NOTIFICACIÓN DE NUEVA DETERMINACIÓN ANUAL DE MEDI-CAL

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Nombre del/de la trabajador(a): _____

Número del/de la trabajador(a): _____

Número de teléfono del/de la trabajador(a):

Horas hábiles: _____

**¡NO PIERDA SUS BENEFICIOS DE MEDI-CAL O DE UN PLAN MÉDICO!
Llene y devuelva el formulario adjunto de una Nueva Determinación Anual.**

Las leyes de Medi-Cal estipulan que, a fin de mantener su Medi-Cal, usted tiene que darnos información, por lo menos una vez al año. Nosotros utilizamos la información que usted nos da, para ver si usted puede seguir recibiendo Medi-Cal. A esto se le llama una Nueva Determinación Anual.

Llene el formulario de Nueva Determinación Anual, y envíenoslo, a más tardar el _____.

Por ahora, su Medi-Cal sigue activa. Si usted no llena ni devuelve el formulario de Nueva Determinación Anual, tomaremos medidas, para interrumpir su Medi-Cal.

Llene, y devuelva el formulario, aunque usted piense que posiblemente no tenga derecho a beneficios. Necesitamos el formulario y la información, para averiguar si usted o su familia siguen teniendo derecho a beneficios, y qué programa de Medi-Cal es mejor para usted o su familia. Si usted tiene preguntas, o necesita ayuda con el formulario, llame a su trabajador(a), al número de teléfono que se indica en esta notificación.

Recuerde, si no recibimos su formulario completado, es posible que sus beneficios de Medi-Cal o de un plan médico se interrumpan. Si a usted se le pasa la fecha en que se vence, y aún desea recibir Medi-Cal, ¡llame a su trabajador(a), AHORA!