NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
BENEFICIOS LIMITADOS APROBADOS CON PARTE DEL COSTO: NO ENVIADODO AL CONDADO O AL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PATROCINADO LOCALMENTE

County Stamp

Address Label

Fecha de Notificación: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Trabajador: _____
Número del Trabajador: _____
Número de Teléfono del Trabajador : _____
Horas de Oficina: _____
Notificación Para: _____

Su niño _____ ahora recibirá beneficios limitados de Medi-Cal en vez de los beneficios completos bajo el programa de Inscripción Acelerada (Accelerated Enrollment) de la cual es cobertura temporal que terminará el _____.

Este cambio de beneficios se debe a que su Estado Migratorio no es Satisfactorio para recibir servicios completos, como lo requiere la ley federal.

Su niño puede utilizar la tarjeta de Identificación para Beneficios llamada “BIC” para recibir beneficios de Medi-Cal sin costo hasta _____, pero comenzando _____, los beneficios de su niño cambiarán solamente a beneficios de emergencia de Medi-Cal.

Una condición médica de emergencia se define como una condición médica a la cual, si no se atiende, podría directamente poner la salud del paciente en grave peligro, o resultar en daño severo o pérdida de las funciones del cuerpo u órganos. La emergencia tiene que ser certificada por un médico u otro proveedor médico (de acuerdo con la Sección 51056 del Título 22 del Código de Reglamentaciones de California). El Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud puede revisar la decisión del proveedor que indica que existió una emergencia y que ciertos servicios del tratamiento fueron justificados médicamente.

Su ingreso es demasiado alto para recibir Medi-Cal sin costo. Puesto que su ingreso era más que la cantidad permitida para los gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar una parte del costo o estar de acuerdo en pagar hacia el costo de asistencia médica recibida. Su parte del costo es $_____ que comienza _____. Su parte del costo fue determinada así:

Ingreso Bruto:	$_____
Ingreso Neto no Exento:	$_____
Ingreso Necesario para Mantenerse:	$_____
Ingreso Excesivo/Parte del Costo:	$_____

Su niño puede ser elegible para recibir cobertura de salud gratis o a bajo costo a través del programa _____ (Insert name of program). Si usted desea el programa _____ (Insert name of program) para su niño, usted tiene que solicitar a menos que nos diga que usted quiere que nosotros enviemos su solicitud de Medi-Cal. Usted puede llenar el formulario para el consentimiento o llamar a su trabajador mencionado arriba. La cobertura de emergencia de Medi-Cal para su niño continúa aunque usted no inscribe a su niño en _____ (Insert name of program).

Si nunca ha recibido la tarjeta BIC de plástico, usted pronto recibirá una en el correo. Si ya tiene una tarjeta BIC, usted debe continuar usando esa tarjeta. La tarjeta BIC es válida mientras usted sea elegible para Medi-Cal. Si 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 de plástico.

Esta acción es requerida por la Sección 14007.5 del Código del Bienestar e Instituciones y del Código de Reglamentaciones de California, Título 22, Sección 50653. Si piensa que esta acción es incorrecta, usted puede solicitar una audiencia. La parte posterior de esta página explica cómo solicitar una audiencia.

MEDI-CAL NOTICE OF ACTION
RESTRICTED BENEFITS APPROVAL WITH SHARE OF COST: NOT REFERRED TO THE COUNTY OR LOCAL-SPONSORED HEALTH INSURANCE PROGRAM

County Stamp

Address Label

Notice Date: _____
Case Number: _____
Worker Name: _____
Worker Number: _____
Worker Telephone Number: _____
Office Hours: _____
Notice For: _____

Your child _____ will now receive restricted Medi-Cal benefits instead of full scope benefits under the Accelerated Enrollment program, which is temporary coverage that will end on _____.

This change in scope of benefits is due to the lack of Satisfactory Immigration Status for full scope services, as required by federal law.

Your child may use the Benefit Identification Card (BIC) for no-cost Medi-Cal benefits until _____, but beginning _____, your child's benefits will change to emergency Medi-Cal benefits only.

An emergency medical condition is defined as a medical condition that, if left untreated, could directly result in the patient's health being in serious jeopardy or severe damage to or loss of bodily functions or organs. The emergency must be certified by a physician or other medical provider (in accordance with Section 51056 of Title 22 of the California Code of Regulations). The Department of Health Care Services may review the provider's decision that an emergency existed and that certain follow-up treatment services were medically justified.

Your income is too high to receive Medi-Cal at no cost. Since your income was more than the amount allowed for living expenses, you have a share of cost you must pay or agree to pay toward the cost of medical care received. Your share of cost is $_____ beginning _____. Your share of cost was computed as follows:

Gross Income	$_____
Net Nonexempt Income	$_____
Maintenance Need	$_____
Excess Income/Share of Cost	$_____

Your child may be eligible for free or low-cost health coverage through_____. If you want
(Insert name of program)

_____ for your child, you have to apply unless you tell us you want us to forward your Medi-Cal
(Insert name of program)

application. You may fill out the enclosed consent form or call your worker listed above. Your child's emergency Medi-Cal will continue whether or not you enroll in_____.
(Insert name of program)

If you have never received a plastic 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 Section 14007.5 of the Welfare and Institutions Code and California Code of Regulations, Title 22, Section 50653. If you think this action is incorrect, you can request a hearing. The back of this page explains how to request a hearing.