

**УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ОГРАНИЧЕННЫХ ЛЬГОТ
БЕЗ ОПЛАТЫ ЧАСТИ СТОИМОСТИ УСЛУГ:
ПЕРЕДАНО В ПРОГРАММУ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ,
ФИНАНСИРУЕМУЮ ОКРУГОМ ИЛИ МЕСТНЫМИ ОРГАНАМИ**

Дата уведомления: _____
 Номер дела: _____
 Имя и фамилия сотрудника: _____
 Номер сотрудника: _____
 Номер телефона сотрудника: _____
 Часы работы: _____
 Уведомление для: _____

Ваш ребенок _____ будет получать ограниченные льготы программы Medi-Cal вместо полного объема льгот в программе ускоренного зачисления (Accelerated Enrollment program), что является временным страховым покрытием, которое закончится _____.

Изменение в объеме льгот произошло ввиду отсутствия надлежащего иммиграционного статуса для получения полного объема услуг в соответствии с федеральным законодательством. Ваш ребенок будет получать ограниченные льготы программы Medi-Cal, начиная с _____.

Ваш ребенок может использовать карточку-удостоверение получателя льгот (Benefit Identification Card, BIC) на бесплатные льготы программы Medi-Cal до _____, а начиная с _____ льготы вашего ребенка изменятся на льготы программы Medi-Cal только по экстренным показаниям.

Экстренное медицинское показание определяется, как медицинское показание, которое, в случае неоказания лечения, может привести к серьезной угрозе здоровью или серьезному повреждению или потере жизненно важных функций или органов пациента. Экстренное показание должно быть официально засвидетельствовано врачом или другим поставщиком медицинских услуг (в соответствии с разделом 51056 Титула 22 свода постановлений штата Калифорния (California Code of Regulations)). Департамент здравоохранения (Department of Health Care Services) может пересмотреть решение врача о наличии экстренной ситуации и оправданность последующего лечения с медицинской точки зрения.

Ваш ребенок, возможно, имеет право на бесплатное или недорогое медицинское страхование в программе _____.
 (Insert name of program)

Поскольку мы получили ваше разрешение, мы перешлем заявление на получение вашим ребенком страховки в _____.
 (Insert name of program)

Ваш ребенок будет автоматически зачислен в программу _____ без нового заявления, если он имеет на нее право.
 (Insert name of program)

Программа _____ свяжется с вами, или вы можете позвонить в программу _____ по телефону _____.
 (Insert name of program) (Insert name of program) (Insert phone number)

Страховое покрытие по экстренным показаниям программы Medi-Cal для вашего ребенка будет продолжено независимо от того, будете ли вы зачислены в программу _____.
 (Insert name of program)

Если вы никогда не получали пластиковую карточку-удостоверение получателя льгот, вы вскоре получите ее по почте. Если карточка BIC у вас уже имеется, вы должны продолжать пользоваться этой карточкой. Карточка BIC будет действительна до тех пор, пока вы имеете право на участие в программе Medi-Cal. Если вы ранее получили карточку BIC, но на настоящий момент у вас ее больше нет, свяжитесь с сотрудником программы, ведущим ваше дело, в отношении ее замены. Вы должны предъявлять эту карточку поставщику медицинских услуг всякий раз, когда вы обращаетесь за медицинским обслуживанием. Не выбрасывайте вашу пластиковую карточку BIC.

Выполнение этой меры требуется согласно Разделу 14007.5 Кодекса законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях (Welfare and Institutions Code). Если вы считаете, что эта мера неправомерна, вы можете потребовать справедливого разбирательства. На обратной стороне этой страницы предоставлена информация, объясняющая, как потребовать справедливого разбирательства.