

MEDI-CAL
行動通知
變更為限制性福利
(緊急、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： _____

您的全面 Medi-Cal 福利已經改為附有分攤額的限制性福利，從 _____ 生效。限制性福利僅承保急診、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。

您有資格獲得限制性福利而非全面的 Medi-Cal 福利，原因是您沒有提供可接受的公民 / 國民資格或身份證明，而且您不再繼續積極努力提供您的證明。如果您在一年內提供可接受的證明，您的 Medi-Cal 福利將會從有限福利開始的那個月起改成全面福利。

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。

由於您報告的收入超出生活費的允許額，因此您每個月將要支付分攤額，或是必須向您獲得的醫療服務分攤費用。

您的分攤額是 \$ _____ ，從 _____ 起生效。您的分攤額的決定如下：

如果您已經有塑膠製的福利卡 (Benefit Identification Card, BIC)，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 條與 50653 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。

如果您目前懷孕，您可以洽詢加州的母嬰計劃 (AIM)。AIM 計劃協助中等收入的懷孕婦女取得保健護理。如欲索取 AIM 手冊和申請表，請撥免費電話 1-800-433-2611 或瀏覽 <http://www.aim.ca.gov>。