

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

Descontinuación de los Beneficios Bajo el Programa Especial de Cero Parte del Costo Para Los Mujeres Embarazadas y Sus Bebés y/o el Programa Para Los Indigentes Bajo el Programa de Medi-Cal

(COUNTY STAMP)

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

Un programa especial para las mujeres embarazadas y sus bebés de hasta un año de edad proporciona, sin parte del costo, servicios relacionados al embarazo y cuidado para las mujeres después del parto, y cuidado médico a los bebés menores de un año de edad. Además de cumplir con otras reglas de elegibilidad de Medi-Cal, los ingresos de su familia tienen que estar dentro de ciertos límites para reunir los requisitos para este programa.

- Una vez que termina el embarazo, la cobertura bajo este programa continúa durante 60 días, y termina el último día del mes en que cae el día 60. Puesto que usted ya no está embarazada, su elegibilidad para recibir beneficios de Medi-Cal bajo este programa especial termina el _____.
- Esto no afecta su elegibilidad bajo el programa regular de Medi-Cal. Usted continúa reuniendo los requisitos para recibir estos beneficios, con una parte del costo.
- Su elegibilidad para recibir beneficios regulares de Medi-Cal, con una parte del costo, en el programa para los indigentes bajo el programa de Medi-Cal termina el _____ puesto que usted ya no está embarazada.
- La elegibilidad para recibir beneficios bajo el programa especial termina el _____ puesto que sus ingresos o los de su familia exceden los límites para este programa. Usted continúa reuniendo los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, con una parte del costo, bajo otro programa. Usted recibirá una notificación por separado acerca de su cambio en la parte del costo.
- La elegibilidad de su bebé para recibir beneficios bajo el programa especial termina el _____ puesto que él/ella es mayor de un año de edad. Su bebé quizás reúna los requisitos para recibir beneficios bajo el programa regular de Medi-Cal, con una parte del costo. Si hay algún cambio en la parte del costo, usted recibirá una notificación por separado acerca del mismo.

NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PLÁSTICO. Usted puede utilizarla de nuevo bajo otro programa regular de Medi-Cal aun si usted tiene una parte del costo.

IMPORTANTE: Si se hospitalizó a su bebé antes de su primer cumpleaños, y continúa en el hospital después de cumplir un año de edad, él/ella quizás pueda continuar reuniendo los requisitos para recibir beneficios, sin una parte del costo, bajo el programa Especial de Cero Parte del Costo. Usted tiene que informar de esto inmediatamente a su trabajador(a).

Los ordenamientos que exigen esta acción son las secciones 50260, 50262 y 50701(d) del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN.