

## GUARDE ESTO COMO CONSTANCIA

# Lo que debe saber al momento de presentar la solicitud para inscribirse en Medi-Cal

## Al solicitar Medi-Cal, ¿cómo se usará mi información?

Las oficinas de servicios sociales del condado o Covered California le pedirán información personal suya para decidir si usted o si una persona bajo su responsabilidad es elegible para recibir los beneficios de Medi-Cal. Debe proporcionar esta información personal para obtener beneficios de Medi-Cal.

Su información personal recopilada se puede usar de las formas siguientes:

- Por Covered California y la oficina de servicios sociales del condado para averiguar si usted es elegible para Medi-Cal o su inscripción en Covered California.
- Por los proveedores administrativos (administrative vendors) del Estado para procesar reclamaciones o pagos de primas y para emitir tarjetas de identificación de beneficios (Benefits Identification Cards) (BICs).
- Por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) para las revisiones de control de calidad y de adultos y para verificar los números de Seguro Social (Social Security Numbers) (SSNs).
- Para verificar la situación migratoria con el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security) (DHS), si es necesario. La información compartida con el DHS no se puede usar para la aplicación de las normas de inmigración a menos que usted esté cometiendo fraude.
- Por los proveedores de servicios médicos y organizaciones de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations) (HMO) para confirmar que usted reúne los requisitos para los servicios.
- Para identificar otra cobertura de seguro de salud y recuperar los gastos cuando sea necesario. De otras maneras, pero solo si lo exige la ley.



Para leer sobre sus derechos de privacidad y Medi-Cal, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad del Department of Health Care Services. Lo puede encontrar en:

[www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx)

## ¿Cuáles son mis derechos al momento de solicitar Medi-Cal?

1. Tiene derecho a tratamiento justo e igual, sin distinción de raza, color, nacionalidad de origen, religión, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, creencias políticas, estado de veterano o discapacidad. Tiene derecho a presentar una queja si usted piensa que el programa de Medi-Cal lo ha discriminado o no le ha proporcionado las adaptaciones razonables requeridas por las leyes estatales y federales.

Puede presentar una queja llamando al Department of Health Care Services (DHCS), Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) al 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399) o en línea en: [www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA\\_Title\\_VI\\_Discrimination\\_Complaint\\_Form.docx](http://www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA_Title_VI_Discrimination_Complaint_Form.docx)

2. Tiene el derecho a ser evaluado para verificar si usted puede ser elegible para cualquier programa de Medi-Cal.
3. Tiene el derecho a la información sobre el programa Medi-Cal y ayuda para solicitar Medi-Cal.
4. Tiene derecho a un intérprete si necesita ayuda para solicitar Medi-Cal, tiene preguntas o tiene dificultad para hablar, leer o entender el inglés.
5. Tiene derecho a una entrevista en persona con un trabajador de servicios sociales del condado.
6. Si piensa que es incapacitado, puede pedir que Medi-Cal revise su solicitud para verificar si usted cumple con los requisitos para la cobertura para personas con discapacidad.
7. Si recibió servicios de salud en los tres meses antes al mes de su solicitud, usted tiene derecho a ser evaluado para ver si es elegible para que Medi-Cal pague por estos servicios. Esto se llama *elegibilidad retroactiva*. Comuníquese con la oficina de servicios sociales de su condado para obtener más información o solicitar elegibilidad retroactiva.
8. Tiene derecho a ser informado por escrito si usted reúne los requisitos para Medi-Cal o si hay cualquier cambio en su situación de elegibilidad.
9. Tiene derecho a que toda la información que usted da a la oficina de servicios sociales del condado o Covered California se mantenga de forma confidencial. Puede ver la información personal durante el horario regular de la oficina de servicio social del condado.
10. Tiene derecho a una tarjeta de “necesidad inmediata” de Medi-Cal si usted es elegible y tiene una emergencia médica o está embarazada.
11. Tiene derecho a recibir Medi-Cal mientras espera que se verifique su situación migratoria, si cumple con todos los requisitos de elegibilidad.
12. Tiene el derecho de escoger el plan de salud de Medi-Cal que usted quiere, si se ofrece más de un plan de Medi-Cal en su condado de residencia.
13. Al proporcionar a Medi-Cal facturas médicas anteriores que todavía debe, puede reducir su parte del costo (Share of the Cost) (SOC), si lo hay. Para obtener más información sobre SOC, comuníquese con la oficina de servicios sociales de su condado.
14. Si su propiedad cuenta para beneficios de Medi-Cal, usted tiene el derecho a reducir su propiedad para cumplir con el límite de propiedad de Medi-Cal al último día del mes en que solicitó Medi-Cal. El trabajador de servicios sociales del condado puede darle más información sobre los límites de propiedad y cómo cumplir los requisitos de propiedad.
15. Si usted o su cónyuge, ingresan en una institución de cuidado a largo plazo (long-term-care) el o después del 1 de enero de 1990, usted y su cónyuge tienen el derecho de que el programa Medi-Cal les informe la cantidad de propiedad individual y mancomunada que puede mantener y aún ser elegible para Medi-Cal.
16. Tiene derecho a una audiencia estatal si no se han determinado oportunamente los beneficios de su solicitud para Medi-Cal. Es obligatorio que Medi-Cal determine su elegibilidad dentro de 45 días desde la fecha de su solicitud, o 90 días si se trata de la elegibilidad por una discapacidad, a menos que se le haya pedido que proporcione información adicional y usted aún no lo haya hecho.

- Si quiere una audiencia estatal sobre la oportunidad de la determinación de su elegibilidad a Medi-Cal, usted debe pedirla. Puede solicitar una audiencia estatal sobre la oportunidad de la determinación de su elegibilidad a Medi-Cal, en cualquier momento después del día 45 o 90.
  - Puede pedir una audiencia
    - 1) comunicándose con su oficina de servicios sociales del condado más cercana;
    - 2) llamando al Department of Social Services al 1-855-795-0634 o TDD 1-800-952-8349; o 3) haciendo la solicitud por escrito a la oficina de servicios sociales del condado. Puede rellenar la parte posterior de un aviso de acción (Notice of Action) (formulario NA Back 9) para solicitar una audiencia y enviar el formulario, u otra solicitud por escrito, a la oficina de servicios sociales de su condado más cercana. El formulario está disponible a través de su oficina de servicios sociales del condado o en [www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Spanish/NABack9SP.pdf](http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Spanish/NABack9SP.pdf).
17. Tiene el derecho a una audiencia estatal si no está satisfecho con la decisión de la oficina de servicios sociales del condado local, DHCS, o Covered California, excepto las relativas al programa de Pago de Primas del Seguro de Salud (Health Insurance Premium Payment) (HIPP). El HIPP no es un programa de derecho; por lo tanto, no hay ningún derecho de apelación para los beneficios del HIPP.
- Si usted quiere una audiencia para apelar la decisión del estado, debe pedirla dentro de **90 días** de la fecha en que el aviso de acción (NOA) le fue dado o enviado por correo.
- Si no recibe un NOA, debe solicitar una audiencia dentro de **90 días** desde la fecha en que se descubrió la acción o inacción con la cual usted no está satisfecho a menos que la inacción se deba a un retraso en la determinación de su solicitud de beneficios de Medi-Cal.
  - Puede pedir una audiencia
    - 1) comunicándose con su oficina de servicios sociales del condado más cercana; 2) llamando al Department of Social Services al 1-855-795-0634 o TDD 1-800-952-8349; o 3) haciendo la solicitud por escrito a la oficina de servicios sociales del condado. Puede rellenar la parte posterior de un NOA (formulario NA Back 9) para solicitar una audiencia y enviar el formulario, u otra solicitud por escrito, a la ubicación o número de fax en el formulario. También podrá visitar su oficina local de servicios sociales del condado y presentar una solicitud de apelación. El formulario está disponible a través de su oficina de servicios sociales del condado o en [www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Spanish/NABack9SP.pdf](http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Spanish/NABack9SP.pdf).
18. Tiene derecho a revisar su archivo de Medi-Cal y todos los reglamentos y manuales normativos del programa Medi-Cal que fueron utilizados para decidir si usted es elegible para Medi-Cal.
19. Tiene derecho a la información sobre estos programas y ayuda para obtener estos servicios:
- Child Health and Disability Prevention Program
  - Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children
  - Personal Care Services Program
  - Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program
  - Family Planning Access Care and Treatment Program

20. Usted puede hablar con un trabajador social o un trabajador de servicios sociales del condado sobre otros servicios públicos o privados u otros recursos como CalFresh y CalWORKs.

## ¿Cuáles son mis responsabilidades si recibo Medi-Cal?

### Debe decirle al trabajador de servicios sociales de su condado sobre cualquiera de los siguientes cambios que hayan ocurrido dentro de los 10 días siguientes al cambio:

1. Usted o un miembro de la familia en su domicilio tiene un cambio de ingreso. Esto aplica si el ingreso sube o baja o si este comienza o se interrumpe. Esto incluye ingresos provenientes de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) (SSA), préstamos, liquidaciones, empleo, desempleo y cualquier otra fuente.
2. Usted cambia la dirección de su domicilio o dirección postal.
3. Una persona se muda a su casa o sale de esta, sin importar si la persona tiene o no relación con usted o su familia. Esto incluye a recién nacidos y niños en acogida temporal.
4. Usted o un miembro de su familia en su domicilio da a luz, se embaraza o pone fin a un embarazo.
5. Usted, su cónyuge o cualquier miembro de la familia en su domicilio, entra o sale de un asilo o una instalación de cuidado a largo plazo.
6. Usted recibe, transfiere, regala o vende propiedad inmobiliaria o personal (incluyendo dinero), o abre o cierra cualquier cuenta de banco. Este requisito solo aplica si la propiedad cuenta para el programa Medi-Cal al cual usted está inscrito o para el cual está siendo evaluado. También debe informar si alguien le da a usted o a un miembro de su familia en su domicilio cosas tales como un automóvil, una casa o pagos de seguros.
7. Sus gastos los paga alguien más.
8. Usted o un miembro de su familia en su domicilio consiguen un empleo, cambia de empleo o ya no tiene empleo.
9. Usted tiene un cambio en los gastos relacionados a su empleo o educación, tales como cuidado infantil o transporte.
10. Usted o un miembro de su familia en su domicilio, incluyendo niños, se vuelve física o mentalmente discapacitado.
11. Usted o un miembro de su familia en su domicilio solicita o recibe beneficios por discapacidad con la SSA, Oficina de la Administración de Veteranos (Veterans Administration) o Pensiones del Ferrocarril.
12. Usted o un miembro de su familia en su domicilio que está solicitando o recibe Medi-Cal tiene un cambio en su ciudadanía o situación migratoria.
13. Usted o un miembro de su familia en su domicilio tiene un cambio en la cobertura de su seguro de salud.
14. Si está inscrito en el programa de Medi-Cal debido a la acogida temporal para jóvenes anterior, dígame a su trabajador social si la dirección de su domicilio o su dirección postal cambia. Usted no necesita decirle a su trabajador social sobre otros cambios, tales como cambios en su ingreso, empleo o gastos.

**También debe:**

1. Cuando se lo soliciten, presentar evidencia de ser un residente de California.
2. Al solicitar Medi-Cal, declarar su ciudadanía o situación migratoria.
3. Dar el Número de Seguro Social (SSN) para cualquiera de las personas que está solicitando los beneficios de Medi-Cal.
  - Si usted es un ciudadano de los United States (U.S.), un ciudadano de U.S. o una persona con una situación migratoria satisfactoria, debe proporcionar un SSN. Si no tiene uno, debe solicitar un SSN y proporcionar el número a la oficina de servicios sociales del condado dentro de los 60 días posteriores a su solicitud.
  - Un trabajador de servicios sociales del condado puede brindarle ayuda para solicitar un SSN. Usted debe trabajar con la Administración del Seguro Social (SSA) para aclarar cualquier pregunta que surja o su cobertura de Medi-Cal será rechazada o interrumpida.
  - Si alguna persona en su solicitud cumple con los requisitos para Medi-Cal pero no tiene una situación migratoria satisfactoria, él o ella pueden solicitar beneficios restringidos de Medi-Cal sin tener que dar un SSN.
4. Solicitar otros ingresos o beneficios a los cuales usted o cualquier miembro de su familia en su domicilio tengan derecho, a menos de que exista una buena razón para no realizar la solicitud. Esto incluye pensiones, beneficios gubernamentales, ingresos por jubilación, beneficios de veteranos, rentas vitalicias, beneficios por incapacidad, beneficios del Seguro Social (Seguro por vejez, supervivencia e incapacidad) y las prestaciones por desempleo. Esto no incluye los beneficios de asistencia pública, tales como CalWORKs o CalFresh.
5. Solicitar Medicare, si reúne los requisitos. Las personas son elegibles para Medicare si son invidentes, discapacitadas, tienen Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End Stage Renal Disease) o tienen por lo menos 64 años y 9 meses de edad. Usted es responsable de decirle a sus proveedores que tiene ambas coberturas, Medi-Cal y Medicare.
6. Solicitar e inscribirse en cualquier seguro de salud que esté disponible para usted y su familia sin costo alguno.
7. Informar a la oficina de servicios sociales del condado y al proveedor de cuidados para la salud sobre cualquier cobertura o seguro que tenga o la cual tenga derecho de usar, incluyendo Medicare. Si usted intencionadamente no proporciona esta información, su proveedor puede cobrarle y podría ser culpable de un delito.

**Usted entiende que:**

1. Debe usar su otro plan de cuidado de la salud (tal como Kaiser, TRICARE o un Medicare HMO) para la atención médica si tiene otro seguro de salud que cubra ese servicio. Es posible que Medi-Cal no pague por ningún servicio que esté cubierto por otro seguro.
2. Si usted niega tener otra cobertura para salud, puede: 1) contactar a su trabajador local de servicios sociales del condado; 2) llamar al 1-800-541-5555; o, 3) llenar el formulario para la eliminación de otra cobertura de salud en el sitio web de DHCS en <http://dhcs.ca.gov/ohc>.
3. Si usted, o cualquier miembro de su familia en su domicilio, obtiene dinero proveniente de un acuerdo extrajudicial por lesiones, incluyendo gastos médicos por los cuales Medi-Cal pagó, Medi-Cal tiene derecho a ser reembolsado por la porción de gastos médicos del acuerdo.
4. Si usted no elige cómo desea recibir sus beneficios, usted y los miembros de su familia en su domicilio pueden ser colocados en un plan de salud de Medi-Cal cercano a su casa.
5. Debe firmar sus Tarjetas de Identificación de Beneficios (BICs) y usarlas solo para obtener los cuidados de salud necesarios para usted o los miembros de su familia elegibles.
6. Debe llevar su BIC al proveedor médico cuando usted esté enfermo o tenga una cita. En casos de emergencia cuando no tenga su BIC, debe llevar la BIC al proveedor médico lo más pronto posible.
7. Le debe informar al DHCS en <http://dhcs.ca.gov/pi> cuando Medi-Cal pagó por servicios médicos que usted recibió y que fueron resultado de un accidente o lesión causados por otra persona. Esto incluye una lesión en el lugar de trabajo cuando debe presentarse el reclamo de compensación del trabajador.
8. Debe cooperar con el Estado o condado para establecer la paternidad e identificar cualquier cobertura médica posible a la cual usted o su familia puedan tener derecho a través de un padre ausente, a menos que usted esté embarazada.
9. Debe cooperar con el Estado si el equipo de verificación de control de calidad elige revisar su caso. Si se niega a cooperar, los beneficios de su Medi-Cal serán suspendidos.
10. Si no solicita o mantiene una cobertura de salud sin costo o cobertura pagada por el estado, los beneficios de su Medi-Cal y la elegibilidad serán rechazados o suspendidos.
11. Si no proporciona la información necesaria o si brinda información que usted sabe que es falsa, los beneficios de su Medi-Cal pueden ser rechazados o suspendidos. Su caso también puede ser investigado por presunto fraude.
12. La información que usted proporcione al momento de solicitar Medi-Cal será verificada por computadora con los datos brindados por empleadores, bancos, SSA, Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service), Dirección Federal de Impuestos (Franchise Tax Board), servicios sociales y otras agencias. Esto es para confirmar ingresos, nacionalidad, situación migratoria satisfactoria, información fiscal y otra información relacionada para ver si usted y los miembros de su familia en su domicilio cumplen los requisitos para el seguro de salud. Usted tiene el derecho de proporcionar pruebas al trabajador de servicios sociales de su condado o Covered California para corregir cualquier información errónea.

13. Cualquier cambio en su información, o en la información de cualquier familiar en su hogar, podría afectar la elegibilidad de los otros miembros del grupo familiar.
14. Solo las personas que están solicitando Medi-Cal deben proporcionar su SSN e información sobre su situación migratoria o nacionalidad. Las personas que no están solicitando Medi-Cal no necesitan brindar un SSN o prueba de su situación migratoria o nacionalidad. Usted puede optar por dar el SSN de una persona que no es solicitante para ayudar a determinar si otros miembros de la familia cumplen con los requisitos.
15. Las personas que no tienen una situación migratoria satisfactoria y que de otra manera cumplen con los requisitos para Medi-Cal, pueden solicitar beneficios restringidos de Medi-Cal sin que sea necesario solicitar o dar un SSN.
16. La información sobre el situación migratoria de una persona que se proporciona en la solicitud de Medi-Cal se mantendrá privada y segura, tal y como lo indica la ley.
17. Basado en sus ingresos, podría tener que pagar una prima mensual para algunos programas de Medi-Cal. Para otros programas puede tener que pagar parte del costo dependiendo de su ingreso mensual. Si tiene Medi-Cal con SOC, puede tener que pagar o comprometerse a pagar por sus gastos médicos cada mes, hasta el total de la SOC, antes de que Medi-Cal pague por los servicios.
18. Si usted no informa de manera oportuna sobre los cambios en su información personal, y luego recibe los beneficios de Medi-Cal para los cuales no cumple los requisitos, podría tener que reembolsar al DHCS.
19. Usted, o cualquier miembro de la familia que reciba Medi-Cal, **no** debe estar recibiendo ayuda pública de otro estado.
20. Si está recibiendo Medi-Cal a causa de una discapacidad y solicita beneficios por discapacidad provenientes de SSA, y la SSA rechaza su reclamo por discapacidad, se podría suspender su Medi-Cal.
  - Si apela la denegación de la SSA inmediatamente, continuará recibiendo Medi-Cal hasta que la SSA tome una decisión final.
  - Si la SSA aprueba su apelación, continuará recibiendo los beneficios de Medi-Cal.
  - Si la SSA deniega su apelación, entonces sus beneficios de Medi-Cal pueden suspenderse.
21. Como una condición de elegibilidad de Medi-Cal, se le asignan automáticamente al estado todos los derechos para el mantenimiento en relación al cuidado de la salud y el pago de servicios médicos para usted y cualquier persona elegible por la cual usted sea responsable legalmente.
22. Si un tribunal ordena el mantenimiento en relación al cuidado de la salud por parte de un padre ausente para sus hijos, la compañía aseguradora debe permitirle inscribirse y debe proporcionarle los beneficios para sus hijos sin el consentimiento del padre ausente.
23. Los proveedores de Medi-Cal no le pueden cobrar copago, coaseguro o deducibles de una aseguradora privada a menos que el pago se utilice para cumplir con su Medi-Cal SOC, copago o ambos.
24. Al solicitar Medi-Cal será evaluado para determinar si cumple con los requisitos para otros programas de asistencia médica, incluyendo el Programa HIPP.

25. Si usted tiene otra cobertura de seguro de salud, puede usar Medi-Cal únicamente para servicios que no estén cubiertos por el otro plan de atención de salud. Su proveedor de Medi-Cal debe verificar que el servicio no esté cubierto antes de facturar a Medi-Cal.
26. Si usted es admitido en un hogar para ancianos y no tiene la intención de regresar a casa, el estado puede solicitar un embargo contra su propiedad.
27. Después de su muerte, el estado debe buscar el reembolso contra sus bienes por todos los servicios de Medi-Cal que usted recibió después de los 55 años (incluyendo primas pagadas en su nombre). Esto no es aplicable durante el tiempo de vida de su cónyuge sobreviviente o conviviente o pareja doméstica registrada o si a usted le sobrevive un hijo menor de 21 años, o por un hijo de cualquier edad que sea invidente o discapacitado (tal como lo define la Ley Federal de Seguridad Social (Social Security Act)) o si la restitución creará una dificultad para sus herederos. Por favor informe a sus herederos sobre esta posible actividad de cobro.
28. Si al momento de su muerte usted tiene patrimonio, al momento de fallecer su cónyuge sobreviviente o conviviente o pareja doméstica registrada, el estado tiene el derecho de reclamar los bienes de su cónyuge sobreviviente o conviviente registrado o de cualquier beneficiario de esos bienes. La recuperación se limita a la cantidad de beneficios de Medi-Cal pagados a su nombre o al valor de los activos que posea al momento de su muerte, el que sea menor.
29. El estado puede buscar el reembolso proveniente de sus bienes por los servicios que usted recibió (incluyendo primas pagadas a su nombre) previos a su cumpleaños 55 si usted fue un paciente internado en un hogar de ancianos, instalación de cuidado intermedio para discapacitados mentales u otra institución médica. Para más información comuníquese con el trabajador de servicios sociales de su condado o vaya al sitio web de DHCS en <http://dhcs.ca.gov/er>.

GUARDE ESTO COMO CONSTANCIA