**УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ
ПРОГРАММЫ MEDI-CAL
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ОГРАНИЧЕННЫХ СТРАХОВЫХ ЛЬГОТ
(УСЛУГИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ, УСЛУГИ, СВЯЗАННЫЕ С
БЕРЕМЕННОСТЬЮ, И УСЛУГИ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА)**

Дата уведомления: _____
Номер дела: _____
Имя и фамилия работника,
ведущего дело: _____
Номер работника, ведущего
дело: _____
Номер телефона
работника: _____
Часы работы: _____
Уведомление для: _____

Было принято решение о предоставлении вам **ОГРАНИЧЕННЫХ** страховых льгот по программе Medi-Cal. Вы имеете право на получение этих услуг бесплатно на основании указанного вами дохода.

Вы подали заявление на участие в программе Medi-Cal _____, и ваше право на получение ограниченных страховых льгот по программе Medi-Cal действительно с _____.

Имея ограниченные страховые льготы по программе Medi-Cal, вы можете получать только услуги неотложной помощи, услуги, связанные с беременностью, и услуги долгосрочного ухода. Если вы не уверены в том, являются ли какие-либо услуги услугами неотложной помощи, услугами, связанными с беременностью, или услугами долгосрочного ухода, обращайтесь к своему поставщику медицинских услуг.

Вы имеете право на получение только ограниченных страховых льгот, а не полного пакета страховых льгот по программе Medi-Cal, так как вы сообщили нам, что являетесь гражданином Соединенных Штатов Америки (США), но не предоставили нам приемлемый документ, подтверждающий ваше гражданство/подданство и (или) удостоверяющий вашу личность. Согласно новому законодательству большинство лиц, обращающихся с заявлением на получение страховых льгот по программе Medi-Cal, должны предоставить приемлемый документ, подтверждающий их гражданство/подданство и документ, удостоверяющий их личность.

Если вы предоставите приемлемый подтверждающий документ в течение одного года с даты подачи заявления и у вас есть уважительная причина, по которой вы не предоставили подтверждающий документ раньше, ваши ограниченные страховые льготы по программе Medi-Cal будут изменены на полный пакет страховых льгот, который будет иметь силу с даты подачи заявления, а в некоторых случаях за 90 дней (максимум) до даты подачи заявления.

Если ваши ограниченные страховые льготы по программе Medi-Cal будут изменены на полный пакет льгот в будущем, а вы уже оплатили медицинское обслуживание, которое не является услугами неотложной помощи, услугами, связанными с беременностью, или услугами долгосрочного ухода, в то время, когда вы пользовались ограниченными страховыми льготами, вы можете подать запрос на получение компенсации. Позвоните в отдел обслуживания участников программы (Beneficiary Services) Департамента здравоохранения (Department of Health Care Services), чтобы получить ответы на вопросы, касающиеся компенсации, по телефону (916) 403-2007.

Если вы ранее не получали пластиковую карточку-удостоверение получателя льгот (Benefit Identification Card, BIC), вы скоро получите ее по почте. Если у вас уже есть карточка-удостоверение, вам следует продолжать пользоваться ею. Карточка-удостоверение действительна, пока вы имеете право на получение льгот по программе Medi-Cal. Если вы когда-либо получали карточку-удостоверение, а сейчас у вас ее нет, обратитесь к работнику, ведущему ваше дело, с просьбой восстановить ее. Вам следует предъявлять эту карточку своему поставщику медицинских услуг каждый раз, когда вам необходимо медицинское обслуживание. Не выбрасывайте свою карточку-удостоверение.

Данное решение принято в соответствии с требованиями §14011.2 Кодекса законов о социальном обеспечении и институтах социального обеспечения (Welfare and Institutions Code) и §50301 Раздела 22 Свода постановлений штата Калифорния (California Code of Regulations). Если вы считаете данное решение неправильным, вы можете подать запрос на проведение слушания. На обороте этой страницы разъясняется, как подать запрос на проведение слушания.