

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

714/744 P STREET
P.O. BOX 942732
SACRAMENTO, CA 94234-7320



February 2, 1990
Letter No.: 90-17

TO: All County Welfare Directors
All County Administrative Officers

SUBJECT: ERRATA NOTICE ON MC 239B-3 (SPANISH VERSION)

REFERENCE: ACWDL 89-117

Please be advised that there is an error on the MC 239 B-3 (Spanish version only). The error is located in the first sentence of the second to the last paragraph which begins with the word "IMPORTANTE". The error is in the last phrase of that sentence which reads: "...parte del costo, bajo el programa de 185%."

The correct translation should be as follows:

"...parte del costo, bajo el programa Especial Sin Tener que Pagar Parte del Costo." The last sentence in that paragraph is correct and will remain as shown.

We apologize for the inconvenience caused by this oversight. Enclosed is a corrected camera-ready copy of the MC 239B-3 (Spanish version). If there are any questions, please contact Yvonne Lee at (916) 324-4954, ATSS 454-4954.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY
RICARDO BUSTAMONTE for

Frank S. Martucci, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosure

cc: Medi-Cal Liaisons
Medi-Cal Program Consultants

Expiration Date: December 31, 1990

MEDI-CAL

(County Stamp)

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

[]

[]

[]

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 Especial Sin Tener que Pagar Parte del Costo. 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)