

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN  
DE MEDI-CAL  
APROBACIÓN DE BENEFICIOS BAJO  
EL PROGRAMA ESPECIAL DEL 200%  
SIN PAGO DE NINGUNA PARTE DEL COSTO  
PARA MUJERES EMBARAZADAS Y  
BEBÉS DE HASTA UN MÁXIMO DE UN AÑO DE EDAD**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
(COUNTY STAMP)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_  
Número del caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_  
Número del trabajador: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajador: \_\_\_\_\_  
Horas hábiles: \_\_\_\_\_  
Notificación para: \_\_\_\_\_

A partir del \_\_\_\_\_, usted reúne los requisitos para recibir servicios limitados de Medi-Cal, sin pago de una parte del costo, bajo un programa especial para mujeres embarazadas. Bajo este programa, usted solamente puede recibir servicios relacionados al embarazo, que incluyen la atención prenatal, servicios para las complicaciones del embarazo, el trabajo de parto, la atención después del parto y la planificación familiar. Además de los otros requisitos de este programa, la elegibilidad bajo este programa se basa en su embarazo o los ingresos de su familia.

Usted continúa reuniendo los requisitos para recibir beneficios, con pago de una parte del costo, bajo el programa regular de Medi-Cal. Bajo este programa, es posible que usted también reciba servicios médicos no relacionados a su embarazo.

Usted tiene que reportar, en un plazo de diez días, cualesquier cambios importantes que pudieran afectar su elegibilidad, como por ejemplo, cambios en sus ingresos, propiedades, condición médica, dirección o situación en el hogar.

A partir del \_\_\_\_\_, su bebé reúne los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, sin pago de una parte del costo, bajo un programa especial para bebés de hasta un máximo de un año de edad. Bajo este programa, la cobertura de Medi-Cal del/de la bebé le proporcionará:

- Beneficios completos de Medi-Cal.
- Beneficios limitados de Medi-Cal (sólo para emergencias).

Además de los otros requisitos del programa, la elegibilidad bajo este programa se basa en los ingresos de su familia.

Usted tiene que reportar, en un plazo de diez días, cualesquier cambios importantes que pudieran afectar el derecho de su hijo(a) a recibir beneficios, como por ejemplo, cambios en sus ingresos, condición médica, dirección o situación en el hogar.

Siempre presente su Tarjeta de Beneficios (*Benefits Identification Card—BIC*) a su proveedor médico, cada vez que necesite atención. Esta tarjeta es válida, mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. **NO TIRE SU TARJETA BIC DE PLÁSTICO.**

La regulación que requiere esta acción se establece en la Sección 50262, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

**POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN.**