

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL NEGACIÓN O DESCONTINUACIÓN DE BENEFICIOS

(County Stamp)

Fecha de la notificación: _____
 Número del caso: _____
 Nombre del trabajador: _____
 Número del trabajador: _____
 Teléfono del trabajador: _____
 Horario de la oficina: _____
 Notificación de: _____

Hemos revisado toda la información disponible sobre su situación económica, y hemos decidido que:

Su solicitud para Medi-Cal, con fecha de _____, ha sido denegada.
(Mes Día Año)

Su elegibilidad para recibir Medi-Cal, será suspendida a partir del último día de _____.
(Mes)

NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PLÁSTICO. Ésta puede servirle de nuevo en caso de que vuelva a ser elegible para Medi-Cal.

La razón de esta denegación/suspensión es la siguiente:

Los reglamentos que determinan esta acción pertenecen al Título 22 del Código de Ordenamientos de California, Seccion(es):

Si usted es elegible para Medicare y se le suspende su elegibilidad para Medi-Cal, el Estado pagará su prima de cobertura suplementaria de seguro (Parte B de Medicare) solamente hasta el mes de _____.
(Mes) Usted recibirá una notificación por escrito de la Administración del

Seguro Social, o puede comunicarse con la oficina del Seguro Social de su distrito se tiene alguna pregunta sobre su situación de Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación o si existe información adicional pertinente a su situación económica que no nos haya proporcionado, comuníquese con nosotros por escrito o por teléfono. Responderemos a sus preguntas o le daremos una cita para atenderlo personalmente. Recuerde que esta acción está basada únicamente en la información que usted nos presentó sobre su situación económica, y que usted quede volver a presentar su solicitud en cualquier momento.

LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN