Instrucciones para IM-32 MAGI

**AVISO DE APROBACIÓN DE MO HEALTHNET, IM-32 MAGI**

**PROPÓSITO:** Proporcionar un formulario para notificar adecuadamente a los participantes que han sido aprobados para recibir los beneficios de MO HealthNet para Familias.

**NÚMERO DE COPIAS Y DISPOSICIÓN:** Una copia debe ser enviada al participante. Si existe un Representante Autorizado, a éste se le debe enviar una segunda copia. El documento original debe ser digitalizado e ingresado al Sitio de Trabajo.

**RETENCIÓN:** Cinco (5) años.

**REFERENCIA:** Memorándum IM: IM-**39** Introducción del Formulario de Aviso de Aprobación de MAGI (IM-32 MAGI) **6/21/2016**

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETARLO:**

* **DE**: Nombre y dirección del miembro del equipo de la FSD que se hará partícipe, el número telefónico es (855) 373-4636.
* **PARA**: Nombre completo del jefe del hogar (HOH), tal como se muestra en MEDES, o el nombre del Representante Autorizado; el Número del Caso y la dirección postal.
* **Por medio de la presente le informamos que la(s) siguiente(s) persona(s) ha(n) sido aprobada(s) para recibir el tipo de cobertura de atención médica que se indica a continuación:**
* **NOMBRE**: Nombre y apellido de cada persona aprobada.
* **TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA:** Utilizar el menú desplegable y elegir el tipo de cobertura.
* **Nº MO HEALTHNET**: Ingresar el DCN de 8 dígitos.
* **ENTRADA EN VIGOR**: Ingresar la fecha en que comienza la cobertura.
* **A/T**: ¿La persona cumple los requisitos para el trimestre anterior? Respuesta **S** o **N**.
* **\*** **La columna T/A indica si la fecha de entrada en vigor incluye la cobertura del trimestre anterior. Si se indica “N”, observe el reverso de esta hoja para conocer más información.** Indicar en el área específica del reverso del aviso, la razón por la que no cumplen los requisitos para el trimestre anterior.
* **Si resultó aprobado para recibir MO HealthNet para Menores de Edad (Prima):**
* **Con base en el tamaño de su hogar de** (ingresar hasta 2 dígitos en el tamaño del hogar).
* **Y su ingreso mensual de** (ingresar hasta 5 dígitos en el ingreso mensual).
* **La cobertura no inicia sino hasta el** (ingresar la fecha de las opciones a continuación):
* CHIP 73 o 74 (fecha de la solicitud).
* CHIP 75 (30 días a partir de la fecha de la solicitud).
* **Estas personas no cumplieron los requisitos para recibir los beneficios de la Atención Médica para Familias:** Ingresar los nombres de las personas del hogar que se determinó que no cumplen los requisitos para recibir la cobertura de MO HealtheNet para Familias.
* **Porque:** Ingresar la razón por la que no cumplen los requisitos y citar la referencia legal.
* **Si requiere servicios legales gratuitos**: Ingresar el número telefónico de los Servicios Legales del condado de residencia.
* **RAZÓN DE LA INELEGIBILIDAD DEL TRIMESTRE ANTERIOR: La letra “N” en la columna T/A indica que el solicitante correspondiente no cumple los requisitos para recibir la cobertura del trimestre anterior porque:** Ingresar la razón por la que no cumplen los requisitos y citar la referencia legal.
* **CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA:** Determinar si el condado de residencia cuenta con atención médica administrada o no y marcar la casilla correspondiente.