Table Of Contents

1. Medi-Cal – What it Means to You. 1
2. Who Can Get Medi-Cal 1
3. Medi-Cal for Persons with Disabilities 3
4. Medi-Cal and Your Income 4
5. Medi-Cal and Your Property/Assets. 4
6. Proof of California Residency 4
7. Where to Apply for Medi-Cal 5
8. How to Apply for Medi-Cal. 5
9. Required Documents to Apply for Medi-Cal 6
10. When You Need to Pay a Share of Cost. 7
11. How to Meet Your Share of Cost 7
12. Private Health Insurance and Medi-Cal 8
13. Medi-Cal May Pay Private Health Insurance Premiums. 9
14. The Medi-Cal Identification Card 9
15. What the Benefits Identification Card (BIC) Looks Like 9
16. Your Temporary Identification Card. 10
17. If Your BIC Is Not Received, Lost, or Stolen 10
18. Getting Health Care with Your BIC 10
19. Additional Benefits for Persons Under CHDP and EPSDT. 10
20. How to Get Medi-Cal Services 11
21. Payments for Medical/Dental Expenses. 11
22. Getting Help from Medi-Cal If You Are Out of State 11
23. Medi-Cal Managed Care As Your Healthcare Provider 12
24. What to Do If You Disagree with Decisions About Your Medi-Cal . . . . . Eligibility or Benefits 12
25. What to Do If You Have Been Hurt by Another Person or Hurt At Work. 13
26. A Deceased Medi-Cal Beneficiary's Estate 13
27. Medi-Cal Fraud. 14
28. Helpful Words to Know 14
29. Spanish Translation of Pamphlet 16
30. Traduccíon al Español del Folleto. . . . . Página 16

Medi-Cal
What It Means To You

1. Medi-Cal – What it Means to You

Medi-Cal pays for many health care services, including some dental services, for certain needy residents of California. Medi-Cal is supported by federal and state taxes. This pamphlet tells you how to apply, about benefits, your choices for getting services, how to use the permanent plastic California Benefits Identification Card (BIC) or the paper Medi-Cal card, and your appeal rights if you feel you are treated unfairly or do not get what you are entitled to get by law.

You may be eligible for Medi-Cal benefits regardless of sex, race, religion, color, national origin, sexual orientation, marital status, age, disability, or veteran status.

Your local county social services office manages most Medi-Cal eligibility determinations. You can locate the nearest county social services office in the government section of your local telephone directory or visit the Department of Health Care Services website at www.dhcs.ca.gov.

The Spanish translation (traduccion al Español) follows the English section of this pamphlet. The meaning of some Medi-Cal terms and words used in this booklet is at the end of the English and Spanish sections.

2. Who Can Get Medi-Cal

Even if you are working, own a house, or are married, you may be eligible for Medi-Cal. To get covered Medi-Cal services, you must be eligible under one of the following categories.

A. Public Assistance (PA): If you are aged (age 65 or older), blind, or disabled and you get Supplemental Security Income/State Supplementary Payment programs (SSI/SSP), you are automatically eligible for Medi-Cal and will be sent a BIC. Call your Social Security office for more information.

If you get California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs), you may also be entitled to get Medi-Cal benefits. If you get other kinds of Public Assistance, you may be entitled to all the services covered by Medi-Cal. Call your county eligibility worker for more information.

If you are not in one of these assistance groups, you still may be able to get Medi-Cal benefits in a different category. Some are listed below, such as Medically Needy or Medically Indigent. These programs are for people who cannot pay all their medical expenses. Even if you have other private health insurance coverage, you may still be eligible.

B. Medically Needy (MN): You are Medically Needy if you are age 65 or older, blind, disabled, or you meet the family circumstances required for CalWORKs (you have children under age 21 who are needy and do not have the support or care of one parent because of his/her absence, death, incapacity, or unemployment). MN people do not get a cash grant because they have too much income or property or do not want a cash grant. You may become eligible for Medi-Cal and get a BIC by paying or promising to pay medical expenses which equal your "share of cost"(SOC) for the month. (See Sections 10 and 11.)

C. Medically Indigent (MI): You are Medically Indigent if you are a pregnant woman with no linkage (connection) to a Public Assistance program (CalWORKs); a person age 21 to 65 in a skilled nursing

or intermediate care facility; persons under 21 years of age, including those in foster care whose needs are met fully or in part by public funds; or a child who qualifies for the State-only Aid for Adoption Assistance Program. Certain other children not living with a parent or relative may also be included in the MI group.

D. Special Programs:

- **Pregnant Women**
  If you are pregnant and cannot afford to pay for health care and some dental care, Medi-Cal can help pay for medical expenses for you and your unborn child. Many times you can get Medi-Cal at no cost to you, even if you have income. Once you get Medi-Cal, increases in your family's income will not be counted during your pregnancy and postpartum period, and for your baby's first year of life.

  Some Medi-Cal providers in California that offer prenatal care, can enroll pregnant women into immediate, temporary pregnancy-related coverage under the Presumptive Eligibility for Pregnant Women program pending the formal Medi-Cal application. If you are pregnant and interested in enrollment, ask if your provider participates in this program.

  If you need additional information, please call the Presumptive Eligibility for Pregnant Women program's toll free number at 1 800-824-0088 or visit the website at www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/PE.aspx

- **Children**
  Your child may get Medi-Cal at no-cost, if your child is an infant or, between ages 1 and 6, or between ages 6 and 18.

- **Refugees**
  If you are a refugee or entrant not qualified for the MN or MI programs, ask your county eligibility worker for Refugee/Entrant Medical Assistance (RMA/EMA).

- **Noncitizen Victims Of Human Trafficking And Other Serious Crimes**
  If you came to the United States as a victim of human trafficking or other serious crime, ask your county eligibility worker about the Trafficking and Crime Victims Assistance Program (TCVAP).

- **Confidential Medical Services Available To Persons Under Age 21**
  If you are under 21 years of age, unmarried, and living with your parents, you may get certain confidential medical services. Under the Minor Consent Program, you do not need parental consent to determine eligibility. Medical services included under this special program are those which relate to family planning, pregnancy, drug/alcohol abuse, sexually transmitted diseases, sexual assault, and mental health.

- **Former Foster Child Program**
  You can get Medi-Cal until you reach age 21 under the Former Foster Child Program regardless of your income if you are in foster care on your 18th birthday. You are eligible even if you live with someone else, move to another county or were terminated from Medi-Cal.

- **Special Treatment Programs**
  If you need dialysis treatment or parenteral hyperalimentation services, you may be eligible for for the Special Treatment programs.

- **Medicare Savings Programs**
  Medi-Cal may help you pay for some Medicare expenses under a Medicare Savings Program. The Qualified Medicare Beneficiary (QMB) Program pays Medicare Part A and/or Part B premiums, co-payments and deductibles. The Qualified Disabled Working Individual (QDWI) Program pays Medicare Part A premiums. The Special Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) and the Qualifying Individual-1 (QI-1) Programs pay for Medicare Part B premiums.

- **Immigrant Eligibility For Medi-Cal**
  Immigrants who meet all Medi-Cal eligibility requirements can get full or restricted Medi-Cal depending on their immigration status. Immigrants who are not in a full scope eligible immigration status can qualify for restricted Medi-Cal, which covers emergency and pregnancy-related services, if they

meet all eligibility requirements. Some immigrants getting restricted Medi-Cal can also get long-term care if they need it.

- **Breast And Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP)**
  BCCTP provides needed no-cost breast or cervical cancer treatment and related services to eligible persons identified by providers through the Cancer Detection Program: Every Woman Counts (EWC) or Family Planning, Access, Care and Treatment (FPACT). For more information, call toll free at 1-800-824-0088.
- **Other**
  You might qualify for medical assistance in another category. Ask your county eligibility worker to help you.

E. Other Services to Medi-Cal Beneficiaries:

- **Additional Services Available To Persons Under Age 21**
  If you or your child are under age 21, you may be able to get more or different services through the Child Health and Disability Prevention (CHDP) or Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT) programs. This is so that children and young adults under 21 years of age can get all the health care services they need to make sure health problems are found and treated early. Regular check-ups are important so medical, dental or mental health problems are found and treated early. (See Section 19)
- **Medical Support Enforcement**
  All children have the right to be supported by both parents. If you are applying for Medi-Cal benefits, you must cooperate in establishing paternity for a child(ren) born out of wedlock and obtaining medical support for a child(ren) who has an absent parent. You will be provided all child support services unless you notify the Local Child Support Agency (LCSA) that you do not want to receive those services that are unrelated to obtaining medical support and establishing paternity. Some of the available services are as follows:
  - Locating the parent(s) for support enforcement purposes;
  - Establishing paternity;
  - Establishing a child and/or medical support (health insurance) order;
  - Enforcing a child and/or medical support order;
  - Modifying an existing court order for child and/or medical support;
  - Enforcing a spousal support order in conjunction with a child support order, and
  - Collecting and distributing support payments.

Note: Custody and visitation services are not provided.

3. Medi-Cal for Persons with Disabilities

♿ To get Medi-Cal as a person with a disability, you must have severe physical and/or mental problem(s) which will:

1. last at least 12 months in a row, and
2. stop you from working during those 12 months, or
3. possibly result in death.

You must prove your disabling physical and/or mental problem(s) with medical records, tests, and other medical findings. The medical problem must be the main reason why you do not work.

- **250% Working Disabled Program.**
  Eligible working individuals with a disability can get Medi-Cal from the 250% Working Disabled Program. You must be working and earning some form of income ("work" is undefined for the purpose of qualifying for this program), have countable income below 250% of the federal poverty level and pay a premium based on your income. Disability income is not counted when determining eligibility or premium amount; however, your disability income may be affected by earning income. In order to qualify for this program – you must be determined "disabled" according to statements 1. and 3. above (you do not have to be unable to work for 12 months). For more information on the 250% Working Disabled Program, contact your county

social services office or county eligibility worker. For more information on how your disability income may be affected by your earnings, contact your local Social Security Office.

To get Medi-Cal for a child with a disability, the child must have severe physical and/or mental problem(s) which:

1. are on a list of disabling childhood conditions, or
2. are so severe that he/she would not be able to do daily activities which a healthy child would be able to do.

When an adult or child has certain severe physical and/or mental problems, he or she may be able to get Medi-Cal based on disability prior to the final disability determination. For more information, ask your county eligibility worker about eligibility for Presumptive Disability or another Medi-Cal program.

4. Medi-Cal and Your Income

You can get Medi-Cal regardless of how much money you get. However, the more money you get, the more you will have to pay or promise to pay toward your medical bills before Medi-Cal will help pay your other medical bills. (For Share of Cost information, see Sections 10 and 11). If you are disabled and working, you can pay an affordable monthly premium instead of paying a share of cost (for information on the 250% Working Disabled Program, see Section 3).

5. Medi-Cal and Your Property/Assets

There are property/assets limits for the Medi-Cal program. If your property/assets are over the Medi-Cal property limit, you will not get Medi-Cal unless you lower them according to program rules. The county looks at how much you and your family have each month. If your property/assets are below the limit at any time during that month, you will get Medi-Cal, if otherwise eligible. If you have more than the limit for a whole month, you will be discontinued. The home you live in, furnishings, personal items, and one motor vehicle are not counted. A single person is allowed to keep $2000 (or $3000 in some situations) in property/assets, more if you are married and/or have a family.

If a child has property/assets or if a stepparent wants Medi-Cal for a stepchild, other rules may apply.

Important: If you or your spouse (husband or wife) went into a medical institution or nursing facility on or after September 30, 1989, and were expected to remain for 30 days while the spouse was still home, the spouse at home may keep up to $109,560 in some cases. (This amount may change in January of each year).
For more information on Medi-Cal property/assets rules, please ask your county social services office for a form called "Medi-Cal General Property Limitations"(MC Information Notice 007).

6. Proof of California Residency

You must be a resident of California to get Medi-Cal.

You must also give evidence that you are a resident of California before your Medi-Cal can be approved. Evidence may be one of the following:

1. A recent California rent or mortgage receipt or utility bill in your name, or
2. A current and valid California motor vehicle driver's license or Identification Card issued by the California Department of Motor Vehicles in your name, or
3. A current and valid California motor vehicle registration in your name, or
4. A document showing you are employed in California (such as a pay stub), or
5. A document showing you are registered with a public or private employment service in California, or
6. Evidence that you or your children are enrolled in school in California, or
7. Evidence that you are receiving public assistance, other than Medi-Cal, in California, or
8. Evidence that you are registered to vote in California, or

Other evidence of your California residency may be acceptable if you declare that you do not have any

of the documents or evidence listed in numbers 1 through 8 above.

However, you do not have to give evidence if:

1. You are applying for Minor Consent services, or
2. You are the child of a parent who has also applied for Medi-Cal and given evidence of California residence, or
3. Your wife or husband has applied for Medi-Cal and given evidence of California residence, if she or he lives at your same address.

7. Where to Apply for Medi-Cal

✆ Call your county social services office to have a Medi-Cal application sent to your home. If you want to apply in person, ask your county social services office where you can apply. Medi-Cal county eligibility workers also are located at some health clinics and hospitals.

If you get an SSI/SSP grant, Medi-Cal eligibility is automatically set up by your Social Security district office (see Section 2). For more information you can call your local Social Security Administration (SSA) office, or their toll free number, 1-800-772-1213. You can also visit their website at www.ssa.gov.

8. How to Apply for Medi-Cal

The usual application procedure is:

1. **Call or go to your county social services office to get a Medi-Cal application.** If you have an immediate need for health care services (such as severe illness or pregnancy), complete the Medi-Cal application and take it to your closest county social services office. Tell the county social services office that you have an immediate need for medical or dental care. The county social services office will process your application as fast as possible.
2. **Fill out the application form(s)** as completely as you can. Section 9 called "Required Documents to Apply for Medi-Cal" tells you what proof to give the county social services office when you apply for Medi-Cal. You can speed up the process by providing the necessary information and paperwork quickly.
3. **Request Medi-Cal "retroactive coverage"** if you have unpaid bills for covered medical/dental services in any of the three months before the month you apply for Medi-Cal and need help from Medi-Cal to pay the bills. To receive this coverage, you must be eligible for Medi-Cal in the month the Medi-Cal covered medical/dental services were provided. To request retroactive coverage, contact the county social services office within one year of the month in which the covered services were provided to you. For example, if you received medical/dental services any time in October 2010, you should contact the county social services office by October 31, 2011 to have a timely request.

   If you have *already paid* for the covered medical/dental bills provided during the three months of the retroactive period, Medi-Cal may also help you get reimbursed. You must submit your claim within one year of receipt of the services or within 90 days after issuance of the Medi-Cal card, which ever is longer.

   For more information or to file a claim, you MUST call or write to the following:

   For Medical, Mental Health, Drug and Alcohol, and In-Home Support Services Claims:

   Department of Health Care Services
   Beneficiary Services
   P.O. Box 138008
   Sacramento, CA 95813-8008
   (916) 403-2007 (916) 635-6491 TDD

   For Dental Claims:

   Denti-Cal
   Beneficiary Services
   P.O. Box 526026
   Sacramento, CA 95852-6026
   (916) 403-2007 (916) 635-6491 TDD

4. **When you apply for Medi-Cal, you will get a list of your rights and responsibilities.** For example,

you must give any changes in address, property, income, family composition, other circumstances, and private health insurance coverage to your county eligibility worker ***within ten days.***

Note: Once you apply for Medi-Cal, Medi-Cal will only pay for the covered services you get from an enrolled Medi-Cal provider. You must confirm that the provider is an enrolled Medi-Cal provider before you get services if you want Medi-Cal to pay for the services.

If you're found eligible, your case will be reviewed periodically. You must return all required information that is sent to you by the date requested in order for your Medi-Cal coverage not to be stopped or interrupted.

5. **Mail or take the completed application and necessary verification (proof) to the county social services office. If you want confidential minor consent services, go to the nearest county social services office.**
   Note: In some counties, when you are a Medi-Cal "beneficiary" (that's what you are called when you get Medi-Cal) you may be required to sign up for a Medi-Cal health care plan and/or dental plan. If you are required to sign up for a medical or dental plan, you may choose a personal doctor and/or dentist from a list given to you by the medical and dental plans.
   If you live in one of those counties where there are Medi-Cal medical and dental plans, you will receive additional information about the choices you have available for getting your Medi-Cal benefits and the plans offered to you. You will receive this information at the time you apply for benefits, or when the county redetermines your benefits. In some cases, you will receive information about the medical and dental plans available, and information about how to enroll in the plans through the mail.
6. **It may take up to 45 days to process your Medi-Cal application.** If you apply for Medi-Cal based on disability, your application may take up to 90 days.
7. **You will get a letter in the mail telling you if your Medi-Cal application is approved or denied.** If you have a Medi-Cal health care plan, you will get a health care plan identification card in addition to the State-issued Benefits Identification Card (BIC).
8. **If you do not get an answer to your Medi-Cal application within a month after you apply, call the county social services office.**

9. Required Documents to Apply for Medi-Cal

You must give certain information *before* your Medi-Cal can be *approved.* Your county eligibility worker will tell you what proof is needed.

You may apply without the proof, but you will have to give it later. If you cannot get the proof yourself, ask your county eligibility worker to help you.

Items required for full Medi-Cal benefits (if applicable):

1. Social Security card(s).
2. Medicare card(s).
3. Proof of U.S. citizenship or U.S. national status (some citizens are exempt).
4. Alien registration card(s) or other immigration documents and identity (some groups are exempt).
5. Pregnancy verification.
6. Income verification:
   a. Employee pay stubs or a statement from your employer showing gross earnings and deductions.
   b. Award letter or checks showing amount of pension or benefits, including Social Security and Veteran's Administration.
   c. State Unemployment or Disability award letter.
   d. Student Loan grant award letter(s) or loan grant papers.
   e. Statement from providers of other income (contributions, refunds, child support, etc.).
   f. Self-employment information: Last year's tax return or current ledgers, current inventory, including business equipment and supplies.
   g. Care costs for child/incapacitated person(s).
7. Property Tax statements for all property.
8. Vehicle Registration(s) for automobiles, boats,

campers and trailers.
9. All checking and savings account statements and trust account documents.
10. All stocks (brokerage statements), bonds (including U.S. savings bonds) and mutual funds.
11. All deeds of trust, mortgages, other promissory notes and contracts of sale.
12. All life insurance policies, including cash surrender value.
13. All annuity policies.
14. All burial trusts/prepaid burial contracts/ information on burial plots.
15. Documentation regarding the current value of all trusts.
16. Payment book(s) for all encumbered property.
17. All policies/cards for health insurance you currently have or which are available to you.
18. Application(s) for possible available income (e.g. unemployment benefits, state disability benefits).
19. Court orders relating to income and property.
20. Lease agreements.
21. Life estate documents.
22. Copies of patient trust account ledgers.
23. Rent receipts, current utility bills, or housing statement.
24. Copies of child support orders or divorce decree.
25. Social Security disability or SSI denial or discontinuance notice (if applying for disability-based Medi-Cal).
26. Evidence of California residency. (See Section 6)

10. When You Need to Pay a Share of Cost

Depending upon your monthly income, Medi-Cal may determine that you have to meet a share of cost (SOC) before Medi-Cal will pay for your or your family's medical expenses for the month. The next section explains "meeting a share of cost."

Whether you will have a SOC for a month, and the size of your SOC, depends on how much money or income you and your family get for the month. Medi-Cal allows you to keep a certain amount of your family's income for your living expenses (this portion is called your Maintenance Need). Medi-Cal may also allow you to keep additional amounts of your family's income. Any income for the month which is more than the amount you are allowed to keep becomes your SOC for the month.

In some families, the income of one person cannot be used to decide if another person has a SOC. For example, income of a child cannot be used to decide whether a brother or sister, parent, stepparent or caretaker relative has a SOC. Income of a stepparent cannot be used to see if a stepchild has a SOC.

If you don't have any medical expenses during a month, you do not need to meet your SOC for that month. However, keep your Benefits Identification Card (BIC) in case you need medical services in upcoming months.

11. How to Meet Your Share of Cost

You may meet your Share of Cost (SOC) for the current month by showing Medi-Cal that you paid, or have promised to pay, for your medical expenses (including dental) an amount of money the same as your SOC. There are two ways to show Medi-Cal that you have paid or promised to pay your SOC for a certain month.

These two methods are:

1. In every month that you have a SOC, your county social services office will notify the State of the amount of SOC you must pay. When you go to a medical provider and give the provider your BIC, your provider will get information from a computer system about your SOC. After the provider accepts your promise to pay for the medical services, or you pay for those services, the provider will forward the amount of SOC paid, or promised to be paid, through the computer system to the State. The State will immediately update the SOC system so that future providers that month will know the amount of SOC that remains, if any. When you have met your SOC for the month, all future providers will receive information that you have met your SOC for the month and whether or not you are eligible for covered Medi-Cal services.

2. Another way to show you have paid or promised to pay your SOC is to give your medical bills directly to your county eligibility worker. You may give your bills for medical services you got during the current month to your county eligibility worker to apply toward your SOC. You must give old medical bills from previous months (for which you still owe money and which you want to apply toward your SOC) to your county eligibility worker. Your provider cannot use the SOC computer system for your old medical bills.

   Medical bills given to your county eligibility worker must contain certain kinds of information before your county eligibility worker can apply these bills toward your SOC.

   Your medical bills must show this information:
   a. Provider's name, address, Medi-Cal provider number, or if not a Medi-Cal provider, the provider license number, or federal tax identification number.
   b. Name of person who got the medical service.
   c. Description of the medical service received.
   d. Procedure Code (a medical/dental reference number) for medical/dental services received – your provider will know what this number is.
   e. Date(s) medical service was received.
   f. Date on which the bill was issued. For old medical bills, this date must be within 90 days of the date you give the old medical bills to your county eligibilty worker.
   g. Amount billed to person getting the service.

If any of this information is missing from a medical bill, you must try to get it from your provider. If you are unable to get it, your county eligibility worker will try to help you. Billing statements from collection agencies and credit card statements sometimes may be used as evidence of medical expenses. Under certain conditions, you may give the missing information by making a sworn statement.

If your county eligibility worker is unable to accept a medical bill, you will get a letter giving the reason for the disapproval of the bill. You will have ten days to fix the problem and bring/send the bill again. If you do not do this, you will receive a denial letter within the next 30 days which will give the reason for the denial and tell you what you must do before you may resubmit your medical bill. You will get a separate letter for medical bills which have been accepted and applied toward your SOC.

12. Private Health Insurance and Medi-Cal

You can have Medi-Cal even though you have Other Health Coverage (OHC) through individual or group private health (or dental) insurance coverage. If you are a Medi-Cal beneficiary and have individual or group private health (or dental) insurance coverage, you are required by federal and state law to report it. You can report it directly to Department of Health Care Services (DHCS) by sending it via e-mail to WATS@dhcs.ca.gov or via fax (916) 440-5675. You can also report it to your county eligibility worker, your health care provider, and/or to the Local Child Support Agency (LCSA), when there is an absent parent who may be responsible for your child(ren)'s medical care, or in establishing paternity of a child born out of wedlock. If you fail to report any private health insurance coverage that you have, you are committing a misdemeanor.

Under federal law, private health insurance belonging to a Medi-Cal beneficiary must be billed first before billing Medi-Cal. Medi-Cal may be billed for the balance, including OHC co-payments, OHC co-insurance and OHC deductibles. Medi-Cal will pay up to the limitations of the Medi-Cal program, less the OHC payment amount, if any. Medi-Cal will not pay the balance of a provider's bill when the provider has an agreement with the OHC carrier/plan to accept the carrier's contracted rate as payment in full. The Medi-Cal provider must submit an Explanation of Benefits or denial letter from the OHC along with the Medi-Cal claim. If Medi-Cal later discovers OHC, Medi-Cal will bill the OHC for the Medi-Cal services. If you have a Medi-Cal share of cost you must pay it before Medi-Cal will pay for your service. If your other health insurance is a Prepaid Health Plan (PHP) or a Health Maintenance Organization (HMO), you must use the plan facilities for

regular medical care (non-emergency services).

Send any payment you get directly from an insurance carrier for services paid by Medi-Cal to DHCS at:

Department of Health Care Services
Third Party Liability and Recovery Division
Cost Avoidance Section
P.O. Box 997424, MS 4719
Sacramento, CA 95899-7424

Send any medical support payment you get from the absent parent to DHCS at this address:

Department of Health Care Services
Third Party Liability and Recovery Division
Cost Avoidance Section
P.O. Box 997422, MS 4719
Sacramento, CA 95899-7425

If you have other health insurance coverage, the computer system will be coded to show other health insurance. If this information is incorrect you can contact your county eligibility worker to temporarily override this information. The correct information then needs to be reported to DHCS. To correct this information, e-mail DHCS at WATS@dhcs.ca.gov or send a fax to (916) 440-5675.

If you are having a claims payment problem with a provider, you may call the Beneficiary and HIPAA Privacy Help Desk at (916) 636-1980.

Note: Beginning January 1, 2006, if you are a recipient of both Medicare and Medi-Cal, Medicare (not Medi-Cal) will pay for most prescription drugs for Medi-Cal beneficiaries who are eligible for Medicare Part A (hospital) or Part B (outpatient). For information on Medicare Part D (drug coverage), please contact 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

13. Medi-Cal May Pay Private Health Insurance Premiums

If you are a Medi-Cal beneficiary and you have a very high-cost medical condition which requires a physician's care, the DHCS may pay your private health insurance premiums, if it is cost effective, under the Health Insurance Premium Payment (HIPP) program. There are specific requirements to qualify for the program and not all applicants are approved for HIPP. For more information on HIPP:

- ask your county eligibility worker to refer you, or
- call the DHCS' HIPP Program at 1-866-298-8443 (toll-free) or
- visit their website at **www.dhcs.ca.gov** or
- send an email to **HIPP@dhcs.ca.gov** or
- send a fax to (916) 440-5676.

A HIPP representative in Sacramento will explain the process and requirements for the program. If it appears that you may meet the eligibility requirements, an application will be sent to you.

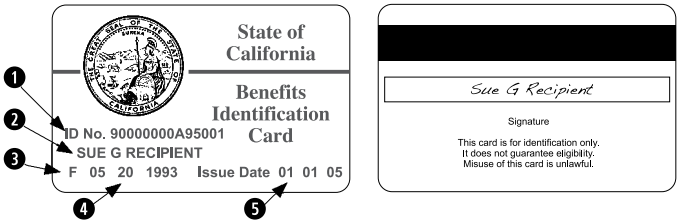
14. The Medi-Cal Identification Card

Medi-Cal mails plastic Benefits Identification Cards (BICs) to all beneficiaries. The 14 numbers and letters on your card identify you. Your health care providers need your BIC to provide services and to bill Medi-Cal. If you have an "Immediate Need" or get Confidential Medical Services (Minor Consent) as described in Section 2D, your county social services office will give you a paper Medi-Cal card.

Note: Your BIC does not guarantee Medi-Cal eligibility. Take your BIC or paper card to your doctor, dentist, pharmacy, hospital or other medical provider. The provider will use this card to verify that you are eligible for Medi-Cal.

15. What the Benefits Identification Card (BIC) Looks Like

A BIC looks like this:



Actual card size = 3-1/8"x 2-3/8"; white card with blue letters on front, black letters on back.

Beneficiary Information on face of card:
① Your ID Number
(a 14 character Identification number)

② Your name
③ Gender Code (male or female)
④ Date of Birth
⑤ Date card was issued to you

If the card you got in the mail has wrong information on it contact your social services office.

16. Your Temporary Identification Card

Your paper identification card will show your name, Medi-Cal identification number, gender, date of birth, issue date and good through date. "Immediate Need" cards are issued for a one month period and Minor Consent cards are issued for up to a year.

Note: If you are a beneficiary 18 years of age or older who is not in long-term care, and not getting emergency services, you must sign and date your paper Medi-Cal card or BIC when you get it and before you give the paper Medi-Cal card or BIC to a provider for any care.

17. If Your BIC Is Not Received, Lost, or Stolen

You may ask for a BIC from your county social services office when you are eligible for Medi-Cal, if you have not gotten a card, you lost your card, or your card was stolen.

If your BIC is stolen, you must tell your local police and your county social services office. You should give as much information about the theft as possible.

If you are issued a new card, then your old card will no longer be valid.

If you get SSI/SSP, even though the county does not make SSI/SSP eligibility determinations or send SSI/SSP checks, they help with BIC problems for people who get SSI/SSP. The county can order a replacement BIC for you. The county social services office will tell you if you also need to contact a Social Security office to correct the problem with your BIC.

18. Getting Health Care with Your BIC

You should always carry your BIC with you.

REMEMBER: Find out if the health care provider takes Medi-Cal patients before you go for treatment. The provider has a right to refuse to take Medi-Cal. If you forgot to tell the provider that you have Medi-Cal, you may have to pay your medical bill out of your own pocket.

About receiving your services:

- Ask your local medical society for providers who take Medi-Cal patients.
- Call the Delta Dental office for dental referrals at 1-800-322-6384 for referrals to Medi-Cal dental providers.
- For each service you get, give the provider your BIC so Medi-Cal can pay the provider (if you are eligible for Medi-Cal).
- Some services must be approved by Medi-Cal before you may get them. The provider will know when you need prior approval.
- Some services are restricted.
- Some doctor's services and clinic visits may be limited.
- You should discuss your treatment plan and appointments with your doctor.
- Federally Qualified Health Center (FQHC) and Rural Health Clinic (RHC) services do not require prior approval. However, these services may be limited.

19. Additional Benefits for Persons Under CHDP and EPSDT

If you or your child is under 21, the Child Health and Disability Prevention (CHDP) program provides regular check-ups and needed immunizations to keep you healthy. CHDP services include regular screening for medical, dental, vision, hearing or mental health problems. If you need help with an appointment or transportation, the CHDP program in your county can help you. Look for the phone number under county government in your local phone book.

The Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT) program provides extra Medi-Cal services if you are under 21 and have full scope Medi-Cal. EPSDT services correct or improve medical, dental, or mental health problems. You may get the extra services if you and your doctor, health care provider, clinic,

county CHDP or county mental health department agree you need them. You can ask for services as often as you think you need them.

If you have severe emotional problems, contact your county mental health department. Look in the government section of your phone book under Mental Health Department. If you cannot reach the county mental health department, call the state mental health ombudsman toll-free at 1-800-896-4042.

If you, your doctor or dentist thinks that health services which are not usually covered by Medi-Cal may be needed, you should talk to:

- Your local county CHDP Program
- Your Managed Care Plan
- Your County Mental Health Department

Or ask your doctor or dentist to contact:

- Your local Medi-Cal Field Office, or
- The California Children's Services program

20. How to Get Medi-Cal Services

How you get your Medi-Cal services will depend on the area you live in. In some areas, you may choose your providers from those who accept Medi-Cal, or you may choose to sign up for a Medi-Cal health and/or dental care plan if there are any in your area. In other areas, some Medi-Cal beneficiaries must sign up for a health and/or dental care plan. In the areas where you must sign up for a health care plan, there are exceptions. The exceptions will be explained to you at the same time your choices for getting Medi-Cal services are explained to you.

You will get information about health/dental care plans at the time you apply or reapply for benefits. You may be required to go to a presentation at the county social services office where they tell you about the health care plans you can sign up for. You may also get information in the mail about the health care plans in your area.

There are two ways to get your Medi-Cal services:

1. In those areas where you can choose your own providers, you should know how to use the Benefits Identification Card (BIC) before you see a doctor or other provider of health services. Please read Sections 16 and 18. If you are not enrolling in a health care plan and choosing your own providers, you must tell the health care provider that you have Medi-Cal before you first get care. If you do not tell the provider that you have Medi-Cal, the provider may legally bill you for all services you get. Providers of health care do not have to take Medi-Cal patients or may only take a few Medi-Cal patients. **If you don't use your BIC card correctly, you may have to pay for the services you get.**
2. If you sign up for a Medi-Cal health/dental care plan, you may choose a provider from a provider list the plan gives you. As a plan member, you can get all of the services covered by regular Medi-Cal. Some plans offer extra services which you cannot get with your BIC card.

21. Payments for Medical/Dental Expenses

$ Your BIC will pay for many kinds of medical/dental expenses. When your provider uses your BIC to verify your Medi-Cal eligibility, your provider will know if Medi-Cal will pay for a medical/dental treatment or if you need to make a "co-payment" for any treatment. You may have to pay a co-payment when you get medical/dental services, a prescribed drug, or if you go to the hospital or emergency room.

Note: If you have Medi-Cal and Medicare, Medicare (not Medi-Cal) pays for most of your prescribed drugs.

22. Getting Help from Medi-Cal If You Are Out of State

Take your BIC or proof of enrollment in a Medi-Cal health care plan with you when you travel outside California. Medi-Cal can help in limited situations; for example, in an emergency due to accident, injury, or severe illness, or when your health would be endangered by postponing treatment until you return to California. Medi-Cal must first approve any out-of-state in-patient medical services before you get the service. You will be responsible for medical costs for services you got out-of-state if the medical provider is not a Medi-Cal provider or does not wish to become a Medi-Cal provider.

The provider should first verify eligibility by contacting the fiscal intermediary at (916) 636-1960. The provider may get information on coverage, authorization and billing procedures by contacting the following:

Medical Services

Department of Health Care Services
Medi-Cal Field Office
P.O. Box 193704
San Francisco CA 95670-3704
(415) 904-9600

Dental Services

Denti-Cal
Delta Dental
1155 International Drive, Building C
Rancho Cordova, CA 94119
1-800-423-0507

If you live near the California state line and use doctors or other providers of medical service in the other state, some of these restrictions do not apply. However, medical services in Mexico or Canada are not covered except for emergency hospitalization.

You will not get Medi-Cal if you move out of California. You may apply for Medicaid in the state in which you live.

23. Medi-Cal Managed Care As Your Healthcare Provider

Medi-Cal Managed Care is a program whereby the State contracts with various health plans to provide services for you in an organized and coordinated manner. The managed care plans must directly give, or arrange for, all Medi-Cal services to you.

- **Which Providers to Go to When Enrolled In a Health/Dental Care Plan**
  If you enroll in a health/dental care plan, you must use the plan providers and clinics unless emergency care is needed.
- **How to Join a Managed Health Plan**
  You can ask your county eligibility worker if managed care is available and how to contact either the health care plan or the local health care options worker. Or contact Health Care Options (HCO) at 1-800-430-4263 for more information about your health plan choices.
- **How to Get Out Of a Managed Care Plan**
  If you live in a Two-Plan Model or Geographic Managed Care county, and the option to join a health care plan is voluntary, you may disenroll at any time. (To disenroll, contact the plan membership staff at the phone number provided in the papers you got when you signed up). If you have questions about your Two-Plan Model or Geographic Managed Care health plan, you can call Health Care Options at 1-800-430-4263. If you are not disenrolled in 45 days, contact your county eligibility worker for help.

24. What to Do If You Disagree with Decisions About Your Medi-Cal Eligibility or Benefits

✎You have the right to ask for a State hearing if you do not agree with a county or State action or inaction about your application for Medi-Cal, changes to your Medi-Cal eligibility, or denial of a health benefit.

You will get a Notice of Action (NOA) that tells you the county or State decision about your Medi-Cal eligibility. If you disagree with a county or State decision, you can talk to your county eligibility worker and/or request a State hearing. You must request the State hearing within 90 days from when the NOA was mailed or given to you. If you do not receive a NOA you must ask for a State hearing within 90 days from the date on which you found out about the action you disagree with.

If you ask for a State hearing before the effective date of the action, you may continue to get the same Medi-Cal benefits until the hearing decision. Your benefits may stop or be lowered if you cancel your request for a State hearing.

You may ask for a State hearing through the county social services office or the California Department of Social Services. On the back of the NOA, you will find out how you can request a State hearing and where to send your request. If you do not have a NOA you can

call or write to:

California Department of Social Services
Public Inquiry and Response
PO Box 944243, M.S. 19-37
Sacramento, CA 94244-2430
1-800-952-5253, 1-800-952-8349 TDD
(916) 229-4110 (fax)

You must go to the State hearing or give written notice for someone to go in your place and represent you. You or your representative can read the regulations about the Medi-Cal program and most of the facts in your case. Call your county social services office to arrange for this review. Help is available in your language.

At the State hearing, you may bring witnesses that know the facts about your case. You may ask questions of the county representative or any County or State witness.

Discrimination: If you believe a decision about your right to get Medi-Cal benefits was unfairly made because of your sex, race, religion, color, national origin, sexual orientation, marital status, age, disability or veteran's status, you may file a written or telephone complaint with the Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, MS 0009, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413, (916) 440-7370, (916) 440-7399 TDD or (916) 440-7395 (fax). Your complaint of discrimination will be investigated.

25. What to Do If You Have Been Hurt by Another Person or Hurt At Work

If another person hurts you or you are hurt at work, you may use your BIC to get services. If you file an insurance or workers' compensation claim, or sue someone for damages because of your injury, you must notify Medi-Cal within 30 days of filing your claim or action, so the liable party can pay for your treatment. Notifying your county eligibility worker is not sufficient notification, but your county eligibility worker may direct you to the web pages mentioned below.

If You File a Workers' Compensation Claim…

Please contact the Medi-Cal Workers' Compensation Program. The current program contact information is available online at:

www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_WC_cont.aspx

If You Sue Someone or File Any Other Kind of Claim for an Injury…

Please contact the Medi-Cal Personal Injury Program. Using the program's online referral form for beneficiaries is the fastest way to refer a new case or provide updates on existing cases. The current program web page for links to online forms is available online at:

www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_PersonalInjuryProgram.aspx

A Personal Injury First Inquiry Letter (DHCS 6198) is automatically generated for some provider claims which include diagnosis codes that relate to an injury. If you receive a DHCS 6198, returning a completed DHCS 6198 to Medi-Cal is acceptable notification. If you received a DHCS 6198 and are not filing a claim or taking action for an injury, you may disregard the letter.

If you hire an attorney to represent you for your claim or lawsuit, your attorney must also notify Medi-Cal and provide a letter of authorization so that Medi-Cal staff can talk with the attorney about your case. Although Medi-Cal does not provide representation nor attorney referrals, the Medi-Cal staff can provide information that can help an attorney work your case.

If you have questions about the Medi-Cal Personal Injury Program, call (916) 650-0490.

26. A Deceased Medi-Cal Beneficiary's Estate

Medi-Cal may claim against the beneficiary age 55 or older for certain services received. An estate may also be billed if a beneficiary was a resident of a nursing facility, regardless of the beneficiary's age.

- Medi-Cal will not recover from an estate if the beneficiary is survived by a child under the age of 21 or a child of any age that is blind or disabled (as defined by the federal Social Security Act).
- Medi-Cal will defer recovery from the estate during the lifetime of a surviving spouse or

registered domestic partner.

- Medi-Cal may waive recovery from an heir's proportionate share of the estate claim if the heir can demonstrate that recovery will result in a substantial hardship.
- Medi-Cal may impose a lien upon the beneficiary's principle residence if the beneficiary is placed in a medical facility (such as nursing home) with no intent to return to the principle residence.

The party handling the beneficiary's estate must give written notice of death and a copy of the death certificate, within 90 days of the date of death, to the Director of the Department of Health Care Services (DHCS) at:

Department of Health Care Services
Estate Recovery Section
MS 4720
PO Box 997425
Sacramento, CA 95899-7425

27. Medi-Cal Fraud

If you are getting treatment from more than one doctor or dentist, you should tell each doctor/dentist about the other doctor(s)/dentist(s) giving care to you. It is your responsibility not to abuse or improperly use your Medi-Cal benefits. It is a crime to:

- allow others to use your Medi-Cal benefits, and
- get drugs through false statements.

It is a crime for you to sell or lend your BIC to any person or furnish your BIC to anyone other than your provider of services as required under Medi-Cal guidelines. Misuse of BIC/Medi-Cal benefits is a crime that could result in administrative action or criminal prosecution. If you suspect someone of misusing Medi-Cal benefits, you may make a confidential report to: 1-800-822-6222 (toll-free).

28. Helpful Words to Know

1. **Beneficiary** – A person who has been determined eligible for Medi-Cal.
2. **(Medi-Cal) Health Care Plan** – The DHCS contracts with prepaid health plans, health maintenance organizations, and primary care case management system to give covered Medi-Cal services to Medi-Cal beneficiaries. Medi-Cal beneficiaries who enroll in a plan are guaranteed access to a full range of quality health care, including preventive medical services.
3. **Home And Community-Based Care Services** – Health care services that can sometime be given at home to persons who usually would need to stay in a hospital or nursing home. These services are only available to certain people getting Medi-Cal who meet special requirements. Ask your doctor or hospital discharge planner to contact the local Medi-Cal Field Office if you think you might need these services.
4. **Inpatient Hospital Care** – Care you get when you are admitted to a hospital. In some areas of the State, you can only get inpatient care at hospitals contracting with the State. If you need care, you should contact your doctor, and if necessary, your doctor will make arrangements for hospitalization. In a life-threatening emergency, or if you are a pregnant woman in active labor, any hospital can give you care.
5. **Linkage** – Persons who meet the federal definition of age (65 years or older), blindness, or disability, or parents and their children who are deprived of parental support or care are considered "linked"(or connected) to one of these categories.
6. **Maintenance Need** – The amount of monthly income Medi-Cal has determined that a person or family need for food, clothing, housing, etc. The amount will change with the number of people in the family.
7. **Medi-Cal** – California's name for Medicaid, the federal and state program of medical assistance for needy and low-income persons.
8. **Medicare** – A federal health insurance program administrated by the Social Security Administration which is available regardless of income. Most persons 65 years of age or older and certain disabled or blind persons regardless of age, are covered. Medicare Part A covers hospitalization. Medicare Part B covers doctor bills. Beginning

January 1, 2006, Medicare Part D (not Medi-Cal) covers most prescribed drugs. A Medicare card is red, white, and blue.

9. **Medicare Premium Payment Program (Buy-In)** – Medi-Cal may pay the Medicare Part A and/or Part B premiums if you have Medicare and Medi-Cal coverage. You are "Medi/Medi" eligible if you have both Medicare and Medi-Cal coverage. If you are eligible for a Medicare Savings Program such as Qualified Medicare Beneficiary (QMB), Qualified Disabled Working Individuals (QDWI), Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB), and the Qualifying Individual-1 (QI-1), you may also qualify for Medi-Cal payment of Medicare Part A and/or Part B premiums.
10. **Other Health Care Coverage** – Any private health benefit plan or health insurance coverage (whether individual or through a union, group, employer, or organization) under which payment can be made for health care services provided to the persons covered by that policy or plan.
11. **Personal Property** – All liquid and non-liquid assets (other than real property) such as cash, savings accounts, checking accounts, stocks, bonds jewelry, boats, life insurance policies, recreational vehicles, etc.
12. **Property Reserve** – The total net market value of countable property assets of those persons applying for Medi-Cal.
13. **Real Property** – Land and improvements which generally include any immovable property attached to the land and any oil, mineral, timber or other right related to the land.
14. **Share Of Cost (SOC)** – The amount you must pay or promise to pay each month toward the cost of your health care before Medi-Cal will pay. Your SOC may change when your monthly income changes. You only pay a SOC in a month when you get health care services. A SOC is not a monthly charge that you must pay whether or not you have medical bills.
15. **Verification** – Acceptable evidence (documents) which gives proof of statements made by an applicant/beneficiary.

Índice De Materias

1. Medi-Cal – Lo que Significa para Usted 17
2. Quién Pueden Obtener Medi-Cal 17
3. Medi-Cal para Personas con Incapacidades 20
4. Medi-Cal y Sus Ingresos. 21
5. Medi-Cal y Sus Propiedades/Bienes 21
6. Prueba de Residencia de California 21
7. A Dónde se Solicita Medi-Cal 22
8. Cómo se Solicita Medi-Cal. 22
9. Documentos Requeridos para Solicitar Medi-Cal. 24
10. Cuándo Usted Tiene que Pagar por la Parte del Costo 25
11. Cómo Usted puede Cumplir con Su Parte del Costo. 25
12. Seguro Médico Privado y Medi-Cal. 26
13. Es Posible que Medi-Cal Pague por las Primas del Seguro Médico Privado. 27
14. La Tarjeta de Identificación de Medi-Cal 28
15. Cómo Es la Tarjeta de Identificación para los Beneficios (BIC) 28
16. Su Tarjeta de Identificación Temporaria. 28
17. Si Su Tarjeta BIC No Ha Sido Recibida, o Está Perdida o Robada. 28
18. Cómo Conseguir Cuidado Médico con Su Tarjeta BIC. 29
19. Beneficios Adicionales para Personas en el Programa CHDP y EPSDT 29
20. Cómo Conseguir los Servicios de Medi-Cal 30
21. Pagos por Gasto Médicos/Dentales 30
22. Cómo Conseguir Ayuda de Medi-Cal Si Usted Está Fuera del Estado. 30
23. Cuidado Médico Administrado de Medi-Cal como Su Proveedor Médico. 31
24. Qué Hacer Si No Está de Acuerdo con las Decisiones Relacionadas . . . . . .
Con Su Elegibilidad de Medi-Cal o Beneficios. 31
25. Qué Hacer Si Usted Ha Sido Lesionado por Otra Persona o Usted Se Ha . . . . . .
Lesionado en el Trabajo. 32
26. El Patrimonio Sucesorio del Beneficiario Fallecido que Recibía Medi-Cal 33
27. Cometer Fraude en Medi-Cal 33
28. Descripción de los Términos que Debe Conocer 34

Medi-Cal
Lo Que Significa Para Usted

1. Medi-Cal – Lo que Significa para Usted

Medi-Cal paga por varios servicios del cuidado de la salud, incluyendo algunos servicios dentales de algunos residentes necesitados de California. Medi-Cal se mantiene con los impuestos federales y estatales. Este folleto explica cómo solicitar, acerca de los beneficios, sus opciones para obtener servicios, cómo usar la tarjeta permanente de plástico de California llamada tarjeta de Identificación para los Beneficios (California Benefits Indentification Card – BIC), o la tarjeta de papel de Medi-Cal, y sus derechos de apelación si piensa que se le trata injustamente o no recibe lo que tiene derecho a recibir de acuerdo con la ley.

Es posible que usted pueda ser elegible para recibir beneficios de Medi-Cal sin que se tenga en cuenta su sexo, raza, religión, color, origen nacional, orientación sexual, estado civil, edad, incapacidad, o situación de veterano.

La oficina local de servicios sociales de su condado se encarga de la mayoría de las determinaciones de elegibilidad del Medi-Cal. Usted puede localizar la oficina más cercana de servicios sociales del condado en la sección del gobierno de su guía de teléfonos local o visitando el sitio Web del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud (Department of Health Care Services-DHCS) al www.dhcs.ca.gov.

El significado de algunos términos de Medi-Cal y palabras utilizadas en este folleto, se encuentran en las últimas páginas de cada sección del inglés y del español.

2. Quién Pueden Obtener Medi-Cal

Aunque usted esté trabajando, sea dueño de una casa o esté casado, es posible que usted sea elegible para recibir Medi-Cal. Para obtener servicios cubiertos por Medi-Cal, usted tiene que pertenecer a una de las siguientes categorías.

A. Asistencia Pública (Public Assistance – PA): Si es una persona de edad avanzada (65 años edad o más), está ciega, o incapacitada y recibe Ingresos Supleméntales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment Programs – SSI/SSP), usted automáticamente es elegible para recibir Medi-Cal y se le enviará la tarjeta BIC. Llame a su oficina del Seguro Social para más información.

Si recibe asistencia del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (California Work Opportunity and Responsibility to Kids – CalWORKs) es posible que también tenga derecho a recibir beneficios de Medi-Cal. Si recibe otros tipos de Asistencia Pública, puede ser que tenga derecho a recibir todos los servicios que Medi-Cal cubre. Llame a su trabajador de elegibilidad de su condado para más información.

Si no se encuentra dentro de uno de estos grupos de asistencia, es posible que todavía pueda recibir beneficios de Medi-Cal dentro de una categoría diferente. Algunas se encuentran anotadas abajo, tal como Persona Necesitada o Personas Indigentes. Estos programas son para las personas que no pueden pagar por todos sus gastos médicos. Aunque esté cubierto por otro seguro de salud privado, puede ser que usted todavía sea elegible.

B. Persona Necesitada (Medically Needy-MN): Usted es una Persona Necesitada si tiene 65 años de edad o más, está ciega, incapacitada/discapacitada o

reúne las circunstancias familiares que el Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (California Work Opportunity and Responsibility to Kids-CalWORKs) requiere (tal como tener hijos menores de 21 años de edad que están necesitados y no tienen el mantenimiento o cuidado de uno de los padres debido a su ausencia, muerte, incapacidad, o desempleo). Las Personas Necesitadas no reciben un pago mensual (cash grant) porque tienen demasiados ingresos o bienes, o porque no lo quieren recibir. Es posible que usted sea elegible para recibir Medi-Cal y obtenga una tarjeta de Identificación para los Beneficios (Benefits Indentification Card – BIC) si paga, o promete pagar, los gastos médicos que equivalgan a su "Parte de Costo" (share of cost – SOC) de ese mes. (Vea las Secciones 10 y 11.)

C. Persona Indigente (Medically Indignet-MI): Usted es una Persona Indigente si es una mujer embarazada sin conexión a un Programa de Asistencia Público (CalWORKs); si es una persona entre 21y 65 años de edad que está en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso o en uno de cuidado médico intermitente no intenso; es una persona menor de 21 años de edad, incluyendo aquellas bajo cuidado de crianza temporal cuyas necesidades son satisfechas completamente o parcialmente mediante fondos públicos; es un niño que reúne los requisitos para el Programa Estatal de Asistencia para la Adopción (State-only Aid for Adoption Assistance Program). Algunos otros niños que no vivan con uno de los padres o con un familiar.

D. Programas Especiales:

- **Mujeres Embarazadas**
  Si usted está embarazada y no puede pagar por el cuidado médico y por algún cuidado dental, Medi-Cal le puede ayudar a pagar sus gastos médicos, y los de su bebé. Muchas veces, usted puede obtener Medi-Cal sin pagar nada, incluso aunque tenga ingresos. Una vez que obtenga Medi-Cal, el aumento de los ingresos de su familia no se contará durante su embarazo, y el período de posparto y el primer año de vida de su bebé.

  Algunos proveedores de Medi-Cal de California que ofrecen cuidado prenatal, pueden inscribir a las mujeres embarazadas en el Programa Presunta Elegibilidad para Mujeres Embarazadas (Presumptive Eligibility Program for Pregnant Women) donde recibirán cobertura inmediata temporal para servicios relacionados con el embarazo mientras se tramita la solicitud formal de Medi-Cal. Si está embarazada y está interesada en este servicio, pregunte si su proveedor participa en este programa.

  Si necesita información adicional, por favor llame gratis al Programa Presunta Elegibilidad para Mujeres Embarazadas al 1800-824-0088 o visite el sitio Web al www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/PE.aspx

- **Niños**
  Es posible que su hijo pueda recibir Medi-Cal sin costo si es un bebé, o tiene entre 1 y 6 años, o tiene entre 6 y 18 años de edad.

- **Refugiados**
  Si usted es una persona refugiada o entrante que no reúne los requisitos para el programa de Persona Necesitada o de Persona Indigente, pregúntele a su trabajador de elegibilidad de su condado acerca de la Asistencia Médica para Refugiados/Entrantes (Refugee/Entrant Medical Assistance (RMA/EMA).

- **Personas No Ciudadanas de los Estados Unidos que Han Sido Víctimas de Tráfico de Seres Humanos y de Otros Crímenes**
  Si usted vino a los Estados Unidos como víctima de tráfico de seres humanos o de otros crímenes serios, pregúntele a su trabajador de elegibilidad de su condado acerca del Programa de Asistencia para Victimas de Tráfico de Seres Humanos y Crimen (Trafficking and Crime Victims Assistance Program -TCVAP).

- **Servicios Médicos Confidenciales Disponibles para Personas Menores de 21 Años**
  Si usted tiene menos de 21 años de edad, está soltero y vive con sus padres, es posible que pueda recibir ciertos servicios médicos confidenciales.

Bajo el Programa de Consentimiento del Menor (Minor Consent Program), no necesita el consentimiento de sus padres para determinar su elegibilidad de Medi-Cal. Los servicios médicos que se incluyen bajo este programa especial son aquellos que están relacionados con la planificación familiar, el embarazo, el abuso de alcohol/drogas, enfermedades que se trasmiten sexualmente, el asalto sexual, y la salud mental.

- **Programa Anterior de Crianza Temporal para Niños (Former Foster Child Program)**
  Puede recibir Medi-Cal hasta que cumpla 21 años de edad en el Programa Anterior de Crianza Temporal para Niños sin importar sus ingresos si está bajo el cuidado de crianza temporal cuando cumpla los 18 años de edad. Usted es elegible aunque usted viva con alguien más, se traslade a otro condado o sea terminado de Medi-Cal.
- **Programas de Tratamiento Especial (Special Treatment Programs)**
  Si necesita servicios de diálisis o de hiperalimentación parenteral, es posible que usted sea elegible para recibir servicios bajo el programa de tratamiento especial.
- **Programas de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Programs)**
  Es posible que Medi-Cal pueda ayudarle a pagar algunos costos de Medicare bajo el Programa de Ahorros de Medicare. El Programa Beneficiario de Medicare Elegible (Qualified Medicare Beneficiary –QMB) paga primas al Medicare Parte A (Medicare Part A) y/o Parte B (Medicare Part B), co-pagos, y deducibles. El Programa Personas Elegibles Incapacitadas que Trabajan (Qualified Disabled Working Individual -QDWI) paga primas al Medicare parte A. El Programa para Beneficiarios de Medicare Especificados con Bajos Ingresos (Specfied Low-Income Medicare Beneficiary -SLMB) y el Programa Individuos que Reúnen los Requisitos 1 (Qualifying Individual -QI-1) pagan primas por la parte B.
- **Inmigrantes Elegibles para Medi-Cal**
  Los inmigrantes que reúnen todos los requisitos de elegibilidad para recibir Medi-Cal, pueden obtener Medi-Cal completo o limitado dependiendo de su situación migratoria. Los inmigrantes que aún no están en un estado de elegibilidad completo migratorio, pueden calificar para Medi-Cal limitado, si reúnen todos los requisitos de elegibilidad, que cubre emergencias y servicios relacionados con el embarazo. Algunos inmigrantes recibiendo Medi-Cal limitado pueden también recibir cuidado a largo plazo (long-term care) si lo necesitan.
- **Programa para el Tratamiento de Cáncer del Seno y Cervical (Breast and Cervical Cancer Treatment Program – BCCTP)**
  BCCTP provee sin costo el tratamiento necesitado para el cáncer del seno o cervical y servicios relacionados a las personas elegibles que han sido identificadas por proveedores, tal como el Programa de Detección del Cáncer: Toda Mujer Cuenta (Every Woman Counts -EWC), o el programa Planificación Familiar, Acceso, Cuidado y Tratamiento (Family Planning, Access, Care and Treatment –FPACT). Para más información, llame gratis al 1-800-824-0088.
- **Otros**
  Es posible que usted reúna los requisitos necesarios para recibir asistencia médica bajo otra categoría. Pídale a su trabajador de elegibilidad de su condado que le ayude.

E. Otros Servicios para los Beneficiarios de Medi-Cal:

- **Servicios Adicionales para Personas Menores de 21 Años**
  Si usted o su hijo tiene menos de 21 años de edad, es posible que usted pueda recibir más servicios o servicios diferentes a través del Programa Salud y Prevención de Discapacidades en los Niños y Adolescentes (Child, Health and Disability Prevention – CHDP), o en el Programa Exámenes Tempranos y Periódicos Diagnósticos, y Tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment – EPSDT). Esto es para que los niños y los jóvenes menores de 21 años puedan recibir todos los servicios de cuidado médico que necesiten para asegurar que los problemas médicos se encuentren y se traten a

tiempo. Exámenes periódicos son importantes para encontrar y tratar a tiempo los problemas médicos, dentales, o problemas de salud mental. (Vea la Sección 19.)

- **Cumplimiento de Mantenimiento Médico**: Todos los niños tienen derecho a que los mantengan ambos padres. Si está solicitando beneficios de Medi-Cal, tiene que cooperar para establecer la paternidad del/los niño(s) nacido(s) fuera del matrimonio y para obtener mantenimiento médico para el(los) niño(s) cuyo padre/madre está ausente. Se le proporcionará todos los servicios de mantenimiento de hijos, a no ser que usted notifique a la Agencia Local de Mantenimiento de Hijos (Local Child Support Agency – LCSA) que no quiere recibir esos servicios que no estén relacionados con obtener mantenimiento médico y establecer la paternidad. A continuación se mencionan algunos de los servicios que hay a la disposición:
  - Localizar a los padres con el propósito de que paguen mantenimiento;
  - Establecer la paternidad;
  - Establecer una orden de mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico (seguro médico);
  - Hacer cumplir una orden de mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico;
  - Modificar una orden existente de la corte sobre mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico;
  - Hacer cumplir una orden de mantenimiento de esposa(o), junto con una orden de mantenimiento de hijos;
  - Cobrar y distribuir pagos de mantenimiento.

Nota: No se Proporcionan servicios de patria potestad (custodia) ni de visita.

3. Medi-Cal para Personas con Incapacidades

♿ Para recibir Medi-Cal como persona con una incapacidad, tiene que tener problema(s) físico(s) y/o mental(es) grave(s) que:

1. durará(n) por lo menos 12 meses seguidos y
2. no le permitirá(n) que trabaje durante esos 12 meses, o
3. posiblemente le causará(n) la muerte.

Tiene que proveer prueba de los problemas físicos y/o mentales que lo incapaciten mediante expedientes médicos, pruebas, y otra información médica. El problema médico tiene que ser la razón principal por la que no trabaje.

- **El Programa de Trabajador Incapacitado-250 Por Ciento (250% Working Disabled Program):** Trabajadores Incapacitados elegibles, pueden recibir Medi-Cal a través del Programa de Trabajador Incapacitado-250 Por Ciento. Usted tiene que estar trabajando y estar ganado algún tipo de ingreso (el "trabajo" es indefinido con el fin de reunir los requisititos para este programa), tener un ingreso contable por debajo de 250 por ciento del nivel de pobreza federal y pagar una prima basada en su ingreso. Ingresos de incapacidad no se cuentan cuando se esta determinando elegibilidad o la cantidad de la prima; Sin embargo, sus ingresos de incapacidad pueden ser afectados por el ingreso ganado. Para calificar para este programa - usted tiene que ser determinado como persona "incapacitada" según las declaraciones 1. y 3. arriba (no es necesario el no estar disponible para trabajar por 12 meses). Para más información sobre el Programa de Trabajador Incapacitado-250 Por Ciento, llame a la oficina de servicios sociales de su condado o a su trabajador de elegibilidad del condado. Para más información en cómo su ingreso de incapacidad puede ser afectado por sus ganancias (ingreso), póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social.

Para obtener Medi-Cal para un niño con una incapacidad, el niño tiene que tener un/unos problema(s) físico(s) y/o mental(es) grave(s) que:

1. esté en una lista de condiciones de la infancia que incapacitan, o
2. sea(n) tan grave(s) que no le permita(n) hacer las actividades diarias que un niño sano puede hacer.

Cuando un adulto o niño tiene ciertos problemas severos físicos y/o mentales, quizás pueda recibir Medi-Cal basado en una incapacidad antes de recibir

la determinación final. Pídale a su trabajador de elegibilidad de su condado más información acerca del programa de Presunta Incapacidad, u otro programa de Medi-Cal.

4. Medi-Cal y Sus Ingresos

Usted puede obtener Medi-Cal sin importar cuánto dinero reciba. Sin embargo, mientras más dinero reciba, más tendrá que pagar o prometer pagar por sus cuentas médicas antes de que Medi-Cal le ayude a pagar las otras cuentas médicas. (Vea las Secciones 10 y 11 para información acerca de la Parte del Costo (Share of Cost-SOC). Si usted está incapacitado y trabajando, usted puede pagar por una prima económica mensual en vez de pagar la parte del costo. (Para información acerca del Programa de Trabajador Incapacitado-250 Por Ciento vea la Sección 3).

5. Medi-Cal y Sus Propiedades/Bienes

Dentro del programa de Medi-Cal, existen límites en las propiedades/bienes. Si sus propiedades/bienes están por encima del límite de propiedades de Medi-Cal, no recibirá Medi-Cal a menos que las reduzca de acuerdo a las reglas del programa. El condado toma en cuenta cuánto tienen usted y su familia cada mes. Si sus propiedades/bienes están por debajo del límite durante cualquier período de ese mes, usted recibirá Medi-Cal, si es elegible. Si usted está por encima del límite durante todo un mes, se le discontinuará. La casa en la que vive, los muebles, los artículos personales, y un vehículo motorizado no se cuentan. A una persona soltera se le permite que tenga $2,000 dólares (o $3,000 en algunas situaciones) en propiedades/bienes; se permite más si usted está casado y/o tiene familia. Si un niño tiene propiedades/bienes o si un padrastro o madrastra quiere Medi-Cal para un hijastro o hijastra, puede que otras reglas sean pertinentes.

Importante: Si a usted o a su cónyuge (esposo/esposa) se le admitió en una institución médica o en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso el 30 de septiembre de 1989, o después de esa fecha, y se esperaba que permaneciera ahí durante 30 días mientras el otro de los cónyuges todavía vivía en las casa, en algunos casos, este último cónyuge puede quedarse con hasta $109,560 dólares. (La cantidad puede cambiar cada año en enero).

Para obtener más información acerca de las reglas de Medi-Cal en relación a las propiedades/bienes, pídale a la oficina de servicios sociales de su condado el formulario llamado "Limitaciones de Bienes Generales de Medi-Cal" – Notificación de Información MC 007 (Medi-Cal General Property Limitations - Information Notice MC 007).

6. Prueba de Residencia de California

Usted tiene que ser residente de California para recibir Medi-Cal.

También tiene que presentar pruebas de que es residente de California antes de que su Medi-Cal se pueda aprobar. Pruebas a presentar pueden ser una de las siguientes:

1. Un recibo reciente de alquiler o hipoteca, o cobros de servicios públicos y municipales del estado de California a su nombre, o
2. Una licencia de manejar de California vigente y válida, o una tarjeta de identificación expedida por el Departamento de Vehículos Motorizados de California, a su nombre, o
3. Prueba de que el vehículo tiene un registro vigente y válido a su nombre en California, o.
4. Un documento que muestre que usted está empleado en California, (como un talón de pago), o
5. Un documento que muestre que usted está registrado con un servicio público o privado de empleo en California, o
6. Pruebas de que usted o sus hijos están matriculados en una escuela en California, o
7. Pruebas de que usted está recibiendo asistencia pública, que no sea Medi-Cal, en California, o
8. Pruebas de que está registrado para votar en California, u

Otra prueba aceptable que demuestre que es residente de California, es si usted declara que no tiene ninguno de los documentos o pruebas enumerados en los

apartados del 1 al 8 mencionados arriba.
Sin embargo, usted no tiene que presentar estas pruebas si:

1. Está solicitando Servicios de Consentimiento del Menor, o
2. Usted es el hijo de un padre o madre que también ha solicitado Medi-Cal y que ha presentado pruebas de residencia en California, o
3. Su esposa(o) ha solicitado Medi-Cal y ha presentado pruebas de residencia en California, si él (ella) vive en el mismo domicilio.

7. A Dónde se Solicita Medi-Cal

✆ Llame a la oficina de servicios sociales de su condado para que le manden una solicitud de Medi-Cal a su casa. Si quiere solicitar en persona, pídale a la oficina de servicios sociales de su condado que le diga dónde puede solicitar. Los trabajadores de elegibilidad de Medi-Cal de su condado se encuentran en algunas clínicas u hospitales.

Si usted recibe un pago mensual de Ingresos Supleméntales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (Supplemental Security Income/State Supplement Payment Program – SSI/SSP), la oficina del Seguro Social de su distrito automáticamente establece su elegibilidad para recibir Medi-Cal (Vea la Sección 2). Para más información usted puede llamar a su oficina local de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration-SSA), o puede llamar gratis al 1-800-772-1213. También usted puede visitar el sitio Web www.ssa.gov.

8. Cómo se Solicita Medi-Cal

El procedimiento usual para solicitar Medi-Cal es el siguiente:

1. **Llame o vaya a la oficina de servicios sociales de su condado para obtener una solicitud de Medi-Cal.** Si tiene necesidad inmediata para servicios de cuidado médico (como enfermedades graves o embarazo), llene la solicitud de Medi-Cal y llévela a la oficina de servicios sociales de su condado más cercana a usted. Dígale a la oficina de servicios sociales de su condado que tiene una necesidad inmediata para recibir cuidado médico o dental. La oficina de servicios sociales tramitará su solicitud tan rápidamente como sea posible.
2. **Llene el(los) formulario(s)** de la solicitud de manera tan completa como pueda. La Sección 9 titulada "Documentos Requeridos para Solicitar Medi-Cal" le dice qué pruebas darle a la oficina del condado de servicios sociales cuando usted solicite Medi-Cal. Puede acelerar el proceso si entrega la información y los papeles necesarios pronto.
3. **Solicite "beneficios retroactivos" de Medi-Cal** si tiene cobros sin pagar por servicios médicos/dentales cubiertos por Medi-Cal durante los tres meses anteriores al mes en que solicite Medi-Cal, y necesita ayuda de Medi-Cal para pagar los cobros. Para recibir esta cobertura usted tiene que ser elegible para Medi-Cal en el mes en que los servicios médicos/dentales fueron proveídos; estos servicios tienen que ser cubiertos por Medi-Cal. Para solicitar beneficios retroactivos, póngase en contacto con la oficina de servicios sociales del condado dentro de un año del mes en que los servicios cubiertos por Medi-Cal fueron proveídos a usted. Por ejemplo, si usted recibió servicios médicos/dentales en el mes de octubre del 2010, usted debe de contactar la oficina de servicios sociales de su condado antes del 31 de octubre de 2011.

   Si usted *ya pagó* por los cobros médicos/dentales donde los servicios médicos/dentales fueron proveídos durante los tres meses del período retroactivo, es posible también que Medi-Cal le ayude a conseguir un reembolso. Usted tiene que presentar su reclamo dentro del plazo de un año de cuando recibió los servicios o en el plazo de 90 días después que recibió la tarjeta de Medi-Cal, cualquier plazo que sea el más largo.

   Para más información o presentar un reclamo, usted TIENE que llamar o escribir a los siguientes domicilios:

   Para Reclamos Médicos, Salud Mental,

Drogas y Alcohol, y Servicios de Casa y Cuidado Personal (Medical, Mental Health, Drug and Alcohol, and In-Home Support Services Claims):

Department of Health Care Services
Beneficiary Services
P.O. Box 138008
Sacramento, CA 95813-8008
(916) 403-2007
(916) 635-6491 TDD (aparato de telecomunicaciones para las personas sordas*)

Para Reclamos Dentales (Dental Claims):

Denti-Cal
Beneficiary Services
P.O. Box 526026
Sacramento, CA 95852-6026
(916) 403-2007 (916) 635-6491 TDD*

4. **Cuándo solicite Medi-Cal, recibirá una lista con sus derechos y responsabilidades.** Por ejemplo, usted tiene que notificarle de cualquier cambio en relación a su dirección, propiedades, ingresos, miembros de la familia, otras circunstancias, y cobertura de seguros de salud privados a su trabajador de elegibilidad de su condado dentro de un ***plazo de diez días.***

   Nota: Una vez que solicite Medi-Cal, Medi-Cal sólo pagará por los servicios cubiertos que usted reciba de los proveedores de Medi-Cal. Tiene que confirmar que el proveedor es un proveedor registrado con Medi-Cal antes de obtener servicios y si quiere que Medi-Cal pague por esos servicios. Si le encuentran elegible, su caso será evaluado periódicamente. Usted tiene que devolver toda la información requerida que se le envíe para la fecha indicada para evitar que su cobertura de Medi-Cal sea parada o sea interrumpida.

5. **Mande o lleve la solicitud completa y verificación necesaria (pruebas) a la oficina de servicios sociales del condado. Si necesita servicios de consentimiento para menores, valla a la oficina de servicios sociales del condado cercana a usted.**

   Nota: En algunos condados, cuando usted es un "beneficiario" de Medi-Cal (así es como se le llama cuando recibe Medi-Cal), es posible que se le requiera que se inscriba en un plan médico y/o dental de Medi-Cal. Si se le requiere que se inscriba en un plan médico o dental, usted puede escoger a un doctor y/o dentista personal de una lista que los planes médicos y dentales le darán.

   Si vive en uno de esos condados en los que hay planes médicos y dentales de Medi-Cal, usted recibirá información adicional acerca de las opciones que hay a su disposición para obtener beneficios de Medi-Cal, y acerca de los planes entre los que puede escoger. Recibirá esta información cuando solicite los beneficios, o cuando el condado vuelva a determinar sus beneficios. En algunos casos, usted recibirá información por correo acerca de los planes médicos y dentales a su disposición y acerca de cómo hacerse miembro de ellos.

6. **Puede que se tarde hasta 45 días para tramitar su solicitud de Medi-Cal.** Si solicita Medi-Cal basado en incapacidad, es posible que el trámite de su solicitud tarde 90 días.

7. **Recibirá una carta por correo diciéndole si se ha aprobado o negado su solicitud de Medi-Cal.** Si tiene un plan de Medi-Cal para el cuidado de la salud, recibirá una tarjeta de identificación del plan para el cuidado de la salud además de la tarjeta de Identificación para los Beneficios (Benefits Identification Card-BIC) que el estado emite.

8. **Si no recibe una respuesta en relación a su solicitud de Medi-Cal dentro de un plazo de un mes, a partir de la fecha en que solicitó, llame a la oficina de servicios sociales de su condado.**

9. Documentos Requeridos para Solicitar Medi-Cal

Tiene que dar cierta información *antes* de que se pueda *aprobar* su Medi-Cal. Su trabajador de elegibilidad de su condado le dirá cuáles son estas pruebas.

Puede presentar la solicitud sin las pruebas, pero tendrá que proporcionarlas después. Si no puede obtener las pruebas por sí mismo, pídale a su trabajador de elegibilidad de su condado que le ayude.

Documentos Necesarios para los beneficios completos de Medi-Cal (si son pertinentes):

1. Tarjeta(s) del Seguro Social.
2. Tarjeta(s) de Medicare.
3. Comprobante de que es ciudadano de EE UU o su estado nacional de EE UU (algunos ciudadanos no son incluidos).
4. Tarjeta(s) de residente legal, u otros documentos de inmigración e identidad (algunos grupos no son incluidos).
5. Verificación de embarazo.
6. Verificación de ingresos:
   a. Los talones de pago del empleador o un informe de su patrón que muestre las ganancias brutas y las deducciones.
   b. Carta de notificación de beneficios o cheques que muestren la cantidad de la pensión o beneficios, incluyendo el Seguro Social y la Administración de Beneficios para Veteranos (Veteran's Administration-VA).
   c. Carta de notificación de los beneficios estatales de desempleo o por incapacidad.
   d. Carta(s) de notificación de préstamos para estudiantes o los documentos de los préstamos.
   e. Informe de los proveedores de otros ingresos (donaciones, reembolsos, mantenimiento de hijos, etc.).
   f. Información de las personas que trabajan por cuenta propia: La declaración de impuestos del año anterior o los libros actuales de cuentas, el inventario actual, incluyendo el equipo y suministros del negocio.
   g. Los costos del cuidado de niños/personas incapacitadas.
7. Informes de los impuestos sobre los prediales de todas las propiedades.
8. Registro de vehículos de automóviles, barcos, lanchas, vehículos de remolque para acampar (campers) y casas-remolque (tráiler).
9. Todos los informes de las cuentas de cheques y de ahorros y los documentos de las cuentas de registro.
10. Todas las acciones (informes de corretaje), bonos (incluyendo los bonos de ahorro de los Estados Unidos – US Savings bonds) y los fondos mutualistas.
11. Todas las escrituras de fideicomiso, hipotecas, pagarés y contratos de venta.
12. Todas las pólizas de seguros de vida, incluyendo el valor de rescate en efectivo.
13. Todas las pólizas de pensiones.
14. Todos los fondos de fideicomiso para entierros/contratos de entierro pagados por adelantado/información sobre los lotes para la sepultura.
15. Documentación en relación al valor actual de todos los fideicomisos.
16. Libro(s) de cuentas para todas las propiedades con cargos (obligaciones).
17. Todas las pólizas o tarjetas para el seguro médico que usted tiene actualmente o que están a su disposición.
18. Solicitud(es) para posibles ingresos a la disposición (por ejemplo, beneficios de desempleo, beneficios estatales por incapacidad).
19. Mandatos judiciales en relación a los ingresos y propiedades.
20. Contratos de arrendamiento.
21. Documentos de herencia en vida en los cuales usted se reserva el derecho de uso de algún bien.
22. Copias de los libros de las cuentas de registro del paciente.
23. Recibos de alquiler, cuentas actuales de los servicios públicos y municipales, o informe de vivienda.
24. Copias de las órdenes de mantenimiento de hijos o decreto de divorcio.

25. Notificación de negación o de descontinuación de incapacidad proveniente del Seguro Social, o de Seguridad de Ingreso Suplemental (Supplemental Security Income – SSI) (si está solicitando Medi-Cal basado en incapacidad).
26. Pruebas de residencia en California. (Vea la Sección 6.)

10. Cuándo Usted Tiene que Pagar Por la Parte del Costo

$ Dependiendo en sus ingresos mensuales, es posible que Medi-Cal determine que usted tiene que cubrir Parte del Costo (Share of Cost – SOC) antes de que Medi-Cal pague los gastos médicos de usted o su familia de ese mes. La siguiente sección explica cómo cubrir Parte del Costo.

El tener que pagar Parte del Costo por un mes y la cantidad de ésta, depende de cuánto dinero o ingresos usted y su familia reciban ese mes. Medi-Cal le permite que guarde cierta cantidad de los ingresos de su familia para sus gastos de mantenimiento (a esta cantidad se le llama ingresos necesarios para mantenerse – Maintenance Need). Es posible que Medi-Cal también le permita que guarde una cantidad adicional de los ingresos de su familia. Los ingresos de ese mes que excedan la cantidad que se le permita guardar se convierten en su Parte del Costo de ese mes.

En algunas familias, los ingresos de una persona no se pueden usar para decidir si otra persona tiene una Parte del Costo. Por ejemplo, los ingresos de un niño no se pueden usar para decidir si un hermano o hermana, padre o madre, padrastro o madrastra o pariente que lo cuide tiene que pagar Parte del Costo. Los ingresos de un padrastro o madrastra no se pueden usar para determinar si un hijastro/a tiene que pagar Parte del Costo.

Si no tiene gastos médicos durante el mes, no necesita cumplir con su Parte del Costo ese mes. Sin embargo, guarde su tarjeta de Identificación para los Beneficios (Benefits Identification Card-BIC) en caso de que necesite servicios médicos en meses posteriores.

11. Cómo Usted Puede Cumplir con Su Parte del Costo

Puede cubrir su Parte del Costo en el mes actual mostrándole a Medi-Cal que ha pagado, o ha prometido pagar, una cantidad de dinero igual a la de su Parte del Costo en relación a sus gastos médicos (incluyendo gastos dentales). Hay dos maneras de mostrarle a Medi-Cal que usted ha pagado, o prometido pagar, su Parte del Costo de un mes en particular.

Estas dos maneras son:

1. Cada mes en el que usted tenga que pagar Parte del Costo, la oficina de servicios sociales de su condado informará al estado acerca de la cantidad de la Parte del Costo que usted tiene que pagar. Cuando visite a un proveedor médico y le dé su tarjeta BIC, éste obtendrá información acerca de la Parte del Costo de usted usando un sistema computarizado. Después de que el proveedor acepte la promesa de que usted va ha pagar por los servicios médicos, o después de que usted los pague, el proveedor, por medio del sistema computarizado, le informará al estado acerca de la cantidad de la Parte del Costo que usted haya pagado o haya prometido pagar. El estado inmediatamente pondrá al día el sistema que contiene la información de la Parte del Costo para que los futuros proveedores, ese mes, sepan cuál es la cantidad de la Parte del Costo que queda sin pagar, si es que queda alguna. Cuando haya pagado la Parte del Costo de ese mes, se les informará a todos los futuros proveedores de que usted ya ha pagado su Parte del Costo de ese mes, y si es elegible para recibir servicios de Medi-Cal.
2. Otra manera de mostrar que ha pagado, o prometido pagar su Parte del Costo es darle directamente sus cuentas médicas a su trabajador de elegibilidad de su condado. Puede darle a su trabajador de elegibilidad de su condado las cuentas de los servicios médicos que usted reciba durante el mes actual para que se usen hacia su Parte del Costo. Tiene que darle a su trabajador de elegibilidad de su condado las cuentas médicas

atrasadas de meses anteriores que aún deba y que usted quiera que se usen hacia su Parte del Costo. Su proveedor no puede usar el sistema computarizado de la Parte del Costo para las cuentas médicas atrasadas.

Las cuentas médicas que le entregue a su trabajador de elegibilidad de su condado tienen que incluir cierta información para que su trabajador de elegibilidad de su condado pueda usarlas hacia su Parte del Costo.

Sus cuentas médicas tienen que mostrar la siguiente información:

a. Nombre, dirección y número del proveedor de Medi-Cal. Si no es un proveedor de Medi-Cal, dé el número de la licencia del proveedor, o el número de identificación de los impuestos federales del proveedor.

b. Nombre de la persona que recibió el servicio médico.

c. Descripción del servicio médico que se recibió.

d. Código de Procedimiento – (el número de referencia médica/dental) de los servicios médicos/dentales que se recibieron – Su proveedor sabrá cuál es este número.

e. Fecha(s) en que se recibió el servicio médico.

f. Fecha en que se expidió la cuenta. Para las cuentas médicas atrasadas, esta fecha tiene que caer dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha en que le dé las cuentas atrasadas a su trabajador de elegibilidad de su condado.

g. Cantidad que se le facturó (cobró) a la persona que obtuvo el servicio.

Si parte de esta información no aparece en una cuenta médica, tiene que intentar obtenerla de su proveedor. Si no puede obtenerla, su trabajador de elegibilidad de su condado intentará ayudarle. Algunas veces, se pueden usar los informes acerca del estado de cuentas de las agencias de cobranza y los informes de las tarjetas de crédito como prueba de gastos médicos. Bajo ciertas condiciones, puede dar la información que falte haciendo una declaración jurada.

Si su trabajador de elegibilidad de su condado no puede aceptar una cuenta médica, usted recibirá una carta que le explicará el porqué. Tendrá 10 días para solucionar el problema y llevar o enviar la cuenta otra vez. Si no lo hace, usted recibirá una carta de negación dentro de los siguientes 30 días que le explicará el porqué de la negación y le dirá lo que tiene que hacer antes de volver a enviar su cuenta médica. Recibirá una carta por separado por las cuentas médicas que se hayan aceptado y usado en relación a su Parte del Costo.

12. Seguro Médico Privado y Medi-Cal

Puede tener Medi-Cal aunque tenga cobertura de Otro Seguro Médico (Other Health Coverage-OHC) a través de un seguro médico (o dental) con cobertura individual o de un grupo médico privado. Si es un beneficiario de Medi-Cal y tiene cobertura de un seguro médico (o dental) individual o de un grupo médico privado, las leyes federales y estatales le requieren que informe de ello. Reporte esta información directamente al Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud (Department of Health Care Services-DHCS) enviándolo por correo electrónico a WATS @dhcs.ca.gov, o por fax al (916) 440-5675. También puede reportarlo a su trabajador de elegibilidad de su condado, a su proveedor del cuidado médico, y/o a la Agencia Local de Mantenimiento de Hijos (Local Child Support Agency), cuando haya un/a padre/madre ausente que quizás sea responsable del cuidado médico de su hijo(s) de usted, o cuando los padres de un niño no estén casados pero se haya establecido la paternidad del mismo. Si no informa acerca de cualquier cobertura que tenga de un seguro médico privado, comete un delito menor.

En conformidad con las leyes federales, el seguro médico privado que le pertenece a un beneficiario de Medi-Cal tendrá que pagar antes que se le cobre a Medi-Cal. Se le cobrará el resto del cobro a Medi-Cal, incluyendo co-pagos de OHC, co-seguro de OHC y deducibles de OHC. Medi-Cal pagará hasta las limitaciones del programa de Medi-Cal, menos

la cantidad del pago de OHC si la hay. Medi-Cal no pagará al proveedor el resto del cobro si el proveedor tiene un acuerdo con el portador/plan de OHC para aceptar la tarifa contratada del portador como pago completo. El proveedor de Medi-Cal tiene que entregar una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits) o una carta de negación de parte de OHC junto con el reclamo de Medi-Cal. Si Med-Cal después descubre que tiene OHC, Medi-Cal cobrará ha OHC por los servicio de Medi-Cal. Si usted tiene que pagar por su Parte del Costo de Medi-Cal, tendrá que pagarlo antes de que Medi-Cal pague por sus servicios.

Si su otro seguro médico es un Plan Médico Pagado por Adelantado (Prepaid Health Plan – PHP) o una Organización de Mantenimiento Médico (Health Maintenance Organization – HMO), usted tiene que usar los establecimientos del plan médico regular. (Servicios de no-emergencia).

Envíe cualquier pago que usted reciba directamente de un portador de seguros por servicios pagados a través de Medi-Cal al Departamento De Servicios del Cuidado de la Salud (Department of Health Care Services-DHCS). La dirección es la siguiente:

Department of Health Care Services
Third Party Liability and Recovery Division
Cost Avoidance Section
P.O. Box 997424, MS 4719
Sacramento, CA 95899-7424

Envíe al DHCS cualquier pago por servicios médicos que reciba de el/la padre/madre ausente. La dirección es la siguiente:

Department of Health Care Services
Third Party Liability and Recovery Division
Cost Avoidance Section
P.O. Box 997422, MS 4719
Sacramento, CA 95899-7425

Si tiene cobertura de otro seguro médico, se codificará el sistema computarizado para que muestre otro seguro médico. Si esta información es incorrecta, contacte a su trabajador de elegibilidad de su condado para que se anule temporalmente. La información correcta tiene que ser reportada al DHCS. Para corregir esta información, comuníquese con DHCS por correo electrónico a WATS@ dhcs.ca.gov o mande un fax al (916) 440-5675.

Si usted está teniendo problemas con reclamos de pagos por parte de proveedores, puede llamar a la línea de Asistencia al Beneficiario y Privacidad de HIPAA al (916) 636-1980.

Nota: Empezando el 1de enero del 2006, si usted es elegible para los dos programas Medicare y Medi-Cal, Medicare (no Medi-Cal) pagará por la mayoría de medicinas recetadas para los beneficiarios de Medi-Cal que son elegibles para recibir Medicare Parte A (hospital) o Parte B (paciente no hospitalizado). Para información acerca de la Parte D de Medicare (cobertura para medicinas recetadas), por favor llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

13. Es Posible que Medi-Cal Pagué por las Primas del Seguro Médico Privado

Si es un beneficiario de Medi-Cal y tiene una condición médica de muy alto costo que requiere el cuidado de un médico, es posible que bajo el programa de Pago de Primas del Seguro Médico (Health Insurance Premium Payment – HIPP), el DHCS pague las primas de su seguro médico privado, si es económicamente efectivo. Hay requisitos específicos para poder participar en este programa y no todos los solicitantes son aceptados al programa Pago de Primas del Seguro Médico (Health Insurance Premium Payment-HIPP).

Para obtener más información acerca de éste programa:

- pídale a su trabajador de elegibilidad de su condado que lo recomiende, o
- llame al programa HIPP del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud al 1-866-298-8443 (gratis) o
- visite el sitio Web al **www.dhcs.ca.gov** o
- envíe un correo electrónico a **HIPP@dhcs.ca.gov** o
- mande un fax al (916) 440-5676

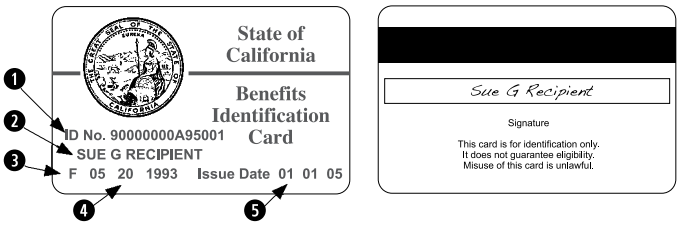
Un representante de HIPP en Sacramento le explicará el proceso y los requisitos del programa. Si parece que usted quizás reúna los requisitos, se le enviará una solicitud.

14. La Tarjeta de Identificación de Medi-Cal

Medi-Cal manda por correo la tarjeta nueva de plástico, llamada Tarjeta de Identificación para los Beneficios (Benefits Indentification Card – BIC), a todos los beneficiarios. Los 14 números y letras en su tarjeta lo identifican a usted. Sus proveedores de cuidado médico necesitan su tarjeta BIC para darle servicios y para cobrarle a Medi-Cal. Si usted tiene"Necesidad Inmediata" o recibe Servicios Médicos Confidenciales (Consentimiento de Menores de Edad) tal como se describe en la Sección 2D, la oficina de servicios sociales de su condado le dará una tarjeta de Medi-Cal de papel.
Nota: Su tarjeta BIC no garantiza elegibilidad para Medi-Cal. Déle la tarjeta BIC o tarjeta de papel a su doctor, dentista, farmacia, hospital u otro proveedor médico. El proveedor usará esta tarjeta para verificar que usted si es elegible para Medi-Cal.

15. Cómo Es la Tarjeta BIC

Así es la tarjeta BIC:



El tamaño actual de la tarjeta = 3 -1/8 x 2-3/8 pulgadas; blanca con letras azules en la parte de adelante, y letras negras por atrás.

Información sobre el beneficiario en la parte de adelante de la tarjeta:

① Su número de identificación (Un número de identificación que tiene 14 caracteres)
② Su nombre
③ Código del género (masculino o femenino)
④ Fecha de nacimiento
⑤ Fecha en que se emitió su tarjeta

Si la tarjeta que usted recibió en el correo tiene información incorrecta, póngase en contacto con su oficina de servicios sociales.

16. Su Tarjeta de Identificación Temporaria

Su tarjeta de identificación de papel tendrá su nombre, su número de identificación de Medi-Cal, género, la fecha de nacimiento, la fecha de emisión y la fecha en que se vencerá. Las tarjetas de "Necesidad Inmediata" son otorgadas por un período de un mes y las tarjetas de Consentimiento del Menor son otorgadas hasta por un año.

Nota: Si usted es un beneficiario de 18 años de edad o mayor que no está bajo cuidado a largo plazo y no está recibiendo servicios de emergencia, cuándo reciba la tarjeta de Medi-Cal de papel o la tarjeta BIC tiene que firmarla y fecharla antes de dársela a un proveedor para recibir cualquier servicio.

17. Si Su Tarjeta BIC No Ha Sido Recibida, o Está Perdida o Robada

Si usted es elegible para Medi-Cal, y si aún no ha recibido la tarjeta BIC, la perdió o se la robaron, usted puede pedirle a la oficina de servicios sociales de su condado que le manden la tarjeta BIC.

Si le roban su tarjeta BIC, usted tiene que decírselo a su policía local y a la oficina de servicios sociales de su condado. Usted debe de dar toda la información posible acerca del robo.
Si se le otorga una tarjeta nueva, su tarjeta vieja ya no será válida.

Si usted recibe Ingresos Supleméntales de Seguridad/ Pagos Suplementarios del Estado (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment Program-SSI/SSP) aunque el condado no hace determinaciones de elegibilidad de SSI/SSP ni envía cheques de SSI/SSP, ayuda con los problemas de la tarjeta BIC para la gente que consigue SSI/SSP. El condado puede pedir un reemplazo de la tarjeta BIC para usted. La oficina de servicios sociales del condado le dirá si usted también necesita contactar a

la oficina de Seguro Social para corregir el problema de su tarjeta BIC.

18. Cómo Conseguir Cuidado Médico Con Su Tarjeta BIC

Siempre debe llevar su tarjeta BIC consigo. RECUERDE: Entérese de si el proveedor acepta a los pacientes de Medi-Cal antes de recibir tratamiento. El proveedor tiene el derecho a negarse a aceptar Medi-Cal. Si se le olvida decirle al proveedor que tiene Medi-Cal es posible que usted tenga que pagar la cuenta médica de su bolsillo.

Cómo recibe sus servicios:

- Pregúntele a su sociedad médica local acerca de los proveedores que reciben a los pacientes de Medi-Cal.
- Llame a la oficina de "Delta Dental" al 1-800-322-6384, para que le recomienden consultorios dentales de los proveedores dentales de Medi-Cal.
- Por cada servicio que reciba, déle al proveedor su tarjeta BIC para que Medi-Cal le pueda pagar al proveedor (si es que usted es elegible para Medi-Cal).
- Algunos servicios tiene que ser aprobados por Medi-Cal antes de que usted los pueda recibir. El proveedor sabe cuando usted necesita aprobación previa.
- Algunos servicios están limitados.
- Algunos servicios de doctor y visitas a la clínica pueden ser limitadas.
- Hable con su doctor sobre su plan de tratamiento y sus citas médicas.
- Los servicios ofrecidos por el Centro de Salud Aprobado Federalmente (Federally Qualified Health Center – FGHC) y la Clínica Rural de Salud (Rural Health Clinics – RHC) no requieren aprobación previa. Sin embargo, es posible que estos servicios estén limitados.

19. Beneficios Adicionales para Personas en el Programa CHDP y EPSDT

Si usted o su hijo tiene menos de 21 años de edad, el Programa de Salud y Prevención de Discapacidad para Niños y Adolescentes (Child Health and Disability Prevention – CHDP) provee exámenes médicos regulares y vacunas necesarias para mantenerse sano. CHDP incluye servicios médicos, dentales, de la vista, auditivos o problemas de salud mental. Si necesita ayuda para hacer una cita o necesita transporte, el programa CHDP en su condado puede ayudarle. Busque el número de teléfono en las páginas de gobierno del condado en su guía telefónico local.

El programa Exámenes Tempranos y Periódicos, Diagnósticos y Tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program – EPSDT) provee servicios de Medi-Cal adicionales si usted tiene menos de 21 años de edad y tiene Medi-Cal completo. Los servicios del programa EPSDT corrigen o mejoran los problemas médicos, dentales o de salud mental. Usted puede obtener los servicios adicionales si su doctor, proveedor de cuidado médico, clínica, programa CHDP del condado, o departamento para la salud mental de su condado están de acuerdo que usted los necesita. Usted puede pedir servicios tan a menudo como usted piense que los necesita.

Si usted tiene problemas emocionales graves, póngase en contacto con el departamento para la salud mental de su condado. Busque en su guía telefónico en la sección del gobierno bajo el Departamento para la Salud Mental. Si no puede localizar el departamento para la salud mental del condado, llame gratis a la oficina estatal de Servicios de Mediación para la Salud Mental (State Mental Health Ombudsman Office) al 1-800-896-4042.

Si usted, su doctor o dentista piensan que los servicios médicos que usualmente no son cubiertos por Medi-Cal quizás vayan ha ser necesitados, debería de hablar con:

- El programa CHDP de su condado local
- El Plan de Cuidado Médico Administrado
- El Departamento para la Salud Mental de su condado

O pídale a su doctor o dentista que se ponga en contacto con:

- La oficina local de servicios sociales de su condado, o
- El programa de Servicios para Niños de California (California Children's Services Program).

20. Cómo Conseguir los Servicios de Medi-Cal

La manera de obtener servicios de Medi-Cal depende del área en donde usted viva. En algunas áreas, se puede escoger a los proveedores entre aquellos que aceptan Medi-Cal, o puede inscribirse en un plan de Medi-Cal médico y/o dental si es que hay alguno en esa área. En otros sitios, algunos beneficiarios de Medi-Cal tienen que inscribirse en un plan médico y/o dental. En estos sitios, se hacen excepciones. Estas excepciones se le explicarán a la misma vez que se le expliquen sus opciones para obtener servicios de Medi-Cal.

Recibirá información acerca de los planes médicos/dentales en el momento en que solicite o vuelva a solicitar los beneficios. Es posible que se requiera que usted vaya a una presentación en la oficina de servicios sociales del condado donde le hablarán acerca de los planes médicos en los que se puede inscribir. Es posible que también reciba información por correo acerca de los planes médicos que existen en su área.

Hay dos maneras de recibir servicios de Medi-Cal:

1. En aquellas áreas en las que usted puede escoger a sus proveedores, debe saber como usar la tarjeta de Identificación para los Beneficios (Benefits Indentification Card – BIC), antes de ver a un doctor o a otro proveedor de servicios médicos. Por favor lea las Secciones16 y 18. Si no se está inscribiendo en un plan médico y no está escogiendo a sus proveedores, tiene que decirle al proveedor médico que usted tiene Medi-Cal antes de recibir el cuidado médico. Si no le dice al proveedor que usted tiene Medi-Cal, el proveedor legalmente puede cobrarle a usted por todos los servicios que usted reciba. Los proveedores médicos no tienen que aceptar a los pacientes de Medi-Cal, o puede que sólo acepten a unos pocos. **Si usted no usa su tarjeta BIC correctamente, es posible que tenga que pagar por los servicios que reciba.**
2. Si se inscribe en un plan de Medi-Cal médico/dental, puede escoger a un proveedor de una lista de proveedores que el plan le ofrecerá. Como miembro del plan, puede obtener todos los servicios que el Medi-Cal regular cubre. Algunos planes ofrecen servicios adicionales que usted no puede obtener con la tarjeta BIC.

21. Pagos por Gasto Médicos/Dentales

$ Su tarjeta BIC pagará por muchas clases de gastos médicos/dentales. Cuando su proveedor use la tarjeta BIC de usted para verificar si es elegible para Medi-Cal, su proveedor sabrá si Medi-Cal pagará por un tratamiento médico/dental o si usted tendrá que hacer un "co-pago" por cualquier tratamiento.

Es posible que usted tenga que pagar un co-pago cuando reciba servicios médicos/dentales, obtenga medicinas recetadas, o cuando vaya a la hospital o a la sala de emergencia. No tiene que pagar si es miembro de un plan de Medi-Cal médico/dental.

Nota: Si usted tiene Medi-Cal y Medicare, Medicare (no Medi-Cal) paga por la mayoría de sus medicinas recetadas.

22. Cómo Conseguir Ayuda de Medi-Cal Si Está Fuera del Estado

Lleve consigo su tarjeta BIC o prueba de inscripción en un plan de Medi-Cal médico/dental cuando viaje fuera de California. Medi-Cal le puede ayudar en situaciones limitadas, por ejemplo, en una emergencia debido a un accidente, lesión, o enfermedad grave, o cuando se podría poner en peligro su salud si se aplazara el tratamiento hasta que regresara a California. Medi-Cal tiene que aprobar cualquier servicio médico fuera del estado para pacientes hospitalizados antes de que usted reciba los servicios. Usted será responsable de los costos médicos de los servicios que haya recibido fuera del estado si el proveedor médico no es un proveedor de Medi-Cal o no quiere convertirse en uno.

El proveedor debe primero verificar si usted reúne los requisitos de Medi-Cal llamando al intermediario fiscal al (916) 636-1960. El proveedor puede obtener información en relación a la cobertura, autorización, y

procedimientos de cobranza poniéndose en contacto con las siguientes oficinas:

Servicios Médicos

Department of Health Care Services
Medi-Cal Field Office
P.O. Box 193704
San Francisco, CA 95760-3704
(415) 904-9600

Servicios Dentales

Denti-Cal
Delta Dental
1155 International Drive, Building C
Rancho Cordova CA 94119
1-800-423-0507

Sí vive cerca de la frontera del estado de California y usa los servicios médicos u otros proveedores de servicios médicos en el otro estado, algunas de estas restricciones no son pertinentes. Sin embargo, no se cubren los servicios médicos en México o Canadá, con la excepción de la hospitalización de emergencia. No recibirá Medi-Cal si se muda fuera de California. Usted podrá solicitar Medicaid en el estado en el que viva.

23. Cuidado Médico Administrado de Medi-Cal Como Su Proveedor Médico

El Cuidado Médico Administrado de Medi-Cal es un programa en el que el estado firma un contrato con varios planes para el cuidado médico y así proveerle servicios a usted de manera organizada y coordinada. Los planes de cuidado médico administrado tienen que proporcionarle directamente todos los servicios de Medi-Cal, o hacer los arreglos necesarios para que se le proporcionen esos servicios.

- **A Cuáles Proveedores Puedo Ir Cuando Esté Inscrito en un Plan Médico/Dental**
  Si se hace miembro de un plan médico/dental, usted tiene que recibir servicios de los proveedores y clínicas del plan, a no ser que necesite cuidado de emergencia.
- **Cómo Hacerse Miembro de un Plan de Cuidado Médico Administrado**
  Le puede preguntar a su trabajador de elegibilidad de su condado si el cuidado administrado está a la disposición y cómo ponerse en contacto con el plan médico o con el trabajador de opciones médicas locales. O póngase en contacto con el programa Opciones para el Cuidado Médico (Health Care Options -HCO) al 1-800-430-4263 para más información acerca de sus opciones de los planes médicos.
- **Cómo Cancelar el Plan de Cuidado Médico**
  Si usted vive en un Modelo de Doble Plan (Two-Plan Model) o Cuidado Médico Administrado Geográfico del condado, y la opción de inscribirse a un plan de cuidado médico es voluntaria, usted puede cancelar su inscripción en cualquier momento. (Para cancelar su inscripción, llame al personal de membresía del plan al número de teléfono que se encuentra en los documentos que se le dieron cuando se inscribió en el plan.) Si usted tiene preguntas acerca de su inscripción en el Modelo de Doble Plan, o en el plan de cuidado médico bajo el Cuidado Médico Administrado Geográfico, usted puede llamar al programa HCO al 1-800-430-4263. Si no es cancelada su inscripción en 45 días, llame a su trabajador de elegibilidad de su condado para recibir ayuda.

24. Qué Hacer Si No Está de Acuerdo con las Decisones Relacionadas con Su Elegibilidad de Medi-Cal o Beneficios

Usted tiene el derecho de pedir una audiencia estatal si usted no está de acuerdo con la acción o inacción del condado o del estado acerca de su solicitud de Medi-Cal, cambios a su elegibilidad de Medi-Cal, o la negación de un beneficio médico. Recibirá una Notificación de Acción (Notice of Action-NOA) que le dirá la decisión del condado o estado acerca de su elegibilidad de Medi-Cal. Si usted no está de acuerdo con la decisión del condado o estado, usted puede hablar con su trabajador de elegibilidad de su condado y/o solicitar una audiencia estatal. Usted tiene que solicitar la audiencia estatal en un plazo de 90 días de la fecha en la cual la NOA fue enviada o dada. Si usted no recibe una NOA, tiene que pedir una audiencia estatal en un plazo de 90 días

a partir de la fecha en que usted descubrió la acción con la cual usted está en desacuerdo.

Si usted pide una audiencia estatal antes de la fecha efectiva de la acción, usted puede continuar recibiendo los mismos beneficios de Medi-Cal hasta que se determine la decisión de la audiencia. Sus beneficios pueden parar o ser reducidos si usted cancela la audiencia estatal.

Usted puede pedir una audiencia estatal a través de la oficina de servicios sociales del condado o al Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services). En la parte de atrás de la Notificación de Acción (Notice of Action-NOA), encontrará cómo usted puede solicitar una audiencia estatal y a dónde enviar su petición. Si usted no tiene una NOA usted puede llamar o escribir a:

California Department of Social Services
Public Inquiry and Response
PO BOX 944243, M.S. 19-37
Sacramento, CA 94244-2430
1-800-952-5253
1-800-952-8349 TDD (aparato de telecomunicaciones para las personas sordas*)
(916) 229-4110 Fax

Usted tiene que ir a la audiencia estatal o dar notificación por escrito para que alguien vaya en su lugar y lo represente. Usted o su representante puede leer los reglamentos acerca del programa de Medi-Cal y la mayoría de los datos acerca de su caso. Llame a la oficina de servicios sociales de su condado para hacer una sita para revisar su caso. Ayuda gratis está disponible si necesita asistencia en su idioma.

En la audiencia estatal, usted puede traer testigos que conocen los datos acerca de su caso. Usted puede hacer preguntas al representante del condado o a cualquier testigo del condado o del estado.
Discriminación: Si usted cree que una decisión sobre su derecho de obtener beneficios de Medi-Cal fue hecha injustamente debido a su sexo, raza, religión, color, origen nacional, orientación sexual, estado civil, edad, incapacidad o estado de veterano, usted puede hacer su queja por escrito o por teléfono al Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, MS 0009, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413, (916) 440-7399, (916) 440-7395 TDD*, o (916) 440-7370 (Fax)
Se investigará su queja de discriminación.

25. Qué Hacer Si Usted Ha Sido Lesionado por Otra Persona o Usted Se Ha Lesionado en el Trabajo

Si otra persona lo lesiona a usted o se lesiona en el trabajo, puede usar su tarjeta de Identificación para los Beneficios (Benefits Identification Card-BIC) para obtener servicios.

Si usted ha solicitado un reclamo de seguro o compensación por lesiones de trabajo (Workers' Compensation), o ha demandado a alguien por los daños debido a su lesión, usted tiene que notificar a Medi-Cal en un plazo de 30 días de la fecha que solicitó su reclamo o acción, a sí para que la persona responsable pague por el tratamiento de usted. El notificar a su trabajador de elegibilidad de su condado no es suficiente notificación, pero su trabajador de elegibilidad de su condado puede dirigirle a las páginas del sitio Web mencionados abajo.

Si Solicita un Reclamo de Compensación por Lesiones de Trabajo…

Por favor póngase en contacto con el Programa de Compensación por Lesiones de Trabajo de Medi-Cal. La información de contacto del programa actual es accesible electrónicamente al:

www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_ WC_ cont.aspx

Si usted demanda a alguien o solicita cualquier otra clase de demanda por una lesión…

Por favor póngase en contacto con el Programa de Lesiones Personales de Medi-Cal. Usando la forma electrónica del programa para los beneficiarios es la manera más rápida de referir un nuevo caso o de proporcionar información actualizada de casos existentes. Para obtener formas electrónicas vea la página Web del programa actual disponible al:

http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_PersonalInjuryProgram.aspx

La Primera Carta de Investigación para Lesiones Personales (Personal Injury First Letter-DHCS 6198) se genera automáticamente para algunos reclamos de los proveedores que incluyen los códigos relacionados con la lesión. Si usted recibe la DHCS 6198, la llena completamente y la envía al Medi-Cal, esto es una notificación aceptable. Si usted recibió la DHCS 6198 y no está solicitando un reclamo ni está tomando medidas por su lesión, usted puede ignorar la carta.

Si usted contrata a un abogado para que lo represente con su reclamo o su demanda, su abogado tiene que también notificar a Medi-Cal y proporcionar una carta de autorización para que el personal de Medi-Cal pueda hablar con el abogado acerca de su caso. Aunque Medi-Cal no proporcione la representación ni le refiere a un abogado, el personal de Medi-Cal proporciona la información que puede ayudar a un abogado a trabajar su caso.

Si usted tiene preguntas acerca del Programa de Lesiones Personales de Medi-Cal, llame al (916) 650-0490.

26. El Patrimonio Sucesorio del Beneficiario Fallecido que Recibía Medi-Cal

Medi-Cal puede reclamar en contra del beneficiario de 55 años o más de edad por ciertos servicios recibidos. El patrimonio sucesorio también puede ser cobrado al beneficiario si era residente de un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso sin importar la edad del beneficiario.

- Medi-Cal no recuperará el patrimonio sucesorio si el beneficiario es sobrevivido por un niño menor de 21 años edad o un niño de cualquiera edad que este ciego o incapacitado (según lo define la Ley Federal del Seguro Social)
- Medi-Cal diferirá la recuperación del patrimonio sucesorio durante la vida de su cónyuge sobreviviente o pareja doméstica registrada.
- Medi-Cal puede renunciar a la recuperación de la parte proporcionada del patrimonio sucesorio del heredero si el heredero puede demostrar que la recuperación puede resultar en una dificultad substancial.
- Medi-Cal puede imponer un gravamen (embargo) ante la residencia principal del beneficiario si colocan al beneficiario en un establecimiento médico (tal como un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso) sin la intención de regresar a la residencia principal.

La persona que maneja el patrimonio sucesorio del beneficiario tiene que dar notificación con respecto al fallecimiento por escrito y proveer una copia de la acta de defunción, dentro de un plazo de 90 días de la fecha del fallecimiento, al Director del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud (Department of Health Care Services-DHCS) al:

Department of Health Care Services
Estate Recovery Section
MS 4720
PO Box 997425
Sacramento, CA 95899-7425

27. Cometer Fraude en Medi-Cal

Si está recibiendo tratamiento de más de un doctor, o dentista debe notificárselo a cada doctor/dentista acerca de el/los otro(s) doctor(es)/dentista(s) que le está proporcionando el cuidado médico. Es su responsabilidad el no abusar ni usar inadecuadamente sus beneficios de Medi-Cal. Es un delito el:

- permitirle a otros usar sus beneficios de Medi-Cal, y
- obtener medicinas a través de declaraciones falsas.

Es un delito el vender o prestarle su tarjeta de Identificación para los Beneficios (Benefits Identification Card-BIC) a cualquier persona o proporcionarle su tarjeta BIC a alguien que no sea su proveedor de servicios, tal como lo requieren las normas de Medi-Cal. El usar inadecuadamente la tarjeta BIC/los beneficios de Medi-Cal es un delito que podría resultar en una acción administrativa o en el enjuiciamiento penal. Si sospecha que alguien está usando los beneficios de Medi-Cal incorrectamente,

puede hacer un informe confidencial usando el siguiente número gratuito:

1-800-822-6222

28. Descripción de los Términos que Debe Conocer

1. **Beneficiario (Beneficiary)** – Una persona que ha sido determinada elegible para recibir Medi-Cal.
2. **Plan de Cuidado Médico de Medi-Cal (Medi-Cal Health Care Plan)**- El DHCS tiene contratos con planes médicos pagados por adelantado, organizaciones para el mantenimiento de la salud, y sistemas de administración de casos para el cuidado primario para ofrecerles a los beneficiarios de Medi-Cal los servicios que Medi-Cal cubre. A los beneficiarios de Medi-Cal que se inscriben en un plan, se les garantiza el acceso a una serie completa de servicios médicos de calidad, incluyendo los servicios preventivos.
3. **Servicios de Cuidado con Base en la Casa y la Comunidad (Home and Community-Based Care Services)** – Servicios para el cuidado de salud que a veces se les pueden ofrecer en la casa a personas que normalmente necesitarían permanecer en un hospital o establecimiento de cuidado médico continuo no intenso. Estos servicios sólo están disponibles para ciertas personas que reciben Medi-Cal y que satisfacen requisitos especiales. Si piensa que podría necesitar estos servicios, pídale a su doctor o planificador que da de alta en el hospital que se ponga en contacto con la oficina de servicios sociales.
4. **Cuidado para Pacientes Internados (Inpatient Hospital Care)** – Cuidado que recibe cuando se le admite en un hospital. En algunas áreas del estado, sólo puede obtener cuidado para pacientes internados en los hospitales que tienen un contrato con el estado. Si necesita este cuidado, debe ponerse en contacto con su doctor, y si es necesario, su doctor hará los arreglos para su hospitalización. En una emergencia en la que su vida corra peligro, o si usted es una mujer embarazada que ya esté dando a luz, cualquier hospital la puede atender.
5. **Conexión (Linkage)** – Las personas que satisfacen la definición federal de personas de edad avanzada (de 65 años o más), ciegas, o incapacitadas, o los padres y sus hijos si es que éstos se encuentran privados del mantenimiento de cuidado paternal/maternal, se consideran personas en conexión con una de estas categorías.
6. **Ingresos Necesarios para Mantenerse (Maintenance Need)** – La cantidad de ingresos mensuales que Medi-Cal ha determinado que una persona o familia necesita para comida, ropa, vivienda, etc. La cantidad cambia de acuerdo al número de personas que forman la familia.
7. **Medi-Cal** – Es el nombre que California le da a Medicaid, el programa federal y estatal de asistencia médica para las personas necesitadas y de bajos ingresos.
8. **Medicare** – Un programa federal de seguro de salud administrado por la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), el cual está disponible sin tomar en cuenta los ingresos. Las mayoría de las personas de 65 años o más y ciertas personas incapacitadas/discapacitadas o ciegas, no importa de que edad, tienen cobertura. Las Parte A de Medicare (Medicare Part A) cubre la hospitalización. La Parte B de Medicare (Medicare Part B) cubre las cuentas de los doctores. Empezando el 1 de enero del 2006, Medicare Parte D (no Medi-Cal) cubre la mayoría de medicinas recetadas. La tarjeta de Medicare es roja, blanca y azul.
9. **Pagos de Primas (Buy-In)** – Es posible que Medi-Cal pague por las primas de Medicare de la Parte A y/o Parte B si usted tiene cobertura de Medicare y de Medi-Cal. Usted es considerado elegible "Medi/Medi" si usted tiene las dos coberturas de Medicare y de Medi-Cal. Si usted es elegible para el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program) tal como Beneficiario Elegible de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary-QMB), el Programa Personas Elegibles Incapacitadas que Trabajan (Qualified

Disabled Working Individual-QDWI) el Programa para Beneficiarios Especificados de Medicare con Bajos Ingresos (Special Low-Income Medicare Beneficiary -SLMB) y el Programa Persona Elegible1(Qualifying Individual-QI-1) usted quizás sea elegible para que Medi-Cal pague las primas de Medicare Parte A y/o Parte B.

10. **Otra Cobertura para el Cuidado Médico (Other Health Care Coverage)** – Cualquier plan privado de beneficios para la salud o cobertura de un seguro para la salud (tanto si es individual o a través de un sindicato, grupo, empleador u organización) bajo el cual se pueden hacer pagos por los servicios del cuidado de la salud que se les proveen a las personas cubiertas por esa póliza o plan.
11. **Bienes Personales (Personal Property)** – Todo los bienes activos y no activos (con la excepción de los bienes raíces), tales como dinero en efectivo, cuentas de ahorro, cuentas de cheques, acciones, bonos, joyas, barcos, lanchas, pólizas de seguro de vida, vehículos de recreación, etc.
12. **Propiedad de Reserva (Property Reserve)** – El valor neto total de los bienes contables de las personas que solicitan Medi-Cal.
13. **Bienes Raíces (Real Property)** – Tierras y mejoras que generalmente incluyen los bienes inmovible adjuntos a la tierra y el petróleo, minerales, madera y otros derechos relacionados con la tierra.
14. **Parte del Costo (Share Of Cost-SOC)** – La cantidad que usted tiene que pagar, o prometer pagar, cada mes en relación al costo del cuidado médico antes de que Medi-Cal pague. Su Parte del Costo puede cambiar cuando sus ingresos mensuales cambien. Usted solamente pagará una Parte del Costo en el mes en que reciba servicios médicos. La Parte del Costo no es un cargo mensual que usted tiene que pagar, tenga o no cuentas médicas.
15. **Verificación** – Documentos – aceptables que ofrecen pruebas de las declaraciones hechas por un solicitante o beneficiario.

Notes/Notas:

Notes/Notas: