

Seminario Web para Embajadores de la Cobertura



Welcome to the Coverage
Ambassadors Webinar! We will begin
shortly.

¡Bienvenidos al Seminario Web de
Embajadores de Cobertura!
Comenzaremos en breve.

Chat y Preguntas y Respuestas



Subtítulos: Seleccione los tres puntos, idioma y voz, activar subtítulos en vivo.



Todos los participantes permanecen silenciados durante la reunión.



El acceso a la cámara y la función de chat no están disponibles.



Utilice el botón de Preguntas y Respuestas para enviar preguntas.

Anuncios

[Cambios en Medi-Cal](#)

[Recursos de Medi-Cal](#)

[Kit de Herramientas Sobre los Cambios de Medi-Cal](#)

[Página Web de Embajadores de la Cobertura](#)

[Conviértase en Embajador de la Cobertura](#)

Contáctenos:

Correo electrónico: ambassadors@dhcs.ca.gov

Por Qué Esto Es Importante

- » Los cambios federales y estatales a Medi-Cal amenazan la cobertura y el acceso al cuidado médico de millones de californianos.
- » Estos cambios requieren una sólida labor de difusión para ayudar a los miembros a comprender qué está cambiando, qué medidas deben tomar, cuándo deben hacerlo y cómo.
- » En respuesta, DHCS y sus colaboradores han lanzado **una campaña coordinada de comunicaciones estatal** para apoyar a los miembros durante estas transiciones.

Estrategia de Divulgación

- » La campaña incluye kits de herramientas multilingües y en lenguaje sencillo; contenido para sitios web y redes sociales; medios de comunicación pagados y étnicos; y actividades de difusión por mensajes de texto y correo electrónico.
- » Esta labor se complementa con una **estrategia de mensajeros de confianza** que moviliza a los Embajadores de la Cobertura, los trabajadores de salud comunitarios, los navegadores y otros socios comunitarios.
- » Esta estrategia incluye capacitación, elaboración de programas educativos y coordinación de redes estatales de mensajeros de confianza.
- » Los mantendremos informados a medida que activemos esta red, realicemos capacitaciones adicionales y compartamos recursos.

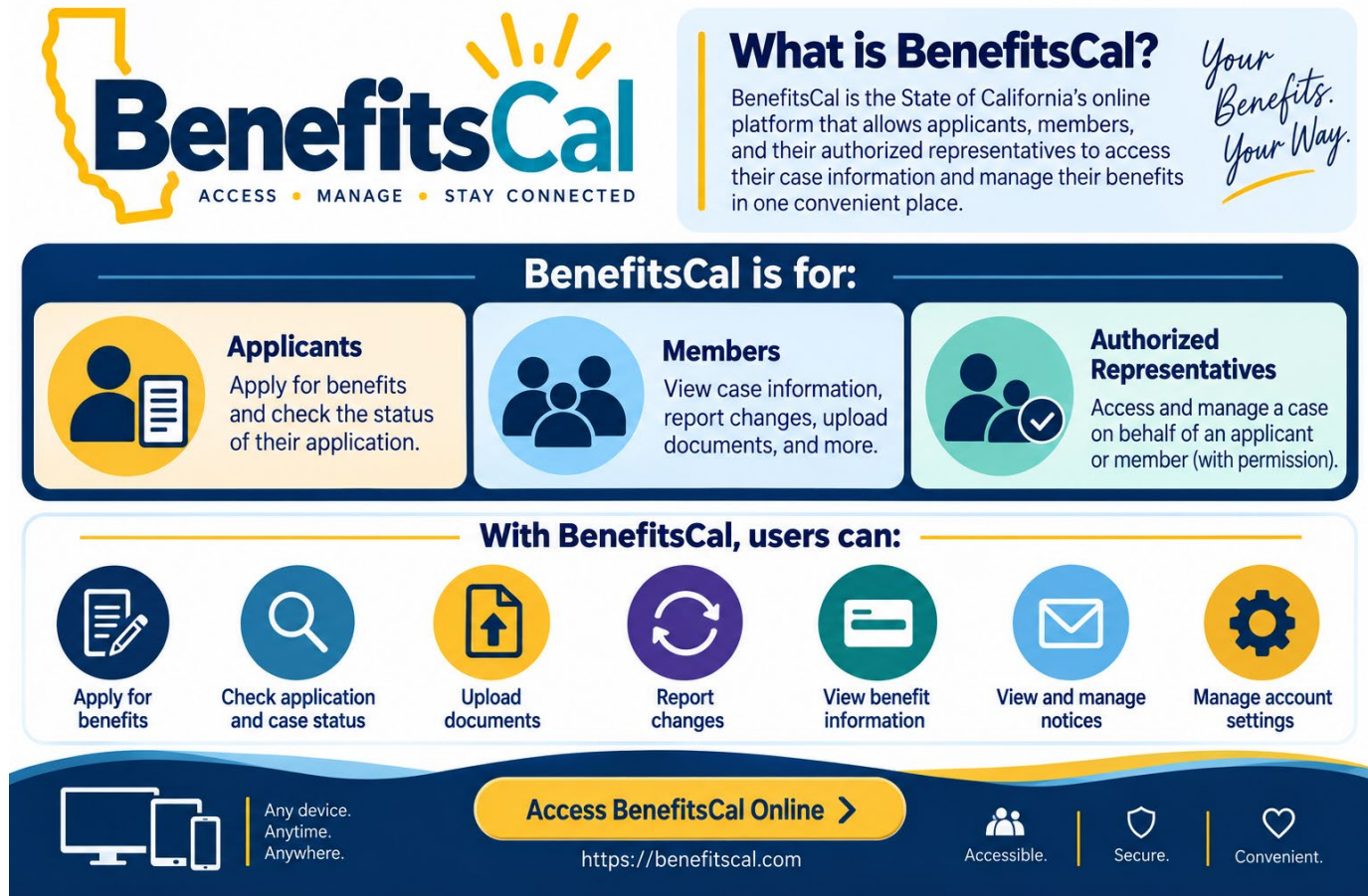
Renovaciones de Medi-Cal Cada Seis Meses: Cómo Saber Quiénes Se Verán Afectados y Cuándo

Alison Brown, Jefa de Sección, División de Elegibilidad de Medi-Cal

Theresa Hasbrouck, Jefa de Subdivisión, División de Elegibilidad de Medi-Cal

Recursos de BenefitsCal

- [BenefitsCal](#)
- [Preguntas Frecuentes de BenefitsCal](#)
- [Vídeos Instructivos de BenefitsCal](#)
- [Cuentas de BenefitsCal para Organizaciones Con Base En La Comunidad \(CBO\)](#)



The banner features the BenefitsCal logo with a yellow outline of California and the text "BenefitsCal" in blue and green, with "ACCESS • MANAGE • STAY CONNECTED" below it. To the right, a box titled "What is BenefitsCal?" explains it as the State of California's online platform. Below this, three colored boxes describe user roles: Applicants (yellow), Members (blue), and Authorized Representatives (teal). A row of seven icons illustrates user capabilities: applying for benefits, checking status, uploading documents, reporting changes, viewing benefit information, managing notices, and account settings. The bottom section includes a mobile device icon with the text "Any device. Anytime. Anywhere.", a yellow button for "Access BenefitsCal Online" with the URL "https://benefitscal.com", and three icons representing "Accessible.", "Secure.", and "Convenient." services.

BenefitsCal
ACCESS • MANAGE • STAY CONNECTED

What is BenefitsCal?
BenefitsCal is the State of California's online platform that allows applicants, members, and their authorized representatives to access their case information and manage their benefits in one convenient place.

Your Benefits. Your Way.

BenefitsCal is for:

- Applicants**
Apply for benefits and check the status of their application.
- Members**
View case information, report changes, upload documents, and more.
- Authorized Representatives**
Access and manage a case on behalf of an applicant or member (with permission).

With BenefitsCal, users can:

- Apply for benefits
- Check application and case status
- Upload documents
- Report changes
- View benefit information
- View and manage notices
- Manage account settings

Any device. Anytime. Anywhere.

Access BenefitsCal Online >
<https://benefitscal.com>

Accessible. | Secure. | Convenient.

Objetivos de la Capacitación

- » Identificar a las personas sujetas a renovaciones cada seis meses.
- » Identificar a las personas que permanecen en un ciclo de renovación de 12 meses.
- » Comprender cuándo los miembros actuales realizan la transición a las renovaciones cada seis meses.
- » Aplicar estos conceptos en el desempeño de su función.

Como Embajador de la Cobertura, usted desempeña un papel fundamental para ayudar a los miembros a comprender y gestionar las renovaciones cada seis meses.

Cómo se Realizan Actualmente las Renovaciones

1. Los condados reevalúan la elegibilidad cada 12 meses
2. Revisión ex parte automatizada y manual
3. Se envía a los miembros un formulario de renovación prellenado (si corresponde)
4. Plazo de 30 días para que los miembros verifiquen información adicional (si es necesario)
5. Se envían dos cartas recordatorias
6. Aviso oportuno cuando se produce un cambio o el miembro no completa la renovación
7. Período de Subsanción de 90 días

Renovaciones Cada Seis Meses: ¿Qué Está Cambiando?

- » A partir del 1 de enero de 2027, ciertos miembros de Medi-Cal renovarán su elegibilidad cada seis meses.
- » El cambio se aplica al **Grupo de Nuevos Adultos**.
- » Los demás grupos de cobertura de Medi-Cal continuarán con renovaciones cada 12 meses.

¿Quiénes Son los Miembros del Grupo de Nuevos Adultos?

Grupo de Nuevos Adultos

El Grupo de Nuevos Adultos según MAGI se refiere a los adultos cubiertos mediante la expansión de Medi-Cal de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Las personas de este grupo **generalmente cumplen con todos los siguientes criterios:**

- » Tener entre 19 y 64 años de edad
- » Tener ingresos inferiores al 138 % del Nivel Federal de Pobreza, aproximadamente:
 - \$22,025 para una persona
 - \$45,540 para una familia de cuatro personas
- » No estar embarazada ni encontrarse dentro del período de 12 meses posteriores al parto
- » No estar inscrito ni tener derecho a Medicare Parte A o B
- » No ser elegible conforme a ningún otro grupo de cobertura de Medi-Cal

Límites de Ingresos Mensuales

Para pertenecer a la categoría del Grupo de Nuevos Adultos, los ingresos mensuales no deben superar los siguientes límites:

- Hogar de 1 persona: \$1,836
- Hogar de 2 personas: \$2,490
- Hogar de 3 personas: \$3,143
- Hogar de 4 personas: \$3,795

Excepción Basada en los Ingresos para Cuidadores

Los padres, tutores y cuidadores de menores de 19 años no se incluyen en el Grupo de Nuevos Adultos si sus ingresos mensuales son inferiores a los siguientes límites:

- Hogar de 2 personas: \$1,967
- Hogar de 3 personas: \$2,482
- Hogar de 4 personas: \$2,998

Límites de ingresos que se muestran corresponden a 2026; los límites se actualizan anualmente.

Quiénes Permanecen En Un Ciclo de Renovación Cada 12 Meses

- » Niños menores de 19 años
- » Adultos de 65 años o más
- » Personas embarazadas
- » Jóvenes menores de 26 años que anteriormente estuvieron bajo cuidado de crianza temporal
- » Personas elegibles mediante vías de elegibilidad basadas en una discapacidad
- » Personas elegibles para Medicare (Parte A o B) o inscritas en Medicare
- » Personas que pertenecen a otros grupos de cobertura de Medi-Cal según los criterios de elegibilidad

Renovación Cada Seis Meses Frente a Renovación Cada Doce Meses

Cada Seis Meses

- » Se aplica a los miembros del Grupo de Nuevos Adultos.
- » La renovación se realiza cada 6 meses.
- » La revisión ex parte siempre es el primer paso.
- » Si la elegibilidad no puede renovarse mediante una revisión ex parte, se envía un paquete de renovación.

Cada Doce Meses

- » Se aplica a los miembros de todos los demás grupos de cobertura.
- » La renovación se realiza cada 12 meses.
- » La revisión ex parte siempre es el primer paso.
- » Si la elegibilidad no puede renovarse mediante una revisión ex parte, se envía un paquete de renovación.

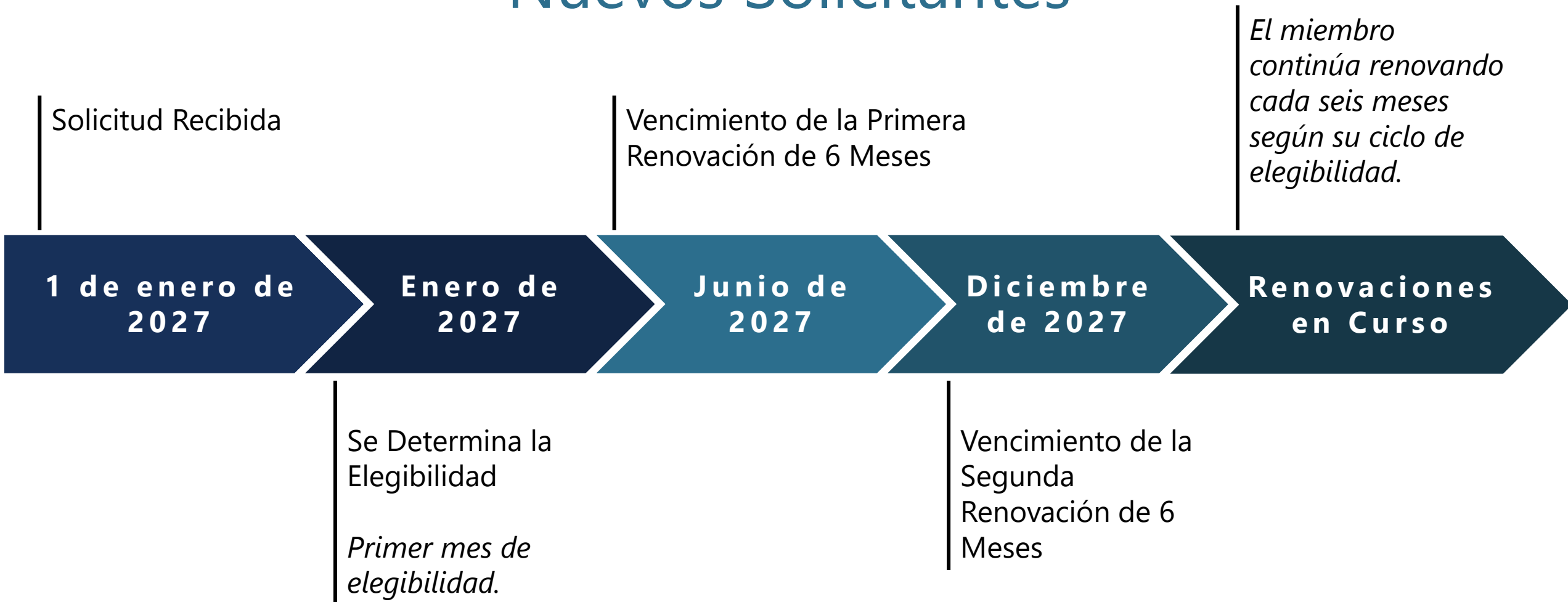
Importante: Las Protecciones Esenciales para la Renovación Se Mantienen.

Los miembros reciben los avisos obligatorios, tienen la oportunidad de proporcionar información, y los condados determinan si continúan siendo elegibles.

¿Cuándo Comienzan las Renovaciones Cada Seis Meses?

- » La implementación comienza el 1 de enero de 2027 para los nuevos solicitantes.
- » Para los miembros actuales, la transición comenzará con las renovaciones que vencen en marzo de 2027.
- » El calendario de las renovaciones cada seis meses sigue el ciclo de elegibilidad del miembro.
- » No todos los miembros realizarán la transición al mismo tiempo.
- » Las primeras renovaciones cada seis meses se realizarán conforme al calendario de implementación establecido.

Cronología de Implementación Para Nuevos Solicitantes



Ejemplo de Cronología de Seis Meses Para Un Nuevo Solicitante

ENE de 2027

Mes de
Solicitud/Primer
Mes de
Elegibilidad

JUN de 2027

Vence la 1.^a
Renovación
Semestral

DIC de 2027

Vence la 2.^a
Renovación
Semestral

ABR de 2027

1.^a Revisión Ex
Parte Iniciada

OCT de 2027

Se Inicia la 2.^a
Revisión Ex
Parte

Transición Para Miembros Actuales

- » Miembro actual (ya inscrito el 1 de enero de 2027)
- » Continúa con su ciclo de elegibilidad vigente (sin cambios inmediatos en su ciclo de renovación).
- » La próxima renovación programada se realiza según la fecha de renovación actual del miembro.
- » El grupo de cobertura se determina durante la renovación:
 - Grupo de Nuevos Adultos (Renovación Cada Seis Meses) O
 - Otro Grupo de Cobertura (Renovación Cada Doce Meses)

Cronología de Implementación Para Los Miembros Actuales

Comienza la Implementación

Sin cambios inmediatos para los miembros actuales

1 de enero de 2027

Mayo de 2027

Vencimiento de la Renovación Anual

El condado determina la elegibilidad y el grupo de cobertura

Primera Renovación de Seis Meses

Si se determina que el miembro pertenece al **Grupo de Adultos Nuevos según MAGI.**

Noviembre de 2027

Próxima Renovación Anual

Si el miembro pertenece a **otro grupo de cobertura**

Mayo de 2028

Ejemplo de Cronograma de Seis Meses Para Un Miembro Actual

NOV de 2027

Renovación
Anual

MAYO de 2028

Renovación del
1.º Semestre

NOV de 2028

Renovación del
2.º Semestre

MAR de 2028

1.ª Revisión Ex
Parte

SEP de 2028

2.ª Revisión Ex
Parte

Formulario de Renovacion de Medi-Cal MAGI (MC 216) Actualizada

Formulario Actualizado de Renovación Cada Seis Meses

- » Reducción de la extensión del formulario mediante la eliminación de preguntas duplicadas o innecesarias.
- » Reorganización del contenido para colocar primero las secciones sobre los cambios que se informan con mayor frecuencia.
- » Adición de una casilla de verificación en la página de firma para indicar si hubo cambios o no.
- » Adición de una sección de declaración jurada de ausencia de ingresos.
- » Adición de la presentación y recopilación de información sobre las personas que se encuentran sin hogar.
- » Adición de la Sección de Trabajo y Participación Comunitaria.

Secciones Prellenadas del MC 216

» Qué hace este formulario de renovación actualizado:

- Verifica los ingresos, el hogar, la información de impuestos, las reglas laborales, los gastos y otros factores de elegibilidad.
- Prellena la información conocida de los registros del condado.

» El miembro debe:

- Revisar cada sección y hacer las correcciones correspondientes, si corresponde.
- Incluir los comprobantes donde se requieran.
- Firmar y fechar la página de Revisión y Firma.
- Presentar todo a más tardar en la fecha de vencimiento.

Secciones Prellenadas

1. Portada
2. Información de Contacto
3. Ingreso
4. Miembros del Hogar
5. Información de Impuestos
6. Actividades de Trabajo y Participación Comunitaria
7. Gastos y Deducciones

Portada

Es hora de renovar los beneficios para:

Nombre	Fecha de nacimiento	Acción necesaria
{RECIPIENT_NAME_FIRST_MIDDLE_LAST_AND_SUFFIX}	{MONTH_DAY_YEAR}	{PENDING_VERIFICATION}

Los miembros del hogar que no figuran en la lista de arriba o que no recibieron un paquete de renovación no necesitan renovar. Su información puede aparecer aquí si afecta su elegibilidad para Medi-Cal, como los ingresos.



Necesitamos más información sobre su {PENDING_VERIFICATION}.

Por favor revise este formulario, infórmenos de cualquier cambio e incluya pruebas cuando sea necesario para completar su renovación. Vea el **Anexo** al final de este paquete para ver más información.

- **Paso 1.** Lea el formulario a partir de la siguiente página y haga las actualizaciones necesarias.
- **Paso 2.** Firme y escriba la fecha en la página de Revisión y firma (*siguiente página*).
- **Paso 3.** Entréguenos el formulario con pruebas (cuando sea requerido) a más tardar el {MONTH_DAY_YEAR}

Información de Contacto

Su información de contacto

Es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada: dirección, número de teléfono y correo electrónico (si es aplicable) para que podamos comunicarnos con usted sobre su cobertura de Medi-Cal.

Nota: Tener números de teléfono celular y direcciones de correo electrónico actualizados también nos ayuda a enviarle recordatorios de renovación.

↓ Revise su información	↓ Actualice o agregue información nueva abajo
☐ No tengo vivienda estable ☐ Tengo vivienda estable (PREPOPULATED_CHECKBOX_IF_APPLICABLE)	☐ No tengo vivienda estable o puedo perder mi vivienda (Incluye dormir en con amigos; vivir en la calle; en un refugio; cobertizo; garaje; automóvil, RV u otro vehículo; y más). ☐ Tengo vivienda estable ahora
Nombre {FIRST_MIDDLE_LAST}	Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)
Dirección del hogar {ADDRESS_CITY_STATE_ZIP}	Dirección de casa (si corresponde) Numero de apartamento
	Ciudad Estado Código postal
Dirección postal {ADDRESS_CITY_STATE_ZIP}	Dirección postal (si es diferente de la dirección del hogar o si no tiene una dirección del hogar)
	Ciudad Estado Código postal
Teléfono {PREPOPULATE}	Teléfono (si corresponde)
	Hogar ____-____-____ Celular ____-____-____
	Trabajo ____-____-____ Otro ____-____-____
Correo electrónico {PREPOPULATE}	Correo electrónico (opcional):
Idioma en el que le escribiremos {PREPOPULATE}	En que idioma debemos escribirle a usted:
Idioma en el que le hablaremos {PREPOPULATE}	En que idioma debemos hablar con usted:
Si esta información es correcta, pase a la siguiente página >>	Mejor forma de comunicarnos con usted: ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Correo postal

Ingreso

Ingresos



Si tiene que agregar más personas o información en cualquiera de las secciones, por favor escriba en una hoja de papel por separado (o haga primero una copia de la página) y envíela junto con su formulario de renovación.

Revise la información de ingresos.

Revise la información de ingresos de su hogar que usamos para determinar su elegibilidad. Si esta información no es correcta o terminó, por favor haga los cambios en esta página y en la página siguiente.

Para más información sobre los ingresos, vea el **Anexo A**.

Nombre	Fuente de ingresos	Ingresos antes de impuestos o deducciones (ingresos gravables federales)	¿Qué tan seguido? (anual, mensual, cada 2 semanas, dos veces al mes, semanal, diario o por hora)	Si estos ingresos han terminado, indique la fecha en que los recibió por última vez.
{FIRST_MIDDLE_LAST}	{PREPOPULATE}	\$_{ }	{PREPOPULATE}	___ / ___ / ____

Si reportó ingresos que terminaron o cambiaron, por favor díganos más información abajo para ayudarnos a completar su renovación. Por ejemplo: si ya no está trabajando o cambió de empleo. *Además, reporte todos los ingresos nuevos y los que cambiaron en la página siguiente. >>*

Declaración por no tener ingresos (Prueba de no tener ingresos)

Si usted o su hogar actualmente no tiene ingresos, necesitamos que lo confirme. Por favor ponga sus iniciales junto a la declaración que corresponda y firme abajo. Esto contará como prueba de no tener ingresos.

Si completa la sección de abajo y no tiene ingresos que reportar, puede saltar a la página siguiente. >>

Miembros del Hogar

Miembro del hogar

Necesitamos información sobre usted y todos los miembros de su hogar. También necesitamos saber sobre todo cambio importante en su vida que pueda afectar su elegibilidad. Usted puede agregar una persona nueva en la siguiente página.

Para más información sobre los ingresos, vea el **Anexo A**.

Revise la información actual del miembro de su hogar.

Nombre	Parentesco con {CASE HOLDER_NAME}	Dirección
{FIRST_MIDDLE_LAST}	{PREPOPULATE}	{ADDRESS_CITY_STATE_ZIP_CODE}
{FIRST_MIDDLE_LAST}	{PREPOPULATE}	{ADDRESS_CITY_STATE_ZIP_CODE}

Información de Impuestos

Información de impuestos

Díganos los cambios en su información de impuestos para actualizar su caso. El declarante de impuestos primario es la persona que figura primero en la declaración de impuestos y en esta tabla.

Para ayuda con esta sección, vea el **Anexo A**.

Revise su información de impuesto.

Nombre	¿Esta persona tiene previsto presentar una declaración de impuestos federal?	¿Esta persona espera tener que declarar impuestos?	¿Cuál es la situación de declaración de impuestos de esta persona?	Si es dependiente fiscal, a esta persona la reclama:
Declarante de impuestos primario {FIRST_MIDDLE_LAST}	{PREPOPULATE}	{PREPOPULATE}	{PREPOPULATE}	{PREPOPULATE}
{FIRST_MIDDLE_LAST}	{PREPOPULATE}	{PREPOPULATE}	{PREPOPULATE}	{PREPOPULATE}

Actualice o agregue nueva información de impuestos.

Incluya abajo a cualquier persona nueva que haya agregado a su hogar. Si no tiene actualizaciones, por favor vaya a la [página siguiente](#).

¿Cambió su **declarante de impuestos principal**? Esta información figura arriba. Si es **sí**, complete abajo:
(Ésta es la persona anotada primero en la declaración de impuestos.)

Si es **sí**, nombre del declarante de impuestos primario: _____

Actividades de Trabajo y Participación Comunitaria

Actividades de trabajo y participación comunitaria: Revise y actualice

Si usted u otro adulto en su hogar no está exento de las reglas de trabajo y participación comunitaria, por favor reporte abajo cualquier actividad laboral o comunitaria.

Nombre	Estado de actividades {CHECKBOXES_PREPOPULATED}	Si tiene cambios o actividades nuevas, marque todas las que correspondan y díganos la fecha en que comenzaron:
{FIRST_MIDDLE_LAST}	☐ Trabajo o programa de trabajo ☐ Programa de entrenamiento laboral ☐ Estudiante (medio tiempo o tiempo completo) ☐ Servicios comunitarios o trabajo voluntario en: <i>Nombre del lugar donde la persona hace trabajo voluntario:</i> _____	☐ Trabajo o programa de trabajo <i>Fecha de inicio:</i> ____ / ____ / ____ ☐ Programa de entrenamiento laboral <i>Fecha de inicio:</i> ____ / ____ / ____ ☐ Estudiante (medio tiempo o tiempo completo) <i>Fecha de inicio:</i> ____ / ____ / ____ ☐ Servicios comunitarios o trabajo voluntario <i>Fecha de inicio:</i> ____ / ____ / ____ <i>Nombre del lugar donde la persona hace trabajo voluntario:</i> _____ ☐ Ninguna de las anteriores <i>(salte la sección de horas abajo)</i>
	☐ Marque esta casilla si esta actividad ha terminado <i>Díganos más:</i>	Total de horas por mes: <i>(Todas las actividades combinadas)</i> _____

Gastos y Deducciones

Gastos y deducciones

Reportar los gastos y deducciones **relacionados con los impuestos** que usted paga puede reducir el ingreso que Medi-Cal utiliza para determinar su elegibilidad. Ejemplos de los gastos y deducciones más comunes:

- Gastos de trabajo por cuenta
- Contribuciones a IRA
- Intereses de préstamos estudiantiles
- Pensión alimenticia pagada

Revise y actualice la información de sus gastos y deducciones.

Nombre	Tipo de gasto o deducción	Cantidad	¿Qué tan seguido? (mensual, trimestral, anual)	Si este gasto se detuvo, indique la fecha en que terminó para que podamos verificar su elegibilidad futura para Medi-Cal.
{FIRST_MIDDLE_LAST}	{PREPOPULATE}	\$(XX_XX)	{PREPOPULATE}	____ / ____ / ____
{FIRST_MIDDLE_LAST}	{PREPOPULATE}	\$(XX_XX)	{PREPOPULATE}	____ / ____ / ____

Lo Que Esto Significa Para los Embajadores de la Cobertura

Lo Qué Pueden Hacer



Reconocer



Explicar



Reforzar



Reducir



Apoyar



Recomendar

Reconocer Cuándo Pueden Aplicarse las Renovaciones Cada 6 Meses

- » Preste atención a las preguntas sobre el momento o la frecuencia de la renovación.
- » Reconozca que las renovaciones cada seis meses se aplican al Grupo de Nuevos Adultos.
- » Tenga presente que, por lo general, los demás grupos de cobertura mantienen las renovaciones cada doce meses.
- » No determine el grupo de cobertura ni la elegibilidad del miembro.

Explique la Política en Términos Generales

- » Algunos miembros de Medi-Cal renuevan cada seis meses.
- » Otros miembros continúan renovando cada 12 meses.
- » La frecuencia de renovación depende del grupo de cobertura del miembro.
- » Los miembros actuales hacen la transición en la fecha programada de su renovación.
- » Mantenga las explicaciones sencillas, claras y coherentes.

Refuerce la Importancia de Responder

- » Anime a los miembros a revisar todos los avisos de Medi-Cal.
- » Responda cuando se solicite información.
- » Presente la información solicitada antes de la fecha de vencimiento.
- » Mantenga actualizada la información de contacto.
- » No asuma que recibir una solicitud de renovación significa que el miembro no es elegible.

Reduzca la Confusión

- » No todos pasarán a las renovaciones cada seis meses.
- » Las renovaciones cada seis meses están vinculadas al Grupo de Nuevos Adultos.
- » No todos los miembros actuales realizarán la transición el 1 de enero de 2027.
- » Una renovación cada seis meses no significa que automáticamente se perderá la cobertura.
- » Utilice información y recursos aprobados.

Apoye la Continuidad de la Cobertura

- » Ayude a los miembros a comprender qué medidas deben tomar.
- » Anime las respuestas oportunas.
- » Ponga a los miembros en contacto con los recursos disponibles.
- » Refuerce la importancia de completar el proceso de renovación.
- » Ayude a los miembros a dar el siguiente paso correspondiente.

Sepa Cuándo Recomendar

Proporcione información general cuando el miembro pregunte sobre:

- » Qué son las renovaciones cada seis meses.
- » Quiénes podrían estar sujetos a ellas.
- » Cronograma general de implementación.

Dirija las preguntas específicas del caso sobre:

- » La elegibilidad individual o el grupo de cobertura.
- » Una fecha de renovación específica.
- » La información solicitada por el condado.
- » Las decisiones de elegibilidad o las medidas relacionadas con el caso.

Ejemplos

Ejemplo 1:

“¿Por qué tengo que renovar otra vez?”

- » **Pregunta del miembro:** “Acabo de renovar mi Medi-Cal hace seis meses. ¿Por qué estoy recibiendo otra solicitud de renovación?”
- » **Puntos clave que debe explicar:**
 - Algunos miembros de Medi-Cal ahora renuevan cada seis meses, según su grupo de cobertura.
 - Otros continuarán renovando cada 12 meses.
- » **Anime la acción:** Revise el paquete de renovación y responda antes de la fecha de vencimiento si se solicita alguna información.
- » **Cuándo recomendar:** Dirija a los miembros a la oficina local de su condado si tienen preguntas sobre la fecha de renovación, el grupo de cobertura o la elegibilidad.
- » **Punto clave:** Proporcione información general, anime a que se tomen medidas oportunamente y dirija a los miembros al condado para responder preguntas específicas de cada caso.

Ejemplo 2:

“¿Esto significa que perderé Medi-Cal?”

- » **Pregunta del miembro:** “Recibí un paquete de renovación. ¿Eso significa que van a cancelar mi Medi-Cal?”
- » **Puntos clave que debe explicar:**
 - Recibir un paquete de renovación no significa que perderá la cobertura.
 - Por lo general, significa que el condado necesita más información para completar la renovación.
- » **Anime la acción:** Lea atentamente el aviso de renovación y presente toda la información solicitada antes de la fecha de vencimiento.
- » **Refuerce:** Completar la renovación previene interrupciones en la cobertura y mantiene activos los beneficios.
- » **Cuándo recomendar:** Dirija a los miembros a la oficina local de su condado si tienen preguntas sobre la elegibilidad, el grupo de cobertura o las fechas de renovación.
- » **Punto clave:** Tranquilice al miembro, anímelo a que tome medidas oportunamente y diríjalo a la instancia correspondiente cuando las preguntas se relacionen con su caso específico.

Ejemplo 3:

“¿Cuándo es mi renovación?”

- » **Pregunta del miembro:** “¿Puede decirme si mi renovación es cada seis meses y cuándo será mi próxima renovación?”
- » **Lo que *puede* compartir:**
 - Algunos miembros de Medi-Cal tienen renovaciones cada seis meses según su grupo de cobertura.
 - Puede proporcionar información general sobre los plazos de renovación.
- » **Lo que *no puede* proporcionar:** Detalles específicos del caso, como la fecha exacta de renovación o el grupo de cobertura de un miembro.
- » **Qué Debe Hacer:** Dirija a los miembros a la oficina local de su condado para obtener información sobre las fechas individuales de renovación y la elegibilidad, y para que el personal del condado pueda revisar su caso y explicarles su cronograma de renovación.
- » **Punto clave:** Proporcione información general sobre las renovaciones cada seis meses, pero dirija a los miembros al condado si tienen preguntas específicas de su caso sobre las fechas de renovación o la elegibilidad.

Qué Decir/Qué No Decir

Lo que debe decir:

- » Algunos miembros de Medi-Cal tienen renovaciones cada seis meses, según su grupo de cobertura.
- » Revise la información de su renovación y responda antes de la fecha de vencimiento.
- » Completar su renovación a tiempo ayuda a evitar interrupciones en la cobertura.
- » Si tiene preguntas específicas sobre su caso, comuníquese con la oficina local de su condado.

Lo que no debe decir:

- » Todos tienen que renovar cada seis meses.
- » Puedo decirle la fecha exacta de su renovación.
- » No necesita hacer nada en este momento.
- » Recibir un paquete de renovación significa que perderá Medi-Cal.

Más Ejemplos

Pregunta del miembro	Lo que puede decir	Sus acciones	Cuándo recomendar
"¿Por qué ahora tengo que renovar cada seis meses?"	Algunos miembros del Grupo de Nuevos Adultos renuevan cada seis meses; otros continúan con las renovaciones cada doce meses.	Explique las cronologías de renovación en términos generales.	Si los miembros preguntan por qué tienen personalmente un ciclo de renovación determinado.
"Recibí un formulario de renovación. ¿Esto significa que perderé Medi-Cal?"	Recibir un formulario de renovación no significa que perderá la cobertura; a veces se necesita más información.	Anime a los miembros a leer los avisos y responder oportunamente.	Si desean obtener información sobre la elegibilidad o saber qué información necesita el condado.
"Mi amigo dice que todos renuevan cada seis meses. ¿Es eso cierto?"	No todos renuevan cada seis meses; los cronogramas de renovación varían según el grupo de cobertura.	Reduzca la confusión y la información errónea, y apoye la continuidad de la cobertura.	Si preguntan sobre su fecha específica de renovación o su situación de cobertura.
			*Diríjalos al condado o al recurso correspondiente.

Recursos Adicionales

Recursos

- » [ACWDL 22-33](#): Proceso de Redeterminación de Medi-Cal
- » [ACWDL 25-31](#): Requisitos de Renovación Cada Seis Meses para el Grupo de Nuevos Adultos
- » [ACWDL 26-14](#): Consejos Actualizados sobre los Requisitos de Renovación Cada Seis Meses para el Grupo de Nuevos Adultos.



¿Preguntas?

Próximo Seminario Web para Embajadores de la Cobertura en 2026



19 de noviembre de 2026