

MEDI-CAL
行動通知
核准限制性福利
(急診、妊娠和長期護理服務)

通知日期： _____
個案編號： _____
工作人員姓名： _____
工作人員編號： _____
工作人員電話號碼： _____
辦公時間： _____
通知對象： _____

您已獲准限制性 Medi-Cal 福利。根據您報告的收入，您有資格免費享有這些服務。

您於 _____ 申請 Medi-Cal，您的限制性 Medi-Cal 福利資格於 _____ 生效。

您只能透過這些限制性的 Medi-Cal 福利接受急診、妊娠和長期護理服務。如果您不確定某種狀況是否屬於急診、妊娠或長期護理服務，請與您的醫療服務提供者聯繫。

由於您告訴我們您是美國公民，但是沒有提供可接受的證明表明您的公民 / 國民資格及 (或) 身份，因此您有資格享有限制性福利，而不是全面的 Medi-Cal 福利。一條新法律規定大多數 Medi-Cal 申請人必須出示證明公民 / 國民身份的證明和身份證明。

如果您在申請日後一年內提供可接受的證明，並有之前未出示該證明的合理原因，您的 Medi-Cal 福利將從申請日起改為全面福利，在某些情形下可從申請日之前最多 90 日起。

如果您的 Medi-Cal 福利在將來變更為全面福利，而且您在享有限制性福利期間支付了不屬於急診、妊娠或長期護理服務的醫療費用，您可以請求獲得償還。如果您有關於償還的問題，請致電保健服務部受益人服務處的電話號碼：(916) 403-2007。

如果您從未收到塑膠製的福利卡 (Benefit Identification Card, BIC)，您將在不久收到郵寄的福利卡。如果您已經有福利卡，您應該繼續使用這張卡。只要您有資格享有 Medi-Cal，福利卡便會保持有效。如果您之前收到福利卡但現在已經沒有該卡，請與您的工作人員聯繫更換。當您需要護理時，請向您的醫療提供者出示此卡。您不應當丟棄您的塑膠福利卡。

本項行動由《福利與機構法典》第 14011.2 條和《加州法典》第 22 章 50301 條規定。如果您認為本項行動不正確，您可以請求聽證。本頁背面有關於如何請求聽證的說明。