اطلاعیه اقدام MEDI-CAL

تصویب مزایای محدود بدون هیچگونه هزینه:
معرفی شده به کانتی
یا برنامه بیمه بهداشتی
تامین شده در خود محل

تاریخ اطلاعیه: _____

شماره پرونده: _____

نام ورکر: _____

شماره ورکر: _____

شماره تلفن ورکر: _____

ساعات کار: _____

اطلاعیه برای: _____

فرزند شما _____ به جای مزایای کامل Medi-Cal تحت برنامه موسوم به "ثبت نام جلو افتاده" که یک پوشش موقت است و در _____ به پایان می رسد اکنون مزایای محدود Medi-Cal دریافت خواهد کرد.

تغییر در دامنه مزایا به سبب فقدان "وضعیت مهاجرتی قانع کننده" مورد لزوم برای خدمات کامل است و این چیزی است که قانون فدرال مقرر نموده است.

فرزند شما می تواند تا تاریخ _____ کارت شناسایی مزایا (BIC) برای دریافت مزایای Medi-Cal رایگان مورد استفاده قرار دهد، اما از تاریخ _____ مزایای فرزند شما فقط به مزایای Medi-Cal اضطراری تغییر خواهد کرد.

مزایای پزشکی اضطراری به عنوان یک وضعیت پزشکی تعریف شده که اگر در مورد آن معالجه ای به عمل نیاید می تواند مستقیما روی سلامت بیمار تاثیر گذاشته، به شدت او را در معرض خطر قرار داده یا به عملکرد جسمی یا اعضای او آسیب شدید رسانده یا منجر به از دست دادن آن عملکردها یا اعضا گردد. این وضعیت اضطراری (طبق بخش 51056 عنوان 22 قانون کالیفرنیا در مورد مقررات) باید توسط یک پزشک مجاز یا یک ارائه دهنده خدمات بهداشتی دیگر گواهی شده باشد. اداره خدمات مراقبت های بهداشتی ممکن است در رابطه با وجود یک وضعیت اضطراری و نیز این مسئله که آیا خدمات معالجاتی بعدی از نظر پزشکی توجیه پذیر بوده تصمیم اتخاذ شده توسط ارائه دهنده خدمات بهداشتی را مورد بررسی قرار دهد.

درآمد شما بیشتر از آن است که بتوانید Medi-Cal رایگان دریافت کنید. از آنجایی که درآمد شما بیشتر از مبلغ مجاز برای مخارج زندگی بوده، شما باید سهمی از هزینه را بپردازید یا موافقت کنید در جهت پرداخت هزینه مراقبت های پزشکی دریافت شده اقدام کنید. سهم شما _____ دلار است که از تاریخ _____ شروع می شود. سهمیه شما به طریق زیر محاسبه شده است:

درآمد ناخالص	_____ دلار
درآمد خالص مستثنی نشد	_____ دلار
نیاز نگهداری	_____ دلار
درآمد اضافی/ سهمیه پرداختی	_____ دلار

فرزند شما از طریق _____ می تواند برای پوشش بهداشتی رایگان یا کم هزینه واجد شرایط باشد.
(Insert name of program)

بدان دلیل که شما به ما اجازه داده اید، ما تقاضانامه فرزند شما را برای _____ خواهیم فرستاد.
(Insert name of program)

برنامه _____ با شما تماس خواهد گرفت یا شما می توانید با شماره تلفن _____ با
(Insert name of program) (Insert name of program)
_____ تماس بگیرید. Medi-Cal اضطراري فرزند شما چه در برنامه _____
(Insert program number) (Insert name of program)
نامنويسي بكند يا نكند ادامه خواهد يافت.

اگر شما هرگز کارت پلاستیکی شناسایی مزایا (BIC) دریافت نکرده اید بزودی یک عدد آن را از طریق پست دریافت خواهد کرد. اگر شما قبلا یک کارت شناسایی مزایا (BIC) گرفته اید باید استفاده از آن کارت را ادامه دهید. کارت شناسایی مزایا (BIC) تا زمانی که برای Medi-Cal واجد شرایط باشید دارای اعتبار است. اگر شما قبلا کارت شناسایی مزایا (BIC) دریافت داشته اید اما دیگر آن کارت (BIC) را در اختیار ندارید، با ورکر خود تماس بگیرید تا یک عدد دیگر آن برایتان ارسال شود. هر موقع که به مراقبت نیاز دارید باید این کارت را به مطب پزشک یا ارائه دهنده خدمات خود بیاورید. شما نباید کارت پلاستیکی شناسایی مزایا (BIC) را دور بیاندازید.

این اقدام طبق بخش 14007.5 قانون ولفر و موسسات و قانون کالیفرنیا در مورد مقررات، عنوان 22 بخش 50653 الزامی است. اگر تصور می کنید این اقدام غیر صحیح است، می توانید تقاضای دادرسی نمایید. پشت این صفحه توضیح می دهد که تقاضای دادرسی به چه صورت است.