MEDI-CAL
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
APROBACIÓN PARA BENEFICIOS COMPLETOS

Fecha de aviso:
Número de caso:
Nombre del trabajador:
Número del trabajador:
Número de teléfono del trabajador:
Horas de oficina:
Aviso de:

Su Medi-Cal ha sido cambiado a beneficios completos. Usted estaba recibiendo beneficios limitados que cubrían solamente servicios de emergencia, de embarazo, y de cuidado a largo plazo. Sus beneficios completos de Medi-Cal proveen cobertura completa médica, dental, y de la vista.

Su beneficios han aumentado porque usted ha proporcionado la prueba aceptable de su estado de ciudadanía/nacional o de identidad y porque usted reúne los otros requisitos de elegibilidad para recibir Medi-Cal.

_____ Comenzando _____, usted es elegible para recibir beneficios completos de Medi-Cal. Usted proveyó una prueba aceptable de su estado de ciudadanía/nacional o identidad. Usted no esta recibiendo Medi-Cal completo por los meses anteriores porque ya sea que usted proveyó la prueba más de un año de la fecha de su solicitud de Medi-Cal/redeterminación, o usted no tuvo motivo justificado para no proveer una prueba previamente.

_____ Comenzando _____, usted es elegible para recibir beneficios completos de Medi-Cal. Usted proveyó una prueba aceptable de su estado de ciudadanía/nacional o de identidad en el plazo de un año de la fecha de su solicitud de Medi-Cal y tuvo un motivo justificado para no proveer una prueba previamente. Su elegibilidad para recibir Medi-Cal comenzará a partir de la fecha de su solicitud de Medi-Cal, y en algunos casos, hasta 90 días antes de la fecha de su solicitud.

_____ Comenzando _____, usted es elegible para recibir beneficios completos de Medi-Cal. Usted proveyó una prueba aceptable de su estado de ciudadanía/nacional o de identidad en el plazo de un año del mes de su redeterminación y tuvo un motivo justificado para no proveer una prueba previamente. Su elegibilidad para recibir Medi-Cal completo comenzará a partir del mes que comenzó sus beneficios limitados.

Si su elegibilidad para recibir los beneficios de Medi-Cal completos cubre los últimos meses, y usted pagó por la asistencia médica que no era de servicios de emergencia, de embarazo, o de cuidado a largo plazo mientras usted tenía beneficios limitados, usted quizás pueda requerir el reembolso. Llame a Servicios al Beneficiario en el Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud para obtener las respuestas a sus preguntas del reembolso: (916) 403-2007.

Si usted ya tiene la tarjeta plástica de identificación para beneficios llamada “BIC”, usted debe continuar usando esa tarjeta. La tarjeta BIC es valida mientras usted sea elegible para Medi-Cal. Si usted recibió previamente una tarjeta BIC pero ya no la tiene, póngase en contacto con su trabajador para reemplazarla. Usted debe de llevar esta tarjeta a su proveedor médico siempre que usted necesite asistencia médica. Usted no debe de tirar su tarjeta BIC de plástico.

Esta acción es requerida por Secc. 14011.2 del Código del Bienestar e Instituciones y de la Secc. 50301 del Título 22 del Código de Reglamentaciones de California. Si usted piensa que esta acción es incorrecta, usted puede solicitar una audiencia. La parte posterior de esta página explica cómo solicitar una audiencia.