MEDI-CAL 行動通知

批准無分擔額的有限福利：
轉縣或地方資助的
健康保險計劃

通知日期：_____
案例號碼：_____
工作人員姓名：_____
工作人員號碼：_____
工作人員電話號碼：_____
辦公時間：_____
通知事項：_____

您的子女_____現在將從「加速參保計劃」（Accelerated Enrollment program）獲得有限制的 Medi-Cal 福利而非全套的福利，這是臨時的保險，截止日期爲_____。

這項福利範圍變更的原因是缺乏聯邦法規規定享有全套服務的合格移民身份。您的子女將獲得有限制的 Medi-Cal 福利，起始日期爲_____。

您的子女可在_____之前使用福利識別卡（BIC）獲得免費的 Medi-Cal 福利，但是從_____開始，子女的福利將變爲僅有急診 Medi-Cal 的福利。

急診醫療狀況的定義是如果不予治療，可能導致病人的健康面臨嚴重危險或是身體機能或器官受到嚴重損害的醫學狀況。急診必須得到醫生或其他醫療提供者的證明（依據《加州法典》第 22 章第 51056 條）。保健服務部會審核醫療提供者對於確實發生急診以及某些後續治療服務具有醫療合理性的決定。

您的子女可能符合_____的免費或低價健康保險的參保資格。
(Insert name of program)

由於您已經給予我們許可，我們會將您子女的申請書轉交_____。
(Insert name of program)

如果您的子女符合資格，將會自動參加_____，無須提出新的申請書。
(Insert name of program)

_____將與您聯繫，您也可以致電_____與_____聯繫。
(Insert name of program) (Insert name of program) (Insert phone number)

不論您是否參加_____，您子女的急診 Medi-Cal 都將繼續有效。
(Insert name of program)

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

本項行動由《福利與機構法典》第 14007.5 條規定。如果您認爲本行動不正確，您可以要求聽證。本頁背面有關於如何請求聽證的說明。