MEDI-CAL

اعلامیه اقدام

تصویب برای مزایای کامل

تاریخ اطلاعیه: Notice date
شماره پرونده: Case number
نام ورکر: Worker name
شماره ورکر: Worker number
شماره تلفن ورکر: Worker telephone #
ساعات کار: Office hours
اطلاعیه برای : Notice for

Medi-Cal شما به مزایای کامل تغییر یافته است. شما قبلا مزایایی را دریافت می کردید که فقط خدمات اضطراری، مربوط به بارداری، و خدمات درازمدت را زیر پوشش داشت. مزایای کامل Medi-Cal شما خدمات فراگیر پزشکی، دندانپزشکی، و بینایی را زیر پوشش دارد.

مزایای شما بدان دلیل افزایش یافته که شما مدرک قابل قبولی در رابطه با سیتی زن شیپی / وضعیت تابعیت و / یا سند هویت خود ارائه داده اید و مقررات دیگر واجد شرایط بودن برای Medi-Cal در مورد شما صدق می کند.

_____ از تاریخ Date effective، شما برای مزایای کامل Medi-Cal واجد شرایط هستید. شما مدرک قابل قبولی در رابطه با سیتی زن شیپی / وضعیت تابعیت یا هویت خود ارائه داده اید. برای ماههای قبل شما Medi-Cal کامل نمی گیرد زیرا یا مدرک خود را بیش از یک سال پس از تاریخ تقاضانامه / تعیین مجدد ارائه داده اید، یا برای عدم ارائه قبلی آن دلیل خوبی نداشته اید.

_____ از تاریخ Date effective، شما برای مزایای کامل Medi-Cal واجد شرایط هستید. شما در عرض یک سال از تاریخ تقاضانامه خود مدرک قابل قبولی در رابطه با سیتی زن شیپی / وضعیت تابعیت یا هویت خود ارائه داده اید و برای عدم ارائه قبلی آن دلیل خوبی داشته اید. واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal کامل از تاریخی شروع می شود که تقاضانامه Medi-Cal خود را ارائه داده اید، و در برخی از موارد این موضوع تا 90 روز قبل از تاریخ تقاضانامه شما را نیز در بر می گیرد.

_____ از تاریخ Date effective، شما برای مزایای کامل Medi-Cal واجد شرایط هستید. شما در عرض یک سال از تاریخ ماه تعیین مجدد پرونده خود مدرک قابل قبولی در رابطه با سیتی زن شیپی / وضعیت تابعیت یا هویت خود ارائه داده اید و برای عدم ارائه قبلی آن دلیل خوبی داشته اید. واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal کامل از ماهی شروع می شود که مزایای محدود شما آغاز شده است.

اگر واجد شرایط بودن شما برای مزایای کامل Medi-Cal برای ماههای گذشته اعتبار دارد، و زمانی که مزایای محدود داشته اید بخاطر دریافت مراقبت هایی که جنبه اضطراری، مربوط به بارداری، یا خدمات درازمدت نبوده پولی پرداخته اید، ممکن است بتوانید برای باز پس گرفتن مبالغی که پرداخت کرده اید درخواست دهید. برای سوالات مربوط به باز پس گرفتن این مبالغ با خدمات گیرندگان مزایا (Beneficiary Services) در اداره مراقبت های بهداشتی با شمار تلفن 2007-403 (916) تماس بگیرید.

اگر قبلا یک کارت شناسایی مزایا (Benefit Identification Card=BIC) دریافت کرده اید، باید استفاده از آن کارت را ادامه دهید. کارت شناسایی مزایا (BIC) تا زمانی که برای Medi-Cal واجد شرایط هستید اعتبار دارد. اگر قبلا یک کارت شناسایی مزایا (BIC) دریافت کرده اید اما دیگر آن کارت (BIC) در اختیارتان نیست، برای جایگزینی آن با ورکر خود تماس بگیرید. هر موقع که به مراقبت نیاز دارید باید این کارت را به ارائه دهنده خدمات بهداشتی خود عرضه کنید. شما نباید کارت پلاستیکی شناسایی مزایای خود (BIC) را دور بیاندازید.

این اقدام طبق بند 14011.2§ قانون ولفر و موسسات و قانون کالیفرنیا در رابطه با مقررات، عنوان 22، از 50301§ الزامی است. اگر تصور می کنید این اقدام غیرصحیح است، می توانید تقاضای دادرسی نمایید. پشت این صفحه توضیح می دهد که به چه طریق تقاضای دادرسی نمایید.