

# PAQUETE INFORMATIVO DE BENEFICIOS DE SALUD

---

## **POR FAVOR CONSERVE ESTE PAQUETE**

Lea estos formularios cuidadosamente y consérvelos para información.

Si desea más información o una remisión para otros servicios, por favor llame al Centro de Servicio al Cliente al 1-877-652-0731.

*El Condado de Shasta no discrimina por motivos de discapacidad en la inscripción, acceso, o funcionamiento de sus edificios, instalaciones, programas, servicios o actividades. El condado no discrimina por motivos de discapacidad en sus prácticas de procesos de contratación o empleo.*

[Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente]

## Medi-Cal Information for Applicants

Welcome to Medi-Cal!

You are receiving the enclosed information because the application you submitted for affordable health coverage has been sent to the Medi-Cal program. Your Medi-Cal eligibility determination is either pending with Medi-Cal, or your application has already been processed. You will get a separate notice about your Medi-Cal eligibility.

Medi-Cal is required to provide these materials to persons who apply for health coverage. You are not required to return any of these materials to be eligible for Medi-Cal. The materials in this packet will provide you with information about Medi-Cal and your rights as a Medi-Cal beneficiary. Please make sure to carefully review all documents enclosed in this packet. If you have any questions, contact your local county social services office, which can be found at: [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx) (English)

¡Bienvenido a Medi-Cal!

Está recibiendo la información adjunta porque la solicitud que presentó para la cobertura de salud asequible ha sido enviada al programa de Medi-Cal. Su determinación de elegibilidad para Medi-Cal está pendiente en Medi-Cal, o su solicitud ya ha sido procesada. Recibirá un aviso separado sobre su elegibilidad para Medi-Cal.

Medi-Cal está obligado a proporcionar estos materiales a las personas que solicitan la cobertura de salud. No es necesario que devuelva ninguno de estos materiales para tener derecho a recibir Medi-Cal. Los materiales en este paquete le proporcionan información sobre Medi-Cal y sus derechos como beneficiario de Medi-Cal. Asegúrese de revisar detenidamente todos los documentos incluidos en este paquete. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina local de servicios sociales de su condado, la cual puede encontrar en: [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx) (Spanish)

مرحباً بك في Medi-Cal!

تتلقى المعلومات المرفقة لأن الطلب الذي تقدمت به للحصول على تغطية صحية ميسورة التكلفة تم إرساله إلى برنامج Medi-Cal. إن تحديد استحقاقك لبرنامج Medi-Cal يخضع للدراسة حالياً من قبل Medi-Cal أو أنه تم النظر بالفعل في طلبك. سوف تتلقى إخطاراً منفصلاً بشأن استحقاقك لبرنامج Medi-Cal.

على Medi-Cal تقديم هذه المواد إلى الأشخاص الذين يتقدمون للحصول على تغطية صحية. لست مطالباً بإعادة أي من هذه المواد حتى تكون مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal. سوف تزودك المواد المدرجة في هذه الحزمة بمعلومات حول Medi-Cal وحقوقك كمستفيد من Medi-Cal. يرجى التأكد من مراجعة جميع المستندات المرفقة بهذه الحزمة بعناية. إذا كانت لديك أية أسئلة، فيرجى الاتصال بمكتب الخدمات المحلي في المقاطعة، والذي يمكنك العثور عليه على: [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx) (Arabic)

Գրի գալուստ «Medi-Cal»:

Դուք ստանում եք կից տեղեկությունները, քանի որ առողջության մատչելի ապահովագրության համար Ձեր ներկայացրած դիմումն ուղարկվել է «Medi-Cal» ծրագրին: «Medi-Cal»-ը կան ուսումնասիրում է «Medi-Cal»-ի Ձեր իրավասությունը, կան արդեն ավարտել է Ձեր դիմումի մայումը: Դուք առանձին նամակ կստանաք «Medi-Cal»-ի Ձեր իրավասություն վերաբերյալ:

«Medi-Cal»-ը պարտավոր է այս նյութերն ուղարկել այն անձանց, որոնք դիմում են առողջության ապահովագրության համար: «Medi-Cal»-ի իրավասության համար Ձեզանից չի պահանջվում վերադարձնել այս նյութերից որևէ մեկը: Այս փաթեթում պարունակվող նյութերը տեղեկություններ են պարունակում «Medi-Cal»-ի և որպես «Medi-Cal»-ի նպաստառու՝ Ձեր իրավունքների մասին: Խնդրում ենք ուշադրությամբ ծանոթանալ այս փաթեթում պարունակվող բոլոր փաստաթղթերին: Հարցերի դեպքում դիմեք Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ, որը կարելի է գտնել հետևյալ հասցեում. [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx) (Armenian)

### ស្វាគមន៍មកកាន់ Medi-Cal!

លោកអ្នកកំពុងទទួលបានព័ត៌មានដែលមានភ្ជាប់ជាមួយ ដោយសារតែពាក្យសុំដែលលោកអ្នកបានដាក់ជូនសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពល្អមិនបង់ថ្លៃបាន ត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់កម្មវិធី Medi-Cal។ ការកំណត់សិទ្ធិចូលរួម Medi-Cal របស់លោកអ្នក គឺមិនទាន់សម្រេចជាមួយ Medi-Cal ឬក៏ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកត្រូវបានដំណើរការរួចរាល់ហើយ។ លោកអ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងមួយផ្សេងទៀត អំពីសិទ្ធិចូលរួម Medi-Cal របស់លោកអ្នក។

Medi-Cal តម្រូវឱ្យផ្តល់ឯកសារទាំងនេះ ដល់បុគ្គលទាំងឡាយណាដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ លោកអ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យធ្វើត្រឡប់មកវិញនូវឯកសារទាំងនេះឡើយ ដើម្បីមានសិទ្ធិចូលរួម Medi-Cal។ ឯកសារនៅក្នុងស្រោមសំបុត្រនេះ នឹងផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកនូវព័ត៌មានអំពី Medi-Cal និងសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក ក្នុងនាមជាអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal។ សូមប្រាកដថា លោកអ្នកពិនិត្យដោយប្រុងប្រយ័ត្ននូវឯកសារទាំងអស់ ដែលមានភ្ជាប់ជាមួយនៅក្នុងស្រោមសំបុត្រនេះ។ បើលោកអ្នកមានសំណួរ សូមទាក់ទងការិយាល័យសេវាកម្មសង្គមកិច្ចខោនធី តាមតំបន់របស់លោកអ្នក ដែលអាចរកឃើញនៅ៖

[www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx) (Cambodian)

### 歡迎加入到Medi-Cal !

您現在收到隨附的資訊是因為您遞交的平價保健福利的申請已被交給Medi-Cal計畫。Medi-Cal正在審核您的Medi-Cal資格，抑或已經受理了您的申請。您將另外收到一份有關您Medi-Cal資格性的通知。

Medi-Cal 必須向申請保健福利的人提供這些資料。您不需要為了能享受Medi-Cal而將這些資料中的任何部分寄還給我們。本資料包內的資料將為您提供有關Medi-Cal的資訊以及您作為Medi-Cal受益人而享有的權利。請務必仔細查閱本資料包內隨附的所有文檔。如果您有任何疑問，請跟您的資格管理人員聯繫。或者跟您當地的縣社會服務辦公室聯繫，縣社會服務辦公室聯繫資訊可在

[www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx)找到。(Chinese)

### به Medi-Cal خوش آمدید!

این اطلاعات به شما ارسال می شود زیرا فرم تقاضایی که برای پوشش ارزیابی بهداشتی ارسال کرده بودید به برنامه Medi-Cal ارسال شده است. تعیین صلاحیت بر خورداری از Medi-Cal شما یا در وضعیت بررسی از سوی Medi-Cal قرار دارد یا به فرم تقاضای شما رسیدگی شده است. اطلاعیه جداگانه ای در مورد صلاحیت بر خورداری از Medi-Cal به شما ارسال خواهد شد.

Medi-Cal ملزم است این اطلاعات را برای افرادی که برای پوشش بهداشتی تقاضا ارسال می کنند فراهم نماید. برای داشتن صلاحیت بر خورداری از Medi-Cal ملزم به ارسال هیچیک از این مطالب نیستید. مطالب این بسته در مورد Medi-Cal و حقوق شما به عنوان ذینفع Medi-Cal به شما اطلاعات ارائه می دهند. لطفاً اطمینان کسب کنید که تمامی مطالب ضمیمه شده در این بسته را به دقت مطالعه کرده اید. اگر سوآلی دارید، با دفتر محلی خدمات اجتماعی خود تماس بگیرید، که می توان در وبسایت ذیل یافت:

(Farsi) [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx)

### Zoo siab txais tos koj rau ntawm Medi-Cal!

Koj tau txais cov ntaub ntawv uas nrog nov vim tias daim ntawv thov ntawv kho mob pheej yig uas koj tau xa tuaj ntawd tau muab xa mus rau tom Medi-Cal qhov kev pab cuam lawm. Kev txiav txim seb koj puas tsim nyog rau Medi-Cal mas tej zaum tseem tab tom xyuas tom Medi-Cal, los sis twb tau lis koj daim ntawv thov kev pab lawm. Koj yuav tau txais ib tsab ntawv qhia txog seb koj puas tsim nyog rau Medi-Cal.

Medi-Cal yuav tsum tau muab cov ntaub ntawv no rau cov neeg uas thov ntawv kho mob. Koj tsis tas yuav xa cov ntaub ntawv no rov qab kom thiaj li tsim nyog rau Medi-Cal. Cov ntaub ntawv hauv pob ntawv no yuav qhia rau koj txog Medi-Cal thiab koj cov cai ua ib tug neeg tau kev pab los ntawm Medi-Cal. Thov ua tib zoo saib tag nrho cov ntaub ntawv nyob hauv pob ntawv no. Yog tias koj muaj lus nug, nug tau koj lub nras lub chav fai muab kev pab neeg, uas yuav nrhiav tau nyob rau ntawm: [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx) (Hmong)

## Medi-Cal에 오신 것을 환영합니다!

귀하는, 어포더블 건강보험을 위해 귀하가 제출하신 신청서가 Medi-Cal 프로그램에 발송되었기 때문에 동봉해 드린 정보를 받고 계십니다. 귀하의 Medi-Cal 자격 결정이 Medi-Cal에서 대기 중이거나 귀하의 신청에 대한 처리가 이미 진행되고 있습니다. 귀하는 귀하의 Medi-Cal 자격 여부에 대해서 별도의 통지를 받으시게 됩니다.

Medi-Cal은 건강보험을 신청하는 분에게 이 자료를 보내드리도록 되어 있습니다. 어느 것이든, Medi-Cal 자격을 위해 이 자료를 제출하실 필요는 없습니다. 이 팩킷의 자료에서 Medi-Cal에 대한 정보와 Medi-Cal 수혜자로서의 귀하의 권리에 대한 정보를 알려드립니다. 이 팩킷에 동봉된 모든 자료를 잘 읽어주시고, 질문이 있으시면 귀하 지역의 카운티 사회복지사무소에 연락하십시오. 사회복지사무소는 다음 링크에서 찾아볼 수 있습니다: [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx) (Korean)

## Добро пожаловать в Medi-Cal!

Вы получили прилагаемые документы, поскольку Ваше заявление на получение доступного медицинского страхового покрытия было отправлено в программу Medi-Cal. Заявка на участие в программе Medi-Cal или уже рассмотрена, или ожидает решения на предмет Вашего соответствия требованиям программы Medi-Cal. Уведомление о том, имеете ли Вы право на страховку Medi-Cal, Вы получите отдельно.

Каждому, кто подает заявление на получение медицинского страхового покрытия, программа Medi-Cal обязана предоставить данные материалы. Вам не нужно их возвращать, чтобы получить право на участие в программе Medi-Cal. В данном комплекте Вы найдете информацию о программе Medi-Cal и о своих правах в качестве участника программы Medi-Cal. Просим внимательно ознакомиться со всеми прилагаемыми документами. Если у Вас возникнут вопросы, обратитесь в местный окружной отдел социального обеспечения. Его можно найти через веб-сайт: [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx) (Russian)

## Malugod na pagdating sa Medi-Cal!

Natatanggap mo ang nakalakip na impormasyon dahil ang isinumite mong aplikasyon para sa abot-kayang coverage sa kalusugan ay naipadala sa programang Medi-Cal. Ang pagpapasya sa pagiging nararapat mo sa Medi-Cal ay maaaring nakabinbin sa Medi-Cal, o ang aplikasyon mo ay naproseso na. Makakatanggap ka ng hiwalay na abiso tungkol sa pagiging nararapat mo sa Medi-Cal.

Inaatasan ang Medi-Cal na ilaan ang mga materyales na ito sa mga taong nag-a-apply para sa coverage sa kalusugan. Hindi mo kailangang isauli ang anumang materyales na ito para maging eligible sa Medi-Cal. Ang materyales sa paketeng ito ay magbibigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa Medi-Cal at sa mga karapatan mo bilang benepisyaryo ng Medi-Cal. Pakitiyak na maingat na i-review ang lahat ng mga dokumentong nakalakip sa paketeng ito. Kung mayroon kang anumang mga tanong, makipag-ugnayan sa lokal mong opisina ng social services ng county na mahahanap sa: [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx) (Tagalog)

## Chào mừng quý vị đến với Medi-Cal!

Quý vị nhận được thông tin kèm theo vì đơn xin bảo hiểm sức khỏe hợp túi tiền của quý vị đã được gửi tới cho chương trình Medi-Cal. Tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal của quý vị hiện đang chờ Medi-Cal quyết định, hoặc đơn xin của quý vị hiện đã được giải quyết. Quý vị sẽ nhận được thông báo riêng về tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal của quý vị.

Medi-Cal bắt buộc phải cung cấp các tài liệu này cho những người nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe. Quý vị không bắt buộc phải gửi lại bất kỳ tài liệu nào trong số này mới hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal. Các tài liệu trong tập hồ sơ này sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về Medi-Cal và các quyền của quý vị với tư cách là người hưởng phúc lợi Medi-Cal. Vui lòng xem kỹ tất cả các tài liệu kèm theo trong tập hồ sơ này. Nếu quý vị có thắc mắc, liên lạc với văn phòng ty xã hội quận tại địa phương quý vị, địa chỉ có trên: [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx) (Vietnamese)



State of California—Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services



GAVIN NEWSOM  
GOVERNOR

Estimado beneficiario de Medi-Cal:

**Aviso: Los beneficiarios de Medi-Cal recibirán IRS Form 1095-B.**

La Ley de cuidados de bajo costo (Affordable Care Act) (ACA) exige a la mayoría de las personas que tengan cobertura de cuidados de salud que cumpla con ciertos estándares, también llamada cobertura esencial mínima (minimum essential coverage) (MEC). California Senate Bill 78, incorporada a la ley en 2019, también exige a la mayoría de los residentes de California que tengan MEC o paguen una multa al estado. A estas leyes que exigen cobertura de cuidados de salud también se les llama “Mandato individual” o “Mandato de cuidados de salud”. MEC incluye pólizas individuales del mercado de seguros de salud, cobertura con base en el trabajo, Medicare, Medi-Cal, Supplemental Security Income (SSI), California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs), planes de Covered California, TRICARE y ciertas otras coberturas. La mayor parte de la cobertura de Medi-Cal es considerada como MEC.

En consecuencia, Department of Health Care Services (DHCS) emitirá un Internal Revenue Service (IRS) Tax Form 1095-B (Form 1095-B) a todos los beneficiarios de Medi-Cal antes del 31 de enero de cada año. Su Form 1095-B mostrará su cobertura de Medi-Cal y puede usarse para demostrar que usted tuvo MEC durante el año calendario anterior. Usted puede usar esta información para completar sus declaraciones de impuestos del estado y federales sobre ingresos. DHCS también va a enviar esta información a IRS y a Franchise Tax Board (FTB).

DHCS emitirá un Form 1095-B a cada adulto o niño que haya recibido Medi-Cal durante el año calendario anterior. Esto significa que usted podría recibir varios formularios si otras personas de su familia también están cubiertas bajo Medi-Cal o Covered California.

Si usted recibe Medi-Cal o CalWORKs a través del condado, por favor comuníquese con la agencia local de servicios humanos de su condado para reportar cambios de dirección, ingresos o tamaño de la familia, para garantizar que su Form 1095-B contenga la información correcta. Para encontrar la información de contacto de la agencia de servicios humanos de su condado, por favor visite el sitio web de DHCS sobre oficinas de condado en <http://dhcs.ca.gov/COL>.

---

Destinatario  
Página 2  
Fecha

**Importante para beneficiarios de SSI:** Si su Medi-Cal lo proporciona SSI, por favor comuníquese con Social Security Administration en <https://secure.ssa.gov/ICON/main.jsp> para reportar cualquier cambio. Si usted no reporta un cambio, podría tener retrasos e información inexacta en su Form 1095-B.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si necesita información adicional sobre Form 1095-B, visite el sitio web de Form 1095-B de DHCS: <http://dhcs.ca.gov/1095> o llame a la línea de ayuda de Medi-Cal 1095-B Helpline al 1-844-253-0883 o TTY: 1-844-357-5709.

## GUARDE ESTO COMO CONSTANCIA

# Lo que debe saber al momento de presentar la solicitud para inscribirse en Medi-Cal

## Al solicitar Medi-Cal, ¿cómo se usará mi información?

Las oficinas de servicios sociales del condado o Covered California le pedirán información personal suya para decidir si usted o si una persona bajo su responsabilidad es elegible para recibir los beneficios de Medi-Cal. Debe proporcionar esta información personal para obtener beneficios de Medi-Cal.

Su información personal recopilada se puede usar de las formas siguientes:

- Por Covered California y la oficina de servicios sociales del condado para averiguar si usted es elegible para Medi-Cal o su inscripción en Covered California.
- Por los proveedores administrativos (administrative vendors) del Estado para procesar reclamaciones o pagos de primas y para emitir tarjetas de identificación de beneficios (Benefits Identification Cards) (BICs).
- Por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) para las revisiones de control de calidad y de adultos y para verificar los números de Seguro Social (Social Security Numbers) (SSNs).
- Para verificar la situación migratoria con el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security) (DHS), si es necesario. La información compartida con el DHS no se puede usar para la aplicación de las normas de inmigración a menos que usted esté cometiendo fraude.
- Por los proveedores de servicios médicos y organizaciones de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations) (HMO) para confirmar que usted reúne los requisitos para los servicios.
- Para identificar otra cobertura de seguro de salud y recuperar los gastos cuando sea necesario. De otras maneras, pero solo si lo exige la ley.



Para leer sobre sus derechos de privacidad y Medi-Cal, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad del Department of Health Care Services. Lo puede encontrar en:

[www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx)

## ¿Cuáles son mis derechos al momento de solicitar Medi-Cal?

1. Tiene derecho a tratamiento justo e igual, sin distinción de raza, color, nacionalidad de origen, religión, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, creencias políticas, estado de veterano o discapacidad. Tiene derecho a presentar una queja si usted piensa que el programa de Medi-Cal lo ha discriminado o no le ha proporcionado las adaptaciones razonables requeridas por las leyes estatales y federales.

Puede presentar una queja llamando al Department of Health Care Services (DHCS), Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) al 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399) o en línea en: [www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA\\_Title\\_VI\\_Discrimination\\_Complaint\\_Form.docx](http://www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA_Title_VI_Discrimination_Complaint_Form.docx)

2. Tiene el derecho a ser evaluado para verificar si usted puede ser elegible para cualquier programa de Medi-Cal.
3. Tiene el derecho a la información sobre el programa Medi-Cal y ayuda para solicitar Medi-Cal.
4. Tiene derecho a un intérprete si necesita ayuda para solicitar Medi-Cal, tiene preguntas o tiene dificultad para hablar, leer o entender el inglés.
5. Tiene derecho a una entrevista en persona con un trabajador de servicios sociales del condado.
6. Si piensa que es incapacitado, puede pedir que Medi-Cal revise su solicitud para verificar si usted cumple con los requisitos para la cobertura para personas con discapacidad.
7. Si recibió servicios de salud en los tres meses antes al mes de su solicitud, usted tiene derecho a ser evaluado para ver si es elegible para que Medi-Cal pague por estos servicios. Esto se llama *elegibilidad retroactiva*. Comuníquese con la oficina de servicios sociales de su condado para obtener más información o solicitar elegibilidad retroactiva.
8. Tiene derecho a ser informado por escrito si usted reúne los requisitos para Medi-Cal o si hay cualquier cambio en su situación de elegibilidad.
9. Tiene derecho a que toda la información que usted da a la oficina de servicios sociales del condado o Covered California se mantenga de forma confidencial. Puede ver la información personal durante el horario regular de la oficina de servicio social del condado.
10. Tiene derecho a una tarjeta de “necesidad inmediata” de Medi-Cal si usted es elegible y tiene una emergencia médica o está embarazada.
11. Tiene derecho a recibir Medi-Cal mientras espera que se verifique su situación migratoria, si cumple con todos los requisitos de elegibilidad.
12. Tiene el derecho de escoger el plan de salud de Medi-Cal que usted quiere, si se ofrece más de un plan de Medi-Cal en su condado de residencia.
13. Al proporcionar a Medi-Cal facturas médicas anteriores que todavía debe, puede reducir su parte del costo (Share of the Cost) (SOC), si lo hay. Para obtener más información sobre SOC, comuníquese con la oficina de servicios sociales de su condado.
14. Si su propiedad cuenta para beneficios de Medi-Cal, usted tiene el derecho a reducir su propiedad para cumplir con el límite de propiedad de Medi-Cal al último día del mes en que solicitó Medi-Cal. El trabajador de servicios sociales del condado puede darle más información sobre los límites de propiedad y cómo cumplir los requisitos de propiedad.
15. Si usted o su cónyuge, ingresan en una institución de cuidado a largo plazo (long-term-care) el o después del 1 de enero de 1990, usted y su cónyuge tienen el derecho de que el programa Medi-Cal les informe la cantidad de propiedad individual y mancomunada que puede mantener y aún ser elegible para Medi-Cal.
16. Tiene derecho a una audiencia estatal si no se han determinado oportunamente los beneficios de su solicitud para Medi-Cal. Es obligatorio que Medi-Cal determine su elegibilidad dentro de 45 días desde la fecha de su solicitud, o 90 días si se trata de la elegibilidad por una discapacidad, a menos que se le haya pedido que proporcione información adicional y usted aún no lo haya hecho.

- Si quiere una audiencia estatal sobre la oportunidad de la determinación de su elegibilidad a Medi-Cal, usted debe pedirla. Puede solicitar una audiencia estatal sobre la oportunidad de la determinación de su elegibilidad a Medi-Cal, en cualquier momento después del día 45 o 90.
  - Puede pedir una audiencia
    - 1) comunicándose con su oficina de servicios sociales del condado más cercana;
    - 2) llamando al Department of Social Services al 1-855-795-0634 o TDD 1-800-952-8349; o 3) haciendo la solicitud por escrito a la oficina de servicios sociales del condado. Puede rellenar la parte posterior de un aviso de acción (Notice of Action) (formulario NA Back 9) para solicitar una audiencia y enviar el formulario, u otra solicitud por escrito, a la oficina de servicios sociales de su condado más cercana. El formulario está disponible a través de su oficina de servicios sociales del condado o en [www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Spanish/NABack9SP.pdf](http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Spanish/NABack9SP.pdf).
17. Tiene el derecho a una audiencia estatal si no está satisfecho con la decisión de la oficina de servicios sociales del condado local, DHCS, o Covered California, excepto las relativas al programa de Pago de Primas del Seguro de Salud (Health Insurance Premium Payment) (HIPP). El HIPP no es un programa de derecho; por lo tanto, no hay ningún derecho de apelación para los beneficios del HIPP.
- Si usted quiere una audiencia para apelar la decisión del estado, debe pedirla dentro de **90 días** de la fecha en que el aviso de acción (NOA) le fue dado o enviado por correo.
- Si no recibe un NOA, debe solicitar una audiencia dentro de **90 días** desde la fecha en que se descubrió la acción o inacción con la cual usted no está satisfecho a menos que la inacción se deba a un retraso en la determinación de su solicitud de beneficios de Medi-Cal.
  - Puede pedir una audiencia
    - 1) comunicándose con su oficina de servicios sociales del condado más cercana; 2) llamando al Department of Social Services al 1-855-795-0634 o TDD 1-800-952-8349; o 3) haciendo la solicitud por escrito a la oficina de servicios sociales del condado. Puede rellenar la parte posterior de un NOA (formulario NA Back 9) para solicitar una audiencia y enviar el formulario, u otra solicitud por escrito, a la ubicación o número de fax en el formulario. También podrá visitar su oficina local de servicios sociales del condado y presentar una solicitud de apelación. El formulario está disponible a través de su oficina de servicios sociales del condado o en [www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Spanish/NABack9SP.pdf](http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Spanish/NABack9SP.pdf).
18. Tiene derecho a revisar su archivo de Medi-Cal y todos los reglamentos y manuales normativos del programa Medi-Cal que fueron utilizados para decidir si usted es elegible para Medi-Cal.
19. Tiene derecho a la información sobre estos programas y ayuda para obtener estos servicios:
- Child Health and Disability Prevention Program
  - Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children
  - Personal Care Services Program
  - Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program
  - Family Planning Access Care and Treatment Program

20. Usted puede hablar con un trabajador social o un trabajador de servicios sociales del condado sobre otros servicios públicos o privados u otros recursos como CalFresh y CalWORKs.

## ¿Cuáles son mis responsabilidades si recibo Medi-Cal?

### Debe decirle al trabajador de servicios sociales de su condado sobre cualquiera de los siguientes cambios que hayan ocurrido dentro de los 10 días siguientes al cambio:

1. Usted o un miembro de la familia en su domicilio tiene un cambio de ingreso. Esto aplica si el ingreso sube o baja o si este comienza o se interrumpe. Esto incluye ingresos provenientes de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) (SSA), préstamos, liquidaciones, empleo, desempleo y cualquier otra fuente.
2. Usted cambia la dirección de su domicilio o dirección postal.
3. Una persona se muda a su casa o sale de esta, sin importar si la persona tiene o no relación con usted o su familia. Esto incluye a recién nacidos y niños en acogida temporal.
4. Usted o un miembro de su familia en su domicilio da a luz, se embaraza o pone fin a un embarazo.
5. Usted, su cónyuge o cualquier miembro de la familia en su domicilio, entra o sale de un asilo o una instalación de cuidado a largo plazo.
6. Usted recibe, transfiere, regala o vende propiedad inmobiliaria o personal (incluyendo dinero), o abre o cierra cualquier cuenta de banco. Este requisito solo aplica si la propiedad cuenta para el programa Medi-Cal al cual usted está inscrito o para el cual está siendo evaluado. También debe informar si alguien le da a usted o a un miembro de su familia en su domicilio cosas tales como un automóvil, una casa o pagos de seguros.
7. Sus gastos los paga alguien más.
8. Usted o un miembro de su familia en su domicilio consiguen un empleo, cambia de empleo o ya no tiene empleo.
9. Usted tiene un cambio en los gastos relacionados a su empleo o educación, tales como cuidado infantil o transporte.
10. Usted o un miembro de su familia en su domicilio, incluyendo niños, se vuelve física o mentalmente discapacitado.
11. Usted o un miembro de su familia en su domicilio solicita o recibe beneficios por discapacidad con la SSA, Oficina de la Administración de Veteranos (Veterans Administration) o Pensiones del Ferrocarril.
12. Usted o un miembro de su familia en su domicilio que está solicitando o recibe Medi-Cal tiene un cambio en su ciudadanía o situación migratoria.
13. Usted o un miembro de su familia en su domicilio tiene un cambio en la cobertura de su seguro de salud.
14. Si está inscrito en el programa de Medi-Cal debido a la acogida temporal para jóvenes anterior, dígame a su trabajador social si la dirección de su domicilio o su dirección postal cambia. Usted no necesita decirle a su trabajador social sobre otros cambios, tales como cambios en su ingreso, empleo o gastos.

**También debe:**

1. Cuando se lo soliciten, presentar evidencia de ser un residente de California.
2. Al solicitar Medi-Cal, declarar su ciudadanía o situación migratoria.
3. Dar el Número de Seguro Social (SSN) para cualquiera de las personas que está solicitando los beneficios de Medi-Cal.
  - Si usted es un ciudadano de los United States (U.S.), un ciudadano de U.S. o una persona con una situación migratoria satisfactoria, debe proporcionar un SSN. Si no tiene uno, debe solicitar un SSN y proporcionar el número a la oficina de servicios sociales del condado dentro de los 60 días posteriores a su solicitud.
  - Un trabajador de servicios sociales del condado puede brindarle ayuda para solicitar un SSN. Usted debe trabajar con la Administración del Seguro Social (SSA) para aclarar cualquier pregunta que surja o su cobertura de Medi-Cal será rechazada o interrumpida.
  - Si alguna persona en su solicitud cumple con los requisitos para Medi-Cal pero no tiene una situación migratoria satisfactoria, él o ella pueden solicitar beneficios restringidos de Medi-Cal sin tener que dar un SSN.
4. Solicitar otros ingresos o beneficios a los cuales usted o cualquier miembro de su familia en su domicilio tengan derecho, a menos de que exista una buena razón para no realizar la solicitud. Esto incluye pensiones, beneficios gubernamentales, ingresos por jubilación, beneficios de veteranos, rentas vitalicias, beneficios por incapacidad, beneficios del Seguro Social (Seguro por vejez, supervivencia e incapacidad) y las prestaciones por desempleo. Esto no incluye los beneficios de asistencia pública, tales como CalWORKs o CalFresh.
5. Solicitar Medicare, si reúne los requisitos. Las personas son elegibles para Medicare si son invidentes, discapacitadas, tienen Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End Stage Renal Disease) o tienen por lo menos 64 años y 9 meses de edad. Usted es responsable de decirle a sus proveedores que tiene ambas coberturas, Medi-Cal y Medicare.
6. Solicitar e inscribirse en cualquier seguro de salud que esté disponible para usted y su familia sin costo alguno.
7. Informar a la oficina de servicios sociales del condado y al proveedor de cuidados para la salud sobre cualquier cobertura o seguro que tenga o la cual tenga derecho de usar, incluyendo Medicare. Si usted intencionadamente no proporciona esta información, su proveedor puede cobrarle y podría ser culpable de un delito.

**Usted entiende que:**

1. Debe usar su otro plan de cuidado de la salud (tal como Kaiser, TRICARE o un Medicare HMO) para la atención médica si tiene otro seguro de salud que cubra ese servicio. Es posible que Medi-Cal no pague por ningún servicio que esté cubierto por otro seguro.
2. Si usted niega tener otra cobertura para salud, puede: 1) contactar a su trabajador local de servicios sociales del condado; 2) llamar al 1-800-541-5555; o, 3) llenar el formulario para la eliminación de otra cobertura de salud en el sitio web de DHCS en <http://dhcs.ca.gov/ohc>.
3. Si usted, o cualquier miembro de su familia en su domicilio, obtiene dinero proveniente de un acuerdo extrajudicial por lesiones, incluyendo gastos médicos por los cuales Medi-Cal pagó, Medi-Cal tiene derecho a ser reembolsado por la porción de gastos médicos del acuerdo.
4. Si usted no elige cómo desea recibir sus beneficios, usted y los miembros de su familia en su domicilio pueden ser colocados en un plan de salud de Medi-Cal cercano a su casa.
5. Debe firmar sus Tarjetas de Identificación de Beneficios (BICs) y usarlas solo para obtener los cuidados de salud necesarios para usted o los miembros de su familia elegibles.
6. Debe llevar su BIC al proveedor médico cuando usted esté enfermo o tenga una cita. En casos de emergencia cuando no tenga su BIC, debe llevar la BIC al proveedor médico lo más pronto posible.
7. Le debe informar al DHCS en <http://dhcs.ca.gov/pi> cuando Medi-Cal pagó por servicios médicos que usted recibió y que fueron resultado de un accidente o lesión causados por otra persona. Esto incluye una lesión en el lugar de trabajo cuando debe presentarse el reclamo de compensación del trabajador.
8. Debe cooperar con el Estado o condado para establecer la paternidad e identificar cualquier cobertura médica posible a la cual usted o su familia puedan tener derecho a través de un padre ausente, a menos que usted esté embarazada.
9. Debe cooperar con el Estado si el equipo de verificación de control de calidad elige revisar su caso. Si se niega a cooperar, los beneficios de su Medi-Cal serán suspendidos.
10. Si no solicita o mantiene una cobertura de salud sin costo o cobertura pagada por el estado, los beneficios de su Medi-Cal y la elegibilidad serán rechazados o suspendidos.
11. Si no proporciona la información necesaria o si brinda información que usted sabe que es falsa, los beneficios de su Medi-Cal pueden ser rechazados o suspendidos. Su caso también puede ser investigado por presunto fraude.
12. La información que usted proporcione al momento de solicitar Medi-Cal será verificada por computadora con los datos brindados por empleadores, bancos, SSA, Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service), Dirección Federal de Impuestos (Franchise Tax Board), servicios sociales y otras agencias. Esto es para confirmar ingresos, nacionalidad, situación migratoria satisfactoria, información fiscal y otra información relacionada para ver si usted y los miembros de su familia en su domicilio cumplen los requisitos para el seguro de salud. Usted tiene el derecho de proporcionar pruebas al trabajador de servicios sociales de su condado o Covered California para corregir cualquier información errónea.

13. Cualquier cambio en su información, o en la información de cualquier familiar en su hogar, podría afectar la elegibilidad de los otros miembros del grupo familiar.
14. Solo las personas que están solicitando Medi-Cal deben proporcionar su SSN e información sobre su situación migratoria o nacionalidad. Las personas que no están solicitando Medi-Cal no necesitan brindar un SSN o prueba de su situación migratoria o nacionalidad. Usted puede optar por dar el SSN de una persona que no es solicitante para ayudar a determinar si otros miembros de la familia cumplen con los requisitos.
15. Las personas que no tienen una situación migratoria satisfactoria y que de otra manera cumplen con los requisitos para Medi-Cal, pueden solicitar beneficios restringidos de Medi-Cal sin que sea necesario solicitar o dar un SSN.
16. La información sobre el situación migratoria de una persona que se proporciona en la solicitud de Medi-Cal se mantendrá privada y segura, tal y como lo indica la ley.
17. Basado en sus ingresos, podría tener que pagar una prima mensual para algunos programas de Medi-Cal. Para otros programas puede tener que pagar parte del costo dependiendo de su ingreso mensual. Si tiene Medi-Cal con SOC, puede tener que pagar o comprometerse a pagar por sus gastos médicos cada mes, hasta el total de la SOC, antes de que Medi-Cal pague por los servicios.
18. Si usted no informa de manera oportuna sobre los cambios en su información personal, y luego recibe los beneficios de Medi-Cal para los cuales no cumple los requisitos, podría tener que reembolsar al DHCS.
19. Usted, o cualquier miembro de la familia que reciba Medi-Cal, **no** debe estar recibiendo ayuda pública de otro estado.
20. Si está recibiendo Medi-Cal a causa de una discapacidad y solicita beneficios por discapacidad provenientes de SSA, y la SSA rechaza su reclamo por discapacidad, se podría suspender su Medi-Cal.
  - Si apela la denegación de la SSA inmediatamente, continuará recibiendo Medi-Cal hasta que la SSA tome una decisión final.
  - Si la SSA aprueba su apelación, continuará recibiendo los beneficios de Medi-Cal.
  - Si la SSA deniega su apelación, entonces sus beneficios de Medi-Cal pueden suspenderse.
21. Como una condición de elegibilidad de Medi-Cal, se le asignan automáticamente al estado todos los derechos para el mantenimiento en relación al cuidado de la salud y el pago de servicios médicos para usted y cualquier persona elegible por la cual usted sea responsable legalmente.
22. Si un tribunal ordena el mantenimiento en relación al cuidado de la salud por parte de un padre ausente para sus hijos, la compañía aseguradora debe permitirle inscribirse y debe proporcionarle los beneficios para sus hijos sin el consentimiento del padre ausente.
23. Los proveedores de Medi-Cal no le pueden cobrar copago, coaseguro o deducibles de una aseguradora privada a menos que el pago se utilice para cumplir con su Medi-Cal SOC, copago o ambos.
24. Al solicitar Medi-Cal será evaluado para determinar si cumple con los requisitos para otros programas de asistencia médica, incluyendo el Programa HIPP.

25. Si usted tiene otra cobertura de seguro de salud, puede usar Medi-Cal únicamente para servicios que no estén cubiertos por el otro plan de atención de salud. Su proveedor de Medi-Cal debe verificar que el servicio no esté cubierto antes de facturar a Medi-Cal.
26. Si usted es admitido en un hogar para ancianos y no tiene la intención de regresar a casa, el estado puede solicitar un embargo contra su propiedad.
27. Después de su muerte, el estado debe buscar el reembolso contra sus bienes por todos los servicios de Medi-Cal que usted recibió después de los 55 años (incluyendo primas pagadas en su nombre). Esto no es aplicable durante el tiempo de vida de su cónyuge sobreviviente o conviviente o pareja doméstica registrada o si a usted le sobrevive un hijo menor de 21 años, o por un hijo de cualquier edad que sea invidente o discapacitado (tal como lo define la Ley Federal de Seguridad Social (Social Security Act)) o si la restitución creará una dificultad para sus herederos. Por favor informe a sus herederos sobre esta posible actividad de cobro.
28. Si al momento de su muerte usted tiene patrimonio, al momento de fallecer su cónyuge sobreviviente o conviviente o pareja doméstica registrada, el estado tiene el derecho de reclamar los bienes de su cónyuge sobreviviente o conviviente registrado o de cualquier beneficiario de esos bienes. La recuperación se limita a la cantidad de beneficios de Medi-Cal pagados a su nombre o al valor de los activos que posea al momento de su muerte, el que sea menor.
29. El estado puede buscar el reembolso proveniente de sus bienes por los servicios que usted recibió (incluyendo primas pagadas a su nombre) previos a su cumpleaños 55 si usted fue un paciente internado en un hogar de ancianos, instalación de cuidado intermedio para discapacitados mentales u otra institución médica. Para más información comuníquese con el trabajador de servicios sociales de su condado o vaya al sitio web de DHCS en <http://dhcs.ca.gov/er>.

GUARDE ESTO COMO CONSTANCIA

## DISCRIMINATION COMPLAINT

If you think you have been discriminated against you may file a complaint. Where you file your complaint depends on what type of complaint you have.

### **For all programs your county agency**

**administers:** Ask your county office for the name, address and phone number of their Civil Rights Coordinator. The county agency, not the state agency, will independently investigate your complaint.

### **For Covered California:**

Civil Rights Coordinator Covered California  
PO Box 989725  
West Sacramento, CA 95789  
(916) 228-8764  
[CivilRights@covered.ca.gov](mailto:CivilRights@covered.ca.gov)

### **For Medi-Cal & Medi-Cal Dental Program:**

You may contact the county's Civil Rights Coordinator, the state Department of Health Care Services or the federal Health and Human Services.

Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
PO Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
(916) 440-7370 or 711 (Calif. Relay Service)  
[CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

### **For all other state programs covered by this pamphlet:**

Civil Rights Unit  
California Department of Social Services  
PO Box 944243, MS 9-7-41  
Sacramento, CA 94244-2430  
(866) 741-6241 (toll free)  
(916) 651-0602 (fax)  
[crb@dss.ca.gov](mailto:crb@dss.ca.gov)

### **To file a CalFresh complaint with the federal agency:**

United States Department of Agriculture  
Director, Office of Adjudication  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, DC 20250-9410  
(866) 632-9992 (toll free) or (202) 260-1026  
(800) 877-8339 (hearing impaired)  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

### **To file a complaint with a federal agency:**

Only for discrimination based on Race, Color, National Origin, Disability, Age, or Sex:

Centralized Case Management Operations  
United States Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

File a complaint online at:

[US Health & Human Services Civil Rights Complaint Portal](#)

(800) 368-1019 (toll-free)  
(800) 537-7697 (hearing/speech impaired)

### **Time Limits for A Discrimination Complaint**

You must file a discrimination complaint within 180 days of the date you were discriminated against.

If the discrimination also affected the level of your benefits and services, ask for a hearing.

Judges cannot make decisions about discrimination complaints at a hearing.

*A discrimination investigation cannot change your benefit or service levels. Only a state hearing can do that. Agencies are not allowed to retaliate against you if you request a hearing or file a discrimination complaint.*

## PROGRAMS COVERED BY THIS PAMPHLET

- Adoption Assistance Program (AAP)
- Alcohol and Drug Program
- CA Food Assistance Program (CFAP)
- CalWORKs
- Cash Assistance Program for Immigrants (CAPI)
- CalFresh (Food Stamps)
- Children's Health Insurance Program (CHIP)
- Covered California Eligibility
- Foster Care/Child Welfare Services
- Housing Programs through County Social Service Departments
- In-Home Supportive Services
- Kinship Guardianship Assistance (KinGAP)
- Medi-Cal – Medi-Cal Dental Program
- Refugee Cash Assistance
- Resource Family Approvals (RFA)
- Approved Relative Caregiver Funding Option Program (ARC)
- Service Animal Allowance



State of California

Health & Human Services Agency  
Department of Social Services

This pamphlet is available from your local County Welfare office and on the [CDSS website](#) in the following languages:

- Arabic
- Armenian
- Cambodian
- Chinese
- Farsi
- Hmong
- Japanese
- Korean
- Lao
- Mien
- Portuguese
- Punjabi
- Russian
- Spanish
- Tagalog
- Ukranian
- Vietnamese

Also available for free in large print, Braille, and audio formats.

This publication explains your rights to equal benefits and services, how to ask for language assistance or a reasonable accommodation for a disability, and how to file a discrimination complaint.

PUB 13 (5/22)

# YOUR RIGHTS

UNDER CALIFORNIA PUBLIC BENEFITS PROGRAMS



..... for people applying for or receiving public aid in California



Tell us if you need help because of a disability.



Ask for a free interpreter

Public benefit agencies comply with federal and state law, and may not discriminate, exclude, or provide you aid, benefits or other services that is different from what is provided to others

## YOUR RIGHTS

All people and organizations providing public assistance must respect your rights. They can help you understand and apply for benefits and services.

You have the right to an interpreter free of charge.

- بحق لك الحصول على مترجم فوري مجانًا
- Դուք անվճար թարգմանչի իրավունք ունեք:
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលអ្នកបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ
- 您有權免費獲得口譯員
- شما حق دسترسی به یک مترجم (ترجمان) رایگان را دارید.
- Koj muaj txoj cai kom tus neeg txhais lus tsis raug them nqi
- あなたには無料の通訳をもらう権利があります
- 귀하는 통역사를 무료로 이용할 권리가 있습니다
- ທ່ານມີສິດໂດຍບໍາເອົາພາສາໂຕອື່ນໄດ້ຮັບຮອດ
- mula sa nakasulat na ingles hanggang sa nakasulat
- Você tem direito a um intérprete, gratuitamente
- ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੁਆਰੀਏ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਮੁਫਤ
- Вы имеете право на бесплатные услуги переводчика
- Tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete
- May karapatan ka sa isang tagasalin, nang walang bayad
- Ви маєте право на перекладача безкоштовно
- Quý vị có quyền có được một thông dịch viên miễn phí.

Ask the agency responsible for your benefits or services for language assistance.

## YOU HAVE THE RIGHT TO:

1. Understand what is happening with your application or benefits.
2. Get written and oral explanations about your application or benefits. You have a right to a free interpreter for this information. Ask the agency responsible for your benefits/ services for language assistance.
3. If the state agency has the written explanation in non-English languages, you have a right to get this information in those languages.

4. Get a receipt for hand-delivered documents.
5. See your case record
6. See laws and regulations about your program.
7. Ask a judge to review any agency action or inaction about your eligibility, benefits, or services.
8. Not face discrimination in applying for or receiving program benefits or services.
9. File a complaint about discrimination.
10. Get a "reasonable accommodation" if you have a disability. This is specific help for you to access or participate in the program.
11. Have your information kept confidential.
12. Be treated with courtesy and respect.

## IF YOU ARE HAVING PROBLEMS WITH YOUR BENEFITS OR SERVICES:

Keep records of all your information, documents, and contacts with the agency.

Get a receipt when you turn anything in.

Bring someone with you to meetings.

Complain. There are 4 ways to do this:

1. **Informal**: Ask to speak to a supervisor to talk about problems with a worker or to review the rules and the proposed action on your benefits or services.
2. **State Hearing**: Ask for a state hearing if you disagree with an agency's action or inaction on your benefits or services. You must ask for a hearing within 90 days of the date of agency's notice about your benefits or services. If you ask for a hearing after 90 days, a judge will decide if you have a good reason for asking late, like illness or a disability.
3. **Discrimination complaint**: See the Discrimination Complaint section. You may have different rights to file a complaint with state or federal agencies.
4. **Grievance**: You can file a complaint with the agency if it has a grievance procedure. **This does not protect your benefits in the way that asking for a state hearing does.**

## STATE HEARINGS

You can also ask for a state hearing if the agency is not giving you benefits or services you think you should get. See [PUB 412](#) for State Hearing information.

**Note: If your problem is with General Assistance or General Relief**, you must ask the county for a county hearing.

**If your problem is with Social Security** benefits, you must contact the Social Security Administration for a hearing.

## ASKING FOR A STATE HEARING

You can ask for a state hearing online, by phone, by fax, by email, or by mail.

Online: [ACMS.dss.ca.gov](#) - you can create an account to get all your appeal information online, or submit an online request without an account

Phone: 1-800-743-8525  
Email: [SHDCSU@dss.ca.gov](mailto:SHDCSU@dss.ca.gov)  
Fax number: 833-281-0905  
Mail: State Hearings Division  
PO Box 944243, MS 21-37  
Sacramento, CA 94244-2430

## EXPEDITED HEARINGS

If you have an urgent problem, you can ask for an "expedited" hearing to have the hearing held sooner. For Medi-Cal, this is when regular hearing scheduling could seriously jeopardize the enrollee's life or physical or mental health. State Hearings will decide and let you know if your case can be expedited.

## PROHIBITED DISCRIMINATION

State law prohibits agencies from denying benefits or services or providing you aid that is different from aid provided to others based on:

*Race, Color, Ancestry, National Origin (including language), Ethnic Group Identification, Age, Physical or Mental Disability, Medical Condition, Religion, Sex, Gender, Gender Identity or Expression, Sexual Orientation, Marital Status, Domestic Partnership, Political Affiliation, Citizenship, Immigration Status, and Genetic Information.*

Federal laws also prohibit discrimination on several, although not all, of the bases listed above. Federal Law also prohibits:

Delaying or denying the placement of a child for adoption or into foster care based on the race, color, or national origin of the adoptive or foster parents, or the child;

Denying any individual the opportunity to become a foster or adoptive parent based on the race, color, or national origin of the individual or child involved.

## EXAMPLES OF DISCRIMINATION

The agency does not give you a free interpreter.

A worker tells a certain ethnic group about more programs and services than people of other ethnicities.

The agency will not provide you large print or Braille versions of written information that you need because of a disability.

A worker treats you differently after learning of your religion or sexual orientation.

You cannot get to appointments because the building does not have an elevator and you have a disability limiting your use of stairs.

You cannot get your wheelchair into examination and interview rooms or restrooms.

A worker refuses to use your correct name and pronouns.

## REASONABLE ACCOMMODATIONS: SPECIAL HELP FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

Persons with physical or mental disabilities have the right to request reasonable accommodations from government agencies to help them access and participate in programs and services. If you have a disability and need extra help, you should inform the agency responsible for your application or benefits/services. The agency must work with you to determine what help you need. If the agency is denying your request, it must give you written notice stating the reason for the denial. The notice must list your appeal rights.

# myMedi-Cal

Cómo obtener la atención médica que necesita



# Índice

## 3 Cobertura de salud en California

Medi-Cal y Covered California  
Requisitos de Medi-Cal  
Comparación de programas de Medi-Cal

## 6 ¿Cómo solicito?

Maneras de solicitar  
Tiempo de trámite de la solicitud

## 7 ¿Cómo puedo usar los beneficios de Mi Medi-Cal?

Consulta con el médico  
Cuota por servicio (Fee-for-Service) de Medi-Cal  
Costo compartido (Share of Cost-SOC) de Medi-Cal  
Medi-Cal Managed Care  
Si tengo otro seguro de salud  
Ayuda para tener acceso a la atención médica  
Usando Medicare y Medi-Cal a la vez

## 12 Beneficios cubiertos por Medi-Cal

Servicios médicos generales  
Programa de trastornos por uso de sustancias (Substance Use Disorder Program)  
Servicios dentales  
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (EPSDT))  
Servicios de transporte  
Servicios de salud mental especializados

## 15 Otros programas y servicios de salud

Medi-Cal Retroactivo (Retroactive Medi-Cal)

## 18 Actualización y renovación de Mi Medi-Cal

Reportando cambios en su hogar  
Mudarse fuera del condado o del estado  
Renovación de Mi Medi-Cal

## 19 Derechos y responsabilidades

Derecho de apelación y audiencia  
Audiencia Imparcial del Estado  
Responsabilidad civil a terceros (Third Party Liability)  
Recuperación patrimonial (Estate Recovery)  
Fraude de Medi-Cal  
Requisitos de no discriminación y accesibilidad

## DHCS en redes sociales



# Cobertura de salud en California



**“Mi Medi-Cal: Cómo obtener la atención médica que necesita”** indica a los Californianos cómo solicitar Medi-Cal para obtener un seguro de salud sin costo o de bajo costo. Aprenderá qué debe hacer para calificar. Esta guía también le indica cómo usar sus beneficios de Medi-Cal. Le informa cuándo debe reportar cambios. Debe tener esta guía a la mano y usarla cuando tenga preguntas acerca de Medi-Cal.

California ofrece dos maneras de obtener cobertura de salud. Estas son: “Medi-Cal” y “Covered California”. La misma solicitud se utiliza para los dos programas.

## ¿Qué es Medi-Cal?

Medi-Cal es la versión Californiana del programa federal Medicaid. Medi-Cal ofrece cobertura de salud sin costo, o de bajo costo, a las personas consideradas elegibles que viven en California.

El Department of Health Care Services (DHCS) supervisa el programa Medi-Cal.

La oficina local del condado administra la mayoría de casos de Medi-Cal para el DHCS. Usted puede acceder a la oficina local del condado en línea en [www.benefitscal.com](http://www.benefitscal.com). También puede llamar por teléfono a la oficina local del condado.

Para obtener el número telefónico de la oficina local del condado, visite:  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

o llame al 1-800-541-5555  
(TTY 1-800-430-7077)

Las oficinas locales del condado utilizan varios datos para determinar qué tipo de ayuda puede obtener de

Medi-Cal. Entre estos se encuentran:

- Cuánto dinero gana
- Su edad
- La edad de todos los niños que aparecen en su solicitud
- Si está embarazada, padece de ceguera o discapacidad
- Si recibe Medicare

Muchas personas que solicitan Medi-Cal pueden verificar si califican basándose en sus ingresos. Para algunos tipos de Medi-Cal, es posible que las personas deban dar información acerca de sus bienes y propiedades. Para obtener más información, consulte la comparación de programas de Medi-Cal en la página 5.

## ¿Sabía usted que?

**Es posible que los miembros de la misma familia califiquen para Medi-Cal y para Covered California. Esto se debe a que las normas de elegibilidad de Medi-Cal son diferentes para los niños y para los adultos.**

**Por ejemplo, la cobertura para un hogar de dos padres y un niño podría ser más o menos así:**



**Padres—elegibles para un plan de salud de Covered California y reciben crédito fiscal y costos compartidos para reducir sus costos.**



**Niño—elegible para Medi-Cal sin costo o de bajo costo.**

## ¿Qué es Covered California?

Covered California es el mercado de seguros de salud del estado. Puede comparar los planes de salud de las aseguradoras reconocidas, o bien, adquirir un plan. Si sus ingresos son muy altos para que califique para Medi-Cal, posiblemente califique para comprar un seguro de salud a través de Covered California.

Covered California ofrece "asistencia para el pago de primas" (premium assistance). Esto ayuda a reducir el costo de la atención médica personal y familiar para quienes se inscriben en un plan de salud de Covered California y cumplen con los requisitos para el nivel de ingresos. Para calificar para la asistencia para el pago de primas, sus ingresos deben estar por debajo de los límites de ingresos del programa Covered California.

Covered California tiene cuatro niveles de cobertura entre los cuales puede elegir: bronce, plata, oro y platino. Los beneficios de cada nivel son los mismos, independientemente de la aseguradora que escoja. Sus ingresos y otros factores determinan para qué programa califica.

Para obtener más información acerca de Covered California, visite [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) o llame al **1-800-300-0213 (TTY 1-888-889-4500)**.

## ¿Cuáles son los requisitos para obtener Medi-Cal?

Para calificar para Medi-Cal, debe vivir en el estado de California y cumplir con ciertas normas. Debe proporcionar la información de sus ingresos y el estado de declaración de impuestos de todos los miembros de su familia y de los que aparecen en su declaración de impuestos. Posiblemente también deba dar información acerca de su propiedad.

No se requiere que presente una declaración de impuestos para calificar para Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre las declaraciones de impuestos, hable con el servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service-IRS) o con un profesional de impuestos.

Todas las personas que solicitan Medi-Cal deben proporcionar su número de seguro social (Social Security Number-SSN), si lo tienen. Toda persona que solicite Medi-Cal debe proporcionar información sobre su estatus migratorio. El estatus migratorio que se proporciona en una solicitud de Medi-Cal es confidencial. El servicio de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Services) no puede utilizarlo para aplicar las leyes de inmigración, a menos que se cometa fraude.

Los adultos de 19 años o más, podrían calificar para beneficios limitados de Medi-Cal, aunque no tengan número de seguro social (SSN) o no puedan comprobar su estatus migratorio. Estos beneficios cubren emergencias, servicios relacionados con el embarazo y atención médica de larga duración (long-term care).

Puede solicitar Medi-Cal para su hijo, aunque usted no califique para cobertura total.

En California, el estatus migratorio no afecta los beneficios de Medi-Cal para los niños menores de 19 años. Niños podrían calificar para recibir los beneficios completos de Medi-Cal, independientemente de su estatus migratorio.

Para obtener más información acerca de las normas del programa Medi-Cal, lea la comparación de programas de Medi-Cal en la página siguiente.

## ¿Sabía usted que?



**Si califica para Supplemental Security Income (SSI), usted calificará automáticamente para SSI-linked Medi-Cal.**



**La oficina local del condado puede ayudarlo a resolver algunos problemas relacionados con SSI Medi-Cal. Allí le dirán si debe comunicarse con una oficina del seguro social (Social Security) para resolver el problema.**

# Comparación de programas de Medi-Cal

## MAGI

vs.

## No-MAGI

El método de ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income-MAGI) de Medi-Cal utiliza normas fiscales federales para determinar si usted califica, basándose en su declaración de impuestos y su ingreso contable.

Medi-Cal No-MAGI incluye muchos programas especiales. Las personas que no califican para Medi-Cal MAGI, podrían calificar para Medi-Cal No-MAGI.



### Quién es elegible:



- Niños menores de 19 años
- Padres y cuidadores de niños menores de edad
- Adultos de 19 a 64 años
- Personas embarazadas

- Adultos de 65 años o más de atención médica de larga duración
- Niño menor de 21 años
- Persona embarazada
- Padres/familiar cuidador de un menor de edad elegible
- Adulto o niño en un centro de atención médica de larga duración
- Persona que recibe Medicare
- Persona con ceguera o discapacidad



### Normas acerca de la propiedad:



No hay límites en cuanto a los bienes que usted posee.

- Debe reportar y proporcionar evidencia de sus propiedades, como vehículos, cuentas bancarias, o casas de alquiler
- Hay límites en cuanto al monto de los bienes que posee en el hogar

### Tanto para MAGI como para No-MAGI:

- La oficina local del condado analizará la información de su solicitud. Posiblemente tendrá que presentar más evidencias.
- Debe vivir en California.
- Los ciudadanos o personas con permanencia legal en los EE. UU. deben proporcionar su número de seguro social.
- Debe solicitar todos los ingresos para los que pueda calificar, por ejemplo, beneficios de desempleo (unemployment benefits) y seguro de discapacidad del estado (State Disability Insurance).
- Debe cumplir con las leyes de manutención médica\*, las cuales:
  - Establecen la paternidad de un niño o niños nacidos fuera del matrimonio.
  - Obtienen manutención médica para un niño o niños con un padre (madre) ausente.

*\*Si cree tener una razón válida para no cumplir con esta norma, llame a la oficina local del condado.*

# ¿Cómo solicito?

Puede solicitar Medi-Cal en cualquier momento del año por correo, teléfono, fax o correo electrónico. También puede presentar su solicitud en persona o en línea.

Solo podrá presentar su solicitud para Covered California en fechas determinadas. Para obtener información acerca de cuándo puede presentar una solicitud, visite [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) o llame al 1-800-300-0213 (TTY 1-888-889-4500).

## Solicitar por correo:

Puede solicitar Medi-Cal y Covered California con la solicitud única simplificada (Single Streamlined Application). Puede obtener la solicitud en inglés y otros idiomas en: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. Envíe sus solicitudes llenas a la oficina local del condado.

Puede encontrar la dirección de su oficina local del condado que le corresponde en:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

También puede enviar solicitudes a:  
**Covered California**  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725

## Solicitar por teléfono, fax o correo electrónico:

Llame a la oficina local del condado. Puede encontrar el número de teléfono en el sitio web <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> o al llamar a Covered California al 1-800-300-0213.

## Solicitar en línea en:

[www.benefitscal.com](http://www.benefitscal.com)

O

[www.coveredca.com](http://www.coveredca.com)

## En persona:

Encuentre la oficina local del condado que le corresponde en <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. Puede obtener ayuda para llenar su solicitud.

También puede encontrar un asesor certificado para inscripciones (Certified Enrollment Counselor) o un agente de seguros (Insurance Agent) en [www.CoveredCA.com/get-help/local/](http://www.CoveredCA.com/get-help/local/).

## ¿Cuánto demora el trámite de mi solicitud?

El trámite de su solicitud de Medi-Cal, podía tomar hasta 45 días. Si solicita Medi-Cal debido a una discapacidad, podría tomar hasta 90 días. La oficina local del condado o Covered California le enviará una carta con la determinación. A esta carta se le conoce como "aviso de acción" (Notice of Action). Si no recibe una carta en el transcurso de 45 ó 90 días, puede solicitar una "audiencia imparcial del estado" (State Fair Hearing). También puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con la decisión. Para obtener más información, consulte los "derechos de apelación y audiencia (Appeal and Hearing Rights)" que se encuentran en la página 19.

# ¿Cómo puedo usar los beneficios de Mi Medi-Cal?



Medi-Cal cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios. Esto incluye citas médicas y dentales, medicinas con receta médica, visión, planificación familiar, salud mental y tratamiento por drogas o alcohol. Medi-Cal también cubre el transporte para esos servicios. Encontrará información más completa en “Beneficios Cubiertos” en la página 12.

En cuanto sea aprobado, puede comenzar a usar los beneficios de Medi-Cal inmediatamente. Los nuevos beneficiarios aprobados para Medi-Cal reciben una tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (Benefits Identification Card-BIC). Los proveedores médicos y dentales necesitan su BIC para proporcionarle servicios y para enviar la factura a Medi-Cal. Los nuevos beneficiarios y quienes solicitan reemplazo de tarjetas obtienen un nuevo diseño de BIC que presenta la imagen de la amapola de California. Los dos diseños de BIC que se ilustran aquí, son válidos:

Por favor comuníquese con su oficina local del condado si:

- No recibió su BIC
- Perdió su BIC
- La información de su BIC es incorrecta
- Le robaron su BIC

Una vez le envíen una nueva BIC ya no podrá usar la BIC anterior.

Puede obtener el número telefónico de su oficina local del condado en:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

o llame al:

**1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)**



## ¿Qué hago para consultar un médico?

La mayoría de personas que tienen Medi-Cal consultan a un médico por medio de un plan de Medi-Cal Managed Care. Los planes son similares a los planes de salud de las aseguradoras privadas. A partir de la página siguiente encontrará información más completa sobre los planes de atención administrada.

Podrían transcurrir varias semanas antes de que lo asignen a un plan de Medi-Cal Managed Care. Cuando se inscribe por primera vez en Medi-Cal, o si tiene una situación especial, posiblemente deba consultar a un médico usando “cuota por servicio de Medi-Cal (Fee-for-Service Medi-Cal)”.

## ¿Qué es cuota por Servicio de Medi-Cal?

---

Cuota por servicio es una forma en la que Medi-Cal paga a los médicos y otros proveedores de servicios. Cuando se inscribe por primera vez en Medi-Cal, recibirá sus beneficios a través de cuota por servicio de Medi-Cal mientras lo inscriben en un plan de atención administrada.

Antes de que le proporcionen servicios médicos o dentales, pregunte si el proveedor acepta los pagos de cuota por servicio de Medi-Cal. El proveedor tiene derecho de rehusarse a atender pacientes que usen Medi-Cal. Si no informa al proveedor que usted tiene Medi-Cal, es posible que usted mismo tenga que pagar por los servicios médicos o dentales.

## ¿Cómo se pagan los servicios médicos o dentales con la cobertura Cuota por Servicio?

---

Su proveedor usa su BIC para asegurarse de que usted tiene Medi-Cal. Su proveedor sabrá si Medi-Cal va a hacerse cargo del pago del tratamiento médico o dental. Algunas veces usted podría tener que hacer un "copago" por un tratamiento. Es posible que deba pagar \$1 cada vez que recibe un servicio médico o dental o un medicamento con receta. Podría tener que pagar \$5 si lo atienden en la emergencia de un hospital cuando no necesite un servicio de emergencia. Los beneficiarios inscritos en un plan de atención administrada no tienen que pagar copagos.

**Hay algunos servicios que Medi-Cal debe autorizar antes de que se los proporcionen. Para más información, consulte la página 9.**

## ¿Como puedo obtener servicios médicos o dentales cuando tengo que pagar un Costo Compartido (SOC)?

---

Algunos programas de Medi-Cal No-MAGI le exigen que haga un pago SOC. El aviso de acción que usted recibe cuando lo aprueban para Medi-Cal le indicará si debe hacer un pago SOC. También le indicará la

cantidad del SOC. El SOC es la cantidad de dinero que debe pagar o prometer pagar al proveedor para recibir la atención médica o dental, antes de que Medi-Cal empiece a efectuar pagos.

La cantidad del SOC se restablece cada mes. Solo debe pagar el SOC de los meses en que recibe servicios médicos y/o dentales. El monto del SOC se le debe al proveedor de atención médica o dental. No se le debe ni a Medi-Cal ni al estado. Los proveedores podrían permitirle hacer pagos después de recibir los servicios y no cobrarle todo de una sola vez. En algunos condados, si usted tiene SOC no podrá inscribirse en un plan de atención administrada.

Si paga servicios médicos a alguien que no acepta Medi-Cal, puede contar esos pagos como parte de su SOC. Deberá presentar los comprobantes de esos gastos médicos en la oficina local del condado. Ellos acreditarán la cantidad a su SOC.

Es posible que pueda reducir el SOC de los meses siguientes si tiene facturas médicas pendientes de pago. Pregunte en la oficina local del condado si sus facturas califican.

## ¿Qué es Medi-Cal Managed Care?

---

Medi-Cal Managed Care es un sistema organizado que le ayuda a obtener atención de alta calidad y a conservar la buena salud.

**“ Los planes de salud de Medi-Cal Managed Care lo ayudan a encontrar médicos y farmacias, así como programas de educación para la salud. ”**

La mayoría de personas deben inscribirse en un plan de atención administrada, a menos que reúnan ciertos criterios o que califiquen para obtener una exención. Sus opciones de plan de salud dependen del condado donde vive. Si su condado tiene varios planes de salud, deberá elegir el más adecuado para sus necesidades y las de su familia.

Todos los planes de Medi-Cal Managed Care de cada condado ofrecen los mismos servicios. Puede obtener el directorio de planes de atención administrada en

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. Puede elegir a un médico que trabaje con su plan como su médico de atención primaria. O bien, su plan puede elegir un médico de atención primaria por usted. Puede elegir cualquier proveedor de planificación familiar de Medi-Cal de su elección, incluso uno que esté fuera del plan. Para obtener más información, comuníquese con su plan de atención administrada.

Los planes de atención administrada también ofrecen:

- Coordinación de la atención
- Referencias a especialistas
- Servicios telefónicos de enfermería las 24 horas
- Centros de servicio al cliente

**Medi-Cal debe autorizar algunos servicios antes de que usted los reciba.** El proveedor sabrá cuándo usted necesita autorización por anticipado. La mayoría de servicios y la mayoría de consultas médicas no están limitadas. No requieren aprobación. Hable con su médico sobre su plan de tratamiento y citas.

## ¿Cómo me puedo inscribir en un plan de Medi-Cal Managed Care?

Si está en un condado que le ofrece varios planes, deberá elegir un plan de salud en el transcurso de 30 días a partir de la aprobación de Medi-Cal. Recibirá un paquete informativo por correo. Allí le indican qué plan(es) de salud tienen disponibles en su condado. El paquete también le explicará cómo inscribirse en el plan de atención administrada que elija. Si no elige un plan en el transcurso de 30 días después de que lo acepten en Medi-Cal, el estado le asignará un plan.

Por favor espere su paquete informativo de salud que le llegará por correo.

“ Si su condado solo tiene un plan de salud, el condado elegirá este plan para usted. ”

Si vive en el **condado de San Benito**, solo hay un plan de salud. Puede inscribirse en este plan de salud. O bien, puede elegir quedarse en cuota por servicio de Medi-Cal.

**Si su condado tiene más de un plan de salud, deberá**

**elegir el más adecuado para sus necesidades y las de su familia.**

Para ver los planes que ofrece su condado, visite <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>

## ¿Cómo puedo salirme de un plan, pedir una exención de la inscripción obligatoria o cambiar del plan de Medi-Cal Managed Care?

La mayoría de beneficiarios de Medi-Cal deben inscribirse en un plan de Medi-Cal Managed Care. Si fue **su elección** inscribirse en un plan de salud, entonces puede salirse del plan en cualquier momento. Para salirse de un plan, llame a Health Care Options al **1-800-430-3003**.

Cuando su condado tiene más de un plan, puede llamar a Health Care Options si quiere cambiarse de plan de salud de atención administrada.

Si por el momento recibe tratamiento de un proveedor con cuota por servicio de Medi-Cal, posiblemente califique para recibir una exención provisional de la inscripción obligatoria en un plan de Medi-Cal Managed Care. El proveedor con cuota por servicio, no puede ser parte de un plan de Medi-Cal Managed Care en su condado. El proveedor debe estarle dando tratamiento debido a una condición complicada que podría empeorar si se cambia de proveedor.

Pregunte a su proveedor si forma parte de un plan de Medi-Cal Managed Care en su condado. Si su proveedor no es parte de un plan de Medi-Cal Managed Care en su condado, pídale que llene el formulario con usted para solicitar una exención de la inscripción en un plan de Medi-Cal Managed Care.

Su proveedor deberá firmar el formulario, adjuntar las evidencias necesarias y enviar el formulario por correo o fax a Health Care Options. Allí lo analizarán y determinarán si usted califica para una exención provisional de la inscripción en un plan de Medi-Cal Managed Care. Puede encontrar el formulario con instrucciones en <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

Si tiene alguna pregunta, llame al **1-800-430-3003**.

## ¿Y si tengo otro seguro médico?

Aunque tenga otra cobertura de salud, como un seguro médico proporcionado por su lugar de trabajo, posiblemente aún califique para tener Medi-Cal. Si califica, Medi-Cal cubrirá costos permitidos que no cubra su seguro principal. De acuerdo con la ley federal, se cobrará primero a la aseguradora de salud privada de los beneficiarios de Medi-Cal, antes de enviar las facturas a Medi-Cal.

La ley federal y estatal exige que los beneficiarios de Medi-Cal reporten su seguro de salud privado. Para reportar o cambiar el seguro de salud privado, visite <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> o llame al **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)**. Fuera de California, llame al **1-916-636-1980**.

También deberá reportarlo a la oficina local del condado y a su proveedor de atención médica. Si no reporta la cobertura de su seguro de salud privado, estará cometiendo un delito menor.

## ¿Puedo recibir los servicios de Medi-Cal mientras estoy fuera de California?

Cuando salga de California, llévese su BIC o evidencia de que está inscrito en un plan de atención médica de Medi-Cal. Medi-Cal podría ayudarlo en algunos casos, por ejemplo, cuando se trata de una emergencia a causa de un accidente, lesión o enfermedad grave. Excepto cuando se trate de emergencias, su plan de atención administrada debe autorizar cualquier servicio médico proporcionado fuera del estado, antes de que reciba el servicio. Si el proveedor no acepta Medicaid, usted deberá cubrir los costos médicos por los servicios que reciba fuera de California. Recuerde: es posible que haya muchos proveedores que participen en los servicios de emergencia. Por ejemplo, el médico podría aceptar Medicaid, pero el laboratorio de rayos x no. Trabaje con su plan de atención administrada para que lo que usted tenga que pagar sea limitado. El proveedor primero se deberá asegurar de que usted califica llamando al **1-916-636-1960**.

Si vive en un lugar cerca de la frontera estatal de California y recibe servicios médicos en el estado vecino, algunas de estas normas no se aplican. Para

obtener más información, comuníquese con su plan de Medi-Cal Managed Care.

“ Si se muda de California ya no podrá recibir Medi-Cal. Puede solicitar Medicaid en su nuevo estado. ”

Si se muda a otro condado dentro de California, también deberá reportarlo al condado donde vive actualmente o al condado a donde se esté mudando. Esto es para asegurarse de que seguirá recibiendo los beneficios de Medi-Cal. Deberá dar aviso a la oficina local del condado en el transcurso de 10 días a partir de la fecha en que se mudó a un nuevo condado.

## ¿Qué debo hacer si no puedo hacer una cita u obtener otra atención que necesito?

La Oficina del Defensor del Pueblo (Ombudsman) de Medi-Cal Managed Care ayuda a resolver problemas desde un punto de vista imparcial. Se asegurarán de que usted reciba todos los servicios cubiertos que necesite.

### La Oficina del Defensor del Pueblo:

- Ayuda a resolver problemas entre los miembros de Medi-Cal Managed Care y los planes de atención administrada, sin tomar partido por uno ni otro
- Ayuda a resolver problemas entre los beneficiarios de Medi-Cal y los planes de salud mental del condado, sin tomar partido por uno ni otro
- Investiga quejas de los miembros sobre los planes de atención administrada y los planes de salud mental del condado
- Ayuda a los miembros cuando tienen problemas urgentes de inscripción y cancelación de inscripción
- Ayuda a los beneficiarios de Medi-Cal a que tengan acceso a servicios especializados de salud mental de Medi-Cal
- Ofrece información y referencias
- Identifica maneras para que el programa de Medi-Cal Managed Care sea más eficiente

- Educa a los miembros sobre cómo aprovechar mejor el sistema de atención administrada y de salud mental especializada de Medi-Cal

Para obtener más información acerca de la Oficina del Defensor del Pueblo, puede llamar al:

**1-888-452-8609**

o visitar:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

## ¿Cómo funciona Medi-Cal si también tengo Medicare?

Muchas personas de 65 años o más, o discapacitadas, califican para Medi-Cal y Medicare. Si califica para los dos programas, tendrá la mayoría de sus servicios médicos y medicamentos recetados a través de Medicare. Medi-Cal proporciona servicios médicos y apoyo de larga duración, como hogares de ancianos/convalcientes y servicios basados en la comunidad y en el hogar.

“ **Medi-Cal cubre algunos beneficios que no cubre Medicare.** ”

Es posible que Medi-Cal también pague sus primas de Medicare.

## ¿Qué es el Programa de Pago de Primas (Buy-In) de Medicare?

El programa de pago de primas (Medicare Premium Payment Program) de Medicare, también llamado programa Buy-in de Medicare, permite a Medi-Cal pagarle a Medicare las primas de la Parte A (seguro de hospital) y/o de la Parte B (seguro médico) para los miembros de Medi-Cal y otras personas que califican para ciertos programas de Medi-Cal.

## ¿Qué es el Programa de Ahorros (Medicare Savings Program-MSP) de Medicare?

Los programas de ahorros de Medicare podrían pagar los deducibles, coseguro y copagos de Medicare Parte A y Medicare Parte B, si usted cumple con condiciones determinadas. Cuando presenta una solicitud para Medi-Cal, su condado lo evaluará para este programa. Algunas personas que no califican para beneficios de Medi-Cal de cobertura completa, aún podrían calificar para MSP.

## ¿Si uso los servicios de un proveedor de Medicare, ¿tengo que pagar coseguro de Medicare?

No. Si es elegible para MSP no tiene por qué pagar coseguro ni deducibles. Si recibe un cobro de su proveedor de Medicare comuníquese con su plan de Medi-Cal Managed Care o llame al **1-800-MEDICARE**.

## Y si tengo Medicare, ¿debo usar los servicios de médicos y otros proveedores que aceptan Medi-Cal?

No. Puede usar los servicios de cualquier proveedor que acepte Medicare, aunque dicho proveedor no acepte Medi-Cal o no forme parte de su plan de Medi-Cal Managed Care. Es posible que algunos proveedores de Medicare no lo acepten como paciente.



# Beneficios cubiertos por Medi-Cal

Medi-Cal ofrece un conjunto completo de beneficios llamado beneficios de salud esenciales (Essential Health Benefits). Para averiguar si un servicio tiene cobertura, pregúntele a su médico o plan de salud. Los beneficios de salud esenciales incluyen:

- Servicios a pacientes ambulatorios, como chequeos en el consultorio
- Servicios de emergencia
- Hospitalización
- Maternidad y cuidados de recién nacidos
- Servicios de salud mental
- Servicios por trastornos por el uso de sustancias, como el tratamiento por adicción al alcohol y drogas
- Medicamentos recetados
- Servicios de laboratorio, como exámenes de sangre
- Programas, como terapia física (llamados servicios de habilitación y rehabilitación) y suministros y equipo médico, como sillas de ruedas y tanques de oxígeno
- Servicios preventivos y de bienestar
- Manejo de enfermedades crónicas
- Servicios infantiles (pediátricos), incluso visión y salud oral
- Cuidados en el hogar y otros servicios y apoyo de larga duración

## Programa de trastornos por uso de sustancias

Medi-Cal ofrece dos opciones para dar tratamientos a trastornos por abuso de alcohol o drogas: hospitalización y servicios ambulatorios. También se conocen como tratamientos por trastornos por el

uso de sustancias. La opción depende de la clase de tratamiento que necesite. Los servicios incluyen:

- Tratamiento ambulatorio libre de drogas (consejería en grupo y/o individual)
- Tratamiento intensivo ambulatorio (servicios de consejería en grupo proporcionado por lo menos tres horas al día, tres veces a la semana)
- Tratamiento residencial (servicios de rehabilitación mientras vive en el establecimiento)
- Terapia de sustitución de narcóticos (como la metadona)

Algunos condados ofrecen más tratamientos y servicios de recuperación. Hable con sus médicos acerca de su condición para que lo puedan referir al tratamiento adecuado. También puede referirse usted mismo a la agencia de tratamiento más cercano de su localidad. O llame a la línea para referencias a tratamientos por el trastorno del uso de sustancias cuando no se trate de emergencias, al **1-800-879-2772**.

## Programa Dental de Medi-Cal

La salud dental es parte importante de la salud en general. El programa dental de Medi-Cal cubre muchos servicios que le ayudarán a tener dientes saludables. Puede obtener los beneficios dentales en cuanto lo aprueben para Medi-Cal.

Puede informarse de los beneficios dentales y otros recursos en <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. O bien, puede llamar al **1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922)** de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y 5:00 p.m.

## ¿Cómo obtengo los servicios dentales de Medi-Cal?

---

El Programa Dental de Medi-Cal proporciona servicio de dos maneras. Una es el programa dental de pago por servicio y usted puede conseguirlo por todo California. El programa dental de pago por servicio es el mismo al Medi-Cal de pago por servicio. Antes de que usted obtenga servicios dentales, usted debe mostrar su tarjeta BIC al proveedor dental y asegúrese de que el proveedor acepte el programa dental de pago por servicio.

La otra manera que Medi-Cal proporciona servicios dentales es a través de Dental Managed Care (DMC). DMC se ofrece sólo en el condado de Los Angeles y el condado de Sacramento. Los planes de DMC cubren los mismos servicios del programa dental de pago por servicio. DHCS utiliza tres planes de atención médica administrada en el condado de Sacramento. DHCS contrata con tres planes pre-pagados de salud en el condado de Los Ángeles. Los planes ofrecen servicios dentales a los beneficiarios de Medi-Cal.

Si usted vive en el condado de Sacramento, tiene que inscribirse en el DMC. En algunos casos, usted puede calificar para una exención de inscribirse en el DMC.

Para obtener más información, visite a Health Care Options en <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

En el Condado de Los Ángeles, usted puede permanecer en el programa dental de pago por servicio o puede elegir el programa de DMC. Para elegir o cambiar su plan de seguro dental, llame a Health Care Options.

## Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (EPSDT))

---

Si usted o su hijo(a) tiene menos de 21 años de edad, Medi-Cal cubre los servicios preventivos, como los chequeos de salud regulares y exámenes de detección. Los chequeos regulares y detecciones buscan problemas médicos, dentales, de visión,

audición y la salud mental, y cualquier trastorno por uso de sustancias. También puede vacunarse para mantenerse saludable. Medi-Cal cubre los servicios de detección cada vez que hay una necesidad para ellos, incluso si no es durante su chequeo regular. Todos estos servicios son sin costo para usted.

Chequeos y exámenes son importantes para ayudar a su proveedor de salud identificar problemas temprano. Cuando se encuentra un problema durante un chequeo o examen de detección, Medi-Cal cubre los servicios necesarios para corregir o mejorar cualquier estado de salud física o mental o enfermedad. Usted puede recibir los servicios de diagnósticos y tratamiento que su doctor, otro proveedor de atención médica, dentista, el programa del condado Salud Infantil y Prevención de Discapacidades (CHDP), o un proveedor de servicios de salud mental o de comportamiento dice que usted necesita para sentirse mejor. EPSDT cubre estos servicios sin costo para usted.

Su proveedor de salud le dirá cuándo volver para el próximo chequeo de salud, examen de detección, o cita médica. Si usted tiene preguntas acerca de la programación de una visita médica o cómo obtener ayuda con transporte a la visita médica, Medi-Cal puede ayudar. Llame a su Medi-Cal Managed Care Health Plan (MCP). Si usted no está en un MCP, usted puede llamar a su doctor u otro proveedor o visite <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>, para asistencia de transporte.

**Para obtener más información acerca de EPSDT** puede llamar al **1-800-541-5555**, vaya a <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>, póngase en contacto con el programa CHDP del condado, o su MCP. Para obtener más información acerca de los servicios de salud mental especializados de EPSDT o servicios para trastornos por uso de sustancias póngase en contacto con su departamento de salud mental o de comportamiento de su condado.

## Servicios de transporte

---

Medi-Cal puede ayudar proporcionando el transporte para ir a la consulta médica, de salud mental, dental o de uso de sustancias, cuando dichas consultas estén cubiertas por Medi-Cal. El servicio puede ser por transporte que no sea por razones médicas (nonmedical transportation-NMT) o transporte médico que no sea para emergencias (nonemergency medical transportation-NEMT). También puede usar

NMT si necesita recoger medicamentos recetados o equipo/suministros médicos.

Si puede viajar en carro, autobús, tren o taxi, pero no tiene quién lo lleve a su cita, es posible hacer arreglos para el NMT.

Si está inscrito en un plan de salud, llame a servicios a miembros para obtener información sobre cómo obtener los servicios de NMT.

Si tiene cuota por servicio, puede hacer lo siguiente:

- Llame a la oficina de Medi-Cal de su condado para ver si le pueden ayudar con el NMT.
- Para programar un viaje, primero debe llamar a su proveedor de cuota por servicio y preguntarle por un proveedor de transporte en su zona. O bien, puede llamar a uno de los proveedores de NMT autorizados de su zona que se encuentran en la lista en <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

Si necesita un vehículo médico especial para llegar a su cita, dígaselo a su proveedor de atención médica. Si tiene un plan de salud, también puede comunicarse con su plan para programar su transporte. Si está en cuota por servicio, llame a su proveedor de atención médica. El plan o proveedor puede solicitar NEMT, como una van para silla de ruedas, camillas, una ambulancia o transporte aéreo.

Asegúrese de preguntar por el transporte lo más pronto posible antes de la cita. Si tiene citas frecuentes, su proveedor de atención médica o el plan de salud pueden solicitar el transporte para cubrir las citas siguientes.

Visite <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> para obtener más información acerca del transporte programado por proveedores autorizados de NMT.

## Servicios de salud mental especializados

Si padece de enfermedades mentales o tiene necesidades emocionales que su médico regular no puede tratar, hay disponibilidad de servicios especializados de salud mental. Un plan de salud mental (Mental Health Plan-MHP) proporciona servicios de salud mental especializados. Cada condado cuenta con un MHP.

Los servicios de salud mental especializados pueden incluir, pero sin limitarse a, terapia de grupo e individual, servicios de medicación, servicios en caso de crisis, administración de casos, servicios residenciales y hospitalarios y servicios especializados para ayudar a los niños y jóvenes.

Para obtener más información acerca de los servicios de salud mental especializados, o para obtener dichos servicios, llame al MHP de su condado. Su MHP determinará si usted califica para servicios de salud mental especializados. Puede obtener el número de teléfono del MHP de la Oficina del Defensor del Pueblo en el **1-888-452-8609** o visite <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

## ¿Sabía usted que?



**Medi-Cal proporciona educación sobre la lactancia materna como parte de la atención de maternidad y cuidados de recién nacidos.**



**Usted es elegible para exámenes rutinarios de la vista cada 24 meses.**



**Para obtener más información acerca de lo que se ofrece, visite:**  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

# Otros programas y servicios de salud



California ofrece otros programas para sus necesidades médicas. Puede solicitar algunos a través de la misma oficina local del condado que maneja Medi-Cal.

## En la Oficina Local del Condado

Puede preguntar por los programas que se encuentran a continuación, en la misma oficina local del condado donde solicita Medi-Cal. Puede obtener el número de teléfono de su condado en <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> o llame al **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)**.

## Jóvenes que anteriormente estuvieron bajo crianza temporal (Former Foster Youth)

Si usted estuvo bajo crianza temporal a la edad de 18 años o más, podría calificar para Medi-Cal gratuito. La cobertura podría extenderse hasta que cumpla 26 años de edad. Sus ingresos no se toman en cuenta. No es necesario que llene una solicitud de Medi-Cal completa ni que proporcione información de ingresos ni de impuestos cuando presente su solicitud. Para obtener cobertura inmediata, comuníquese con la oficina local del condado que le corresponde.

## Servicios Médicos Confidenciales

Puede solicitar servicios confidenciales si tiene menos de 21 años. Para calificar deberá:

- No estar casado y vivir con sus padres, o
- Su padre (madre) debe ser responsable económicamente de usted, por ejemplo, cuando se trata de estudiantes universitarios

No necesita el consentimiento de sus padres para presentar una solicitud o para obtener la cobertura. Los servicios incluyen planificación familiar, atención por embarazo y tratamiento por abuso de alcohol o drogas, enfermedades de transmisión sexual, abuso sexual y salud mental.

## Programa para Personas Discapacitadas que Trabajan (Working Disabled Program) 250%

El programa para personas discapacitadas que trabajan proporciona Medi-Cal a adultos con discapacidades que tienen ingresos más altos que la mayoría de beneficiarios de Medi-Cal. Si ha obtenido ingresos por discapacidad a través del seguro social o su antiguo empleo podría calificar. El programa requiere una baja prima mensual de \$20 a \$250 dependiendo de sus ingresos. Para calificar deberá:

- Cumplir con la definición del seguro social respecto a la discapacidad, haber obtenido ingresos por discapacidad y estar recibiendo un pago por trabajo
- Cumplir con las normas de ingresos que regulan los ingresos recibidos por trabajo y no por trabajo
- Cumplir con otras normas del programa

## Medi-Cal Access Program (MCAP)

El MCAP proporciona cobertura de salud comprensiva de bajo costo a personas embarazadas. El MCAP no tiene copagos ni deducibles para sus servicios cubiertos. El costo total del MCAP es del 1.5% de su ingreso bruto ajustado modificado. Por ejemplo, si su ingreso es de \$50,000 al año, su costo sería de \$750 por la cobertura. Puede pagarlo todo junto o en pagos mensuales durante 12 meses. Si está embarazada y está bajo cobertura de Covered California, es posible que pueda cambiarse a MCAP. Los bebés nacidos de personas inscritas en MCAP, califican para el Medi-Cal Access Infant Program o para Medi-Cal. Para calificar para MCAP debe:

- Ser residente de California
- No estar inscrito en Medi-Cal sin costo o Medicare Parte A y Parte B al momento de presentar su solicitud

- No tener cobertura de otro plan de seguro de salud
- Estar dentro de las pautas de ingresos del programa

Para obtener más información acerca de MCAP, visite <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> o llame al **1-800-433-2611**.

## Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services-IHSS)

El IHSS ayuda a pagar los servicios de modo que usted pueda quedarse seguro en casa. Si califica para Medi-Cal, posiblemente también califique para el IHSS. Si no califica para Medi-Cal, aún podría calificar para el IHSS si cumple con alguno de los otros criterios de elegibilidad. Si tiene Medi-Cal sin costos compartidos (SOC), éste pagará por todos sus servicios de IHSS. Si tiene Medi-Cal con costos compartidos, deberá pagar sus costos compartidos de Medi-Cal antes de que se pague cualquier otro servicio bajo IHSS. Para calificar, deberá cumplir con al menos **uno** de los criterios siguientes:

- 65 años o más
- Ceguera
- Discapacidad (incluso niños discapacitados)
- Condición crónica que resulta en discapacidad que cause un impedimento funcional y se espera que dure un mínimo de 12 meses consecutivos o que resulte en la muerte en el transcurso de 12 meses

El IHSS puede autorizar servicios como:

- Servicios domésticos, como el lavado de los mostradores de la cocina o la limpieza de los baños
- Preparación de comidas
- Lavandería
- Compras de alimentos
- Servicios de cuidado personal
- Acompañamiento a citas médicas
- Supervisión de protección para personas con enfermedades mentales o discapacitados mentalmente que no pueden permanecer seguros en su hogar sin protección
- Servicios paramédicos

Para obtener más información, visite <http://www.cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services>.

## Otros servicios de salud del Estado

Los programas que se encuentran a continuación tienen un proceso de solicitud diferente al de Medi-Cal. Puede solicitar o informarse más acerca del programa usando la información de contacto indicada.

### Programa de Tratamiento de Cáncer Cervical y de Mama (Breast and Cervical Cancer Treatment Program)

El programa de tratamiento de cáncer cervical y de mama proporciona tratamiento y servicios relacionados con el cáncer a los residentes de California de bajos ingresos que califican. Deberán ser evaluados y/o estar inscritos en el programa de detección del cáncer (Cancer Detection Program), cada mujer cuenta (Every Woman Counts), o por los programas planificación familiar, acceso, atención y tratamiento (Family Planning, Access, Care and Treatment programs). Para calificar, sus ingresos deben estar por debajo del límite y tener la necesidad de recibir tratamiento por cáncer cervical o de mama. Para obtener más información, llame al **1-800-824-0088** o envíe un correo electrónico a [BCCTP@dhcs.ca.gov](mailto:BCCTP@dhcs.ca.gov).

### Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Services)

Medi-Cal permite que determinados adultos mayores y personas con discapacidades, que son elegibles, reciban tratamiento en sus hogares o comunidades en vez de enviarlos a hogares para ancianos/convalecientes o alguna otra institución. Los servicios basados en el hogar y la comunidad incluyen, pero sin limitarse a, la administración de casos (apoyo y coordinación de servicios), servicios de salud para adultos durante el día, habilitación (residenciales y durante el día), tareas domésticas, asistente de salud en el hogar, servicios de nutrición, servicios de enfermería, atención personal y atención de relevo. Deberá calificar para Medi-Cal de cobertura completa y cumplir con todas las normas del programa. Para obtener más información, llame al DHCS, Integrated Systems of Care Division al **1-916-552-9105**.

## Programa de Servicios Infantiles de California (California Children's Services (CCS) Program)

El programa de CCS proporciona servicios de diagnóstico y tratamiento, administración de casos médicos y servicios de terapia física y ocupacional a niños menores de 21 años que tienen condiciones médicas que los hacen elegibles para CCS. Las condiciones elegibles para CCS son aquellas que resultan en discapacidad física o que requieren servicios médicos, quirúrgicos o de rehabilitación. Los servicios autorizados por el programa CCS para tratamiento de un niño inscrito en Medi-Cal que sufre de una condición elegible para CCS, no son servicios cubiertos por la mayoría de planes de salud. El plan de salud de Medi-Cal continúa proporcionando los servicios de atención médica primaria y preventiva que no se relaciona con la condición médica elegible para CCS.

Para solicitar CCS, comuníquese con la oficina de CCS de su condado. Para obtener más información, visite <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> o llame al **1-916-552-9105**.

## Programa para Personas Discapacitadas Genéticamente (Genetically Handicapped Person's Program-GHPP)

El GHPP proporciona administración de casos, la parte médica y la administrativa, y además paga los servicios médicamente necesarios para personas que residen en California, son mayores de 21 años, y tienen condiciones médicas que los hacen elegibles para GHPP. Las condiciones elegibles para GHPP son condiciones hereditarias, como la hemofilia, la fibrosis quística, la fenilcetonuria y la anemia drepanocítica que tienen efectos graves para la salud. El GHPP utiliza un sistema de centros de atención especial (Special Care Centers-SCCs). Los SCCs proporcionan atención médica comprensiva y coordinada a usuarios que sufren de condiciones específicas elegibles. Si el servicio no se encuentra dentro de la cobertura del plan de salud, el GHPP autoriza evaluaciones anuales en los SCC a los adultos inscritos en Medi-Cal que padecen de una condición médica elegible para GHPP.

Para obtener servicios del GHPP, debe llenar una solicitud. Envíela por fax al **1-800-440-5318**. Para obtener más información, llame al **1-916-552-9105** o visite to <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

## Medi-Cal Retroactivo (Retroactive Medi-Cal)

Si tiene facturas pendientes de pago por servicios médicos o dentales cuando solicite Medi-Cal, puede pedir Medi-Cal retroactivo. Medi-Cal retroactivo puede ayudarle a pagar gastos médicos o dentales de cualquiera de los tres meses previos a la fecha de su solicitud.

Por ejemplo, si solicitó Medi-Cal en abril, podría obtener ayuda con los gastos médicos o dentales por servicios recibidos en enero, febrero y marzo.

Para recibir Medi-Cal retroactivo, usted debe:

- Calificar para Medi-Cal en el mes en que recibió los servicios médicos
- Haber recibido servicios médicos o dentales que tienen cobertura de Medi-Cal
- Solicitarlo en el transcurso de un año a partir del mes en el que recibió los servicios con cobertura
- Debe comunicarse con la oficina local del condado para solicitar Medi-Cal retroactivo

Por ejemplo, si recibió tratamiento porque se quebró el brazo en enero de 2017 y solicitó Medi-Cal en abril de 2017, tendría que solicitar Medi-Cal retroactivo a más tardar en enero de 2018 para que le cubran los gastos médicos.

Si ya pagó por los servicios médicos o dentales recibidos durante los tres meses del período retroactivo, Medi-Cal podría también ayudarle para que obtenga un reembolso. Deberá presentar una reclamación en el transcurso de un año de la fecha en que recibió el servicio, o en el transcurso de 90 días después de que su elegibilidad haya sido aprobada para Medi-Cal, de ellos, el período más largo.

Para presentar una reclamación, deberá llamar o escribir a:

Department of Health Care Services  
Beneficiary Services  
P.O. Box 138008  
Sacramento, CA 95813-8008  
1-916-403-2007 (TTY 1-916-635-6491)

Para reclamaciones médicas, de salud mental, trastornos por el uso de sustancias y servicios de apoyo en el hogar

Medi-Cal Dental Beneficiary Services  
P.O. Box 526026  
Sacramento, CA 95852-6026  
1-916-403-2007 (TTY 1-916-635-6491)

Para reclamaciones por servicios dentales.



# Actualización y renovación de Mi Medi-Cal

**Debe reportar cualquier cambio en su núcleo familiar, en el transcurso de 10 días después de que ocurra dicho cambio, a su oficina local del condado.** Puede reportar dichos cambios en persona, en línea, por teléfono, correo electrónico o por fax. Cambios pueden afectar su elegibilidad para Medi-Cal.

Debe reportar si:

- Se casó o se divorció
- Le nació un hijo o lo adoptó o si dio un hijo en adopción
- Tuvo un cambio en ingresos o bienes (si corresponde)
- Obtuvo cualquier otra cobertura de salud, incluso si es por medio de la empresa donde trabaja o de un programa como Medicare
- Se mudó a otra casa o si hay algún cambio de número de personas que viven en su hogar
- Hubo un cambio en su estatus de discapacidad
- Hubo un cambio en su estatus fiscal, incluso un cambio en el número de dependientes que reporta al fisco
- Hubo un cambio en ciudadanía o estatus migratorio
- Hubo encarcelamiento (prisión, etc.) o liberación de encarcelamiento
- Hubo un cambio en estatus como indígena americano o indígena de Alaska o cambio en su estatus tribal.
- Hubo un cambio de nombre, fecha de nacimiento o número de seguro social
- Hubo cualquier otro cambio que pudiera afectar sus ingresos o tamaño de su hogar

## ¿Qué pasa si me mudo a otro condado de California?

Si se muda a otro condado de California, puede pedir que su caso de Medi-Cal se traslade a su nuevo condado. Esto se conoce como transferencia entre condados (Inter-County Transfer-ICT). Deberá reportar su cambio de

dirección a cualquiera de los dos condados en el transcurso de 10 días después del cambio. Puede reportar el cambio de dirección en persona, en línea, por teléfono, correo electrónico o por fax. La cobertura de su plan de atención administrada en su condado anterior terminará el último día del mes. Deberá inscribirse en un plan de atención administrada en su nuevo condado.

Cuando sale del condado temporalmente, su Medi-Cal no se transferirá. Esto incluye cuando un hijo se va a la universidad o cuando usted cuida a un familiar enfermo. Comuníquese con la oficina local del condado para reportar el cambio de dirección temporal a un nuevo condado del miembro de su hogar. La oficina local del condado actualizará la dirección de modo que el miembro de su hogar pueda inscribirse en un plan de salud del nuevo condado.

## ¿Cómo puedo renovar la cobertura de Mi Medi-Cal?

Para mantener sus beneficios de Medi-Cal, debe renovarlos por lo menos una vez al año. Si la oficina local del condado no puede renovar su cobertura de Medi-Cal usando recursos electrónicos, le enviará un formulario de renovación. Deberá proporcionar la información nueva o la que haya cambiado. También deberá dar su información más reciente. Puede proporcionar la información en línea, en persona o por teléfono o por otros medios electrónicos, si están disponibles en su condado. Si envía su formulario de renovación por correo o en persona, deberá firmarlo.

Si no proporciona la información necesaria antes de la fecha límite, sus beneficios de Medi-Cal terminarán. La oficina local del condado le enviará un aviso de acción por correo. Tiene 90 días para proporcionar la información faltante a la oficina local del condado sin que tenga que volver a presentar su solicitud. Si proporciona la información faltante en el transcurso de 90 días y aún califica para Medi-Cal, la oficina local del condado restituirá su Medi-Cal sin que haya interrupción en la cobertura.

# Derechos y responsabilidades



Cuando solicita Medi-Cal, recibirá una lista de sus derechos y responsabilidades. Esto incluye el requisito de reportar cambios de dirección o ingresos, o si alguien está embarazada o dio a luz. Puede llamar a la oficina local del condado o buscar la lista más reciente de sus derechos y responsabilidades en línea en:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

## Derechos de apelación y audiencia

### Servicios y Beneficios de Salud

Tiene derecho de apelar si no está de acuerdo con la denegación de un servicio o beneficio de salud.

Si está en un plan de Medi-Cal Managed Care y recibe una carta de aviso de acción donde le indican que un servicio o beneficio de salud ha sido denegado, tiene derecho de apelar esa decisión.

Deberá enviar la apelación a su plan en el transcurso de 60 días a partir de la fecha del aviso de acción. Después de enviar la apelación, el plan le enviará una decisión en el transcurso de 30 días. Si no recibe la decisión en 30 días o no está de acuerdo con la decisión del plan, entonces puede solicitar una audiencia imparcial del estado. Un juez revisará su caso. **Primero deberá presentar una apelación ante su plan, antes de solicitar una audiencia imparcial del estado.** Debe solicitar la audiencia imparcial del estado en el transcurso de 120 días a partir de la fecha de la notificación escrita de la decisión del plan sobre la apelación.

Si tiene cuota por servicio de Medi-Cal y recibe un aviso de acción donde le indican que un servicio o beneficio de salud ha sido denegado, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial del estado inmediatamente. Debe solicitar la audiencia imparcial

del estado en el transcurso de 90 días después de haber recibido el aviso de acción.

Además, tiene derecho de solicitar una audiencia imparcial del estado si no está de acuerdo con lo que está sucediendo con su solicitud o elegibilidad para Medi-Cal. Esto puede ser cuando:

- No está de acuerdo con la acción que tomó su condado o estado en cuanto a su solicitud de Medi-Cal
- El condado no le comunica una decisión acerca de su solicitud de Medi-Cal en el transcurso de 45 ó 90 días
- Hay cambio en su elegibilidad para Medi-Cal o costo compartido

### Decisiones de elegibilidad

Si recibe una carta de aviso de acción donde le comunican una decisión de elegibilidad con la que usted no está de acuerdo, puede hablar con el trabajador a cargo de la elegibilidad del condado y/o solicitar una audiencia imparcial del estado. Si no puede resolver su desacuerdo a través del condado, entonces deberá solicitar la audiencia imparcial del estado en el transcurso de 90 días a partir de la fecha del aviso de acción. Puede solicitar una audiencia imparcial del estado comunicándose con la oficina local del condado. También puede llamar o escribir a:

California Department of Social Services  
Public Inquiry and Response  
PO Box 944243, M.S. 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430  
1-800-743-8525, (TTY 1-800-952-8349)

También puede presentar una solicitud de audiencia en línea en:

<http://www.cdss.ca.gov/>

Si considera que lo han discriminado ilegalmente basándose en su sexo, raza, color, religión, origen familiar, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja a la oficina de derechos civiles (Office of Civil Rights) del DHCS.

Puede aprender cómo presentar una queja por discriminación en el "aviso federal necesario para informar a las personas acerca de los requisitos de no discriminación y accesibilidad" en la página 21.

## Acerca de las Audiencias Imparciales del Estado

El estado le informará que recibió su solicitud de audiencia. Se le notificará la hora, fecha y lugar donde se llevará a cabo la audiencia. Un representante de audiencias analizará su caso e intentará resolver el problema. Si el condado/estado le ofrece un acuerdo para resolver el problema, lo recibirá por escrito.

Puede autorizar por escrito a un amigo, familiar o defensor para que lo ayude durante la audiencia. Si no puede resolver completamente el problema con el condado o estado, usted o su representante deben presentarse a la audiencia imparcial del estado. Su audiencia puede ser en persona o por teléfono. Un juez que no trabaja para el condado ni para el programa Medi-Cal escuchará su caso.

**Si tiene una discapacidad y necesita adaptaciones razonables para participar completamente en el proceso de la audiencia imparcial, puede llamar al 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349). También puede enviar un correo electrónico a [SHDCSU@DSS.ca.gov](mailto:SHDCSU@DSS.ca.gov).**

Tiene derecho de pedir ayuda gratuita en su idioma. Indique su idioma en su solicitud de audiencia. O diga al representante de audiencias que le gustaría contar con un intérprete gratuito. No puede pedir a un

amigo o familiar que sean sus intérpretes durante la audiencia.

Para obtener ayuda con su audiencia, puede pedir que lo refieran a ayuda legal. Puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina de ayuda legal o de derechos del bienestar público.

## Responsabilidad civil a terceros

Si sufre una lesión, puede usar su Medi-Cal para recibir atención médica. Si presenta una reclamación al seguro o demanda a alguien por daños debido a su lesión, debe notificarlo al programa de lesiones personales (Medi-Cal Personal Injury Program-PI) de Medi-Cal en el transcurso de 30 días a partir de la fecha en que presentó su reclamo o demanda. Deberá reportarlo a la oficina local del condado y al programa PI.

Para notificarlo al programa PI de Medi-Cal llene el formulario de "notificación de lesión personal (Caso Nuevo)". Puede encontrarlo en el sitio web a continuación. Si no tiene acceso a internet, pida a su abogado o al representante de su aseguradora que lo notifique al programa PI de Medi-Cal actuando en su nombre. Puede encontrar formularios de notificación y actualización en: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

Si un abogado lo va a representar en su demanda o reclamación, su abogado es el responsable de notificar al programa PI de Medi-Cal y de proporcionar una carta de autorización. Esta autorización permite al personal de Medi-Cal que se comunique con su abogado para discutir su caso de lesión personal. Medi-Cal no le proporciona representación ni lo refiere a los abogados. El personal puede ofrecer información que puede ayudar al abogado durante el proceso.

## Recuperación patrimonial

El programa Medi-Cal debe buscar reembolso proveniente del patrimonio de algunos miembros de Medi-Cal que ya fallecieron. El reembolso se limita a los pagos efectuados, entre ellos, primas de atención administrada, servicios prestados en un hogar de ancianos/convalecientes, servicios basados en el hogar y la comunidad y servicios relacionados con hospital y medicamentos con receta cuando el beneficiario:

- Estuvo internado en un hogar de ancianos/convalecientes, o

- Recibió servicios basados en el hogar y la comunidad a partir de su cumpleaños número 55

Si el miembro fallecido no dejó un patrimonio sujeto a testamento o no poseía nada cuando falleció, entonces no se debe nada.

Para obtener más información, visite <http://dhcs.ca.gov/er> o llame al 1-916-650-0590

## Fraude de Medi-Cal

### Responsabilidades de los miembros

El beneficiario siempre debe presentar evidencia de que tiene cobertura de Medi-Cal a los proveedores, antes de recibir los servicios. Si consulta más de un médico o dentista, deberá informar a cada médico o dentista que hay otro médico o dentista dándole tratamiento.

Es su responsabilidad no abusar o hacer mal uso de sus beneficios de Medi-Cal. Lo siguiente constituye un **delito**:

- Dejar que otra persona haga uso de sus beneficios de Medi-Cal
- Obtener medicamentos dando declaraciones falsas a un proveedor
- Vender o prestar su BIC a cualquier otra persona o darle su BIC a cualquiera que no sea su proveedor de servicios, según lo contemplado en los lineamientos de Medi-Cal

Hacer mal uso de la BIC/beneficios de Medi-Cal se considera un delito. Puede resultar en medidas negativas en su caso o procedimientos judiciales en su contra. Si sospecha que se está cometiendo fraude, desperdicio o abuso con Medi-Cal, repórtelo confidencialmente al **1-800-822-6222**.

## Aviso federal necesario para informar a las personas acerca de los requisitos de no discriminación y accesibilidad

El DHCS cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales. El DHCS no discrimina ilegalmente basándose en su sexo, raza, color, religión, origen familiar, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física,

condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual. El DHCS no excluye ilegalmente a las personas ni las trata de manera diferente debido a su sexo, raza, color, religión, origen familiar, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual. El DHCS:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficiente con el DHCS, como:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos, por ejemplo, letra grande impresa, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a la oficina de derechos civiles, al **1-916-440-7370, (Ext. 711, California State Relay)** o por correo electrónico [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

Si considera que el DHCS ha fallado en proporcionarle estos servicios o si a usted lo han discriminado de alguna otra forma basándose en su sexo, raza, color, religión, origen familiar, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja a:

Office of Civil Rights

PO Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

1-916-440-7370, (Ext. 711, CA State Relay)

Email: [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

Si necesita ayuda para presentar una queja, la oficina de derechos civiles puede ayudarlo. Los formularios de quejas están disponibles en:

[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

# Recursos Importantes



## EN LÍNEA

Sitio principal de Medi-Cal:  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

Obtenga la aplicación para teléfonos inteligentes myMedi-Cal que le ayudará a obtener más información sobre la cobertura, a encontrar ayuda local y mucho más!



## NÚMEROS DE TELÉFONO

Medi-Cal Members & Providers:  
1-800-541-5555

Medi-Cal Managed Care:  
1-800-430-4263  
(TTY 1-800-430-7077)

Oficina del Defensor del Pueblo:  
1-888-452-8609

Audiencia Imparcial del Estado:  
1-800-743-8525  
(TTY 1-800-952-8349)

Covered California:  
1-800-300-1506

Programa Dental de Medi-Cal:  
1-800-322-6384

Si considera que lo han discriminado basándose en su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles en la oficina de derechos civiles del departamento de salud y servicios humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Puede hacerlo en forma electrónica a través del portal de quejas de la oficina de derechos civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o bien, puede hacerlo por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health  
and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, TTY 1-800-537-7697

Puede obtener el formulario de quejas en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Este documento cumple con la sección 508 de estándares de accesibilidad. Esta publicación también se puede obtener en el sistema Braille, impreso en letra grande y otros formatos electrónicos, como respuesta a la solicitud de adaptaciones presentada por una persona calificada que tenga una discapacidad. Para solicitar una copia de esta publicación en otro formato, llame a la división de elegibilidad de Medi-Cal al **1-916-552-9200 (TTY 1-800-735-2929)** o envíe un correo electrónico a [MCED@dhcs.ca.gov](mailto:MCED@dhcs.ca.gov).

## Asistencia en otros idiomas

Attention: If you speak English, you can call 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) for free help in your language. Call your local county office for eligibility issues or questions. (English)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فيمكنك الاتصال برقم المساعدة المجانية بلغتك. اتصل بمكتب المقاطعة المحلي للمشكلات أو الأسئلة المتعلقة بالتأهل. (Arabic)

Ուշադրություն: Եթե Դուք հայերեն եք խոսում, կարող եք զանգահարել 1-800-541-5555

(TDD 1-800-430-7077) և անվճար օգնություն ստանալ և Զեր լեզվով: Իրավասություն Գեո կապակցված խնդիրների կամ հարցերի դեպքում զանգահարեք Զեր շրջանային գրասենյակ: (Armenian)

សម្គាល់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ ជាភាសារបស់អ្នក។ ទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកសម្រាប់បញ្ហាទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបានសេវា ឬក្នុងករណីមានសំណួរណាមួយ។ (Cambodian)

注意: 如果您使用中文, 請撥打1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) 免費獲得以您所用語言提供的協助。關於資格的爭議或問題請致電您所在縣的辦事處。(Chinese)

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، می توانید برای دریافت کمک رایگان به زبان خود با شماره 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) تماس بگیرید. برای مسائل مربوط به صلاحیت یا سوالات، با دفتر محلی شهرستان خود تماس بگیرید. (Farsi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषी हैं, तो आप अपनी भाषा में नि:शुल्क सहायता के लिए 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) पर कॉल कर सकते हैं। योग्यता संबंधी समस्याओं या प्रश्नों के लिए अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय को कॉल करें। (Hindi)

Lus Ceeb Toom: Yog tias koj hais lus Hmoob, koj tuaj yeem hu rau tus xov tooj 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) kom tau kev pab koj dawb ua koj hom lus. Hu rau lub chaw lis dej num hauv koj lub nroog txog cov teeb meem kev tsim nyog tau txais kev pab los yog cov lus nug. (Hmong)

注意: ご希望により、1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) へお電話いただければ日本語で対応いたします。有資格問題または質問などは、地域の代理店までお電話ください。(Japanese)

주의: 한국어를 말하면, 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) 번으로 무료로 도움을 받으실 수 있습니다. 적격 문제 또는 질문은 해당 지역 카운티 사무소에 문의하십시오. (Korean)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໂທຫາເບີ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຟຣີໃນພາສາຂອງທ່ານ. ໂທຫາຫ້ອງການເຂດໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ມີຄໍາຖາມອື່ນໆ. (Laotian)

Waac-mbungh: Se gorngv meih gongv mien waac nor, maaiv zuqc cuotv nyaanh gunv korh waac mingh taux 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) yiem wuov maaih mienh tengx faan waac bun meih hiuv duv. Gunv korh waac taux meih nyei kaau dih nyei mienh, Se gorngv meih oix hiuv taux, meih maaih fai maaiv maaih ndaam-dorngh leiz puix duqv ziqv nyei buanc. (Mien)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮੁਫਤ ਸਹਾਇਤਾ ਪਾਉਣ ਲਈ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਪਾਤਰਤਾ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਵਾਦਾਂ ਜਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਲਈ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

Внимание: Если Вы говорите по-русски, Вы можете позвонить по номеру 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077), чтобы получить бесплатную помощь на Вашем языке. Позвоните в Ваш местный окружной офис по вопросам или проблемам, связанным с соответствием требованиям. (Russian)

Atención: Si usted habla español puede llamar al 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) para obtener ayuda gratuita en su idioma. Llame a la oficina local de su condado si tiene algún problema o alguna pregunta sobre elegibilidad. (Spanish)

Atensiyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang tumawag sa 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) para sa libreng tulong sa wika mo. Tawagan ang lokal mong tanggapan sa county para sa mga isyu sa pagiging nararapat o mga tanong. (Tagalog)

โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถโทรศัพท์ไปที่เบอร์ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) เพื่อรับความช่วยเหลือในภาษาของท่านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กรุณาโทรศัพท์หาสำนักงานประจำท้องถิ่นของท่านเพื่อสอบถามเกี่ยวกับสิทธิ์ของท่าน (Thai)

Увага: Якщо ви розмовляєте українською, ви можете зателефонувати за номером 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077), щоб отримати безкоштовну допомогу Вашою мовою. З питань стосовно права на пільги та іншої інформації, телефонуйте до вашого місцевого окружного офісу. (Ukrainian)

Lưu ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, quý vị có thể gọi 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) để được trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của mình. Hãy gọi văn phòng quận địa phương của quý vị nếu có các vấn đề hoặc thắc mắc về tính đủ điều kiện. (Vietnamese)

California Department of  
Health Care Services  
1501 Capitol Avenue  
Sacramento, CA 95814

PUB 68 | Elaborado por el DHCS  
Office of Communications



**PUB 68 SPA (0219) | myMedi-Cal**  
Department of Health Care Services  
dhcs.ca.gov



## Servicios de Medi-Cal para Niños y Adultos Jóvenes:

### Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (Early & Periodic Screening, Diagnosis & Treatment-EPSDT) Servicios de Salud Mental

---

**Este aviso es para niños y adultos jóvenes (menores de 21 años) que califican para recibir servicios de EPSDT de Medi-Cal y para sus cuidadores o tutores**

---

#### ¿Qué son los Servicios de EPSDT?

- Los servicios de salud mental de EPSDT son servicios de Medi-Cal que corrigen o mejoran problemas de salud mental que su doctor u otro proveedor de atención de la salud haya notado, aún en aquellos casos en que el problema de salud no desaparecerá por completo. Los departamentos de salud mental del condado proporcionan los servicios de salud mental de EPSDT.
- Estos problemas podrían incluir tristeza, nerviosismo o ira, los cuales pueden hacer su vida difícil.
- **Usted debe ser menor de 21 años de edad y contar con la cobertura completa de Medi-Cal para recibir estos servicios.**

#### Cómo obtener Servicios de EPSDT para usted (si es menor de 21 años) o para su hijo

Pregunte a su doctor o clínica acerca de los servicios de EPSDT. Usted o su hijo podría recibir estos servicios si usted y su doctor, u otro proveedor de atención de salud, clínica (tales como el Child Health and Disability Prevention Program), o un departamento de salud mental del condado están de acuerdo en que usted o su hijo los necesita. Usted también podría llamar directamente a su departamento de salud mental del condado. La llamada es gratuita.

#### Tipos de Servicios de EPSDT

Algunos de los servicios que usted puede obtener a través de su departamento de salud mental del condado son:

- Terapia individual
- Terapia de grupo
- Terapia familiar
- Asesoría en casos de crisis
- Administración de casos
- Programas de día especiales
- Medicación para su salud mental

Los servicios de asesoría y terapia se podrían proporcionar en su hogar, en la comunidad o en otra ubicación.

Su departamento de salud mental del condado y su doctor o proveedor decidirán si los servicios que usted solicita son médicamente necesarios.

#### Los departamentos de salud mental del condado tienen que aprobar sus servicios de EPSDT.

Cada departamento de salud mental del condado tiene un número de teléfono gratuito al cual usted puede llamar para pedir más información y para solicitar los servicios de salud mental de EPSDT.

#### ¿Qué son los Therapeutic Behavioral Services de EPSDT?

Los Therapeutic Behavioral Services (TBS) son un servicio especializado de salud mental de EPSDT.

Los TBS ayudan a niños y adultos jóvenes que:

- Tienen problemas emocionales severos;
- Viven en una institución de salud mental o están en riesgo de ser ubicados en una de ellas; o
- Han sido hospitalizados recientemente debido a problemas de salud mental o están en riesgo de hospitalización psiquiátrica.

Si usted recibe otros servicios de salud mental y aún se siente muy triste, nervioso o enojado, usted podría tener acceso a un asistente de salud mental capacitado para ayudarlo. Esta persona podría ayudarlo cuando usted tiene problemas que pueden causarle enojo, disgusto o tristeza. Esta persona podría visitar su hogar, el centro donde vive o acompañarlo en sus actividades en la comunidad.

El departamento de salud mental de su condado puede indicarle cómo pedir una evaluación para ver si usted necesita servicios de salud mental, incluyendo los TBS.

## **¿Con quién puedo hablar acerca de los servicios de salud mental de EPSDT?**

Su doctor, psicólogo, consejero, trabajador social u otro proveedor de servicios sociales o de salud puede ayudarle a encontrar servicios de salud mental de EPSDT. En el caso de niños y adultos jóvenes que viven en un centro o instalaciones residenciales, hable con el personal acerca de los servicios adicionales de EPSDT.

Para niños en crianza temporal, consulte con el abogado del niño que ha sido nombrado por la corte. Usted también puede llamar directamente a su departamento de salud mental del condado. (Busque en su guía telefónica el número gratuito o llame a la Oficina de Servicios de Mediación para la Salud Mental del Department of Health Care Services).

## **¿Qué pasa si el departamento de salud mental de mi condado no me brinda los servicios que quiero?**

Puede presentar una apelación en el departamento de salud mental de su condado si ellos le niegan los servicios de EPSDT solicitados por su doctor o proveedor. Usted también podría presentar una apelación si usted piensa que necesita servicios de salud mental y su proveedor o el departamento de salud mental del condado no está de acuerdo.

Llame al número gratuito del departamento de salud mental del condado para hablar con un coordinador de Resolución de Problemas (queja/apelación) para pedir información y ayuda. Usted también podría llamar al defensor de los derechos de los pacientes en el condado o a la Oficina de Servicios de Mediación para la Salud Mental del Department of Health Care Services.

Puede pedir una audiencia estatal dentro de los 90 días después de haber agotado el proceso de apelación ante el departamento de salud mental del condado mediante una de las acciones siguientes:

- **Llamar al:** 1-800-952-5253, o para TTY 1-800-952-8349;
- **Enviar Fax:** 916-651-5210; o al 916-651-2789
- **Escribir a:** California Department of Social Services, State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430.

## **¿Dónde puedo obtener información?**

Para más información por favor comuníquese con las siguientes oficinas a través de los números de teléfono que aparecen a continuación.

### **Número de acceso gratuito del Departamento de Salud Mental del Condado**

Busque en su guía telefónica local

### **La Oficina de Servicios de Mediación para la Salud Mental del Department of Health Care Services**

1-800-896-4042

### **Sitio web del Department of Health Care Services**

[www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)

Para encontrar información adicional acerca de la salud mental y los EPSDT, visite las páginas web siguientes:

[www.dhcs.ca.gov/services/mh](http://www.dhcs.ca.gov/services/mh)

[www.dhcs.ca.gov/services/mh/pages/EPSDT.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/mh/pages/EPSDT.aspx)

## QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

Si usted cree que ha sido víctima de discriminación, puede presentar una queja. La oficina específica en la cual tiene que presentar su queja depende de qué programa se trata su queja.

**Para todos los programas administrados por la oficina de su condado:** Pídale a la oficina del condado el nombre, la dirección y el número de teléfono de su coordinador de derechos civiles. El Condado investigará su queja independientemente.

### **Para Covered California:**

Civil Rights Coordinator Covered California  
PO Box 989725  
West Sacramento, CA 95789  
(916) 228-8764

[CivilRights@covered.ca.gov](mailto:CivilRights@covered.ca.gov)

### **Para el Programa Medi-Cal y el Programa Dental de Medi-Cal:**

Puede contactar al coordinador de derechos civiles del condado, el Departamento de Servicios para el Ciudadano de la Salud del Estado o el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos.

Department of Health Care Services,  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
(916) 440-7370 or 711 (Calif. Relay Service)  
[CivilRights@dhs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhs.ca.gov)

### **Para todos los demás programas estatales cubiertos por este folleto:**

Civil Rights Unit  
California Department of Social Services  
P.O. Box 944243, M/S 8-16-70  
Sacramento, CA 94244-2430  
(866) 741-8241 (gratuito)  
[crb@dss.ca.gov](mailto:crb@dss.ca.gov)

### **Para presentar una queja de CalFresh ante la agencia federal:**

United States Department of Agriculture Director,  
Office of Adjudication  
1400 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410  
(866) 632-9992 (gratuito) o (202) 280-1028  
(800) 877-8339 (discapacidades auditivas)  
[program\\_intake@usda.gov](mailto:program_intake@usda.gov)

**Para presentar una queja ante una agencia federal:**  
Solamente para discriminación basada en raza, color, origen nacional, discapacidad, edad o sexo:

Centralized Case Management Operation  
US Dept. Health and Human Services  
200 Independence Ave.,  
S.W. Room 509F HHH Bldg.  
Washington DC, 20201

Presente una queja en línea en:  
[Portal de quejas de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.](#)

(800) 368-1019 (gratuito)  
(800) 537-7697 (discapacidades auditivas)

### **Límites de tiempo para una queja de discriminación**

Tiene que presentar una queja de discriminación dentro de 180 días a partir de la fecha en que fue discriminado.

Si la discriminación también afectó la cantidad de sus beneficios o servicios, pida una audiencia.

*Una investigación de discriminación no puede cambiar la cantidad de sus beneficios o servicios. Solamente una audiencia con el Estado puede hacer eso.*

Tiene 90 días a partir de la fecha del aviso sobre sus beneficios para pedir una audiencia. Si usted pide una audiencia después de que haya pasado ese tiempo, un juez decidirá si puede tener una audiencia.

### **PROGRAMAS CUBIERTOS EN ESTE FOLLETO**

- Programa de Asistencia para Adopciones (AAP)
- Programa de Alcohol y Drogas (ADP)
- Programa de California para la Asistencia Alimentaria (CFAP)
- CalWORKs
- Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAP)
- CalFresh (Estampillas para comida)
- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Elegibilidad para Covered California
- Servicios para el bienestar infantil (*child welfare*) / crianza temporal (*foster care*)
- Programas de vivienda a través de las oficinas de servicios sociales del condado
- Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)
- Programa de Pagos de Asistencia para Parientes que Son Tutores Legales de un Menor (KinGAP)
- Medi-Cal – Programa Dental de Medi-Cal
- Asistencia Monetaria para Refugiados
- Aprobaciones de Familias de Apoyo (RFA)
- Programa de opciones de Financiación para Cuidadores Aprobados que Son Parientes (ARC)
- Asignación para animales de servicio



State of California  
(Estado de California)

Health & Human Services Agency  
(Secretaría de Salud y Servicios Humanos)

Department of Social Services  
(Departamento de Servicios Sociales)

Este folleto está disponible en los siguientes idiomas en la oficina de bienestar público de su condado y en [sitio web del CDDS](#):

- Árabe
- Armenio
- Camboyano
- Chino
- Farsi
- Hmong
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Mien
- Portugués
- Punjabi
- Ruso
- Español
- Tagalo
- Ucraniano
- Vietnamita

También está disponible gratuitamente en una versión de letra grande, en Braille y grabada en CD.

Este folleto explica sus derechos, cómo solicitar asistencia en otro idioma o adaptaciones razonables para una discapacidad o impedimento, y cómo presentar una queja por discriminación.

# SUS DERECHOS

BAJO LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA DE CALIFORNIA



..... para las personas que solicitan o reciben asistencia pública en California



Díganos si necesita ayuda debido a una discapacidad.



Pida un intérprete gratis

Las oficinas de asistencia pública cumplen con las leyes federales y estatales, y no pueden discriminar, excluir o proporcionarle asistencia, beneficios u otros servicios que sean diferentes de los que se proporcionan a otros

## SUS DERECHOS

Todas las personas y organizaciones que proporcionen asistencia pública tienen que respetar los derechos que usted tiene. Le pueden ayudar a entender y solicitar beneficios y servicios.

Usted tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete.

- يحق لك الحصول على مترجم فوري مجاناً
- "Ἡμερ ἡμῶν ἐσθ' ἰσοπεδιστικὴ ἡμερῶν ἡμῶν"
- မှန်ကန်စွာလူငယ်တို့အတွက်အခမဲ့အကူအညီအကူအညီများကိုရရှိရမည်။
- 您有權免費獲得口譯員。
- شما حق دارید یک مترجم رایگان دریافت کنید
- Koj muaj bxoj cai kom tus neeg bxhais lus tsis raug them nqi
- あなたには無料の通訳をもらう権利があります
- 귀하는 통역사를 무료로 이용할 권리가 있습니다
- ທ່ານມີອິດທິພົນບາງອາດສາມາດໄດ້ຮັບບໍ່ຄ່າເສຍຄ່າ
- mula sa nakasulat na ingles hanggang sa nakasulat
- Você tem direito a um intérprete, gratuitamente
- ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੁਬਾਰਾ ਸੇਵਾ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਮੁਫਤ
- Вы имеете право на бесплатные услуги переводчика
- Tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete
- May karapatan ka sa isang tagasalin, nang walang bayad
- Ви маёте право на перекладача безкоштовно
- Bạn có quyền phiên dịch, miễn phí

Solicite asistencia con el idioma a la oficina responsable de sus beneficios o servicios.

### USTED TIENE DERECHO A:

1. Entender lo que está pasando con su solicitud o beneficios.
2. Obtener explicaciones, por escrito y orales, sobre su solicitud o beneficios. Tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete para poder entender esta información. Solicite asistencia en otro idioma a la oficina responsable de sus beneficios/servicios.
3. Si la oficina estatal tiene la explicación por escrito en otros idiomas aparte del inglés usted tiene derecho a obtener esta información en esos idiomas.

4. Obtener un recibo para cada documento que entregue en persona.
5. Ver el expediente de su caso
6. Ver las leyes y reglamentos sobre su programa.
7. Pedirle a un juez que revise cualquier decisión de la oficina estatal sobre su elegibilidad, beneficios o servicios.
8. No ser discriminado al solicitar o recibir beneficios o servicios de un programa.
9. Presentar una queja de discriminación.
10. Obtener "adaptaciones razonables" si es que tiene una discapacidad o un impedimento. Esta es una ayuda especial para que usted pueda acceder al programa o participar en él.
11. Mantener su información confidencial.
12. Ser tratado con cortesía y respeto.

### SI TIENE PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS O SERVICIOS:

Mantenga un expediente de toda su información, todos sus documentos y cualquier contacto que haya tenido con la oficina.

Obtenga un recibo para cada documento que entregue.

Otra persona puede acompañarle cuando usted tenga una cita con la oficina.

Puede presentar una queja. Hay 4 maneras de hacer esto:

**Queja informal:** Puede pedir hablar con un supervisor sobre problemas que tenga con un trabajador o para revisar las reglas y la acción que se va a tomar en relación con sus beneficios o servicios.

**Audiencia con el Estado:** Solicite una audiencia con el Estado si no está de acuerdo con una acción o inacción de la oficina sobre sus beneficios o servicios. Debe solicitar una audiencia antes de que pasen 90 días a partir de la fecha del aviso de la oficina sobre los beneficios o servicios. Si solicita una audiencia después de 90 días, un juez deberá determinar si usted tiene un motivo justificado por solicitarla tarde, como una enfermedad o discapacidad.

**Queja de discriminación:** Vea la sección de Quejas de discriminación de este folleto.

**Reclamación (grievance):** Puede presentar una queja con la oficina si tiene un procedimiento para presentar quejas\*.

**\*Esto no protege sus beneficios de la misma manera que lo hace el pedir una audiencia con el Estado.**

### AUDIENCIAS CON EL ESTADO

También puede solicitar una audiencia con el Estado si la oficina del condado no le da los beneficios o servicios que cree que puede recibir. Vea el PUB 412 para obtener información sobre audiencias con el Estado.

**Si su problema es con el Programa de Asistencia General** o la ayuda general, debe solicitar una audiencia con el condado.

**Si su problema es con sus beneficios de Seguro Social**, debe comunicarse con la Administración del Seguro Social.

### CÓMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

**Sistema para la Administración de Casos de Apelación en línea (Appeals Case Management System Online) (inglés)** - Puede crear una cuenta para obtener toda la información de su apelación en línea, o entregar una solicitud en línea sin una cuenta.

Teléfono: 1-800-743-8525  
Email: [SHDCSU@dss.ca.gov](mailto:SHDCSU@dss.ca.gov)  
Fax: 833-281-0905  
Correo: State Hearings Division  
PO Box 944243, MS 21-37  
Sacramento, CA 94244-2430

### AUDIENCIAS ACELERADAS

Si tiene un problema urgente, puede solicitar una audiencia "acelerada" para que la audiencia se lleve a cabo más pronto. Para Medi-Cal, esto es cuando la programación regular de audiencias podría poner en riesgo la vida o la salud física o mental del participante.

### LA DISCRIMINACIÓN ESTÁ PROHIBIDA

Bajo las leyes estatales, las oficinas de asistencia pública no pueden denegarles beneficios o servicios o proporcionarles asistencia que es diferente a la que proporcionan a otras personas basándose en su:

*raza, color, ascendencia, origen nacional (incluyendo su idioma), grupo étnico, edad, discapacidad física o mental, afeción médica, religión, sexo, género, identidad o expresión de género, orientación sexual, estado civil, relación doméstica, afiliación política, ciudadanía, estado migratorio e información genética.*

Las leyes federales también prohíben la discriminación basada en algunas, aunque no todas, de las razones antes mencionadas. Las leyes federales también prohíben:

El demorar o denegar la colocación de un niño para su adopción o su ingreso en un hogar de crianza temporal basándose en la raza, el color o el origen nacional del niño o de los padres adoptivos / de crianza temporal;

El denegarle a cualquier persona la oportunidad de hacerse padre/madre adoptivo o de crianza temporal basándose en la raza, el color o el origen nacional del niño o de la persona involucrado.

### EJEMPLOS DE DISCRIMINACIÓN

La oficina del condado no le proporciona un intérprete gratuito.

Un trabajador comparte información sobre programas y servicios con un grupo étnico específico, pero no con otros grupos étnicos.

El condado no le ayuda a obtener versiones de información escrita en letra grande o Braille para ayudarle con una discapacidad visual.

Un trabajador se entera de su religión u orientación sexual y después lo trata de manera diferente.

No puede asistir a citas porque la oficina del condado no tiene un elevador y usted tiene una discapacidad que limita su uso de las escaleras.

No puede pasar su silla de ruedas a los baños o a las salas de examen o de entrevistas.

El condado no quiere que reciba capacitación porque dice que usted es "demasiado mayor".

### ADAPTACIONES RAZONABLES: ASISTENCIA ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

Una persona con una discapacidad física o mental tiene derecho a una adaptación razonable gratuita de una agencia gubernamental para ayudarla a acceder a y participar en programas y servicios. Si tiene una discapacidad y necesita asistencia adicional, debería pedirle a la oficina local o estatal responsable de su solicitud o beneficios/servicios. La oficina debe trabajar con usted para determinar qué asistencia necesita. Si la oficina le deniega una adaptación, debe darle un aviso por escrito indicando el motivo de la denegación. El aviso debe enumerar sus derechos de apelación.

## ¿Usted tiene cáncer de seno o cervix? ¿Le preocupa cómo pagar el tratamiento?

Usted podría calificar para un programa especial de Medi-Cal para personas con cáncer de seno, cáncer de cervix, o los dos. Si usted es elegible, el programa cubrirá su tratamiento. El programa se llama Programa de Tratamiento del Cáncer de Seno y Cervix, o “BCCTP”.

Las personas de todas las edades, estatus migratorios e identidades de género podrían calificar para BCCTP. Usted podría calificar aunque no haya podido obtener Medi-Cal anteriormente o que su Medi-Cal haya terminado. También podría calificar si usted tiene otro seguro de salud.

Usted debe tener un diagnóstico de cáncer pre-cervical, de cervix, o de seno y necesita tratamiento o cuidados de seguimiento. Usted también debe vivir en California y cumplir con ciertos requisitos de ingresos.

### ► Hay 2 maneras de solicitar el Programa de Tratamiento del Cáncer de Seno y Cervix (BCCTP).

**1. Hable con su médico.** Pregúnte si participa en los programas *Every Woman Counts* o *Family PACT*. Si participa, le puede ayudar a solicitar por usted. Muchos médicos en todo California participan en estos programas.

Si usted quiere ayuda para encontrar un médico que participe, usted puede:

Comunicarse con *Every Woman Counts* para encontrar un médico de cáncer de seno o cervix cerca de usted.

☎ Llame: (800) 511-2300

🌐 Vaya a: [www.dhcs.ca.gov/services/cancer/EWC/Pages/ewc-clinic-locator.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/cancer/EWC/Pages/ewc-clinic-locator.aspx)

Comunicarse con *Family PACT* para encontrar un médico de cáncer de cervix cerca de usted.

☎ Llame: (916) 650-0414

**2. Hable con un trabajador de elegibilidad del condado.** Dígame que usted tiene cáncer de seno o de cervix y que quiere inscribirse en BCCTP.

El trabajador de elegibilidad del condado enviará su información a un

especialista de elegibilidad de BCCTP. El especialista de elegibilidad de BCCTP le avisará por correo si le aprobaron BCCTP o no.

El trabajador de elegibilidad del condado también revisará si usted es elegible para Medi-Cal. Le avisarán por correo si le aprobaron Medi-Cal o no.

📡 Obtenga más información en [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/BCCTP.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/BCCTP.aspx)

MC Info Notice 372 12/2021

## NOTICE OF LANGUAGE SERVICES

Your eligibility for public benefits could be affected by information contained in this letter. Your response may be required by a certain date. If you need additional help with this information, you can call your county worker. You have the right to ask for help in your own language. There is no cost for this help.

*(English)*

Su elegibilidad para recibir beneficios públicos podría ser afectada por la información contenida en esta carta. Su respuesta podría ser requerida antes de cierta fecha. Si necesita ayuda adicional con esta información, llame a su trabajador del condado. Tiene el derecho a pedir ayuda en su propio idioma. No hay ningún costo para esta ayuda.

*(Spanish)*

قد تتأثر أهليتك للحصول على المزايا العامة بالمعلومات الواردة في هذه الرسالة. قد يكون ردك مطلوبًا بحلول تاريخ معين. إذا احتجت إلى مساعدة إضافية لفهم هذه المعلومات، فيمكنك الاتصال بمسؤول الملف في مقاطعتك. لديك الحق في طلب المساعدة بلغتك. لا توجد تكلفة مقابل هذه المساعدة.

*(Arabic)*

Այս նամակում պարունակվող տեղեկությունները կարող են ազդել սեփական նպաստներ ստանալու Ձեր իրավասություն վրա: Ձեր պատասխանը կարող է պահանջվել մինչև որոշակի ամսաթիվը: Եթե Ձեզ այս տեղեկությունների հետ կապված լրացուցիչ օգնություն է հարկավոր, կարող եք դիմել Ձեր վարչաշրջանի աշխատակցին: Դուք իրավունք ունեք Ձեր մայրենի լեզվով օգնություն ստանալու: Այդ ծառայությունն անվճար է:

*(Armenian)*

សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សាធារណៈរបស់អ្នក អាចត្រូវប៉ះពាល់ដោយសារព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុង លិខិតនេះ: ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចាំបាច់ត្រូវឱ្យបានតាមកាលកំណត់: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម ទាក់ទងនឹងព័ត៌មាននេះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់បុគ្គលិកធ្វើការនៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នក: អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំ ជំនួយភាសាកំណើតរបស់អ្នក: ការផ្តល់ជំនួយនេះពុំមានគិតថ្លៃនោះទេ: ។

*(Cambodian)*

您的公共福利资格可能会受到本信中所含信息的影响。您可能需要在特定日期内作出回应。如果您需要有关此信息的其他帮助，您可以致电所在区县的工作人员。您有权使用母语请求帮助，并無費获取该类帮助。

*(Chinese)*

صلاحیت شما برای برخورداری از مزایای عمومی ممکن است با اطلاعات مندرج در این نامه تحت تأثیر قرار بگیرد. ممکن است تا تاریخ معینی ملزم به دادن پاسخ باشید. اگر به کمک بیشتری نیاز دارید، می توانید با مددکار کانتی تان تماس بگیرید. شما حق دارید درخواست کنید که کمک به زبان خودتان ارائه شود. ارائه این کمک هزینه ای برای شما در بر ندارد.

*(Farsi)*

इस पत्र में दीये हुये जानकारी के कारण आपकी सार्वजनिक लाभों की योग्यता प्रभावित हो सकती है। एक निश्चित तिथि तक आपके उत्तर की आवश्यकता हो सकती है। यदि आपको इस जानकारी के सन्दर्भ में अतिरिक्त सहायता चाहिए तो अपने काउंटी कार्यकर्ता से संपर्क करें। आपको अपनी भाषा में सहायता की माँग करने का अधिकार है। इस सहायता के लिए कोई शुल्क नहीं लगता।

(Hindi)

Koj txoj kev pab los ntawm pej xeev cov kev pab cuam yuav cuam tshuam txog qhov muaj cai tau txais kev pab. Tej zaum koj yuav tsum teb rov qab mus raw li hnuv hais tseg. Yog koj tsis nkag siab cov ntaub ntawv no hu rau tus neeg pab lis hauv lwm hauv koj lub zos. Koj muaj txoj cai thov kev pab ua yog hais koj hom lus. Yuav tsis tau them nqi dab tsi rau qhov kev pab no.

(Hmong)

あなたの公的給付金の受領資格は、本文書に含まれる情報によって影響を及ぼされる可能性があります。回答を期限までに要請される可能性があります。本情報に関してさらに援助が必要な場合は、郡の職員にお電話にてお問い合わせください。言語支援サービスがご利用できます。このサービスは無料です。

(Japanese)

공공 혜택에 관한 귀하의 자격이 이 편지에 포함된 내용에 의해 영향을 받을 수 있습니다. 귀하께서는 정해진 날짜까지 이에 응답할 필요가 있을 수도 있습니다. 본 내용과 관련하여 도움이 필요하시면 카운티 담당 직원에게 연락하십시오. 귀하의 사용 언어로 도움을 요청하실 수 있는 권리가 있습니다. 도움 비용은 무료입니다.

(Korean)

ຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ ອາດໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກຂໍ້ມູນໃນຈົດໝາຍສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈຳຕ້ອງຕອບກັບຄືນພາຍໃນວັນທີທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບຂໍ້ມູນນີ້, ທ່ານສາມາດໂທຕິດຕໍ່ພະນັກງານປະຈຳຄາວເຖິງຂອງທ່ານໄດ້. ທ່ານມີສິດທິຈະຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃນການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອນີ້.

(Lao)

Meih duqv zipv naaiv zeiv waa-fienx bun taux meih se wueic laaix benx zuqc ninh yaac haih maaih jau-louc mingh ging-dongx taux meih nyei ze'buonc pui-zipv tengxx fu'loqc nyaanh aengx caux oix zuqc heuc meih dau waac daaux nqaang bun nzuonx hingh gan hnoi-nyieqc ziangh hoc.. Se gorngv meih maiv bieqc hnyouv taux naaiv deix waa-fienx jau-louc nor korh waac mingh buangh taux meih nyei kaau div gong-gorn zangc zoux gong mienh. Meih corc maaih do-leiz ze'buonc tov heuc tengx faan benx meih nyei mienh fingz waac bun muangx maiv zuqc cuotv haaix diuc jaa-zinh.

(Mien)

ਜਨਤਕ ਲਾਭ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਪੱਤਰ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਮੁਤਾਬਿਕ। ਇੱਕ ਖਾਸ ਤਾਰੀਖ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਹੋਰ ਵਾਧੂ ਮਦਦ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਇਲਾਕੇ ਦੇ ਵਰਕਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਇਹ ਮਦਦ ਮੁਫਤ ਹੈ।

(Punjabi)

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

---

Информация, содержащаяся в этом письме, может повлиять на Ваше право получать государственные пособия. Возможно, Вам необходимо будет предоставить ответ до определенной даты. Если Вам нужна дополнительная помощь в связи с этой информацией, обратитесь к сотруднику администрации округа. У Вас есть право обратиться за помощью на Вашем родном языке. Эта помощь оказывается бесплатно.

*(Russian)*

การมีคุณสมบัติที่จะได้รับเลือกผลประโยชน์ของภาครัฐของคุณมีผลกระทบจากข้อมูลในจดหมายฉบับนี้ การตอบ )  
รับของคุณจะต้องทำภายในเวลาที่กำหนด หากคุณต้องการความช่วยเหลือจากข้อมูลนี้ คุณสามารถติดต่อกับ )  
พนักงานในท้องที่ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอความช่วยเหลือโดยใช้ภาษาของคุณ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการขอความช่วยเหลือ )  
ครั้งนี้

*(Thai)*

Ang iyong pagiging karapat-dapat para sa mga pampublikong benepisyo ay maaaring makaapekto sa impormasyong nilalaman ng liham na ito. Ang iyong tugon ay maaaring kailanganin sa pagsapit ng partikular na petsa. Kung kailangan mo ng karagdagang tulong sa impormasyong ito, maaari mong tawagan ang iyong manggagawa sa county. May karapatan kang humingi ng tulong sa sarili mong wika. Walang gagastusin para sa tulong na ito.

*(Tagalog)*

Інформація, яку надано цим листом, може вплинути на Ваші умови отримання допомоги по соціальному забезпеченню. Вона також може вимагати від вас відповіді не пізніше певної дати. Якщо Ви потребуєте додаткової допомоги відносно наданої інформації, зателефонуйте працівнику місцевої служби. Ви маєте право на отримання безкоштовних послуг перекладача.

*(Ukrainian)*

Tính đủ điều kiện nhận các phúc lợi công cộng của quý vị có thể bị ảnh hưởng bởi thông tin có trong thư này. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị hồi đáp trước một ngày cụ thể. Nếu quý vị cần thêm trợ giúp với thông tin này, quý vị có thể gọi đến nhân viên tại quận hạt của quý vị. Quý vị có quyền yêu cầu trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị. Quý vị không mất chi phí khi nhận sự trợ giúp này.

*(Vietnamese)*

## ¿Qué comenta la gente acerca de WIC?



“¡WIC ofrece mucho más ahora con las frutas y verduras frescas y los granos integrales!”

— *Raquel, Redding*



“WIC nos mantiene comiendo saludable”.

— *Robert, Fresno*



“Hubo un tiempo en el que el dinero no alcanzaba... y este programa me ayudó mucho”.

— *Sara, Los Angeles*



“Gracias... por el apoyo en la lactancia y por la información útil que recibimos durante el programa”.

— *Susan, Oakland*

## ¿Cómo puede WIC funcionar para usted?



WIC cuenta con oficinas en todo California. Llame a su oficina local de WIC para hacer una cita y para conocer los centros cerca de usted. ¡Muchas oficinas locales de WIC están abiertas por las tardes y los sábados para las familias trabajadoras!



Su agencia local de WIC es:

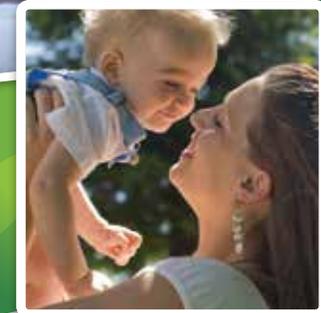
Para encontrar la oficina de WIC más cercana, también puede llamar al teléfono gratuito **1-888-WIC-WORKS (1-888-942-9675)** o visitar el sitio web **www.wicworks.ca.gov**.

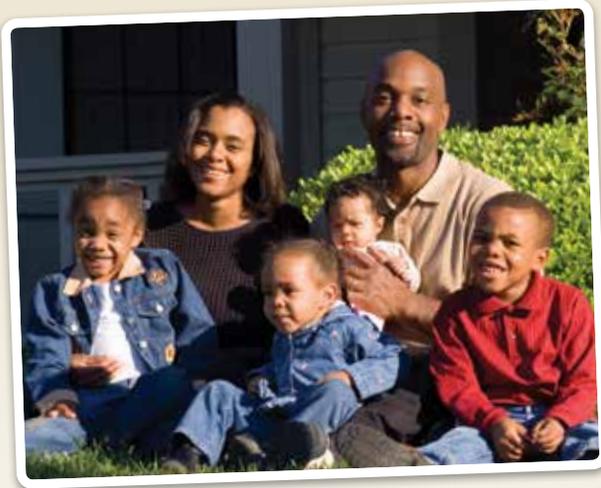


Departamento de Salud Pública de California, Programa de WIC de California  
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

1-800-852-5770 #910170 Spanish Rev 11/14

Las familias de  
*California*  
crecen sanas  
con WIC





*Usted trabaja duro para criar una familia saludable. Deje que WIC le ayude.*

## ¿Qué es WIC?

El programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC) es un programa de nutrición que ayuda a mujeres embarazadas, madres con bebés, bebés y niños pequeños a comer bien, estar activos y mantenerse sanos.

¡El valor promedio en efectivo de los cheques de WIC por participante es de aproximadamente 62 dólares al mes!



## ¿Qué ofrece WIC?

- » **Educación sobre la nutrición y la salud.** La información cubierta incluye: nutrición prenatal, lactancia materna, la alimentación de su hijo, consejos para padres y mucho, mucho más.
- » **Educación y apoyo para los bebés que toman pecho.** Este apoyo puede incluir clases grupales, apoyo personal por parte de un asesor o especialista en lactancia y el préstamo de un sacaleches.
- » **Cheques mensuales para comprar alimentos saludables, como:**
  - ✓ leche
  - ✓ frutas y verduras
  - ✓ jugo
  - ✓ huevos
  - ✓ queso
  - ✓ cereal
  - ✓ frijoles o chícharos secos
  - ✓ crema de cacahuete
  - ✓ atún o salmón enlatado
  - ✓ panes de granos integrales, tortillas o arroz integral
  - ✓ comida para bebés
  - ✓ fórmula para bebés
  - ✓ tofu y leche de soya
- » **Ayuda para encontrar atención médica y otros servicios de la comunidad.**



**¡Las familias que trabajan y los trabajadores migrantes son bienvenidos!**

## Usted puede participar en WIC de California si:

- » está embarazada,
- » está dando pecho a un bebé menor de 1 año,
- » acaba de tener un bebé en los últimos 6 meses,
- » tiene niños menores de 5 años, incluyendo niños que son cuidados por un padre soltero, abuelo, padre adoptivo, padrastro o guardián, o
- » tiene un ingreso familiar que entra dentro de las pautas de WIC.

## Visite nuestro sitio web:

[www.wicworks.ca.gov](http://www.wicworks.ca.gov)

para conocer las últimas pautas sobre los ingresos y para encontrar su oficina local de WIC.



## CMSP Benefit Program

If you've been denied Medi-Cal coverage, you may still be eligible for health benefits. Ask your county eligibility worker about CMSP.

### CMSP Eligibility Rules

- Adults aged 21 to 64
- Must live in a CMSP County
- No citizenship requirement
- Income up to 300% FPL (Federal Poverty Level)
- Personal assets valued up to:
  - \$20,000 for household of 1
  - \$30,000 for household of 2
  - Additional \$1,500 for each additional household member after 2
- Cannot be eligible for Medi-Cal or Medicare

### CMSP Covered Benefits

Summary of benefits. Share of cost, certain limitations, & restrictions may apply. Please see member guide for details.

-  **Primary & Preventative Care**  
No cost primary care benefits including check ups & doctor visits for sickness, injuries, or other concerns
-  **Emergency Services & Hospitalization**  
Ambulance, emergency room services, & approved hospital stays
-  **Dental**  
Teeth cleanings, restorative & other specified dental services
-  **Vision**  
Eye exams & prescription glasses
-  **Mental Health & Substance Use Disorder Services**  
Counseling & treatment
-  **Outpatient Services**  
Physical & occupational therapy, lab services, & x-rays
-  **Prescription Coverage**  
Certain prescriptions may be subject to \$5 copay with a maximum of \$1500 in prescription drug benefits per eligibility period

Contact your County Social Services Department to apply:

1-877-652-0731

To learn more about CMSP's benefit programs, visit <http://careinreach.com/>

## Programa de Beneficios de CMSP

Si te han negado la cobertura de Medi-Cal, aún puedes ser elegible para obtener beneficios de salud. Consulta a un trabajador de elegibilidad de tu condado acerca de la cobertura de salud de CMSP.

### Reglas de elegibilidad de CMSP

- Tienes que tener entre 21 a 64 años
- Debes vivir en un condado que ofrezca los programas de CMSP
- No se requiere que seas ciudadano estadounidense
- Tienes que tener un ingreso de hasta 300% basado en el FPL (Federal Poverty Level o Nivel Federal de Pobreza)
- Tus bienes personales deben estar valuados hasta:
  - \$20,000 por hogares de 1 persona
  - \$30,000 por hogares de 2 personas
  - \$1,500 adicionales por cada miembro adicional en hogares de más de 2 personas
- No puedes ser elegible para Medi-Cal o Medicare

### Beneficios de Cobertura Médica de CMSP

Resumen de beneficios. Pueden aplicar ciertas limitaciones y restricciones. Para obtener más detalles, puedes consultar la guía para miembros:

-  **Cuidado Primario y Preventivo**  
Cuidados médicos primarios sin costo que incluyen chequeos y visitas al médico ya sea por enfermedad, lesiones u otras consultas
-  **Servicios de Emergencia y Hospitalización**  
Ambulancia, servicios de sala de emergencias y estadías hospitalarias aprobadas
-  **Odontología**  
Limpiezas dentales, restauración y otros servicios dentales especificados
-  **Visión**  
Exámenes de la vista y anteojos recetados
-  **Servicios de Salud Mental y Trastorno por Uso de Sustancias**  
Asesoramiento y tratamiento
-  **Servicios ambulatorios**  
Terapia física y ocupacional, servicios de laboratorio y radiografías
-  **Cobertura de recetas**  
Ciertas recetas médicas pueden estar sujetas a un copago de \$5 con un máximo de \$1500 en beneficios de medicamentos recetados por un determinado período de elegibilidad

Contacta al Servicio Social de tu Condado para aplicar:

1-877-652-0731

Para obtener más información sobre los beneficios de los programas de CMSP, visita <http://saludalalcance.com/>

# INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO (CMSP)

DEBE COMPRENDER QUE EL CMSP NO ES MEDI-CAL Y NO ES UN SEGURO.

## Resumen de los beneficios del CMSP

*Pueden ser de aplicación los requerimientos de autorización previa, las normas relativas a las necesidades médicas y clínicas, los requisitos de red de prestadores o los límites del beneficio.*

- Cuidados intensivos para pacientes hospitalizados
- Servicios diurnos de cuidado de salud de adultos
- Servicios de audiología
- Sangre y derivados sanguíneos
- Servicios de hemodiálisis crónica
- Servicios dentales específicos
- Equipos médicos duraderos
- Servicios de ambulancia aérea y terrestre de emergencia
- Audífonos
- Servicios de agencias de salud en el hogar
- Servicios hospitalarios para pacientes externos
- Servicios de laboratorio y radiología
- Suministros médicos
- Transporte médico para casos que no sean de emergencia cuando sea necesario por razones médicas
- Servicios de terapia ocupacional
- Servicios clínicos para pacientes externos
- Servicios de desintoxicación de heroína para pacientes externos
- Servicios farmacéuticos prestados por farmacias de la red
- Servicios de fisioterapia
- Servicios de médicos
- Servicios de podología
- Aparatos de prótesis y ortesis
- Servicios psiquiátricos (para pacientes hospitalizados y externos) proporcionados por un psiquiatra de la red autorizado
- Servicios de logoterapia

## BENEFICIOS EXCLUIDOS:

El CMSP **no cubre** los siguientes servicios:

- Servicios relacionados con el embarazo (contacte a la oficina de elegibilidad del condado), servicios de infertilidad (contacte a F-PACT), servicios de cuidados de largo plazo (contacte a la oficina de elegibilidad del condado), servicios quiroprácticos, servicios de acupuntura, servicios cosméticos, servicios de reasignación sexual, servicios de la visión, mantenimiento de metadona y servicios de un psicólogo, trabajador social clínico autorizado (LCSW), terapeuta familiar y matrimonial (MFT) o consejero de personas con trastornos por el uso de drogas
- Todos los servicios provistos fuera del estado de California y de las zonas designadas de los estados fronterizos
- Servicios provistos por prestadores que no participan en la red del CMSP administrada por Advanced Medical Management (a excepción de los servicios de emergencia) y la red de farmacias de MedImpact Healthcare Systems
- Trasplantes de órganos para personas que reúnen los requisitos para recibir los servicios de emergencia del CMSP solamente bajo el código de ayuda 50

***Si necesita o desea ayuda médica que no está cubierta por el CMSP, deberá pagarla usted mismo o hacer otros arreglos con el respectivo prestador*** Póngase en contacto con el departamento de salud de su condado para obtener información acerca de otros recursos de atención sanitaria disponibles en su condado.

**CÓMO ENCONTRAR UN PRESTADOR:** Solo los prestadores que participan en la red Advanced Medical Management y la red de farmacias de MedImpact Healthcare Systems (MedImpact) para el CMSP reúnen los requisitos necesarios para poder facturar servicios que no sean de emergencia. Si su prestador no participa en una de estas redes y usted decide pagar para poder seguir recibiendo los servicios de ese prestador, el CMSP no puede reembolsarle el importe que pagó por esos servicios. La persona o el centro que presta la asistencia sanitaria **no** tiene que aceptar el CMSP. Averigüe si un prestador forma parte de la red Advanced Medical Management llamando al (877) 589-6807 **antes de** acudir por servicios que no sean de emergencia. Averigüe si una farmacia forma parte de la red de farmacias de MedImpact llamando al (800) 788-2949. Los pagos hechos a los prestadores se consideran pagos completos por los servicios que usted recibe, aunque estos pagos sean menores que lo que cobra normalmente el prestador. Aparte de la posibilidad de compartir los costos, usted no está obligado a pagar ninguna diferencia entre lo que cobra normalmente el prestador y la tasa de pago del CMSP.

**AUTORIZACIONES PREVIAS Y DETERMINACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA:** Algunos servicios del CMSP tienen restricciones o requieren aprobación de los administradores de los beneficios (Advanced Medical Management y MedImpact) antes de que los mismos sean autorizados para el pago. Su prestador de red participante es responsable de solicitar las aprobaciones necesarias. Los médicos que soliciten una autorización previa para los servicios médicos deben ponerse en contacto con Advanced Medical Management. Los dentistas que soliciten una autorización previa para los servicios dentales deben ponerse en contacto con Advanced Medical Management. Algunos servicios médicos y dentales también tienen restricciones, tales como límites o aprobación previa de la autorización.

El vademécum de medicamentos es una lista de medicamentos cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados del CMSP y está disponible en [www.cmspcounties.org](http://www.cmspcounties.org). Algunos medicamentos tienen restricciones, tales como límites de cantidad o aprobación previa de la autorización. Los médicos que soliciten autorización previa para los medicamentos seleccionados deben presentar un formulario de solicitud de medicamentos (Medication Request Form en inglés) a MedImpact. El período máximo de entrega para todos los medicamentos es una provisión de 30 días.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL CMSP (CONTINUACIÓN)

**PERÍODOS DE CERTIFICACIÓN:** El período de tiempo durante el cual usted tendrá derecho a recibir los beneficios del CMSP se limita a seis (6) meses, a partir de la fecha de la solicitud, para los servicios completos del CMSP y seis (6) meses si se trata solamente de los servicios de emergencia del CMSP. También se permite un mes de elegibilidad retroactiva. Se le notificará de este período limitado de certificación al inscribirse. Si usted necesita continuar con los servicios una vez finalizado su período de certificación, deberá volver a inscribirse en el CMSP.

**USO DE SU TARJETA:** Luego de su inscripción en el CMSP, recibirá una tarjeta plástica de identificación de beneficios del estado de California (BIC en inglés) y una tarjeta de identificación de CMSP. ***Siempre debe llevar consigo sus tarjetas de identificación BIC y mostrarlas a sus prestadores cuando reciba cuidados.*** Sus prestadores usarán la tarjeta plástica BIC para identificarlo y se encargarán de procesar sus costos compartidos, si los hubiere. Su prestador usará la tarjeta CMSP para facturar los servicios. En caso de emergencia, solicite atención médica inmediatamente, aunque no tenga sus tarjetas de identificación consigo. Recuerde decirle a su prestador que está cubierto por el CMSP y muéstrele a este las tarjetas lo antes posible. Sus tarjetas pueden ser usadas **solamente por usted** para recibir cuidados.

***El uso fraudulento de estas tarjetas puede resultar en la reducción de sus beneficios, la terminación de su derecho a recibir los mismos o la interposición de una acción judicial en su contra.***

**RECLAMO DE BENEFICIOS:** Si no está satisfecho con alguna decisión relacionada con la negación o reducción del beneficio o terminación de un beneficio previamente acordado bajo el CMSP, tiene derecho a apelar dicha decisión a Advanced Medical Management (beneficios médicos o dentales) o a MedImpact (beneficios de medicamentos recetados) dentro de un plazo de sesenta (60) días corridos. Luego de que haya agotado el proceso de apelación, si no está satisfecho con el resultado del mismo, tiene derecho a solicitar una audiencia de beneficio médico (Medical Benefit Hearing en inglés) dentro de un plazo de treinta (30) días corridos a contar de la fecha en que Advanced Medical Management o MedImpact notifiquen su decisión con respecto a la apelación. Puede solicitar el formulario de solicitud de audiencia de beneficio médico (Medical Benefit Hearing Request en inglés) (CMSP 1175A) a su asistente social en el condado. Envíe por correo o fax el CMSP 1175A a la dirección indicada en el formulario.

**AUDIENCIA DE ELEGIBILIDAD:** Si no está satisfecho con alguna medida que se haya o no se haya tomado con respecto a su elegibilidad para el CMSP, usted tiene derecho a una audiencia de elegibilidad para apelar la decisión. Debe solicitar una audiencia de elegibilidad en la oficina de elegibilidad del condado dentro de un plazo de treinta (30) días corridos a contar de la fecha en que le fuera enviada la notificación de la medida (NOA). Si no recibe una NOA, debe solicitar la audiencia de elegibilidad dentro de un plazo de treinta (30) días corridos a contar de la fecha en que se enteró de la medida con la cual no está satisfecho. Al dorso de la NOA encontrará más información sobre estos pasos.

**COSTOS COMPARTIDOS (SOC en inglés):** Algunas personas que reúnen los requisitos para recibir los servicios del CMSP tienen la obligación de pagar parte de los costos. Si esto es aplicable en su caso, debe pagar, o aceptar pagar, parte de su ingreso mensual para cubrir sus gastos médicos en el mes del servicio antes de que el CMSP pague sus beneficios. Su asistente social en el condado le explicará cómo funciona esto.

**OTRAS COBERTURAS DE SALUD FINANCIADAS CON FONDOS PÚBLICOS:** Como condición de elegibilidad, toda persona que solicite su inscripción en el CMSP debe solicitar, buscar y retener la elegibilidad para Medi-Cal, Medicare, una cobertura disponible bajo Covered California financiada con subsidios públicos u otra cobertura de beneficios de cuidados de salud públicos que pueda estar disponible para ellos. Además, todos los solicitantes y afiliados en el CMSP deberán informar al condado de cualquier derecho a otra cobertura de salud al momento de presentar su solicitud por primera vez, entregar una nueva solicitud o en caso de nueva determinación, así como notificar cualquier cambio relacionado con sus derechos a más tardar 10 días corridos después de la fecha en que se le notificó dicho cambio al solicitante o afiliado.

**RESPONSABILIDAD DE TERCEROS:** Se requiere que informe a su oficina de elegibilidad del condado cuando se le facture al CMSP por servicios de cuidado de salud que recibió como resultado de un accidente o lesión causados por cualquier acto u omisión negligente por parte de una persona.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL CMSP (CONTINUACIÓN)

### IMPOSICIÓN DEL CMSP COMO PAGADOR

**SECUNDARIO:** El CMSP es el “prestador de último recurso”. Si usted tiene HIV, SIDA, hepatitis C, cáncer de mama o de útero, ciertas enfermedades hereditarias (incluyendo, entre otras, la hemofilia, la fibrosis quística y la enfermedad de células falciformes) o solicita servicios de planificación familiar o de infertilidad, puede obtener derecho a recibir servicios a través de otros programas. Los otros programas son:

1. Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA de California (ADAP en inglés). Para obtener información, llame al (888) 311-7632.
2. Planificación familiar, acceso, cuidado y programa de tratamiento (F-PACT en inglés). Para obtener información, llame al (800) 942-1054.
3. Hepatitis C: Programas de empresas farmacéuticas para asistencia de pacientes (PAPs en inglés). Para obtener información, llame al (888) 477-2669. Hay información disponible en Internet en [www.pparx.org](http://www.pparx.org). Su prestador de servicios médicos también podrá suministrarle información.
4. Programa de tratamiento de cáncer de mama y útero (BCCTP en inglés). Para obtener información, llame al (800) 824-0088.
5. Programa para personas discapacitadas genéticamente (GHPP). Para obtener información, llame al (800) 639-0597.

Si corresponde, usted debe usar estos programas antes de recibir los servicios del CMSP. Si necesita servicios, incluidas recetas que están cubiertas por cualquiera de estos programas, su prestador deberá presentar documentación que demuestre que usted no reunía los requisitos para recibir servicios por medio de estos programas. *Sin este comprobante, los servicios relacionados con afecciones médicas cubiertas por los programas mencionados anteriormente le serán negados.* Encontrará más información sobre el CMSP como pagador secundario en [www.cmspcounties.org](http://www.cmspcounties.org).

**Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿quiere solicitar su inscripción para votar hoy aquí?**  
(Marque uno)

- Ya estoy inscrito.      Estoy inscrito para votar en mi dirección residencial actual.
- Sí.      Me quiero inscribir para votar. (Llene la tarjeta adjunta de inscripción para votar.)
- No.      No me quiero inscribir para votar.

**NOTA: SI NO MARCA UNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. PUEDE LLEVAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA VOTAR ADJUNTO E INSCRIBIRSE CUANDO LE SEA CONVENIENTE.**

Nombre del solicitante

Fecha

**Avisos importantes**

1. Si solicita su inscripción para votar, o decide no hacerlo, ello **no** afectará la cantidad de ayuda provista por esta agencia.
2. Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción para votar, lo ayudaremos a hacerlo. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es sólo suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.
3. Si cree que alguien interfirió con su derecho a inscribirse para votar, o a no inscribirse, su derecho a privacidad para decidir si se inscribe o solicita inscribirse para votar, o su derecho a elegir el partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario de Estado llamando sin cargo al (800) 232-VOTA (8682), o escribiendo a: Secretary of State, 1500 - 11<sup>th</sup> Street, Sacramento, CA, 95814. Para obtener más información sobre las elecciones y la votación, visite el sitio web del Secretario de Estado en [www.sos.ca.gov](http://www.sos.ca.gov).