

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

4 P STREET
P.O. BOX 942732
SACRAMENTO, CA 94234-7320



August 4, 1992

Letter No.: 92-51

TO: All County Welfare Directors
All County Administrative Officers
All Medi-Cal Liaisons
All Sneede Coordinators

SUBJECT: Sneede v. Kizer Claiming Forms

RE: ACWDL 92-41 and E-Mail Messages 92082, Dated 6/26/92 and 90285
(corrected to 92085), Dated 7/15/92

The purpose of this letter is to:

- o transmit copies of the Spanish translations of two Sneede v. Kizer claiming forms which were not included in ACWDL 92-41,
- o provide information of where to place the NA Back 6 on the Notices of Action (NOAs) (for those counties printing their own forms),
- o inform you that E-Mail message number 90285, dated 6/26/92 has been corrected to number 92085, dated 7/20/92.

CAMERA-READY COPIES

Enclosed are camera-ready copies of the Spanish translations of the Medi-Cal Notice of Action, MC 239 SN R-11 (which appears as attachment 14 in the Sneede claiming Procedures), and Response Form - Share of Cost Met, MC 175 R-19 (which appears as attachment 15 in the Sneede claiming procedures). A Spanish translation was not prepared for the Declaration of Right To Property, MC 175 R-17 (which appears as attachment 17 in the Sneede claiming procedures) due to its expected low usage.

NOTICES OF ACTION

All five of the NOAs will be printed on NCR paper. For multiple page NOAs, the NA Back 6 will be printed on the reverse side of each page including reverse of the worksheet pages.

All County Welfare Directors
All Medi-Cal Liaisons
All Sneede Coordinators
Page 2

We have been told that both the English and Spanish versions of the NOAs, as well as the Spanish Response Form and the Spanish Claim Form, MC 175 R-11 (enclosure 8) will be in the DHS warehouse on 8/1/92 or later.

E-MAIL

E-Mail message number 90285 dated 7/15/92, has been corrected to 92085, dated 7/20/92, and will be filed with the 1992 messages. No other changes were made to this E-Mail message other than the number and date.

You may contact Marie Leonard of my staff at (916) 657-2701 if you have further questions about the Sneede Retroactive Claiming Procedures or Forms.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

Frank S. Martucci, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosures

**NOTIFICACION DE ACCION
DE MEDI-CAL
(SNEEDE vs. KIZER)
APROBACION/NEGACION**

(Sello del Condado)

Cobros Médicos Presentados con Respecto a los
leses Cuando no se Cumplió con la SOC Anterior)

No. del Estado: _____

Distrito: _____

Beneficiarios Afectados: _____

Hemos revisado su Forma de Reclamo y los cobros médicos, los recibos, los cheques negociados, etc. que usted
envió en conformidad con la demanda colectiva Sneede vs. Kizer.

APROBACION DE COBROS MEDICOS:

- ☐ Se han aprobado los siguientes gastos médicos:

Cantidad: \$ _____ Mes/Año: _____

Cantidad: \$ _____ Mes/Año: _____

Cantidad: \$ _____ Mes/Año: _____

Cantidad: \$ _____ Mes/Año: _____

TOTAL DEL RECLAMO: \$ _____

- ☐ Usted mencionó en su Forma de Reclamo que desea recibir un cheque por concepto de cobros médicos.
Se enviará al Departamento de Servicios de Salud el total de su reclamo para que lo tramiten y se le
expedirá a usted un cheque en calidad de reclamante. Si usted nos envió una notificación de una agencia
de cobranzas, se le enviará un cheque expedido a favor de usted y de la agencia de cobranzas. POR
FAVOR PERMITA QUE TRANSCURRAN POR LO MENOS 90 DIAS PARA RECIBIR EL CHEQUE(S).

- ☐ Usted indicó en su Forma de Reclamo que desea usar los cobros médicos para la parte del costo en el
futuro. Se usará la cantidad de: \$ _____ para reducir la parte del costo futura de las
siguientes personas:

de: _____ a: _____
(Mes/Año) (Mes/Año)

COBROS MEDICOS DE MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE NO REUNEN LOS REQUISITOS:

Las siguientes personas: _____ (el condado enumerará
los nombres) no reúnen los requisitos para recibir Medi-Cal. Los cobros que usted mandó relativos a sus servicios,
se usarán para reducir la parte del costo futura, si la hay, de los miembros de la familia que sí reúnan los requisitos,
de los cuales son responsables.

Esos cobros son: Cantidad: \$ _____ Mes/Año: _____
Cantidad: \$ _____ Mes/Año: _____
Cantidad: \$ _____ Mes/Año: _____

Mes/Año: _____

Mes/Año: _____

TOTAL: \$ _____

(Sello del Condado)



OS

s cobros médicos siguientes, y no se pueden usar esos cobros para cumplir
ambien se muestran las razones.



Para	Razón para la Negación

ados: _____

os cuales usted no cumplió con la parte del costo anterior. Usted ya recibió
otros meses en el período retroactivo (del 1 de mayo de 1986 al presente) en
del costo anterior.

la acción, por favor escriba o llame por teléfono al trabajador(a) que se

acción son la sección 50653 del Título 22 del Código de Ordenamientos de

reembolso total de
correspondientes a los
cantidad sumando las
liquidación(es) de acción

parte del costo futura

O A LA DIRECCION
LA FECHA DE LA

condado) (Teléfono) (Fecha)

efectivo el total de la
de del costo para usted
escogió marcando la
acción Dos, solamente

OR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION

se Indica en Seguida

l como pago total por
con la parte del costo.
ue fueron usados para
ranzas. Envíenme un

lan el(los) cheque(s) a
re no se han pagado.
nbolso que se muestra

Sección Dos - Ajuste de Parte del Costo en el Futuro

- ☐ Reduzcan la parte del costo mía/de mi familia en el futuro en este orden. (Anote el miembro de la familia cuya parte del costo usted desea que sea reducida en primer lugar, en segundo lugar, etc. si usted o cualesquier miembros de la familia están recibiendo ahora Medi-Cal pero tienen que pagar una parte del costo):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

(Use hojas adicionales de papel si es necesario)

Yo (nosotros) declaro(amos) bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas.

(Firma del Reclamante)	(Fecha)
(Firma de la Esposa(o) o Compañera(o))	(Fecha)

SOLO PARA USO DEL CONDADO:	
Date Completed Response Form Received: _____	
Adjust Future SOC: \$ _____ Refund: \$ _____	
Signature of County Representative: _____	
Title: _____	Telephone Number: _____

Cantidad: \$ _____

Mes/Año: _____

Cantidad: \$ _____

Mes/Año: _____

TOTAL: \$ _____

NEGACION DE COBROS MEDICOS

- ☐ No se le pueden reembolsar los cobros médicos siguientes, y no se pueden usar esos cobros para cumplir con la parte del costo futura. También se muestran las razones.

<u>Cantidad</u>	<u>Fecha</u>	<u>Para</u>	<u>Razón para la Negación</u>
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			

Esta acción sólo afecta los meses en los cuales usted no cumplió con la parte del costo anterior. Usted ya recibió notificaciones de acción con relación a otros meses en el período retroactivo (del 1 de mayo de 1986 al presente) en los cuales usted sí cumplió con su parte del costo anterior.

Si tiene preguntas con respecto a esta acción, por favor escriba o llame por teléfono al trabajador(a) que se menciona en seguida.

Los ordenamientos que requieren esta acción son la sección 50653 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California y Sneede vs. Kizer.

(Firma del Representante del Condado)

(Teléfono)

(Fecha)

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION