NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
APROBACIÓN DE BENEFICIOS

(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: _____

Su solicitud para beneficios de Medi-Cal ha sido aprobada.

❒ Tiene derecho a recibir beneficios de Medi-Cal, a partir del primer día del mes de _____. Pronto recibirá su Tarjeta de Identificación de Beneficios de Medi-Cal. ***No tire esta tarjeta.*** Será válida siempre que sea elegible para beneficios de Medi-Cal. Cuando necesite atención médica, lleve esta tarjeta de plástico a su doctor u otro proveedor de atención médica que acepte a los pacientes con Medi-Cal.

❒ Ya que sus ingresos exceden la cantitad autorizada para los gastos de mantenimiento, usted tiene que pagar una parte del costo (share-of-cost) de su atención médica. Su parte del costo es $_____ empezando el _____. Así fue calculada su parte del costo:

Ingresos Brutos	$ _____
Ingresos Netos no Exentos	$ _____
Ingresos Necesarios para Mantenerse	$ _____
Exceso Ingreso/Parte del Costo	$ _____

Su tarjeta de plástico indicará a su proveedor de atención médica si tiene que pagar una parte del costo. La cantidad que tiene que pagar será calculada automáticamente. La regulación que requiere esta acción se encuentra en el Código de Regulaciones de California, Título 22, Sección 50653.

❒ Sólo es elegible para beneficios de Medi-Cal durante el mes de _____ porque solicitó el programa llamado Minor Consent Services y tendrá que solicitar beneficios cada mes que necesite Medi-Cal. Las regulaciones que requieren esta acción se encuentran en el Código de Regulaciones de California, Título 22, Sección 50147.1 y 50163. Usted recibirá una tarjeta de Medi-Cal de papel. Cuando necesite atención médica de Minor Consent, lleve esta tarjeta a su proveedor de atención médica.

❒ Sólo es elegible para beneficios de Medi-Cal durante el mes de _____ porque _____. Las regulaciones que requieren esta acción se encuentran en el Código de Regulaciones de California, Título 22, Sección(es):

❒ Tiene que llevar o enviar por correo, el comprobante mencionado abajo antes del _____ o terminará su cobertura de Medi-Cal el último día del mes de _____.

Las regulaciones que requieren esta acción se encuentran en el Código de Regulaciones de California, Título 22, Sección(es):