

Nombre de la agencia
de servicios
Dirección

MINNESOTACARE
AVISO DE CANCELACIÓN DE
COBERTURA

Fecha y hora

Nombre del solicitante
Dirección

Número de caso

La cobertura de MinnesotaCare para las siguientes personas finalizará en MES por falta de pago de una o más primas:

Nombre del afiliado	Número de miembro	Nombre del afiliado	Número de miembro
---------------------	-------------------	---------------------	-------------------

(Subdivisión 2a de la sección 256L.05 de los Estatutos de Minnesota)

Debe pagar la prima correspondiente a MES en su totalidad antes del mediodía del último día hábil de MES para que la cobertura continúe para las personas que siguen teniendo derecho a participar y deben pagar una prima.

Si no recibimos su pago en su totalidad antes del mediodía del último día hábil de MES, su cobertura finalizará el primer día después de MES. Si se cancela su afiliación a la cobertura, la cobertura comenzará nuevamente el primer día del mes **después** de que pague las primas correspondientes al mes de gracia y un mes futuro de cobertura. Eso significa que debe pagar dos meses de primas. Consulte la subdivisión 3 de la sección 256L.05, y la subdivisión 3(d) de la sección 256L.06 de los Estatutos de Minnesota.

Es posible que reciba un aviso por separado que le indique la fecha en que finalizará la cobertura de su plan de salud.

Si tiene preguntas, llame al Servicio de Atención al Consumidor de Atención Médica del DHS al 651-297-3862 o al número gratuito 800-657-3672.



Si desea obtener 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 por 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 su cheque devuelto con un cheque de caja, giro postal o 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.nm.us/lfservlet/Public/DHS-0033-ENG-eform1>
- 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. Informe 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
- Todas las demás comunidades: 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 de asistencia pública | * discapacidad |
| * color | * religión | * estado civil | * sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género) |
| * nacionalidad de origen | * orientación sexual | * edad | |
| * ideología política | | | |

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. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights (OCR)

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 (MOHR)

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 asistencia pública |
| * discapacidad | | |

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 estereotipos sexuales y la identidad de género) |
| * color | * discapacidad | |
| * nacionalidad de origen | * estado civil | * ideología política |
| * credo | * edad | |
| * 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

Comuníquese directamente con el **MDHR** para presentar una queja:
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)