MEDI-CAL NOTICE OF ACTION
DISCONTINUANCE OF BENEFITS STATUS
REPORT NOT RECEIVED OR NOT COMPLETED

_____ (COUNTY STAMP) _____

Notice date:_____
Case number:_____
Worker name.:_____
Worker number _____
Worker telephone :_____
Worker hours_____

THIS NOTICE DOES NOT APPLY TO INDIVIDUALS UNDER THE AGE OF 21

_____ Medi-Cal will be discontinued for: (names) _____ effective the last day of _____.

The reason for this discontinuance is you did not give us the information necessary to continue your eligibility when it was needed. Your completed Medi-Cal Status Report for the month of _____ was not received by the date it was due.

If you send us this completed Medi-Cal Status Report by _____ your Medi-Cal eligibility may be restored.

_____ Your Medi-Cal Status Report for the month of _____ has been received; however, it was not complete. You will not get Medi-Cal benefits effective the last day of _____.

☐ We attempted to contact you by telephone on_____.

☐ We contacted you by telephone and asked you to provide us with the following information _____ by _____ and you did not provide it.

☐ We sent you a notice that asked you to provide us with the following information _____ by _____ and you did not provide it.

If you send us the information we requested by _____ your Medi-Cal eligibility may be restored.

Always show your Benefits Identification Card (BIC) to your medical provider whenever you need care. This card is good as long as you are eligible for Medi-Cal. You can use it again if you become eligible or are eligible for another Medi-Cal program. DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC BIC.

The regulation that requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Sections 50175 and 50191.

_____ (Eligibility Worker) _____ (Phone) _____ (Date)

NOTIFICACIÓN DE LA ACCIÓN DE MEDI-CAL DESCONTINUACIÓN DE BENEFICIOS DEBIDO A QUE EL REPORTE NO SE RECIBIÓ O NO SE COMPLETÓ

(COUNTY STAMP)

Fecha de notificación:_____
Número de caso:_____
Nombre del trabajador:_____
Número del trabajador:_____
Número de teléfono del trabajador:_____
Horario de Oficina:_____

ESTA NOTIFICACIÓN NO ES PARA PERSONAS MENORES DE 21 AÑO DE EDAD

_____ Los Beneficios de Medi-Cal serán descontinuados para: (nombres)_____ el último día de_____.

La razón por la cual lo descontinuamos es porque usted no nos dió la información necesaria para continuar su elegibilidad cuando ésta se necesitaba. El reporte completo de su estado de Medi-Cal para el mes de_____no fue recibido el día indicado.

Si usted llena y envía este reporte de su estado de Medi-Cal antes del_____ es posible que su elegibilidad para Medi-Cal sea restaurada.

_____ El reporte de su estado de Medi-Cal para el mes de_____ha sido recibido; sin embargo, éste no estaba completo. Usted no recibirá beneficios de Medi-Cal a partir del último día de _____.

☐ Intentamos llamarlo por teléfono el día _____.

☐ Lo contactamos por teléfono y le pedimos que nos proporcionara con la siguiente información_____antes del día _____ y usted no la proporcionó.

☐ Le mandamos una notificación donde le pedimos que nos proporcionara con la siguiente información_____ antes del día _____ y usted no la proporcionó.

Si usted nos envía la información que le pedimos antes del día_____ es posible que su elegibilidad para recibir Medi-Cal sea restaurada.

Siempre enseñe su tarjeta de Indetificacion de Beneficios (Benefitis Identificaton Card (BIC)) a su proveedor médico cuando necesite cuidado. Esta tarjeta es válida mientras usted sea elegible para Medi-Cal. Puede utilizarla otra vez si usted es elegible de nuevo o es elegible para otro programa de Medi-Cal. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PLASTICO.

Las reglas que requieren esta acción, es del Título 22, Código de Normas de California de la Sección 50175 y 50191.

_____ _____ _____
(Nombre del Trabajador de Elegibilidad) (Teléfono) (Fecha)