

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION

Գործողության տեղեկագիր

ՍԱՀՄԱՆԱՓՈՎ նպաստների հաստատման վերաբերյալ
(Հրատապ օգնության, հղիության և երկարատև խնամքի հետ կապված
ծառայություններ)

Տեղեկագրի ամսաթիվը.	Notice date
Գործի համարը.	Case number
Աշխատակցի անուն ազգանունը.	Worker name
Աշխատակցի համարը.	Worker number
Աշխատակցի հեռախոսի համարը.	Worker telephone #
Գրասենյակի աշխատանքային ժամերը.	Office hours
Տեղեկանքը տրվում է.	Notice for

Medi-Cal-ի Ձեր ՍԱՀՄԱՆԱՓՈՎ նպաստները հաստատվել են: Համաձայն Ձեր հայտնած եկամտի չափի՝ Դուք կարող եք այս ծառայություններն ստանալ անվճար:

Դուք դիմել եք Medi-Cal-ի համար Date applied -ին և Ձեր իրավասությունը Medi-Cal-ի սահմանափակ նպաստների համար ուժի մեջ է սկսած Date effective -ից:

Medi-Cal-ի սահմանափակ նպաստներն ապահովում են միայն հրատապ օգնության, հղիության և երկարատև խնամքի հետ կապված ծառայություններ: Եթե Դուք վստահ չեք, որ տվյալ ծառայությունը հրատապ օգնության, հղիության կամ երկարատև խնամքի հետ կապված ծառայություն է, ապա հաղորդակցվեք Ձեր բժշկական մատակարարի հետ:

Դուք իրավասու եք սահմանափակ նպաստների, և ոչ թե լիարժեք Medi-Cal-ի համար, քանի որ մեզ հայտնել եք, որ Դուք Միացյալ Նահանգների (U.S.) քաղաքացի կամ հպատակ եք, սակայն չեք ներկայացրել Ձեր քաղաքացիության/հպատակության կարգավիճակի և/կամ ինքնության ընդունելի ապացույց: Համաձայն մոր օրենքի, Medi-Cal-ի համար դիմող անձանց մեծամասնությունը պարտավոր է ներկայացնել քաղաքացիության/հպատակության կարգավիճակի և ինքնության ապացույց:

Եթե Դուք ներկայացնեք ընդունելի ապացույց Ձեր դիմումի օրվանից սկսած մեկ տարվա ընթացքում և ունենաք հարգելի պատճառ, թե ինչու նախկինում չեք ներկայացրել այդ ապացույցը, ապա Medi-Cal-ի Ձեր նպաստները կփոխվեն լիարժեք նպաստների՝ Ձեր դիմումի օրվանից սկսած, իսկ որոշ դեպքերում դիմած օրվանից առնվազն 90 օր առաջ:

Եթե հետագայում Medi-Cal-ի Ձեր նպաստները փոխվեն լիարժեք նպաստների և Դուք, ունենալով սահմանափակ նպաստներ, արդեն վճարել էիք այնպիսի բժշկական խնամքի համար, որը հրատապ օգնության, հղիության կամ երկարատև խնամքի հետ կապված ծառայություն չէր, ապա Դուք կարող եք դիմել փոխհատուցման համար: Փոխհատուցման մասին Ձեր հարցերին պատասխան ստանալու համար հեռաձայնեք Առողջապահական Ծառայությունների Բաժանմունք (Department of Health Care Services)՝ Նպաստառուների Ծառայությունների Բաժին (Beneficiary Services)՝ (916) 403-2007 հեռախոսահամարով:

Եթե Դուք երբևէ չեք ստացել նպաստների անձի հաստատման պլաստիկ քարտ (BIC), ապա շուտով այն կստանաք փոստով: Եթե Դուք արդեն ունեք BIC, ապա շարունակեք այն օգտագործել: BIC-ն ուժի մեջ կլինի այնքան ժամանակ, քանի դեռ Դուք իրավասու եք Medi-Cal-ի համար: Եթե Դուք նախկինում ստացել եք BIC, սակայն այլևս այն չունեք, հաղորդակցվեք Ձեր աշխատակցի հետ՝ քարտի փոխարինման համար: Ձեզ հետ մշտապես վերցնեք այս քարտը՝ Ձեր բժշկական մատակարարին այցելելիս: Երբեք դեմ մի նետեք Ձեր պլաստիկ BIC-ն:

Սույն գործողության կիրառումը պարտադիր է ըստ Բարեկեցության և Սահմանումների Օրենսգրքի (Welfare and Institutions Code) §14011.2 պարբերության, ինչպես նաև ըստ Կալիֆորնիայի Կանոնների Օրենսգրքի (California Code of Regulations) 22-րդ գլխի, §50301 պարբերության: Եթե Ձեր կարծիքով սխալ է նման գործողության կիրառումը, ապա կարող եք պահանջել գործի լսում: Այս էջի հակառակ կողմում բացատրվում է, թե ինչպես կարելի է պահանջել գործի լսում: