



SANDRA SHEWRY
Director

State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services



ARNOLD SCHWARZENEGGER
Governor

January 24, 2008

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS Letter No.: 08-03
ALL COUNTY MEDI-CAL PROGRAM SPECIALISTS/LIAISONS
ALL COUNTY MEDS LIAISONS

SUBJECT: NOTICES OF ACTION FOR THE REQUIREMENT TO PROVIDE
EVIDENCE OF CITIZENSHIP/NATIONAL STATUS AND IDENTITY AS A
CONDITION OF MEDI-CAL ELIGIBILITY

The Department of Health Care Services (Department) is providing counties with notices that inform applicants and beneficiaries of actions taken as a result of the requirement to provide evidence of citizenship/national status and identity as a condition of Medi-Cal eligibility.

The Department is providing the following notices of action (NOA) in English and Spanish. The Department will translate these five NOAs into ten additional threshold languages in the near future.

- MC 239 DRA-1: This notice informs applicants of the action to approve restricted Medi-Cal benefits because the applicant did not provide acceptable evidence of citizenship/national status or identity. This NOA is for Medi-Cal applicants approved for restricted benefits *without a share of cost*.
- MC 239 DRA-2: This notice informs applicants of the action to approve restricted Medi-Cal benefits because the applicant did not provide acceptable evidence of citizenship/national status or identity. This NOA is for Medi-Cal applicants that have been approved for restricted benefits *with a share of cost*.

- MC 239 DRA-3: This notice informs Medi-Cal beneficiaries of the action to reduce the level of Medi-Cal benefits. The NOA informs the beneficiary that their benefits have been reduced because they have not provided acceptable evidence of citizenship/national status or identity and have stopped making a good faith effort to provide the evidence. This NOA is for Medi-Cal beneficiaries that will receive restricted benefits *without a share of cost*.
- MC 239 DRA-4: This notice informs Medi-Cal beneficiaries of the action to reduce the level of benefits. This notice informs the beneficiary that their benefits have been reduced because they have not provided acceptable evidence of citizenship/national status or identity and have stopped making a good faith effort to provide the evidence. This NOA is for Medi-Cal beneficiaries that will receive restricted benefits *with a share of cost*.
- MC 239 DRA-5: This notice informs applicants and beneficiaries of the action to restore full-scope benefits because the individual provided acceptable evidence of citizenship/national status and/or identity. This notice contains three options for reporting the timeframe of benefit restoration to the individual.

The first option informs individuals of the restoration of their full-scope benefits from a specific month forward. The first option is necessary when an individual is receiving restricted Medi-Cal because they did not provide acceptable evidence of citizenship/national status or identity, and provided acceptable evidence more than one year after the initial application/annual redetermination (RV) or they did not have good cause. In these cases, individuals should only receive full-scope benefits beginning the first of the month they provided acceptable evidence of citizenship/national status and identity.

The second option informs an applicant who provides acceptable evidence within one year of application that their full-scope benefits are effective back to their month of application. The second option is necessary when the individual is receiving restricted Medi-Cal but provided acceptable evidence of citizenship/national status or identity within one year of application. Their full-scope eligibility is restored back to the month that restricted benefits began because they provided acceptable evidence within one year of their application month and had good cause.

The third option informs beneficiaries who provide acceptable evidence within one year of annual RV that their full-scope benefits are effective back to the month of benefit reduction. The third option is necessary when beneficiaries receive restricted Medi-Cal but provided acceptable evidence of

citizenship/national status or identity within one year of RV. Their full-scope eligibility is restored back to the month that restricted scope eligibility began because they provided acceptable evidence within one year of their redetermination month and had good cause.

Counties should note that the NOAs use the term “limited benefits” instead of the technically accurate “restricted benefits” because this is a term that is more understandable to applicants and beneficiaries.

If you need to obtain further clarification on any of the information in this letter, please contact Mr. Manuel Urbina at manuel.urbina@dhcs.ca.gov or (916) 552-9521.

Original signed by

Vivian Auble, Chief
Medi-Cal Eligibility Division

Attachments

**MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
APPROVAL FOR LIMITED BENEFITS
(EMERGENCY, PREGNANCY-RELATED
AND LONG TERM CARE SERVICES)**

Notice date: _____
Case Number: _____
Worker name: _____
Worker number: _____
Worker telephone number: _____
Office hours: _____
Notice for: _____

You have been approved for LIMITED Medi-Cal benefits. You are eligible to these services at no cost because of the income you reported.

You applied for Medi-Cal on _____ and your eligibility for limited Medi-Cal benefits is effective _____.

You can only receive emergency, pregnancy-related, and long-term care services with these limited Medi-Cal benefits. If you are not sure if something is an emergency, pregnancy-related, or long term care service, contact your medical provider.

You are eligible for limited benefits instead of full-scope Medi-Cal because you told us you are a United States (U.S.) citizen or national and you did not provide us with acceptable proof of your citizenship/national status and/or identity. A new law says most persons applying to Medi-Cal must show proof of citizenship/national status and proof of identity.

If you provide acceptable proof within one year of your application date, and have good cause for not previously providing the proof, your Medi-Cal benefits will be changed to full-scope starting from the date of your application, and in some cases, up to 90 days before the date of your application.

If your Medi-Cal benefits are changed to full-scope in the future, and you paid for medical care that was not an emergency, pregnancy-related, or long-term care service while you had limited benefits, you may be able to request reimbursement. Call Beneficiary Services at the Department of Health Care Services for answers to your reimbursement questions: (916) 403-2007.

If you have never received a plastic Benefit Identification Card (BIC), you will soon receive one in the mail. If you already have a BIC, you should keep using that card. The BIC is good as long as you are eligible for Medi-Cal. If you previously received a BIC but no longer have that BIC, contact your worker for a replacement. You should bring this card to your medical provider whenever you need care. You should not throw away your plastic BIC.

This action is required by §14011.2 of the Welfare and Institutions Code and California Code of Regulations, Title 22, §50301. If you think this action is incorrect, you can request a hearing. The back of this page explains how to request a hearing.

**MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
APPROVAL FOR LIMITED BENEFITS
(EMERGENCY, PREGNANCY-RELATED
AND LONG TERM CARE SERVICES)**

Notice date: _____
Case Number: _____
Worker name: _____
Worker number: _____
Worker telephone number: _____
Office hours: _____
Notice for: _____

You have been approved for LIMITED Medi-Cal benefits, with a share of cost. You applied on _____ and your eligibility for limited Medi-Cal benefits is effective _____.

You can only receive emergency, pregnancy-related, and long-term care services with these limited Medi-Cal benefits. If you are not sure if something is an emergency, pregnancy-related, or long term care service, contact your medical provider.

You are eligible for limited benefits instead of full-scope Medi-Cal because you told us you are a United States (U.S.) citizen or national and you did not provide us with acceptable proof of your citizenship/national status and/or identity. A new law says most persons applying to Medi-Cal must show proof of citizenship/national status and proof of identity. If you provide acceptable proof within one year of your application date, and have good cause for not previously providing the proof, your Medi-Cal benefits will be changed to full-scope starting from the date of your application, and in some cases, up to 90 days before the date of your application.

If your Medi-Cal benefits are changed to full-scope in the future, and you paid for medical care that was not an emergency, pregnancy-related, or long-term care service while you had limited benefits, you may be able to request reimbursement. Call Beneficiary Services at the Department of Health Care Services for answers to your reimbursement questions: (916) 403-2007.

Since your income was more than the amount allowed for living expenses, you have a share of cost you must pay or are obligated to pay toward the costs of medical care received. Your share of cost is \$_____ beginning_____. Your share of cost was determined as follows:

If you have never received a plastic Benefit Identification Card (BIC), you will soon receive one in the mail. If you already have a BIC, you should keep using that card. The BIC is good as long as you are eligible for Medi-Cal. If you previously received a BIC but no longer have that BIC, contact your worker for a replacement. You should bring this card to your medical provider whenever you need care. Do not throw away the BIC.

This action is required by §14011.2 of the Welfare and Institutions Code and California Code of Regulations, Title 22, §50301 and §50653. If you think this action is incorrect, you can request a hearing. The back of this page explains how to request a hearing.

If you are pregnant, you may want to learn about the State of California's Access for Infants and Mothers (AIM) program. The AIM program helps pregnant women with moderate income obtain health care. For a copy of the AIM handbook & application, please call toll free 1-800-433-2611 or visit <http://www.aim.ca.gov>.

**MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
CHANGE TO LIMITED BENEFITS
(EMERGENCY, PREGNANCY-RELATED
AND LONG TERM CARE SERVICES)**

Notice date: _____
Case Number: _____
Worker name: _____
Worker number: _____
Worker telephone number: _____
Office hours: _____
Notice for: _____

Effective _____, your full-scope Medi-Cal benefits have been changed to LIMITED benefits. You are eligible to these services at no cost because of the income you reported.

Limited benefits only cover emergency, pregnancy-related and long-term care services. If you are not sure if something is an emergency, pregnancy-related, or long term care service, contact your medical provider.

You are eligible for limited benefits instead of full-scope Medi-Cal because you have not provided us with acceptable proof of citizenship/national status or identity and you have stopped making a good faith effort to provide your proof. If you provide acceptable proof within one year, your Medi-Cal benefits will be changed to full-scope starting from the month that your limited benefits began.

If your Medi-Cal benefits are changed to full-scope in the future, and you paid for medical care that was not an emergency, pregnancy-related, or long-term care service while you had limited benefits, you may be able to request reimbursement. Call Beneficiary Services at the Department of Health Care Services for answers to your reimbursement questions: (916) 403-2007.

If you already have a Benefit Identification Card (BIC), you should keep using that card. The BIC is good as long as you are eligible for Medi-Cal. If you previously received a BIC but no longer have that BIC, contact your worker for a replacement. You should bring this card to your medical provider whenever you need care. You should not throw away your plastic BIC.

This action is required by §14011.2 of the Welfare and Institutions Code and California Code of Regulations, Title 22, §50301. If you think this action is incorrect, you can request a hearing. The back of this page explains how to request a hearing.

**MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
CHANGE TO LIMITED BENEFITS
(EMERGENCY, PREGNANCY-RELATED
AND LONG TERM CARE SERVICES)**

Notice date: _____
Case Number: _____
Worker name: _____
Worker number: _____
Worker telephone number: _____
Office hours: _____
Notice for: _____

Effective _____, your full-scope Medi-Cal benefits have been changed to LIMITED benefits with a share of cost. Limited benefits only cover emergency, pregnancy-related and long-term care services. If you are not sure if something is an emergency, pregnancy-related, or long term care service, contact your medical provider.

You are eligible for limited benefits instead of full-scope Medi-Cal because you have not provided us with acceptable proof of citizenship/national status or identity and you have stopped making a good faith effort to provide your proof. If you provide acceptable proof within one year, your Medi-Cal benefits will be changed to full-scope starting from the month that your limited benefits began.

If your Medi-Cal benefits are changed to full-scope in the future, and you paid for medical care that was not an emergency, pregnancy-related, or long-term care service while you had limited benefits, you may be able to request reimbursement. Call Beneficiary Services at the Department of Health Care Services for answers to your reimbursement questions: (916) 403-2007.

Since you reported income that was more than the amount allowed for living expenses, you have a share of cost each month that you must pay or obligate to pay toward the cost of medical care received.

Your share of cost is \$ _____ beginning _____. Your share of cost was determined as follows:

If you already have a Benefit Identification Card (BIC), you should keep using that card. The BIC is good as long as you are eligible for Medi-Cal. If you previously received a BIC but no longer have that BIC, contact your worker for a replacement. You should bring this card to your medical provider whenever you need care. You should not throw away your plastic BIC.

This action is required by §14011.2 of the Welfare and Institutions Code and California Code of Regulations, Title 22, §50301 and §50653. If you think this action is incorrect, you can request a hearing. The back of this page explains how to request a hearing.

If you are pregnant, you may want to learn about the State of California's Access for Infants and Mothers (AIM) program. The AIM program helps pregnant women with moderate income obtain health care. For a copy of the AIM handbook & application, please call toll free 1-800-433-2611 or visit <http://www.aim.ca.gov>.

**MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
APPROVAL FOR FULL-SCOPE BENEFITS**

Notice date: _____
Case Number: _____
Worker name: _____
Worker number: _____
Worker telephone number: _____
Office hours: _____
Notice for: _____

Your Medi-Cal has been changed to full-scope benefits. You were receiving limited benefits that only covered emergency, pregnancy-related, and long-term care services. Your full-scope Medi-Cal benefits provide comprehensive medical, dental, and vision coverage.

Your benefits have been increased because you have provided acceptable proof of your citizenship/national status and/or identity and you meet the other Medi-Cal eligibility requirements.

_____ Effective _____, you are eligible for full-scope Medi-Cal benefits. You provided acceptable proof of citizenship/national status or identity. You are not receiving full-scope Medi-Cal for prior months because you either provided your proof more than one year from your Medi-Cal application/redetermination date, or you did not have good cause for not previously providing the proof.

_____ Effective _____, you are eligible for full-scope Medi-Cal benefits. You provided acceptable proof of citizenship/national status or identity within one year of your Medi-Cal application date and had good cause for not previously providing the proof. Your eligibility for full-scope Medi-Cal is starting from the date of your Medi-Cal application, and in some cases, up to 90 days before the date of your application.

_____ Effective _____, you are eligible for full-scope Medi-Cal benefits. You provided your proof of citizenship/national status or identity within one year of the redetermination month and had good cause for not previously providing the proof. Your eligibility for full-scope Medi-Cal is starting the month that your limited benefits began.

If your eligibility for full-scope Medi-Cal benefits is effective for past months, and you paid for medical care that was not an emergency, pregnancy-related, or long-term care service while you had limited benefits, you may be able to request reimbursement. Call Beneficiary Services at the Department of Health Care Services for answers to your reimbursement questions: (916) 403-2007.

If you already have a plastic Benefit Identification Card (BIC), you should keep using that card. The BIC is good as long as you are eligible for Medi-Cal. If you previously received a BIC but no longer have that BIC, contact your worker for a replacement. You should bring this card to your medical provider whenever you need care. You should not throw away your plastic BIC.

This action is required by §14011.2 of the Welfare and Institutions Code and California Code of Regulations, Title 22, §50301. If you think this action is incorrect, you can request a hearing. The back of this page explains how to request a hearing.

MEDI-CAL
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
APROBACIÓN DE BENEFICIOS LIMITADOS
(SERVICIOS DE EMERGENCIA, DE EMBARAZO
Y DE CUIDADO A LARGO PLAZO)

Fecha de aviso: _____
Número de caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número del trabajador: _____
Número de teléfono del trabajador: _____
Horas de oficina: _____
Aviso de: _____

Usted ha sido aprobado para recibir beneficios de Medi-Cal LIMITADOS. Usted es elegible a estos servicios sin ningún costo por su ingreso que usted ha reportado.

Usted solicitó Medi-Cal en _____ y su elegibilidad para recibir beneficios de Medi-Cal LIMITADOS comienza _____.

Con estos beneficios de Medi-Cal limitados usted puede recibir solamente servicios de emergencia, de embarazo, y de cuidado a largo plazo. Si usted no está seguro si algún servicio es de emergencia, de embarazo, o de cuidado a largo plazo, llame a su proveedor médico.

Usted es elegible para recibir beneficios limitados en vez de Medi-Cal completo porque usted nos dijo que usted es ciudadano de los Estados Unidos (EE.UU.) o es nacional y usted no nos proveyó con una prueba aceptable de su estado de ciudadanía/nacional y/o de identidad. Una nueva ley dice que la mayoría de las personas que solicitan Medi-Cal tienen que enseñar prueba del estado de ciudadanía/nacional y prueba de identidad.

Si usted proporciona la prueba aceptable en el plazo de un año de la fecha de su solicitud, y tiene motivo justificado por no haber proporcionado la prueba previamente, sus beneficios de Medi-Cal serán cambiados a beneficios completos a partir de la fecha de su solicitud, y en algunos casos, hasta 90 días antes de la fecha de su solicitud.

En un futuro, si sus beneficios de Medi-Cal cambian a beneficios completos, y usted pagó la asistencia médica que no era de emergencia, de embarazo, o de cuidado a largo plazo mientras tenía beneficios limitados, usted quizás pueda requerir el reembolso. Llame a Servicios al Beneficiario en el Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud para obtener las respuestas a sus preguntas del reembolso: (916) 403-2007.

Si usted nunca ha recibido una tarjeta plástica de identificación para beneficios llamada "BIC", usted pronto recibirá una en el correo. Si usted ya tiene una tarjeta BIC, usted debe continuar usando esa tarjeta. La tarjeta BIC es válida mientras usted sea elegible para Medi-Cal. Si usted recibió previamente una tarjeta BIC pero ya no la tiene póngase en contacto con su trabajador para reemplazarla. Usted debe de llevar esta tarjeta a su proveedor médico siempre que usted necesite asistencia médica. Usted no debe de tirar su tarjeta BIC de plástico.

Esta acción es requerida por Secc. 14011.2 del Código del Bienestar e Instituciones y la Secc. 50301 del Título 22 del Código de Reglamentaciones de California. Si usted piensa que esta acción es incorrecta, usted puede solicitar una audiencia. La parte posterior de esta página explica cómo solicitar una audiencia.

MEDI-CAL
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
APROBACIÓN DE BENEFICIOS LIMITADOS
(SERVICIOS DE EMERGENCIA, DE EMBARAZO
Y DE CUIDADO A LARGO PLAZO)

Fecha de aviso:

Número de caso:

Nombre del trabajador:

Número del trabajador:

Número de teléfono del trabajador:

Horas de oficina:

Aviso de:

Usted ha sido aprobado para recibir beneficios de Medi-Cal LIMITADOS, con parte del costo. Usted solicitó Medi-Cal el _____ y su elegibilidad para recibir beneficios de Medi-Cal limitados comienza _____.

Con estos beneficios de Medi-Cal limitados usted puede recibir solamente servicios de emergencia, de embarazo, y de cuidado a largo plazo. Si usted no está seguro si algún servicio es de emergencia, de embarazo, o de cuidado a largo plazo, llame a su proveedor médico.

Usted es elegible para recibir beneficios limitados en vez de Medi-Cal completo porque usted nos dijo que es ciudadano de los Estados Unidos (EE.UU.) o es nacional y usted no nos proveyó con una prueba aceptable de su estado de ciudadanía/nacional y prueba de identidad. Una nueva ley dice que la mayoría de las personas que solicitan Medi-Cal tienen que enseñar prueba del estado de ciudadanía/nacional y de identidad. Si usted proporciona la prueba aceptable en el plazo de un año de la fecha de su solicitud, y tiene motivo justificado por no haber proporcionado la prueba previamente, sus beneficios de Medi-Cal serán cambiados a beneficios completos a partir de la fecha de su solicitud, y en algunos casos, hasta 90 días antes de la fecha de su solicitud.

En un futuro, si sus beneficios de Medi-Cal cambian a beneficios completos, y usted pagó por la asistencia médica que no era de emergencia, de embarazo, o de cuidado a largo plazo mientras tenía beneficios limitados, usted quizás pueda requerir el reembolso. Llame a Servicios al Beneficiario en el Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud para obtener las respuestas a sus preguntas del reembolso: (916) 403-2007.

Puesto que su ingreso era más que la cantidad permitida para los gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar o tiene la obligación de pagar una parte del costo de la asistencia médica recibida. Su parte del costo es \$ _____ que comienza _____. Su parte del costo fue determinada así:

Si usted nunca ha recibido una tarjeta plástica de identificación para beneficios llamada "BIC", usted pronto recibirá una en el correo. Si usted ya tiene una tarjeta BIC, usted debe continuar usando esa tarjeta. La tarjeta BIC es válida mientras usted sea elegible para Medi-Cal. Si usted recibió previamente una tarjeta BIC pero ya no la tiene, póngase en contacto con su trabajador para reemplazarla. Usted debe de llevar esta tarjeta a su proveedor médico siempre que usted necesite asistencia médica. No tire su tarjeta BIC.

Esta acción es requerida por Secc.14011.2 del Código del Bienestar e Instituciones y de las Secc. 50301 y Secc. 50653 del Título 22 del Código de Reglamentaciones de California. Si usted piensa que esta acción es incorrecta, usted puede solicitar una audiencia. La parte posterior de esta página explica cómo solicitar una audiencia.

Si usted está embarazada, es posible que desee aprender sobre el programa Acceso para Bebés y Madres del estado de California llamado "AIM". El programa AIM ayuda a mujeres embarazadas con ingresos moderados obtener cuidado médico. Para una copia del manual AIM y la solicitud, por favor llame gratis al 1-800-433-2611 o visite <http://www.aim.ca.gov>.

MEDI-CAL
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
CAMBIO A BENEFICIOS LIMITADOS
(SERVICIOS DE EMERGENCIA, DE EMBARAZO
Y DE CUIDADO A LARGO PLAZO)

Fecha de aviso:

Número de caso:

Nombre del trabajador:

Número del trabajador:

Número de teléfono del trabajador:

Horas de oficina:

Aviso de:

Comenzando _____, sus beneficios de Medi-Cal completo han sido cambiados a beneficios LIMITADOS. Usted es elegible a estos servicios sin ningún costo por su ingreso que usted ha reportado.

Beneficios limitados solamente cubren servicios de emergencia, de embarazo, y de cuidado a largo plazo. Si usted no está seguro si algún servicio es de emergencia, de embarazo, o de cuidado a largo plazo, llame a su proveedor médico.

Usted es elegible para recibir beneficios limitados en vez de Medi-Cal completo porque usted no nos ha proveído con una prueba aceptable de su estado de ciudadanía/nacional o de identidad y usted ha dejado de hacer un esfuerzo de buena fe en proveer su prueba. Si usted proporciona la prueba aceptable en el plazo de un año, sus beneficios de Medi-Cal serán cambiados a beneficios completos a partir del mes que sus beneficios limitados comenzaron.

En un futuro, si sus beneficios de Medi-Cal cambian a beneficios completos, y usted pagó por la asistencia médica que no era de emergencia, de embarazo, o de cuidado a largo plazo mientras usted tenía beneficios limitados, usted quizás pueda requerir el reembolso. Llame a Servicios al Beneficiario en el Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud para obtener las respuestas a sus preguntas del reembolso: (916) 403-2007.

Si usted ya tiene la tarjeta de identificación para beneficios llamada "BIC", usted debe continuar usando esta tarjeta. La tarjeta BIC es válida mientras usted sea elegible para Medi-Cal. Si usted recibió previamente una tarjeta BIC pero ya no la tiene, póngase en contacto con su trabajador para reemplazarla. Usted debe de llevar esta tarjeta a su proveedor médico siempre que usted necesite asistencia médica. Usted no debe de tirar su tarjeta BIC de plástico.

Esta acción es requerida por Secc. 14011.2 del Código del Bienestar e Instituciones y de la Secc. 50301 del Título 22 del Código de Reglamentaciones de California. Si usted piensa que esta acción es incorrecta, usted puede solicitar una audiencia. La parte posterior de esta página explica cómo solicitar una audiencia.

MEDI-CAL
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
CAMBIO A BENEFICIOS LIMITADOS
(SERVICIOS DE EMERGENCIA, DE EMBARAZO
Y DE CUIDADO A LARGO PLAZO)

Fecha de aviso:

Número de caso:

Nombre del trabajador:

Número del trabajador:

Número de teléfono del trabajador:

Horas de oficina:

Aviso de:

Comenzando _____, sus beneficios de Medi-Cal completo han cambiado a beneficios LIMITADOS con parte del costo. Beneficios limitados solamente cubren servicios de emergencia, de embarazo, y de cuidado a largo plazo. Si usted no está seguro si algún servicio es de emergencia, de embarazo, o de cuidado a largo plazo, contacte a su proveedor médico.

Usted es elegible para recibir beneficios limitados en vez de Medi-Cal completo porque usted no nos ha proveído con una prueba aceptable de su estado de ciudadanía/nacional o de identidad y usted ha dejado de hacer un esfuerzo de buena fe en proveer su prueba. Si usted proporciona la prueba aceptable en el plazo de un año, sus beneficios de Medi-Cal serán cambiados a beneficios completos a partir del mes que sus beneficios limitados comenzaron.

En un futuro, si sus beneficios de Medi-Cal cambian a beneficios completos, y usted pagó por la asistencia médica que no era de emergencia, de embarazo, o de cuidado a largo plazo mientras tenía beneficios limitados, usted quizás pueda requerir el reembolso. Llame a Servicios al Beneficiario en el Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud para obtener las respuestas a sus preguntas del reembolso: (916) 403-2007.

Puesto que usted reportó que su ingreso era más que la cantidad permitida para los gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar una parte del costo cada mes o tiene la obligación de pagar por costos de asistencia médica recibidos.

Su parte del costo es \$ _____ que comienza _____. Su parte del costo fue determinada así:

Si usted ya tiene la tarjeta de identificación para beneficios llamada "BIC", usted debe continuar usando esa tarjeta. La tarjeta BIC es válida mientras usted sea elegible para Medi-Cal. Si usted recibió previamente una tarjeta BIC pero ya no la tiene, póngase en contacto con su trabajador para reemplazarla. Usted debe de llevar esta tarjeta a su proveedor médico siempre que usted necesite asistencia médica. Usted no debe de tirar su tarjeta BIC de plástico.

Esta acción es requerida por Secc. 14011.2 del Código del Bienestar e Instituciones y de la Secc. 50301 y Secc. 50653 del Título 22 del Código de Reglamentaciones de California. Si usted piensa que esta acción es incorrecta, usted puede solicitar una audiencia. La parte posterior de esta página explica cómo solicitar una audiencia.

Si usted está embarazada, es posible que desee aprender sobre el programa Acceso para Bebés y Madres del estado de California llamado "AIM". El programa AIM ayuda a mujeres embarazadas con ingresos moderados obtener cuidado médico. Para una copia del manual AIM y la solicitud, por favor llame gratis al 1-800-433-2611 o visite <http://www.aim.ca.gov>.

MEDI-CAL
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
APROBACIÓN PARA BENEFICIOS COMPLETOS

Fecha de aviso:
Número de caso:
Nombre del trabajador:
Número del trabajador:
Número de teléfono del trabajador:
Horas de oficina:
Aviso de:

Su Medi-Cal ha sido cambiado a beneficios completos. Usted estaba recibiendo beneficios limitados que cubrían solamente servicios de emergencia, de embarazo, y de cuidado a largo plazo. Sus beneficios completos de Medi-Cal proveen cobertura completa médica, dental, y de la vista.

Su beneficios han aumentado porque usted ha proporcionado la prueba aceptable de su estado de ciudadanía/nacional o de identidad y porque usted reúne los otros requisitos de elegibilidad para recibir Medi-Cal.

_____ Comenzando _____, usted es elegible para recibir beneficios completos de Medi-Cal. Usted proveyó una prueba aceptable de su estado de ciudadanía/nacional o identidad. Usted no esta recibiendo Medi-Cal completo por los meses anteriores porque ya sea que usted proveyó la prueba más de un año de la fecha de su solicitud de Medi-Cal/redeterminación, o usted no tuvo motivo justificado para no proveer una prueba previamente.

_____ Comenzando _____, usted es elegible para recibir beneficios completos de Medi-Cal. Usted proveyó una prueba aceptable de su estado de ciudadanía/nacional o de identidad en el plazo de un año de la fecha de su solicitud de Medi-Cal y tuvo un motivo justificado para no proveer una prueba previamente. Su elegibilidad para recibir Medi-Cal comenzará a partir de la fecha de su solicitud de Medi-Cal, y en algunos casos, hasta 90 días antes de la fecha de su solicitud.

_____ Comenzando _____, usted es elegible para recibir beneficios completos de Medi-Cal. Usted proveyó una prueba aceptable de su estado de ciudadanía/nacional o de identidad en el plazo de un año del mes de su redeterminación y tuvo un motivo justificado para no proveer una prueba previamente. Su elegibilidad para recibir Medi-Cal completo comenzará a partir del mes que comenzó sus beneficios limitados.

Si su elegibilidad para recibir los beneficios de Medi-Cal completos cubre los últimos meses, y usted pagó por la asistencia médica que no era de servicios de emergencia, de embarazo, o de cuidado a largo plazo mientras usted tenía beneficios limitados, usted quizás pueda requerir el reembolso. Llame a Servicios al Beneficiario en el Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud para obtener las respuestas a sus preguntas del reembolso: (916) 403-2007.

Si usted ya tiene la tarjeta plástica de identificación para beneficios llamada "BIC", usted debe continuar usando esa tarjeta. La tarjeta BIC es valida mientras usted sea elegible para Medi-Cal. Si usted recibió previamente una tarjeta BIC pero ya no la tiene, póngase en contacto con su trabajador para reemplazarla. Usted debe de llevar esta tarjeta a su proveedor médico siempre que usted necesite asistencia médica. Usted no debe de tirar su tarjeta BIC de plástico.

Esta acción es requerida por Secc. 14011.2 del Código del Bienestar e Instituciones y de la Secc. 50301 del Título 22 del Código de Reglamentaciones de California. Si usted piensa que esta acción es incorrecta, usted puede solicitar una audiencia. La parte posterior de esta página explica cómo solicitar una audiencia.