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 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.