finalizará el último día del mes de gracia. Consulte el párrafo (d) de la subdivisión 3 de la sección 256L.06 de los Estatutos de Minnesota.

Si el banco le devuelve el cheque sin pagar, no ha pagado su prima. Debe reemplazar el cheque devuelto con un cheque de caja, un giro postal o dinero en efectivo. Los pagos en efectivo solo se pueden realizar en persona. No envíe dinero en efectivo por correo. Consulte el párrafo (b) de la subdivisión 3 de la sección 256L.06 de los Estatutos de Minnesota.

Miembros que no están obligados a pagar una prima

A ciertos miembros de MinnesotaCare no se les cobran primas. Entre ellos se incluyen los siguientes:

- personas en un hogar con ingresos inferiores al 35 por ciento del límite federal de pobreza
- miembros de las fuerzas armadas que se vuelven elegibles para MinnesotaCare dentro de los 24 meses posteriores a completar el servicio activo, y sus hogares. Estos miembros de MinnesotaCare no pagan primas durante 12 meses
- indígenas estadounidenses y nativos de Alaska y sus hogares
- menores de 21 años

Cómo pagar su prima de MinnesotaCare

Puede pagar en línea, por teléfono, por correo o en persona.

1. En línea: <http://payments.dhs.state.mn.us>. Las formas de pago aceptables son tarjeta de crédito (VISA y MasterCard), tarjeta de débito o cheque electrónico.
2. Por teléfono: llame al 800-657-3672 y seleccione la opción correcta en el menú del teléfono. Las formas de pago aceptables son tarjeta de crédito (VISA, MasterCard o Discover), tarjeta de débito o cheque electrónico.
3. Por correo: envíe un cheque o giro postal y el comprobante de pago adjunto, utilizando el sobre con su dirección que se incluye con su factura. Escriba su número de caso en su cheque o giro postal.
4. En persona: traiga su factura al Minnesota Department of Human Services a la dirección que se indica aquí. Si desea pagar en efectivo, debe tener el monto exacto. El cajero no tiene cambio.
Puede pagar en persona de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Department of Human Services
MinnesotaCare
540 Cedar Street
St. Paul, MN 55101

Cuando usted proporciona un cheque como forma de pago, nos autoriza a realizar cualquiera de las siguientes acciones: 1) utilizar la información de su cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos única desde su cuenta o 2) procesar el pago como una transacción con cheque. Cuando utilizamos la información de su cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos, los fondos pueden retirarse el mismo día en que recibamos su pago y usted no recibirá su cheque de vuelta de su institución financiera. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con MinnesotaCare al 651-297-3862 en el área metropolitana de las Ciudades Gemelas o al 800-657-3672 sin cargo desde fuera de las Ciudades Gemelas. O utilice su servicio de retransmisión preferido.

**Para obtener más información, visite nuestro sitio web en
<https://mn.gov/dhs/minnesotacare>**

Derechos de apelación

Una apelación es cuando usted solicita por escrito que un juez de servicios humanos revise una decisión tomada sobre su caso de MinnesotaCare. Puede apelar si no está de acuerdo con una acción que tomamos. Puede apelar una acción sobre su cobertura o su prima. Debe presentar una apelación dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que reciba la factura de la prima o el aviso de cancelación de la cobertura. Puede presentar una solicitud de apelación de cualquiera de estas maneras:

- iniciar sesión en su cuenta en www.mnsure.org
- llamar al Centro de contacto de MNsure al 855-366-7873
- enviar su solicitud de apelación por correo a MNsure, 81 Seventh Street East, Suite 300, St. Paul, MN 55101-2211 o a DHS Appeals Division, P.O. Box 64941, St. Paul, MN 55164-0941
- completar y enviar el formulario en línea disponible en <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfservlet/Public/DHS-0033-ENG-eform>
- visitar en persona el Minnesota Department of Human Services, mostrador de información, 444 Lafayette Road North, St. Paul, MN 55155

Puede apelar hasta 90 días a partir de la fecha de la factura de la prima o del aviso de cancelación de la cobertura si demuestra una buena razón para no apelar antes.

Continuación de sus beneficios

Para que los beneficios continúen automáticamente durante la apelación, debe presentar una apelación y pagar todas las primas vencidas antes de la fecha de finalización que figura en los avisos de cancelación de la cobertura. Infórmele al DHS por escrito si no desea que sus beneficios continúen.

Importante: si pierde su apelación, es posible que deba devolver los beneficios que recibió mientras su apelación estaba pendiente.

Debe seguir pagando las primas hasta que se decida la apelación. Consulte la subdivisión 3 de la sección 256L.06 de los Estatutos de Minnesota.

Es posible que pueda obtener asesoramiento legal gratuito o ayuda con una apelación en su oficina local de asistencia legal. Para comunicarse con su oficina local de asistencia legal, llame a uno de estos números:

- Condado de Hennepin: 612-334-5970
- Condado de Ramsey: 651-222-4731
- Todos los demás condados: 888-354-5522 (línea gratuita)

La discriminación está prohibida por la ley. El Minnesota Department of Human Services (DHS) no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- | | | | |
|--------------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------------|
| * raza | * credo | * condición de beneficiario | * discapacidad |
| * color | * religión | de asistencia pública | * sexo (incluidos los |
| * nacionalidad de origen | * orientación sexual | * estado civil | estereotipos sexuales y la |
| * ideología política | | * edad | identidad de género) |

Ayudas y servicios auxiliares:

El DHS proporciona ayudas y servicios auxiliares, como intérpretes calificados o información en formatos accesibles, de forma gratuita y oportuna para garantizar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención médica. Comuníquese con el servicio de asistencia para miembros del Minnesota Health Care Program (MHCP) al dhs.info@state.mn.us o al 800-657-3739, o utilice su servicio de retransmisión preferido.

Servicios de traducción e interpretación:

El DHS proporciona documentos traducidos e interpretación de idiomas hablados, de forma gratuita y oportuna, cuando los servicios de traducción e interpretación son necesarios para garantizar que las personas con conocimientos limitados de inglés tengan un acceso significativo a nuestra información y servicios. Comuníquese con el servicio de asistencia para miembros del Minnesota Health Care Program (MHCP) al dhs.info@state.mn.us o al 800-657-3739, o utilice su servicio de retransmisión preferido.

Quejas sobre los derechos civiles

Tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que una agencia de servicios humanos lo trató de manera discriminatoria. Puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes tres agencias para presentar una queja por discriminación.

U.S. for Civil Rights (OCR) del U.S. Department of Health and Human Services

Tiene derecho a presentar una queja ante la OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- | | |
|--------------------------|----------------|
| * raza | * edad |
| * color | * discapacidad |
| * nacionalidad de origen | * sexo |

Comuníquese directamente con la OCR para presentar una queja:

Director, U.S. Department of Health and Human Services'
Office for Civil Rights
200 Independence Avenue SW, Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201
800-368-1019 (voz) 800-537-7697 (TDD)
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

En Minnesota, tiene derecho a presentar una queja ante el MDHR si cree que ha sido discriminado por cualquiera de los siguientes motivos:

- | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------------|
| * raza | * religión | * orientación sexual |
| * color | * credo | * estado civil |
| * nacionalidad de origen | * sexo | * condición de beneficiario de |
| * discapacidad | | asistencia pública |

Comuníquese directamente con el MDHR para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights Freeman
Building, 625 North Robert Street St. Paul, MN 55155
651-539-1100 (voz) 800-657-3704 (línea gratuita)
711 o 800-627-3529 (servicio de retransmisión de MN)
651-296-9042 (fax) info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

DHS

Tiene derecho a presentar una queja ante el DHS si cree que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica debido a cualquiera de los siguientes motivos:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| * raza | * orientación sexual | * sexo (incluidos los |
| * color | * discapacidad | estereotipos sexuales y |
| * nacionalidad de origen | * estado civil | la identidad de género) |
| * credo | * edad | * ideología política |
| * religión | * condición de beneficiario | |
| | de asistencia pública | |

Las quejas deben presentarse por escrito dentro de un plazo de 180 días a partir de la fecha en que descubrió la presunta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección y describir la discriminación por la que se queja. Después de recibir su queja, la revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si la tenemos, investigaremos la queja.

El DHS le notificará por escrito el resultado de la investigación. Tiene derecho a apelar el resultado si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que el DHS revise el resultado de la investigación. Sea breve y explique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional que considere importante.

Si presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia nombrada en la queja no pueden tomar represalias en su contra. Esto significa que no pueden sancionarlo de ninguna manera por presentar una queja. Presentar una queja de esta manera no le impide buscar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese directamente con el DHS para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (voz) o utilice su servicio de retransmisión preferido