STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

GEORGE DEUKMEJIAN, Governor

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
714/744 P STREET
P.O. BOX 942732
CRAMENTO, CA 94234-7320

December 29, 1989
Letter No.: 89-117

To: All County Welfare Directors
All County Administrative Officers

Subject: SPANISH-LANGUAGE NOTICES OF ACTION FOR THE 200 PERCENT PROGRAM

Reference: ACWDL 89-103

Enclosed are the camera-ready copies of the notices of action (Spanish language version) for the 185 and 200 Percent programs (MC 239B-2, MC 239B-3 and MC 239B-4). The reverse side of the notices will contain the standard NA Back 6. The Spanish and English versions of these notices will be available in the warehouses around the spring of 1990.

If there are any questions, please contact Yvonne Lee at (916) 324-4954, ATSS 454-4954.

Sincerely,

Original signed by

Angeline Mrva, for
Frank S. Martucci, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosures (3)

cc: Medi-Cal Liaisons
Medi-Cal Program Consultants

Expiration Date: September 30, 1990

MEDI-CAL
NOTIFICACION DE ACCION
Aprobación para el Programa Especial Sin Pagar Parte del Costo para Mujeres Embarazadas y Bebés Menores de un Año de Edad

(County Stamp)

No. del estado: _____

Distrito: _____

Aprobación de: _____

_____
(Nombres)

☐ A partir de _____, usted es elegible para recibir servicios limitados de Medi-Cal sin tener que pagar parte del costo bajo un programa especial para mujeres embarazadas. Bajo este programa, usted solamente puede recibir servicios relacionados con el embarazo incluyendo cuidado prenatal, servicios por complicaciones del embarazo, parto, nacimiento, cuidado después de dar a luz, y planeación familiar.

☐ Usted continúa siendo elegible para beneficios, pagando parte del costo, bajo el programa normal de Medi-Cal. Cuando haya pagado su parte del costo, usted recibirá una tarjeta normal de Medi-Cal que puede ser usada para recibir servicios no relacionados con el embarazo.

☐ A partir de _____, su bebé será elegible para recibir servicios de Medi-Cal sin pagar parte del costo, bajo un programa especial para bebés menores de un año de edad. Bajo este programa, la tarjeta de Medi-Cal del bebé le proporcionará a éste(a):

- ☐ servicios médicos completos.
- ☐ servicios para tratamiento en caso de emergencia médica

Además de tener que llenar otros requisitos del programa, su elegibilidad bajo este programa se basará en su embarazo y/o el ingreso de su familia. Usted debe informarle a su trabajador(a) dentro de 10 días acerca de su ingreso u otros cambios para determinar si usted o su bebé sigue siendo elegible bajo este programa.

El ordenamiento que requiere esta acción es la sección 50262, título 22 del Código de Ordenamientos de California.

_____ _____ _____
(Trabajador(a) de Elegibilidad) (Teléfono) Fecha)

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION

MEDI-CAL
NOTIFICACION DE ACCION

DESCONTINUACION DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA ESPECIAL SIN PAGAR PARTE DEL COSTO PARA MUJERES EMBARAZADAS Y BEBES Y/O PROGRAMA MEDICO PARA INDIGENTES

(County Stamp)

No. del estado: .....

Distrito: .....

Descontinuación de: .....

.....
(Nombres)

El programa especial para mujeres embarazadas y bebés menores de un año de edad proporciona, sin tener que pagar parte del costo, servicios relacionados con el embarazo y cuidado después de dar a luz, y cuidado médico para bebés menores de un año de edad. Además de tener que llenar otros requisitos de elegibilidad, de acuerdo a los ordenamientos de Medi-Cal, el ingreso de la familia debe estar entre ciertos límites para poder ser elegible para este programa.

☐ Cuando se termine el embarazo, la cobertura bajo este programa especial continuará por 60 días y terminará el último día del mes en que el día 60 se cumpla. Como usted ya no está embarazada, su elegibilidad para beneficios de Medi-Cal bajo este programa especial termina _____.

- ☐ Esto no afecta su elegibilidad bajo el programa normal de Medi-Cal. Usted continúa siendo elegible para estos beneficios pagando parte del costo.
- ☐ Su elegibilidad para beneficios normales de Medi-Cal pagando parte del costo bajo el programa médico para indigentes termina _____ porque usted ya no está embarazada.

☐ Su elegibilidad para beneficios bajo el programa especial termina _____ porque su ingreso o el de su familia excede los límites del programa. Usted continúa siendo elegible para beneficios de Medi-Cal, pagando parte del costo, bajo otro programa. Usted recibirá otra notificación por separado sobre los cambios respecto al pago de su parte del costo.

☐ La elegibilidad para beneficios de su bebé bajo el programa especial termina en _____ porque él o ella es mayor de un año de edad. Su bebé posiblemente sea elegible para beneficios bajo el programa normal de Medi-Cal pagando parte del costo. Si hay cambios en la parte del costo, usted recibirá una notificación por separado.

IMPORTANTE: Si su bebé fue hospitalizado antes de cumplir un año de edad y continúa en el hospital después de su cumpleaños, es posible que él o ella continúe siendo elegible para beneficios, sin tener que pagar parte del costo, bajo el programa de 185%. Usted debe informarle a su trabajador(a) de esto de inmediato.

Los ordenamientos que requieren esta acción son las secciones 50260, 50262 y 50701(d), título 22 del Código de Ordenamientos de California.

.....
(Trabajador(a) de elegibilidad) (Teléfono) (Fecha)

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION

MEDI-CAL
NOTIFICACION DE ACCION

NEGACION DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA ESPECIAL SIN PAGAR PARTE DEL COSTO PARA MUJERES EMBARAZADAS Y BEBES MENORES DE UN AÑO DE EDAD (PROGRAMA DE 200%)

(County Stamp)

No. del estado: .....

Distrito: .....

Descontinuación de: .....

.....
(Nombres)

El Programa de 200% es un programa especial para mujeres embarazadas y bebés menores de un año de edad. Este proporciona, sin tener que pagar parte del costo, servicios a mujeres relacionados con el embarazo y cuidado después de dar a luz, y cuidado médico a los bebés menores de un año de edad. Además de tener que llenar otros requisitos de elegibilidad, de acuerdo con los ordenamientos de Medi-Cal, el ingreso de la familia debe estar entre ciertos límites para poder ser elegible para este programa.

Un examen de su caso indica que usted no es elegible para este programa especial porque su ingreso o el de su familia, es mayor que el límite permitido.

Esto no afecta su elegibilidad normal para beneficios de Medi-Cal. Usted continúa siendo elegible bajo el programa normal de Medi-Cal pagando parte del costo.

El ordenamiento que requiere esta acción es la sección 50262, título 22 del Código de Ordenamientos de California.

.....
(Trabajador(a) de elegibilidad)

.....
(Teléfono)

.....
(Fecha)

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION