# MEDI-CAL ANNUAL REDETERMINATION NOTICE

Notice date:_____

Case number: _____

Worker name: _____

Worker number: _____

Worker telephone number: _____

Office hours: _____

## DON'T LOSE YOUR MEDI-CAL OR HEALTH PLAN BENEFITS!
## Fill out and turn in the enclosed Annual Redetermination form.

Medi-Cal law says in order to keep your Medi-Cal, you have to give us information at least once a year. We use the information you give us to see if you can still get Medi-Cal. This is called an Annual Redetermination.

Fill out the Annual Redetermination form and send it back to us by _____.

Your Medi-Cal is still active for now. If you do not fill out and return the Annual Redetermination form, we will take steps to stop your Medi-Cal.

Fill out and return the form even if you think you may not be eligible. We need the form and information to find out if you or your family are still eligible and which Medi-Cal program is best for you or your family. If you have questions or need help with the form, call your worker at the telephone number listed on this notice.

**Remember, if we do not get your completed form, your Medi-Cal or health plan benefits may be stopped. If you missed the due date and still want Medi-Cal, call your worker NOW!**

# NOTIFICACIÓN DE NUEVA DETERMINACIÓN ANUAL DE MEDI-CAL

Fecha de la notificación:_____

Número del caso: _____

Nombre del/de la trabajador(a): _____

Número del/de la trabajador(a): _____

Número de teléfono del/de la trabajador(a):
_____

Horas hábiles:_____

## ¡NO PIERDA SUS BENEFICIOS DE MEDI-CAL O DE UN PLAN MÉDICO!
## Llene y devuelva el formulario adjunto de una Nueva Determinación Anual.

Las leyes de Medi-Cal estipulan que, a fin de mantener su Medi-Cal, usted tiene que darnos información, por lo menos una vez al año. Nosotros utilizamos la información que usted nos da, para ver si usted puede seguir recibiendo Medi-Cal. A esto se le llama una Nueva Determinación Anual.

Llene el formulario de Nueva Determinación Anual, y envíenoslo, a más tardar el _____.

Por ahora, su Medi-Cal sigue activa. Si usted no llena ni devuelve el formulario de Nueva Determinación Anual, tomaremos medidas, para interrumpir su Medi-Cal.

Llene, y devuelva el formulario, aunque usted piense que posiblemente no tenga derecho a beneficios. Necesitamos el formulario y la información, para averiguar si usted o su familia siguen teniendo derecho a beneficios, y qué programa de Medi-Cal es mejor para usted o su familia. Si usted tiene preguntas, o necesita ayuda con el formulario, llame a su trabajador(a), al número de teléfono que se indica en esta notificación.

**Recuerde, si no recibimos su formulario completado, es posible que sus beneficios de Medi-Cal o de un plan médico se interrumpan. Si a usted se le pasa la fecha en que se vence, y aún desea recibir Medi-Cal, ¡llame a su trabajador(a), AHORA!**