

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL SOLICITUD PARA ELEGIBILIDAD RETROACTIVA

(COUNTY STAMP)

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

Hemos revisado toda la información que está a nuestra disposición sobre sus circunstancias y establecimos que:

- A partir del _____, usted reúne los requisitos para recibir beneficios completos de Medi-Cal. Pronto, se le enviará a usted por correo una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de Medi-Cal de plástico. **LLEVE ESTA TARJETA DE PLASTICO A CADA PROVEEDOR MEDICO DEL CUAL RECIBA SERVICIOS. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO.**
- Puesto que sus ingresos excedieron la cantidad permitida para gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar u obligarse a pagar la siguiente parte del costo para el costo del cuidado médico recibido:

\$ _____ para _____
 \$ _____ para _____
 \$ _____ para _____

Lleve su tarjeta de plástico a cada proveedor médico del cual recibió servicios en los meses mencionados arriba. Su tarjeta de plástico indicará a su proveedor si usted tiene que pagar una parte del costo. La cantidad que usted paga o se obliga a pagar a los proveedores médicos se calculará automáticamente.

- Usted no reúne los requisitos para recibir beneficios completos de Medi-Cal durante el mes de _____ puesto que:

Los ordenamientos que exigen esta acción son la(s) siguiente(s) sección(es) del Título 22 del Código de Regulaciones de California:

Esta acción no afecta su solicitud para obtener Medi-Cal actual y continuo. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta acción, o si existe más información acerca de sus condiciones que no nos ha reportado, por favor escriba o llame por teléfono. Le contestaremos sus preguntas o haremos una cita para verle.