

MEDI-CAL



Lo Que Significa Para Usted

CALIFORNIA
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

English/Spanish
Inglés/Español

ÍNDICE DE MATERIAS

1. MEDI-CAL – LO QUE SIGNIFICA PARA USTED	27
2. ¿QUIÉNES PUEDEN OBTENER MEDI-CAL?	27
3. ¿QUÉ SIGNIFICA ESTAR “INCAPACITADO” EN RELACIÓN A MEDI-CAL?	31
4. ¿CUÁNTO DINERO PUEDO RECIBIR Y AÚN OBTENER MEDI-CAL?	32
5. ¿QUÉ PROPIEDADES/BIENES SE PERMITEN PARA MEDI-CAL?	32
6. ¿TENGO QUE VIVIR EN CALIFORNIA PARA RECIBIR MEDI-CAL?	33
7. ¿DÓNDE SOLICITO MEDI-CAL?	34
8. ¿CÓMO SOLICITO MEDI-CAL?	34
9. ¿QUÉ NECESITO LLEVAR COMO VERIFICACIÓN (PRUEBAS)?	36
10. ¿TENDRÉ QUE PAGAR UNA PARTE DEL COSTO?; ¿CUÁNTO SERÁ?	37
11. ¿CÓMO PUEDO CUBRIR MI PARTE DEL COSTO?	38
12. ¿QUÉ PASA SI TENGO COBERTURA DE UN SEGURO DE SALUD PRIVADO?	39
13. ¿PAGARÁ MEDI-CAL LAS PRIMAS DE MI SEGURO DE SALUD PRIVADO SI YO YA NO PUEDO PAGARLAS?	42
14. ¿HAY UNA TARJETA NUEVA DE MEDI-CAL?	42
15. ¿CÓMO ES LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS (BIC)?	42
16. ¿RECIBIRÉ UNA TARJETA DE MEDI-CAL DE PAPEL?	43
17. ¿QUÉ INFORMACIÓN ESTÁ EN LA TARJETA DE MEDI-CAL DE PAPEL?	43
18. ¿CÓMO USO LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS (BIC)?	43
19. ¿QUÉ BENEFICIOS ADICIONALES ESTÁN A LA DISPOSICIÓN DE LAS PERSONAS BAJO EL PROGRAMA DE SALUD Y PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES EN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES (CHILD HEALTH AND DISABILITY PREVENTION – CHDP) Y EL PROGRAMA DE EXÁMENES TEMPRANOS Y PERIÓDICOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS (EARLY AND PERIODIC SCREENING, DIAGNOSIS AND TREATMENT PROGRAM – EPSDT) ...	45
20. ¿QUÉ PASA SI PIERDO MI BIC, ME LA ROBAN, O NO LA RECIBO CUANDO DEBERÍA?	46
21. ¿CÓMO OBTENGO SERVICIOS DE MEDI-CAL?	46
22. ¿PAGARÁ MEDI-CAL TODOS MIS GASTOS MÉDICOS/DENTALES?	47
23. ¿CÓMO PUEDO RECIBIR AYUDA DE MEDI-CAL SI ME ENCUENTRO FUERA DEL ESTADO?	48
24. ¿ES EL CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO (MANAGED CARE) DE MEDI-CAL LO MISMO QUE UN PLAN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD O PLAN DENTAL?	48
25. ¿PUEDO IR A CUALQUIER PROVEEDOR SI ME HAGO MIEMBRO DE UN PLAN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD O PLAN DENTAL?	49
26. ¿CÓMO ME HAGO MIEMBRO DE UN PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO?	49
27. ¿CÓMO PUEDO CANCELAR UN PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO?	49
28. ¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON CUALQUIER DECISIÓN RELACIONADA CON MI ELEGIBILIDAD O BENEFICIOS DE MEDI-CAL?	50
29. ¿QUÉ PASA SI OTRA PERSONA ME HA LESIONADO O YO ME HE LESIONADO EN EL TRABAJO?	51
30. ¿COBRARÁ MEDI-CAL DE LA HERENCIA DE UN BENEFICIARIO DE MEDI-CAL FALLECIDO (MUERTO)?	51
31. ¿QUÉ ES EL FRAUDE DE MEDI-CAL?	52
32. ¿QUÉ SIGNIFICAN LOS TÉRMINOS (LAS PALABRAS)?	52
LISTA DE LOS DEPARTAMENTOS DE BIENESTAR DE LOS CONDADOS	55

1. MEDI-CAL – LO QUE SIGNIFICA PARA USTED

MEDI-CAL paga el cuidado médico de algunos residentes necesitados de California. MEDI-CAL se mantiene con los impuestos federales y estatales. Este folleto explica quiénes pueden obtener MEDI-CAL, los servicios de cuidado médico disponibles para aquellas personas que reúnen los requisitos para recibir beneficios, las opciones para obtener servicios, como usar la tarjeta permanente de plástico llamada Tarjeta de Identificación de Beneficios de California (California Benefits Identification Card – BIC), o la tarjeta de papel de MEDI-CAL, y sus derechos de apelación si piensa que se le trata injustamente o no recibe lo que tiene derecho a recibir de acuerdo con la ley.

Usted quizás puede ser elegible para recibir beneficios de MEDI-CAL sin que se tenga en cuenta su sexo, raza, religión, color, origen nacional, orientación sexual, estado civil, edad, incapacidad, o situación de veterano.

El departamento de bienestar de su condado (County Welfare Department – CWD) se encarga de las determinaciones de elegibilidad para MEDI-CAL. Si tiene preguntas, puede encontrar la dirección y el número de teléfono de los departamentos de bienestar del condado al final de este folleto.

Si no conoce algunos términos o palabras de MEDI-CAL, puede buscar su significado en las últimas páginas de este folleto.

2. ¿QUIÉNES PUEDEN OBTENER MEDI-CAL?

Aunque usted esté trabajando, sea dueño(a) de una casa o esté casado(a), es posible que reúna los requisitos necesarios para recibir MEDI-CAL. Para obtener MEDI-CAL, tiene que pertenecer a una de las siguientes categorías del programa de MEDI-CAL:

A. ASISTENCIA PÚBLICA (PUBLIC ASSISTANCE – PA): Si es una persona de edad avanzada (tiene 65 años o más), está ciego, o incapacitado y recibe Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment Programs – SSI/SSP), usted automáticamente reúne los requisitos para recibir MEDI-CAL y se le enviará una Tarjeta de Identificación de Beneficios de California (BIC). Llame a la oficina del Seguro Social de su distrito para más información.

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

Si no se encuentra dentro de uno de estos grupos de asistencia, es posible que todavía pueda recibir beneficios de MEDI-CAL dentro de una categoría diferente. Algunas se encuentran anotadas abajo, tal como Persona Necesitada bajo el Programa de MEDI-CAL (Medically Needy - MN) o Persona Indigente bajo el Programa de MEDI-CAL (Medically Indigent - MI). Los programas de MN y MI son para las personas que no pueden pagar todos sus gastos médicos. Aunque esté cubierto por otro seguro de salud privado, puede ser que usted todavía sea elegible.

B. NECESITADO BAJO EL PROGRAMA DE MEDI-CAL (MEDICALLY NEEDY – MN): Usted es una Persona Necesitada bajo el Programa de MEDI-CAL si tiene 65 años o más, está ciego, incapacitado o reúne las circunstancias familiares que CalWORKS requiere (tiene hijos menores de 21 años de edad que están necesitados y no tienen el mantenimiento o cuidado de uno de los padres debido a su ausencia, muerte, incapacidad, o desempleo). Las Personas Necesitadas bajo el Programa de MEDI-CAL no reciben un pago mensual (cash grant) porque tienen demasiados ingresos o bienes, o porque no lo quieren recibir. Es posible que usted reúna los requisitos de MEDI-CAL y que obtenga una Tarjeta de Identificación de Beneficios de California (BIC) pagando, o prometiendo pagar, los gastos médicos que equivalgan a su "Parte de Costo" (share of cost – SOC) de ese mes. (Vea las secciones 10 y 11.)

C. INDIGENTE BAJO EL PROGRAMA DE MEDI-CAL (MEDICALLY INDIGENT – MI): Usted es una Persona Indigente bajo el Programa de MEDI-CAL si es una mujer embarazada sin conexión a un programa de asistencia pública (CalWORKS), si es un refugiado que está en este país desde hace 8 meses o menos, o si es una persona entre 21 y 65 años de edad que está en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso o en un establecimiento de cuidado médico intermitente no intenso. Es posible que también estén incluidos en el grupo de MI las personas menores de 21 años de edad, incluyendo aquellas bajo cuidado de crianza temporal cuyas necesidades sean satisfechas mediante fondos públicos, los niños que reúnan los requisitos para el Programa Solamente Estatal de Asistencia para la Adopción (State-only Aid for Adoption Assistance Program) y algunos otros niños que no vivan con uno de los padres o con un familiar.

D. PROGRAMAS ESPECIALES:

• **MUJERES EMBARAZADAS**

Si usted está embarazada y no puede pagar el cuidado médico y dental, MEDI-CAL le puede ayudar a pagar sus gastos médicos, y los de su bebé. Muchas veces, usted puede obtener MEDI-CAL sin pagar nada, incluso aunque tenga ingresos. Una vez que obtenga MEDI-CAL, el aumento de los ingresos de su familia no se contarán durante:

- su embarazo y el período posparto
- el primer año de vida de su bebé.

En todo el Estado de California y bajo el programa Presunta Elegibilidad (Presumptive Eligibility Program) para mujeres embarazadas, los proveedores perinatales participantes le pueden ofrecer a la mujer embarazada cobertura inmediata temporal de MEDI-CAL mientras se tramita la solicitud formal de MEDI-CAL. Si está embarazada y está interesada en este servicio, pregunte si su proveedor participa en este programa.

- **NIÑOS**

Es posible que su hijo(a) pueda recibir MEDI-CAL sin que usted tenga que pagar nada, si él (ella):

- es un bebé, o
- tiene entre 1 y 6 años de edad, o
- tiene entre 6 y 18 años de edad

- **REFUGIADOS**

Si usted es un refugiado o un entrante que no reúne los requisitos para el programa de MN o de MI, pídale a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado asistencia médica para refugiados/entrantes.

- **SERVICIOS MÉDICOS CONFIDENCIALES A LA DISPOSICIÓN DE LAS PERSONAS MENORES DE 21 AÑOS**

Si usted tiene menos de 21 años de edad, está soltero y vive con sus padres, es posible que pueda recibir ciertos servicios médicos confidenciales. Bajo el programa de Consentimiento del Menor (Minor Consent program) no necesita el consentimiento de sus padres para determinar su elegibilidad de MEDI-CAL. Los servicios médicos que se incluyen bajo este programa especial son aquellos que están relacionados con la planificación familiar, el embarazo, el abuso de alcohol/drogas, enfermedades que se transmiten sexualmente, el asalto sexual, y la salud mental.

PROGRAMA ANTERIOR DE CRIANZA TEMPORAL PARA NIÑOS (FORMER FOSTER CHILD PROGRAM)

Puede recibir MEDI-CAL sin costo hasta que cumpla 21 años de edad bajo el Programa Anterior de Crianza Temporal para Niños sin importar sus ingresos si está bajo el cuidado de crianza temporal del estado cuando cumpla los 18 años de edad. Usted es elegible aunque usted viva con alguien más, se traslade a otro condado o sea terminado de MEDI-CAL.

- **SERVICIOS ADICIONALES A LA DISPOSICIÓN DE LAS PERSONAS MENORES DE 21 AÑOS A TRAVÉS DEL PROGRAMA SALUD Y PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES EN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES (CHILD, HEALTH AND DISABILITY PREVENTION – CHDP) Y EL PROGRAMA EXÁMENES TEMPRANOS Y PERIÓDICOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO (EARLY AND PERIODIC SCREENING, DIAGNOSIS AND TREATMENT – EPSDT)**

Si usted o su hijo(a) tiene menos de 21 años de edad, es posible que usted pueda recibir más servicios o servicios diferentes a través del Programa Salud y Prevención de Discapacidades en los Niños y Adolescentes (CHILD, HEALTH AND DISABILITY PREVENTION – CHDP), o el Programa Exámenes Tempranos y Periódicos Diagnósticos, y Tratamiento (EARLY AND PERIODIC SCREENING, DIAGNOSIS AND TREATMENT – EPSDT). Esto es para que los niños y los jóvenes menores de 21 años puedan recibir todos los servicios de cuidado de salud que necesiten para asegurar que los problemas médicos se encuentren y se traten a tiempo. Exámenes periódicos son importantes para encontrar y tratar a tiempo los problemas médicos, dentales, o problemas de salud mental. (Vea la sección 19.)

• CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO MÉDICO

Todos los niños tienen derecho a que los mantengan ambos padres. Si está solicitando beneficios de MEDI-CAL, tiene que cooperar para establecer la paternidad de los niños (si no está casado(a) con la madre/padre de ellos) y para obtener mantenimiento médico para los niños cuyo padre/madre está ausente. Se le proporcionará todos los servicios de mantenimiento de hijos, a no ser que usted notifique a la Oficina de Mantenimiento de Familias/del Fiscal de Distrito (Family Support Division District Attorney – FSD/DA) que no quiere recibir aquellos servicios que no estén relacionados con obtener mantenimiento médico y establecer la paternidad. A continuación se mencionan algunos de los servicios que hay a la disposición:

- Localizar a los padres con el propósito de que paguen mantenimiento;
- Establecer la paternidad;
- Establecer una orden de mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico (seguro de salud);
- Hacer cumplir una orden de mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico;
- Modificar una orden existente de la corte sobre mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico;
- Hacer cumplir una orden de mantenimiento de esposa(o), junto con una orden de mantenimiento de hijos;
- Cobrar y distribuir pagos de mantenimiento.

NO SE PROPORCIONAN SERVICIOS DE PATRIA POTESTAD (CUSTODIA) NI DE VISITA.

• OTROS

Puede ser que reúna los requisitos necesarios para recibir asistencia médica dentro de una de las categorías misceláneas. Pídale a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado que le ayude.

E. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO ESPECIAL: Si necesita servicios de diálisis o de hiperalimentación parenteral, puede ser que reúna los requisitos necesarios para recibir los servicios bajo estos programas.

F. PROGRAMAS ESPECIALES PARA EL PAGO DE MEDICARE: Algunos programas de MEDI-CAL, como el Programa de Pago de Primas (BUY-IN Program) y el Programa de Beneficiario Aprobado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary Program – QMB) pagan las primas de Medicare y a usted no se le cobrará el coseguro (seguro coparticipe) ni las deducciones. El Programa de Trabajador Incapacitado Aprobado (Qualified Disabled Working Individual Program – QDWI) paga la prima de la parte A de Medicare y el Programa Beneficiario Especificado de Bajo Ingresos (Specified Low-Income Beneficiary Program – SLMB) y el Programa Individual-1 Aprobado (Qualifying Individual-1 Program) pagan la prima de la parte B de Medicare.

G. INMIGRANTES ELEGIBLES PARA MEDI-CAL: Los inmigrantes que reúnen todos los requisitos de Medi-Cal pueden obtener Medi-Cal completa o limitada dependiendo de su situación migratoria. Los inmigrantes que aún no están en un estado de elegibilidad completo migratorio, pueden calificar para Medi-Cal limitada, que cubre emergencias y servicios relacionados al embarazo, si reúnen todos los requisitos de elegibilidad.

H. PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DEL SENO Y CERVICAL (BREAST AND CERVICAL CANCER TREATMENT PROGRAM – BCCTP): BCCTP provee el tratamiento necesario sin costo a las personas que reúnen los requisitos y que han sido diagnosticadas con cáncer del seno o cáncer cervical y han sido evaluadas por doctores de los Centros para el Control de Enfermedades, o doctores que pertenecen al programa Organización, Acceso, Cuidado y Tratamiento de Familia (Family Planning, Access, Care and Treatment – PACT) y la persona se encuentra con necesidad de tratamiento. Para más información, llame gratis al 1-800-824-0088.

3. ¿QUÉ SIGNIFICA ESTAR “INCAPACITADO” EN RELACIÓN A MEDI-CAL?

Para recibir MEDI-CAL como persona incapacitada, tiene que tener un problema(s) físico(s) y/o mental(es) grave(s) que:

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

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

Para obtener MEDI-CAL para un niño incapacitado, el niño tiene que tener un problema(s) físico(s) y/o mental(es) grave(s) que:

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

Si tiene un problema físico y/o mental grave que está en una lista de condiciones que incapacitan, es posible que pueda obtener MEDI-CAL basado en incapacidad antes de que se tome la determinación final sobre la incapacidad. (Esto también es pertinente para los niños.) Pídale a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado más información acerca del programa de Presunta Incapacidad.

El Programa de Trabajador Incapacitado-250 Por Ciento (250 Percent Working Disabled Program)

Trabajadores Incapacitados que reúnen los requisitos pueden recibir MEDI-CAL del Programa de Trabajador Incapacitado-250 Por Ciento. Tiene que tener un ingreso debajo de 250 por ciento del nivel de pobreza federal y pagar un premio basado en su ingreso. Ingresos de incapacidad no se cuentan. Para más información, llame al departamento de bienestar de su condado o trabajador(a) de elegibilidad de su condado.

4. ¿CUÁNTO DINERO PUEDO RECIBIR Y AÚN OBTENER MEDI-CAL?

Usted puede obtener MEDI-CAL sin importar cuánto dinero reciba. Sin embargo, mientras más dinero reciba, más tendrá que pagar o comprometerse a pagar en relación a sus cuentas médicas antes de que MEDI-CAL le ayude a pagar las otras cuentas médicas. (Vea las secciones 10 y 11.)

5. ¿QUÉ PROPIEDADES/BIENES SE PERMITEN PARA MEDI-CAL?

Dentro del programa de MEDI-CAL, existen límites en las propiedades/bienes. Si sus propiedades/bienes están por encima del límite de propiedades de MEDI-CAL, no recibirá MEDI-CAL a menos que las reduzca de acuerdo a las reglas del programa. El condado toma en cuenta cuánto tienen usted y su familia cada mes. Si sus propiedades/bienes están por debajo del límite durante cualquier período de ese mes, usted recibirá MEDI-CAL, si reúne los otros requisitos de elegibilidad. Si usted está por encima del límite durante todo un mes, se le suspenderá. La casa en la que vive, los muebles, los artículos personales, y un vehículo motorizado no se cuentan. A una persona soltera se le permite que tenga \$2000 dólares (o \$3,000 en algunas situaciones) en propiedades/bienes; se permite más si usted está casado o tiene familia. Si un niño tiene propiedades/bienes o si un padrastro o madrastra quiere MEDI-CAL para un hijastro o hijastra, puede que otras reglas sean pertinentes.

IMPORTANTE: Si a usted o a su cónyuge (esposo/esposa) se le admitió en una institución médica o en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso el 30 de septiembre de 1989, o después de esa fecha, y se esperaba que permaneciera ahí durante 30 días mientras el otro de los cónyuges todavía vivía en las casa, en algunos casos, este último cónyuge

puede quedarse con hasta \$99,540 dólares. (La cantidad puede cambiar cada año en enero).

Para obtener más información acerca de las reglas de MEDI-CAL en relación a las propiedades/bienes, pídale al departamento de bienestar de su condado un formulario llamado "Limitaciones Generales de MEDI-CAL" ("MEDI-CAL General Property Limitations"), Notificación de Información MC 007 (MC Information Notice 007). Si usted o su cónyuge estaba en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso antes del 30 de septiembre de 1989, pídale también un formulario llamado "Bienes Comunitarios – Persona Recibiendo Servicios de Cuidado a Largo Plazo" (Community Property – Person in Long-Term Care –LTC), Notificación de Información MC 005 (MC Information Notice 005).

6. ¿TENGO QUE VIVIR EN CALIFORNIA PARA RECIBIR MEDI-CAL?

Sí. Tiene que ser residente de California para recibir MEDI-CAL.

También tiene que presentar pruebas de que es residente de California antes de que su MEDI-CAL se pueda aprobar. Pruebas a presentar pueden ser:

1. Un recibo reciente de alquiler o hipoteca, o cobros de servicios públicos y municipales del estado de California a su nombre, o
2. Una licencia de manejar de California vigente y válida, o una tarjeta de identificación expedida por el Departamento de Vehículos Motorizados de California, a su nombre, o
3. Prueba de que el vehículo tiene un registro vigente y válido a su nombre en California, o
4. Un documento que muestre que usted está empleado en California, (como un talón de pago), o
5. Un documento que muestre que usted está registrado con un servicio público o privado de empleo en California, o
6. Pruebas de que usted o sus hijos están matriculados en una escuela de California, o
7. Pruebas de que usted está recibiendo asistencia pública, que no sea MEDI-CAL, en California, o
8. Pruebas de que está registrado para votar en California, u
9. Otras pruebas aceptables que demuestren que es residente de California, si usted declara bajo pena de perjurio que no tiene ninguno de los documentos o pruebas enumerados en los apartados del 1 al 8 mencionados arriba.

Sin embargo, usted no tiene que presentar estas pruebas si:

1. Si está solicitando Servicios de Consentimiento del Menor, o
2. Usted es el hijo(a) de un padre o madre que también ha solicitado MEDI-CAL y que ha presentado pruebas de residencia en California, o

3. Su esposa(o) ha solicitado MEDI-CAL y ha presentado pruebas de residencia en California, si él(ella) vive en el mismo domicilio.

7. ¿DÓNDE SOLICITO MEDI-CAL?

Llame a la oficina del departamento de bienestar de su condado para que le manden una solicitud de MEDI-CAL a su casa. El número de teléfono y la dirección del departamento de bienestar de su condado se encuentra al final de este folleto. Si quiere solicitar en persona, pídale al departamento de bienestar de su condado que le diga dónde puede solicitar. Trabajadores de elegibilidad de MEDI-CAL se encuentran en algunas clínicas u hospitales.

Si usted recibe un pago mensual de Ingresos Suplementales de Seguridad/ Pagos Suplementarios del Estado (Supplemental Security Income/State Supplement Payment Program – SSI/SSP), la oficina del Seguro Social de su distrito automáticamente establece su elegibilidad para recibir MEDI-CAL.

8. ¿CÓMO SOLICITO MEDI-CAL?

El procedimiento usual para solicitar MEDI-CAL es el siguiente:

1. Llame o vaya al departamento de bienestar de su condado para obtener una solicitud de MEDI-CAL. (Vea la página 55). Si tiene necesidad inmediata para servicios de cuidado médico (como enfermedades graves o embarazo), llene la solicitud de MEDI-CAL y llévala al departamento de bienestar de su condado más cercano a usted. Dígame al departamento de bienestar de su condado que tiene una necesidad inmediata para recibir cuidado médico o dental. El departamento de bienestar de su condado tramitará su solicitud tan rápidamente como sea posible.
2. Llene el(los) formulario(s) de la solicitud de manera tan completa como pueda. La sección 9 titulada “¿Qué necesito como verificación (pruebas)?” Le dice qué pruebas darle al departamento de bienestar de su condado cuando usted solicite para MEDI-CAL. Puede acelerar el proceso dando la información y los papeles necesarios pronto.
3. Puede solicitar “beneficios retroactivos” de MEDI-CAL si recibió servicios médicos/dentales durante los tres meses anteriores al mes en que solicite MEDI-CAL, y necesita ayuda de MEDI-CAL para pagar las cuentas. Si usted reunía los requisitos de MEDI-CAL durante cualquier de los tres meses anteriores al mes en que usted presente su solicitud, aunque usted ya haya pagado las cuentas, es posible que MEDI-CAL se las pague. Puede solicitar MEDI-CAL “retroactivo” cuando solicita MEDI-CAL. Si solicita MEDI-CAL retroactivo después, tiene hasta un año después del mes retroactivo de MEDI-CAL para pedir que MEDI-CAL pague por esa cuenta médica.

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

NOTA: Una vez que solicite MEDI-CAL, MEDI-CAL solo pagará por los servicios cubiertos que usted reciba de los proveedores de MEDI-CAL. Debe confirmar que el proveedor es un proveedor registrado con MEDI-CAL antes de obtener servicios.

5. Mande o lleve la solicitud completa y verificación necesaria (pruebas) al departamento de bienestar de su condado. Si necesita servicios de consentimiento de menores, valla al departamento de bienestar de su condado cercano a usted.

NOTA: En algunos condados, cuando usted sea un “beneficiario” de MEDI-CAL (así es como se le llama cuando recibe MEDI-CAL), es posible que se requiera que se inscriba en un plan de cuidado de salud y/o dental de MEDI-CAL. Si se requiere que se inscriba en un plan médico o dental, usted puede escoger a un doctor y/o dentista personal de una lista que, los planes médicos y dentales le darán.

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

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

7. Recibirá una carta por correo diciéndole si se ha aprobado o negado su solicitud de MEDI-CAL. Si tiene un plan de MEDI-CAL para el cuidado de la salud, recibirá una tarjeta de identificación del plan para el cuidado de la salud además de la BIC que el estado emite.

8. Si no recibe una respuesta en relación a su solicitud de MEDI-CAL dentro de un plazo de un mes, a partir de la fecha en que lo solicite, llame a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado.

9. ¿QUÉ NECESITO COMO VERIFICACIÓN (PRUEBAS)?

Tiene que dar cierta información antes de que se pueda aprobar su MEDI-CAL. Su trabajador(a) de elegibilidad de su condado le dirá cuáles son estas pruebas.

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

DOCUMENTOS NECESARIOS para los beneficios completos de MEDI-CAL (si son pertinentes):

1. Tarjeta(s) del Seguro Social,
2. Tarjeta(s) de Medicare,
3. Documento(s) de naturalización,
4. Tarjeta(s) de residente legal,
5. Verificación de embarazo,
6. Verificación de ingresos:
 - a. Los talones de pago del empleado o un informe de su patrón que muestre las ganancias brutas y las deducciones,
 - b. Carta de notificación de beneficios o cheques que muestren la cantidad de la pensión o beneficios, incluyendo el Seguro Social y la Administración de beneficios para Veteranos (VA),
 - c. Carta de notificación de los beneficios estatales de desempleo o por incapacidad,
 - d. Carta(s) de notificación de préstamos para estudiantes o los documentos de los préstamos,
 - e. Informe de los proveedores de otros ingresos (donaciones, reembolsos, mantenimiento de hijos, etc.),
 - f. Información de las personas que trabajan por cuenta propia: la declaración de impuestos del año anterior o los libros actuales de cuentas, el inventario actual, incluyendo el equipo y suministros del negocio,
 - g. Los costos del cuidado de niños/personas incapacitadas,
7. Informes de los impuestos sobre los prediales de todas las propiedades,
8. Registro de vehículos de automóviles, barcos, lanchas, vehículos de remolque para acampar (campers) y casas-remolque (trailers),
9. Todos los informes de las cuentas de cheques y de ahorros y los documentos de las cuentas de registro,
10. Todas las acciones (informes de corretaje), bonos (incluyendo los bonos de ahorro de los Estados Unidos – US Savings bonds) y los fondos mutualistas,
11. Todas las escrituras de fideicomiso, hipotecas, pagarés y contratos de venta,
12. Todas las pólizas de seguros de vida, incluyendo el valor de rescate en efectivo,

13. Todas las pólizas de pensiones,
14. Todos los fondos de fideicomiso para entierros/contratos de entierro pagados por adelantado/información sobre los lotes para la sepultura,
15. Documentación en relación al valor actual de todos los fideicomisos,
16. Libro(s) de cuentas para todas las propiedades con cargos (obligaciones),
17. Todas las pólizas o tarjetas para el seguro de salud que usted tiene actualmente o que están a su disposición,
18. Solicitud(es) para posibles ingresos a la disposición (por ejemplo, beneficios de desempleo, beneficios estatales por incapacidad),
19. Mandatos judiciales en relación a los ingresos y propiedades,
20. Contratos de arrendamiento,
21. Documentos de herencia en vida en los cuales usted se reserva el derecho de uso de algún bien,
22. Copias de los libros de las cuentas de registro del paciente,
23. Recibos de alquiler, cuentas actuales de los servicios públicos y municipales, o informe de vivienda,
24. Copias de las órdenes de mantenimiento de hijos o decreto de divorcio,
25. Notificación de negación o de discontinuación de incapacidad proveniente del Seguro Social, o de Seguridad de Ingreso Suplemental (Supplemental Security Income – SSI) (si está solicitando MEDI-CAL basado en incapacidad),
26. Pruebas de residencia en California.

10. ¿TENDRÉ QUE PAGAR UNA PARTE DEL COSTO?; ¿CUÁNTO SERÁ?

De acuerdo a sus ingresos mensuales, es posible que MEDI-CAL determine que usted tiene que cubrir una Parte del Costo (share of cost – SOC) antes de que MEDI-CAL pague los gastos médicos de usted o su familia de ese mes. La siguiente sección explica cómo cubrir la Parte del Costo.

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

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

Si no tiene gastos médicos durante el mes, no necesita cumplir con su Parte del Costo ese mes. Sin embargo, guarde su BIC en caso de que necesite servicios médicos en meses posteriores.

11. ¿CÓMO PUEDO CUBRIR MI PARTE DEL COSTO?

Puede cubrir su Parte del Costo en el mes actual mostrándole a MEDI-CAL que ha pagado, o ha prometido pagar, una cantidad de dinero igual a la de su Parte del Costo en relación a sus gastos médicos. Hay dos maneras de mostrarle a MEDI-CAL que usted ha pagado, o prometido pagar, su Parte del Costo de un mes en particular. Estas dos maneras son:

1. Cada mes en el que tenga que pagar una Parte del Costo, el departamento de bienestar de su condado le informará al estado acerca de la cantidad de la Parte del Costo que usted tiene que pagar. Cuando visite a un proveedor médico y le dé a él/ella su BIC, éste(a) obtendrá información acerca de la Parte del Costo de usted usando un sistema computarizado. Después de que el proveedor acepte la promesa de usted de pagar los servicios médicos, o después de que usted los pague, el proveedor, por medio del sistema computarizado, le informará al estado acerca de la cantidad de la Parte del Costo que usted haya pagado o haya prometido pagar. El estado inmediatamente pondrá al día el sistema que contiene la información sobre la Parte del Costo para que los futuros proveedores, ese mes, sepan cuál es la cantidad de la Parte del Costo que queda sin pagar, si es que queda alguna. Cuando haya pagado la Parte del Costo de ese mes, se les informará a todos los futuros proveedores de que usted ya ha pagado su Parte del Costo de ese mes, y si usted reúne los requisitos para recibir servicios de MEDI-CAL.

2. Otra manera de mostrar que ha pagado, o prometido pagar, su Parte del Costo es darle directamente sus cuentas médicas a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado. Puede darle a él/ella las cuentas de los servicios médicos que usted reciba durante el mes actual para que él/ella las use en relación a la Parte del Costo de usted. Tiene que darle a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado las cuentas médicas atrasadas de meses anteriores que aún deba y que usted quiera que se usen para su Parte del Costo. Su proveedor no puede usar el sistema computarizado de la Parte del Costo para las cuentas médicas atrasadas.

Las cuentas médicas que le entregue a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado tienen que incluir cierta información para que éste(a) pueda usarlas en relación a su Parte del Costo. Sus cuentas médicas tienen que mostrar la siguiente información:

1. Nombre y dirección del proveedor;
2. Nombre de la persona que recibió el servicio médico;
3. Descripción del servicio médico que se recibió;

4. Código de Procedimiento (Procedure Code – un número de referencia médica/dental) de los servicios médicos/dentales que se recibieron – Su proveedor sabrá cuál es este número;
5. Número de MEDI-CAL del proveedor, o si no es un proveedor de MEDI-CAL, el número de la licencia del proveedor, o el número de identificación de los impuestos federales del proveedor;
6. Fecha(s) en que se recibió el servicio médico;
7. Fecha en que se expidió la cuenta. Para las cuentas médicas atrasadas, esta fecha tiene que caer dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha en que le dé las cuentas atrasadas a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado;
8. Cantidad que se le facturó (cobró) a la persona que obtuvo el servicio.

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

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

12. ¿QUE PASA SI TENGO COBERTURA DE UN SEGURO DE SALUD PRIVADO?

Puede recibir MEDI-CAL aunque tenga cobertura de un seguro de salud privado. Si es un beneficiario de MEDI-CAL y tiene cobertura de un seguro de salud privado individual o de grupo, las leyes federales y estatales requieren que informe de ello. Esta información se le debe dar al departamento de bienestar de su condado, a su proveedor del cuidado de la salud, y/o a la Oficina de Mantenimiento de Familias/Fiscal del Distrito (Family Support Division District Attorney – FSD/DA), cuando haya un padre/madre ausente que quizás sea responsable del cuidado médico de los hijos de usted, o cuando los padres de un niño(a) no estén casados pero se haya establecido la paternidad del mismo(a). Si no informa acerca de cualquier cobertura que tenga de un seguro de salud privado, comete un delito menor.

En conformidad con las leyes federales, el seguro de salud de un beneficiario de MEDI-CAL, en un caso de cumplimiento de mantenimiento de hijos o mantenimiento médico, se usa de la siguiente manera:

El proveedor del servicio le cobrará a MEDI-CAL. MEDI-CAL le pagará al proveedor del servicio. Entonces MEDI-CAL intentará obtener reembolso de la otra cobertura de salud. Usted no será responsable de compartir ningún costo del seguro (coseguro o deducción) a no ser que se tenga que pagar una parte del costo de MEDI-CAL. Si su otro seguro de salud es un Plan de Salud Pagado por Adelantado (Prepaid Health Plan – PHP) o una Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization – HMO), usted tiene que usar los establecimientos del plan para el cuidado médico regular. Los servicios de fuera del área o el cuidado de emergencia también se le deben cobrar al PHP/HMO.

Por lo tanto, tiene que informarle a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado y/o a la Oficina de Mantenimiento de Familias/Fiscal del Distrito (Family Support Division District Attorney – FSD/DA):

- de si usted, sus hijos, o el padre (o la madre) de sus hijos tienen cobertura de un seguro de salud privado.
- cuando la cobertura de un seguro de salud privado sea a través de su patrón, su sindicato, o un grupo u organización.
- dentro de un plazo de 10 días, cuando su cobertura de un seguro de salud privado cambie o termine.
- acerca de cualquier orden de la corte (tal como la sentencia de divorcio o la orden de mantenimiento temporal) que haga al otro (padre/madre) responsable de proporcionar el seguro de salud.

Usted tiene que:

- darle a su proveedor médico cualquier información que sea necesaria para cobrarle a su seguro de salud privado;
- mandarle al Departamento de Servicios de Salud de California (Third Party Liability Branch) cualquier pago que usted reciba directamente de un portador de seguros por servicios pagados a través de MEDI-CAL. La dirección es la siguiente:

California Dept. of Health Services
Third Party Liability Branch
Health Insurance
P.O. Box 997424, MS 4719
Sacramento, CA 95899-7424

Usted tiene que:

- mandarle al Departamento de Servicios de Salud de California (Third Party Liability Branch) cualquier pago por servicios médicos que reciba del padre/madre ausente. La dirección es la siguiente:

California Dept. of Health Services
Third Party Liability Branch
Health Insurance
P.O Box 997422, MS 4719
Sacramento, CA 95899-7425

- usar su organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization – HMO) y/o plan de salud pagado por adelantado (Prepaid Health Plan – PHP), tal como “KAISER Health Plan,” CHAMPUS, o cobertura militar, para el cuidado médico regular. Los servicios de emergencia de fuera del área también se le deben cobrar al HMO/PHP.
- usar su BIC solamente para servicios que MEDI-CAL cubra y que su plan pagado por adelantado o del mantenimiento de la salud o su seguro militar no cubra.

Si tiene cobertura de otro seguro de salud, se codificará el sistema computarizado para que muestre otro seguro de salud.

Un proveedor (doctor o farmacia) no se puede negar a proporcionarle servicios o a preparar su receta simplemente porque usted tenga cobertura de otro seguro de salud (además de MEDI-CAL). Si no tiene cobertura de otro seguro de salud y el sistema computarizado está codificado para que muestre que sí, pídale a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado que corrija la codificación en el nombrado sistema. Si recibe Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment Program-SSI/SSP) y el sistema computarizado está incorrectamente codificado para que muestre cobertura de otro seguro de salud, y usted no la tiene, por favor, llame a la Sección de Seguro de Salud (Health Insurance Section) del Departamento de Servicios de Salud de California (California Department of Health Services) al 1-800-952-5294 (gratis) para que se corrija la codificación en el sistema.

Si tiene problemas con reclamos de pagos por parte de proveedores, puede llamar a la Oficina de Sistemas Electrónicos de Información para Preguntas y Respuestas al Beneficiario (Electronic Data Systems Beneficiary Inquiry Unit) al (916) 636-1980.

NOTA: Empezando el 1º de enero de 2006, si usted es elegible para Medicare, Medicare (no MEDI-CAL) pagará por la mayoría de medicinas recetadas para los beneficiarios de MEDI-CAL que reúnen los requisitos para recibir Medicare Parte A (hospital) o Parte B (paciente no hospitalizado). Para más información sobre la nueva cobertura para medicinas recetadas, por favor llame al 1-800 MEDICARE.

13. ¿PAGARÁ MEDI-CAL LAS PRIMAS DE MI SEGURO DE SALUD PRIVADO SI YO YA NO PUEDO PAGARLAS?

Si es un beneficiario de MEDI-CAL y tiene una condición médica de muy alto costo que requiere el cuidado de un médico, es posible que bajo el programa de Pago de Primas del Seguro de Salud (Health Insurance Premium Payment – HIPP), el Departamento de Servicios de Salud de California pague las primas de su seguro de salud privado, si es económicamente provechoso. Hay requisitos específicos para poder participar en este programa y no todos los solicitantes son aceptados. Para obtener más información sobre este programa:

- pídale a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado que lo recomiende (despache), o
- llame al programa de Pago de Primas del Seguro de Salud del Departamento de Servicios de Salud de California al 1-866-298-8443 (gratis).

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

14. ¿HAY UNA TARJETA NUEVA DE MEDI-CAL?

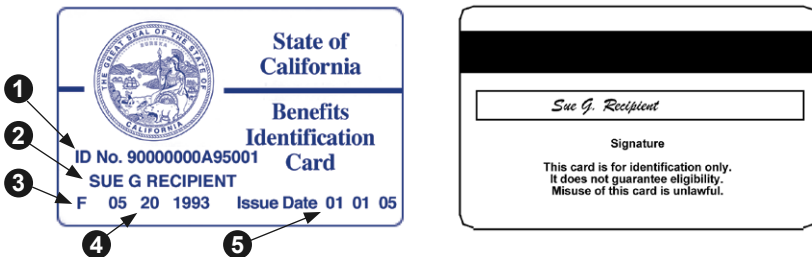
De enero del 2005 hasta junio del 2005, MEDI-CAL expidió nuevas tarjetas de plástico, llamada Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC), a todos los beneficiarios de MEDI-CAL. Su BIC tiene un nuevo Número de Identificación conteniendo 14 números y letras. Su proveedor de cuidado de la salud necesita su nueva BIC para darle servicios y para cobrar a MEDI-CAL.

NOTA: SU (BIC) NO GARANTIZA ELEGIBILIDAD EN MEDI-CAL. Dele la tarjeta a su doctor, farmacia, hospital u otro proveedor médico. El proveedor usará esta tarjeta para obtener información para determinar si reúnen los requisitos para MEDI-CAL.

15. ¿CÓMO ES LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS (BIC)?

Así es la BIC:

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



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

1. Su número de identificación (un número de identificación que tiene 14 caracteres).
2. Su nombre
3. Código del sexo (masculino o femenino)
4. Fecha de nacimiento
5. Fecha en que se le emitió la tarjeta

16. ¿RECIBIRÉ UNA TARJETA DE MEDI-CAL DE PAPEL?

Su condado le dará la tarjeta de MEDI-CAL de papel, si usted tiene “Necesidad Inmediata”, o obtiene Servicios Médicos Confidenciales (Consentimiento del Menor) como los describe la sección 2D.

17. ¿QUÉ INFORMACIÓN ESTÁ EN LA TARJETA DE MEDI-CAL DE PAPEL?

Su tarjeta de identificación de papel tendrá su nombre, su número de identificación de MEDI-CAL, género, la fecha de nacimiento, la fecha en que se emitió y la fecha en que se vencerá. Las tarjetas de “Necesidad Inmediata” son otorgadas por un período de un mes y las tarjetas de consentimiento del menor son otorgadas hasta por un año.

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

18. ¿CÓMO USO LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS (BIC)?

Siempre debe llevar su BIC consigo.

RECUERDE: Entérese de si el proveedor acepta a los pacientes de MEDI-CAL antes de recibir tratamiento. El proveedor tiene el derecho a negarse a aceptar MEDI-CAL. Si se le olvida decirle al proveedor que tiene MEDI-CAL es posible que usted tenga que pagar la cuenta.

Pregúntele a su sociedad médica local acerca de los proveedores que reciben a los pacientes de MEDI-CAL. Llame a la oficina de “Delta Dental” al 1-800-322-6384, para que le recomienden consultorios dentales.

Para cada servicio que reciba, dele al proveedor su BIC para que MEDI-CAL le pueda pagar al mismo (si es que usted reúne los requisitos de MEDI-CAL).

MEDI-CAL tiene que aprobar algunos servicios antes de que usted los pueda recibir. El proveedor sabe cuando usted necesita aprobación previa.

Algunos servicios están limitados a dos por mes. Hay unas pocas excepciones, pero en general, usted solo podrá obtener un total de dos entre los siguientes servicios:

- Servicios de acupuntura • Servicios de audiología • Servicios de quiropráctica
- Terapia ocupacional • Servicios de podiatría (algunos) • Servicios de psicología • Terapia del habla

Si necesita alguno de los servicios que se acaban de mencionar, hable con su doctor acerca del plan de tratamiento y de las citas médicas.

Los siguientes servicios no están limitados automáticamente, pero es posible que su doctor necesite obtener aprobación previa de MEDI-CAL. Su doctor decidirá que servicios necesita usted y pedirá aprobación cuando sea necesario. Algunos de los servicios que requieren aprobación previa son:

- Servicios de hemodiálisis (tratamiento para los riñones)
- Transporte médico
- Brazos o piernas artificiales, aparatos ortopédicos y ojos artificiales
- Audífonos (aparatos para la sordera)
- Cuidado para los enfermos internos en un hospital (vea la terminología de MEDI-CAL)
- Terapia física
- Muletas, sillas de ruedas y otro equipo médico duradero
- Cuidado de hospicio
- Medicinas recetadas que no estén en la lista de medicinas de MEDI-CAL
- Establecimiento de cuidado médico continuo no intenso
- Suministros médicos que no estén en las lista de suministros médicos de MEDI-CAL
- Algunos servicios dentales (tratamiento de encías, empaste de la raíz, corona artificial [de dientes], dentaduras)
- Cuidado en el hogar – Servicios con base en el hogar y la comunidad (Home and Community-based services) como una posible alternativa al cuidado en un hospital o establecimiento de cuidado médico continuo no intenso.

Los siguientes servicios no están limitados automáticamente y no necesitan aprobación previa:

- La mayoría de los servicios de doctores y la mayoría de las visitas a las clínicas
- Algunos servicios dentales (e.g. exámenes, rayos X, limpiezas, servicios preventivos rellenos)
- Lentes (gafas) y aparatos para los ojos
- Laboratorio, rayos X, y tratamiento de radiación
- Sangre y derivado de la sangre
- Exámenes médicos/diagnósticos dentales y referencias están a la disposición de las personas menores de 21 años para identificar y proveer tratamiento a los problemas médicos/dentales (vea la sección 19)
- Si esta embarazada, puede obtener consejos de cuidado prenatal para que le ayuden a conseguir el cuidado que necesita para tener un bebé sano, incluyendo algunos servicios dentales
- Medicinas recetadas que estén en la lista de medicinas de MEDI-CAL, si se recetan para las condiciones que se especifican en la lista

- suministros médicos que estén en la lista de suministros médicos de MEDI-CAL, si se recetan para las condiciones que se especifican en la lista

Los servicios que ofrecen los centros de salud aprobados por el gobierno federal (Federally Qualified Health Centres – FGHC) y las clínicas rurales de salud (Rural Health Clinics – RHC) no requieren aprobación previa. Sin embargo, es posible que estos servicios estén limitados.

19. ¿QUÉ BENEFICIOS ADICIONALES ESTÁN A LA DISPOSICIÓN DE LAS PERSONAS BAJO EL PROGRAMA DE SALUD Y PREVENCIÓN DE INCAPACIDAD PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (CHILD HEALTH AND DISABILITY PREVENTION-CHDP) Y EL PROGRAMA DE EXÁMENES TEMPRANOS Y PERIÓDICOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS (EARLY AND PERIODIC SCREENING, DIAGNOSIS AND TREATMENT PROGRAM – EPSDT)?

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

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

Si usted tiene problemas emocionales graves, llame al departamento para la salud mental de su condado. Busque en su guía telefónica en la sección del gobierno bajo el Departamento para la Salud Mental. Si no puede localizar el departamento para la salud mental del condado, llame gratis a la oficina del “ombudsman” (protege y defiende los derechos de las personas) para la salud mental del estado al 1-800-896-4042.

Si usted o su doctor piensa que los servicios de salud que no son generalmente cubiertos por MEDI-CAL quizás vayan a ser necesitados, debería de hablar con:

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

O pídale a su doctor que llame a:

- A su oficina local de MEDI-CAL, o
- Al programa de Servicios para Niños de California (California Children's Services Program)

20. ¿QUÉ PASA SI PIERDO MI BIC, ME LA ROBAN, O NO LA RECIBO CUANDO DEBERÍA?

Puede pedir una BIC en el departamento de bienestar de su condado si reúne los requisitos necesarios para recibir MEDI-CAL pero no ha recibido una tarjeta, la ha perdido, se la han robado, o si la tarjeta que recibió por correo tiene información incorrecta.

Si le roban su BIC, debe decírselo a la policía local y al departamento de bienestar de su condado. Debe darles tanta información acerca del robo como sea posible.

Si recibe Seguridad de Ingreso Suplemental/Programa de Pago Suplementario del Estado (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment Program-SSI/SSP) o CalWorks (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) cada mes, automáticamente debe recibir por correo una BIC. Si no recibe una tarjeta, debe ponerse en contacto con el departamento de bienestar de su condado. Aunque el condado no determina la elegibilidad para SSI/SSP ni envía los cheques de SSI/SSP, ayuda a las personas que reciben SSI/SSP con los problemas relacionados con la BIC. El condado puede encargar una BIC de reemplazo para usted. El departamento de bienestar de su condado le dirá si también necesita ponerse en contacto con una oficina del Seguro Social para solucionar el problema relacionado con su BIC.

21. ¿CÓMO OBTENGO SERVICIOS DE MEDI-CAL?

Hay dos maneras de obtener servicios de MEDI-CAL. La manera de obtener servicios de MEDI-CAL depende del área en que usted viva. En Algunas áreas, se puede escoger a los proveedores entre aquellos que aceptan MEDI-CAL, o uno se puede inscribir en un plan de MEDI-CAL para el cuidado de la salud y/o dental si es que hay alguno en esa área. En otros sitios, algunos beneficiarios de MEDI-CAL tienen que inscribirse en un plan para el cuidado de la salud y/o dental. En estos sitios, se hacen excepciones. Estas excepciones se le explicarán a la misma vez que se le expliquen sus opciones para obtener servicios de MEDI-CAL.

Recibirá información acerca de los planes para el cuidado de la salud/dental en el momento en que solicite o vuelva a solicitar los beneficios. Es posible que se requiera que usted asista a una presentación en el departamento de bienestar de su condado donde le hablarán acerca de los planes para el cuidado de la salud en los que se puede inscribir. Es posible que también reciba información por correo acerca de los planes para el cuidado de la salud que existen en su área.

1. En aquellas áreas en las que usted puede escoger a sus proveedores, debe saber como usar la BIC antes de ver a un doctor o a otro proveedor de servicios de la salud. Por favor, lea las secciones tituladas “¿Cómo Uso la Tarjeta BIC?” y “¿Qué Información Está en la Tarjeta de MEDI-CAL de Papel?” (Vea la Sección 17 y 18).

Si no se está inscribiendo en un plan para el cuidado de la salud y no está escogiendo a sus proveedores, tiene que decirle al proveedor del cuidado de la salud que tiene MEDI-CAL antes de recibir el cuidado médico. Si no le dice al proveedor que tiene MEDI-CAL, el proveedor legalmente puede cobrarle a usted todos los servicios que usted reciba. Los proveedores del cuidado de la salud no tienen que aceptar a los pacientes de MEDI-CAL, o puede que solo acepten a unos pocos. **Si usted no usa su BIC correctamente, es posible que tenga que pagar los servicios que reciba.**

2. Si se inscribe en un plan de MEDI-CAL para el cuidado de la salud/dental, puede escoger a un proveedor de una lista de proveedores que el plan le ofrecerá. Como miembro del plan, puede obtener todos los servicios que el MEDI-CAL regular cubre. Algunos planes ofrecen servicios extra que usted no puede obtener con la tarjeta de MEDI-CAL. Además, usted no tendrá que hacer un “copago” cuando sea miembro del plan.

22. ¿PAGARÁ MEDI-CAL TODOS MIS GASTOS MÉDICOS/DENTALES?

Su BIC pagará muchas clases de gastos médicos/dentales. Cuando su proveedor use la BIC de usted para verificar si usted reúne los requisitos de MEDI-CAL, él/ella sabrá si MEDI-CAL pagará un tratamiento médico/dental o si usted tendrá que hacer un “copago” por cualquier tratamiento. Es posible que usted tenga que pagar \$1.00 cada vez que reciba un servicio médico/dental. También es posible que tenga que pagar \$5.00 si va a la sala de emergencia de un hospital cuando no necesite un servicio de emergencia. No tiene que pagar si es miembro de un plan de MEDI-CAL para el cuidado de la salud/dental.

NOTA: Si usted tiene MEDI-CAL y Medicare, Medicare (no MEDI-CAL) paga por la mayoría de sus medicinas recetadas.

23. ¿CÓMO PUEDO RECIBIR AYUDA DE MEDI-CAL SI ME ENCUENTRO FUERA DEL ESTADO?

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

El proveedor debe primero verificar si usted reúne los requisitos de MEDI-CAL llamando al intermediario fiscal al (916) 636-1960. El proveedor puede obtener información en relación a la cobertura, autorización, y procedimientos de cobranza poniéndose en contacto con las siguientes oficinas:

MEDICAL SERVICES

(SERVICIOS MÉDICOS)

California Dept. of Health Services

MEDI-CAL Field Office

P.O. Box 193704

San Francisco, CA 94119-3704

(415) 904-9600

DENTAL SERVICES

(SERVICIOS DENTALES)

Delta Dental

Denti-Cal

11155 International Dr, Building C

Rancho Cordova, CA 95670

1-800-541-5555

Sí vive cerca de la frontera del estado de California y usa los servicios de médicos u otros proveedores de servicios médicos en el otro estado, algunas de estas restricciones no son pertinentes. (Sin embargo, no se cubren los servicios médicos en México o Canadá, con la excepción de la hospitalización de emergencia.)

No recibirá MEDI-CAL si se muda fuera de California. Usted podrá solicitar Medicaid en el estado en que viva.

24. ¿ES EL CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO (MANAGED CARE) DE MEDI-CAL LO MISMO QUE UN PLAN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD/DENTAL?

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

25. ¿PUEDO IR A CUALQUIER PROVEEDOR SI ME HAGO MIEMBRO DE UN PLAN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD/DENTAL?

Si se hace miembro de un plan para el cuidado de la salud/dental, usted tiene que recibir servicios de los proveedores y clínicas del plan , a no ser que necesite cuidado de emergencia.

26. ¿COMÓ ME HAGO MIEMBRO DE UN PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO?

Le puede preguntar a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado si el cuidado administrado está a la disposición y cómo ponerse en contacto con el plan de cuidado para la salud o el trabajador(a) de opciones locales para el cuidado de la salud.

27. ¿COMÓ PUEDO CANCELAR UN PLAN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO?

En algunas áreas servidas por el Sistema Organizado de Salud del Condado (County Organized Health System – COHS), si usted está con un proveedor, ya sea por medio de una inscripción voluntaria o fue asignado a uno, se tendrá que quedar con ese proveedor por un período de seis meses. Si usted se hizo miembro o fue asignado a un proveedor que usted no quiere, usted puede cancelar su inscripción por cualquier razón y en cualquier momento si lo hace dentro de los primeros 30 días que se inscribió con ese proveedor, o después de haber estado con ese proveedor por seis meses.

Si usted está en COHS en un condado donde tiene que quedarse con un proveedor por seis meses antes de cancelar su inscripción, usted recibirá más información sobre esto cuando se inscriba en el plan de cuidado de salud.

Si usted vive en un Modelo de Doble Plan (Two-Plan Model) o Cuidado Médico Administrado Geográfico (Geographic Managed Care) del condado, y la opción de inscribirse a un plan de cuidado médico es voluntario, usted puede cancelar su inscripción en cualquier momento. (Llame al personal de membresía del plan al número de teléfono que se encuentra en los documentos que se le dieron cuando se inscribió en el plan.) Por lo general dura 45 días para que se cancele la inscripción. Si usted tiene preguntas sobre su inscripción en el Modelo de Doble Plan, o en el plan de cuidado de salud bajo el Cuidado Médico Administrado Geográfico, usted puede llamar al programa Opciones para el Cuidado de Salud (Health Care Options) al 1-800-430-4263. Si usted no ha cancelado su inscripción en 45 días, llame a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado para recibir ayuda.

28. ¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON CUALQUIER DECISIÓN RELACIONADA CON MI ELEGIBILIDAD O BENEFICIOS DE MEDI-CAL?

AUDIENCIA ESTATAL (STATE HEARING): Recibirá una Notificación de Acción (Notice of Action-NOA) por correo del departamento de bienestar del condado cuando su elegibilidad de MEDI-CAL cambie. Si no está de acuerdo con la decisión, debe hablar con su trabajador(a) de elegibilidad del condado. Si aún no está satisfecho, puede pedir una audiencia estatal a través del departamento de bienestar del condado o del Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services). En la parte de atrás de la Notificación de Acción, encontrará información acerca de cómo solicitar una audiencia estatal y dónde mandar su petición. Si no está de acuerdo con la negación de un beneficio de salud, también puede pedir una audiencia estatal. Puede solicitar una audiencia de las siguientes maneras:

Escribiendo a
California Dept. of Social Services
State Hearing Division
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

O Llamando a:
California Dept. of Social Services
Public Inquiry and Response Unit
1-800-952-5253 (gratuito) O
Solamente para las personas sordas:
1-800-952-8349

Tiene que solicitar una audiencia estatal dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha en que usted crea que la acción ocurrió incorrecta. Si solicita una audiencia antes de la fecha efectiva de la acción que detuvo o redujo sus beneficios de MEDI-CAL, puede continuar recibiendo los mismos beneficios de MEDI-CAL hasta que se lleve a cabo la audiencia.

Usted o su representante puede leer los reglamentos acerca del programa de MEDI-CAL y la mayoría de los datos sobre su caso. También hay ayuda disponible en otros idiomas además del inglés, incluyendo el español.

En la audiencia, un Juez de Leyes Administrativas (Administrative Law Judge) revisará las acciones del departamento de bienestar del condado para ver si se cometió un error. Usted tiene que ir a la audiencia o dar notificación por escrito para que alguien vaya en su lugar. Puede traer a otras personas para que lo/la representen como sus testigos. Puede hacerle preguntas al representante del condado o a cualquier testigo del condado o del estado.

DISCRIMINACIÓN: Si cree que se ha tomado una decisión injustamente en relación a su derecho a recibir beneficios de MEDI-CAL debido a su sexo, raza, religión, color, origen nacional, orientación sexual, estado civil, edad, incapacidad, o estado de veterano, puede presentar una queja por escrito o por teléfono en la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) del Departamento de Servicios de Salud de California (California Department

of Health Services), MS 0009 P. O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413, (916) 440-7370. Se investigará su queja de discriminación.

29. ¿QUÉ PASA SI OTRA PERSONA ME HA LESIONADO O YO ME HE LESIONADO EN EL TRABAJO?

Si otra persona lo/la lesiona o se lesiona en el trabajo, puede usar su BIC para obtener servicios. Tiene que informarle a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado acerca del accidente o lesión, para que la parte o persona responsable reembolse al programa de MEDI-CAL.

Además, asegúrese de enviar o mandar un fax con la información que aparece abajo al:

California Department of Health Services
Recovery Personal Injury Unit
P.O. Box 997425, MS 4720
Sacramento, CA 95899-7425
FAX (916) 650-6581

O Puede llamar al:
(916) 650-0490

1. Su nombre, dirección y número de teléfono.
2. Su número de BIC y su Número del Seguro Social.
3. La fecha en que se lesionó y explique qué fue lo que pasó.
4. El nombre, dirección y número de teléfono de su abogado, si empleó a uno.
5. El nombre, dirección y número de teléfono de la persona que lo/la lesionó.
6. El nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguros responsable; también incluya el número de póliza.
7. Si se lesionó en el trabajo, el nombre, dirección y número de teléfono de su patrón.

30. ¿COBRARÁ MEDI-CAL DE LA HERENCIA DE UN BENEFICIARIO DE MEDI-CAL FALLECIDO (MUERTO)?

MEDI-CAL puede cobrar de la herencia de un beneficiario de MEDI-CAL que haya muerto después del 1° de octubre de 1993, solamente si:

- MEDI-CAL pagó ciertos servicios médicos después de que el beneficiario cumpliera 55 años, y el beneficiario fallecido no tiene esposo o esposa o hijos menores de edad o hijos completamente incapacitados y
- el reclamo de MEDI-CAL en referencia a la herencia no supone una privación substancial para los herederos del beneficiario fallecido.

Si ciertas condiciones se hallan presentes, MEDI-CAL impondrá un gravamen (obligación) sobre el saldo a favor del beneficiario institucionalizado de MEDI-CAL de un préstamo hipotecario de su hogar u otra propiedad. Es posible que tales reclamos y gravámenes se reduzcan

si se puede demostrar que crearían una privación substancial para los sobrevivientes o herederos del beneficiario de MEDI-CAL fallecido.

Si la esposa(o) que sobreviva a un beneficiario de MEDI-CAL fallecido, muere, MEDI-CAL puede cobrar de la herencia de dicha esposa(o) un total equivalente a la cantidad que MEDI-CAL pagara por la asistencia médica, o al valor de la herencia que la esposa/o recibiera, lo que sea menos.

También se puede cobrar de la herencia de una persona de cualquier edad si esa persona había residido en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso.

31. ¿QUÉ ES EL FRAUDE DE MEDI-CAL?

Si está recibiendo tratamiento de más de un doctor, debe notificárselo a cada uno de ellos. Es su responsabilidad el no abusar ni usar inadecuadamente sus beneficios de MEDI-CAL. Es un delito el:

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

Es un delito el vender o prestarle su BIC a cualquier persona o proporcionarle su BIC a alguien que no sea su proveedor de servicios, tal como lo requieren las normas de MEDI-CAL. El usar inadecuadamente los beneficios de BIC/MEDI-CAL es un delito que podría resultar en una acción administrativa o en el enjuiciamiento penal. Si sospecha que alguien está usando los beneficios de MEDI-CAL incorrectamente, puede hacer un informe confidencial usando el siguiente número gratuito:1-800-822-6222

32. ¿QUÉ SIGNIFICAN LOS TÉRMINOS (LAS PALABRAS)?

1. BENEFICIARIO (BENEFICIARY) – Una persona que reúne los requisitos necesarios para recibir MEDI-CAL.
2. DEPARTAMENTO DE BIENESTAR DEL CONDADO (County Welfare Department-CWD) – Vea la lista del Departamento de Servicios Sociales del Condado que se encuentra atrás de este folleto para llamar a la oficina de MEDI-CAL de su condado.
3. PLAN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD (HEALTH CARE PLAN) (MEDI-CAL) – El Departamento de Servicios de Salud de California tiene contratos con planes de salud pagados por adelantado, organizaciones para el mantenimiento de la salud, y sistemas de administración de casos para el cuidado primario para ofrecerles a los beneficiarios los servicios que MEDI-CAL cubre. A los beneficiarios de MEDI-CAL que se inscriben en un plan, se les garantiza el acceso a una serie completa de servicios médicos de calidad, incluyendo los servicios preventivos.

4. SERVICIOS DE CUIDADO CON BASE EN LA CASA Y LA COMUNIDAD (HOME AND COMMUNITY-BASED CARE SERVICES) – Servicios del cuidado de la salud que a veces se les pueden ofrecer en la casa a personas que normalmente necesitarían permanecer en un hospital o establecimiento de cuidado continuo no intenso. Estos servicios sólo están disponibles para ciertas personas que reciben MEDI-CAL y que satisfacen requisitos especiales. Si piensa que podría necesitar estos servicios, pídale a su doctor o a la persona que da el alta en el hospital que se ponga en contacto con la oficina local de MEDI-CAL.

5. CUIDADO PARA PACIENTES INTERNADOS (INPATIENT HOSPITAL CARE) – Cuidado que recibe cuando se le admite en un hospital. En algunas áreas del estado, sólo puede obtener cuidado para pacientes internados en los hospitales que tienen un contrato con el estado. Si necesita este cuidado, debe ponerse en contacto con su doctor, y si es necesario, él hará los arreglos para su hospitalización. En una emergencia en la que su vida corra peligro, o si usted es una mujer embarazada que ya esté dando a luz, cualquier hospital la puede atender.

6. CONEXION (LINKAGE) – Las personas que satisfacen la definición federal de personas de edad avanzada (de 65 años o más), ciegas, o incapacitadas, o los padres y sus hijos si es que éstos se encuentran privados del mantenimiento de cuidado paternal/maternal, se consideran personas en conexión con una de estas categorías.

7. INGRESOS NECESARIOS PARA MANTENERSE (MAINTENANCE NEED) – La cantidad de ingresos mensuales que MEDI-CAL ha determinado que una persona o familia necesita para comida, ropa, vivienda, etc. La cantidad cambia de acuerdo al número de personas que forman la familia.

8. MEDI-CAL – Es el nombre que California le da a Medicaid, el programa federal y estatal de asistencia médica para las personas necesitadas y de bajos ingresos.

9. MEDICARE – Un programa federal de seguro de salud que administra la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), el cual está disponible sin tomar en cuenta los ingresos. La mayoría de las personas de 65 años o más y ciertas personas incapacitadas o ciegas, no importa de que edad, tienen cobertura. Las Parte A de Medicare (Medicare Part A) cubre la hospitalización. La Part B de Medicare (Medicare Part B) cubre las cuentas de los doctores. Empezando el 1º de enero, Medicare Parte D (no MEDI-CAL) cubre la mayoría de medicinas recetadas. La tarjeta de Medicare es roja, blanca y azul.

PAGOS DE PRIMAS (BUY-IN) – Si es una persona de edad avanzada, ciega, incapacitada, que recibe pagos del Seguro Social bajo el Título II (Title II Social Security Retirement disability benefits), o servicios de cuidado de la salud relacionados a la diálisis, tiene que solicitar Medicare en la oficina del Seguro Social para poder obtener MEDI-CAL. Si reúne los requisitos para recibir ambos, Medicare y MEDI-CAL, MEDI-CAL pagará las primas mensuales del seguro de la Parte B de Medicare y quizás las primas mensuales del seguro de la Parte A. Por favor, dígame a su doctor que tiene ambos, Medicare y MEDI-CAL, para que no se le cobre a usted el coseguro (seguro copartícipe) de Medicare.

10. OTRA COBERTURA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD (OTHER HEALTH CARE COVERAGE) – Cualquier plan privado de beneficios para la salud o cobertura de un seguro para la salud (tanto si es individual o a través de un sindicato, grupo, patrón u organización) bajo el/la cual se pueden hacer pagos por los servicios del cuidado de la salud que se les proveen a las personas cubiertas por esa póliza o plan.

11. BIENES PERSONALES (PERSONAL PROPERTY) – Todo los bienes activos y no activos (con la excepción de los bienes raíces), tales como dinero en efectivo, cuentas de ahorro, cuentas de cheques, acciones, bonos, joyas, barcos, lanchas, pólizas de seguro de vida, vehículos de recreación, etc.

12. PROPIEDAD DE RESERVA (PROPERTY RESERVE) – El valor neto total de los bienes contables de las personas que solicitan MEDI-CAL.

13. BIENES RAICES (REAL PROPERTY) – Tierras y mejoras que generalmente incluyen los bienes inmueble adjuntos a la tierra y el petróleo, minerales, madera y otros derechos relacionados con la tierra.

14. PARTE DEL COSTO (SHARE OF COST-SOC) – La cantidad que usted tiene que pagar, o prometer pagar, cada mes en relación al costo del cuidado de la salud antes de que MEDI-CAL pague. Su Parte del Costo puede cambiar cuando sus ingresos mensuales cambien. Usted solamente pagará una Parte del Costo en el mes en que reciba servicios del cuidado de la salud. La Parte del Costo no es un cargo mensual que usted tiene que pagar, tenga o no cuentas médicas.

15. VERIFICACIÓN – Documentos aceptables que ofrecen pruebas de las declaraciones hechas por un solicitante o beneficiario.

State of California

Health and Human Services Agency

COUNTY SOCIAL SERVICES AGENCIES

Departamentos de Bienestar de los Condados

Please contact your nearest County Social Services Office for complete MEDI-CAL Eligibility information or other health-related services. Please verify the location and phone number in your telephone book or at www.dhs.ca.gov/mcs/medi-calhome/default.htm. Some county web sites may provide additional health-related information.

Por favor póngase en contacto con la oficina del Departamento de Bienestar del Condado más cercana a usted para obtener la información completa sobre la Elegibilidad de MEDI-CAL u otros servicios relacionados a la salud. Por favor verifique la dirección y el teléfono en su guía telefónica o en www.dhs.ca.gov/mcs/medi-calhome/default.htm. Algunos de los sitios web del condado pueden darle más información sobre servicios relacionados a la salud.

Alameda County

Health and Human Services

8477 Enterprise Way

Oakland, CA 94621

(510) 383-8523

www.alamedasocialservices.org/public/services/medical_care/

Alpine County

Department of Social Services

75A Diamond Valley Rd.

Markleeville, CA 96120

(530) 694-2235

www.co.alpine.ca.us/dept/health/ssmedical.html

Amador County

Department of Social Services

1003 Broadway

Jackson, CA 95642

(209) 223-6550

www.co.amador.ca.us/depts/social/index.htm

Butte County

Department of Employment and Social Services

78 Table Mountain Blvd., Oroville

(530) 538-7711

2445 Carmichael Dr., Chico

(530) 879-3479

Mailing address:

P.O. Box 1649

Oroville, CA 95965

www.buttecounty.net/dess/Medical_Services.html

Calaveras County

Calaveras Works and Human Services

509 East Saint Charles Street

San Andreas, CA 95249-9701

(209) 754-6444

www.co.calaveras.ca.us/departments/welfare.asp

Colusa County

Department of Health and Human Services

251 East Webster Street

Colusa, CA 95932

(530) 458-0250

No county website available

Contra Costa County

Employment and Human Service

1275A Hall Avenue

Richmond, 94804

(866) 663-3225

www.cchealth.org

Del Norte County

Department of Social Services

880 Northcrest Drive

Crescent City, CA 95531-3485

(707) 464-3191

www.co.del-norte.ca.us:82/cf/topic/topic4.cfm?Topic=Social%20Services&SiteLink=200012.html

El Dorado County

Department of Human Service
3057 Briw Road
Placerville, CA 95667-1637
(530) 642-7300

[www.co.el-dorado.ca.us/
socialservices/](http://www.co.el-dorado.ca.us/socialservices/)

Fresno County

Department of Employment &
Temporary Assistance
Call for nearest office (area code 559)
Regional Offices
Heritage Center, Fresno 453-3544
or 453-4934
University Med Center 453-6447
Coalinga Regional Center 935-6300
Selma Regional Center 898-5100
Reedley Regional Center 637-7580

[www.fresnohumanservices.org/
MedicalCare.htm](http://www.fresnohumanservices.org/MedicalCare.htm)

Glenn County

Human Resources Agency
P.O. Box 611
420 East Laurel Street
Willows, CA 95988-0611
(530) 934-6514

www.hra.co.glenn.ca.us/

Humboldt County

Department of Health and Human
Services
Social Services
929 Koster Street
Eureka, CA 95501
(707) 269-3590
(800) 891-8851 (Limited Service Area)

[www.co.humboldt.ca.us/portal/
health.asp](http://www.co.humboldt.ca.us/portal/health.asp)

Imperial County

Department of Social Services
2995 South Fourth Street, Suite 105
El Centro, CA 92243
(760) 337-6800

[www.imperialcounty.net/
socialservices/](http://www.imperialcounty.net/socialservices/)

Inyo County

Department of Social Services
912 N. Main Street
Bishop, CA 93514
(760) 872-1394

[www.inyocounty.us/Admin/vision_
statement.htm](http://www.inyocounty.us/Admin/vision_statement.htm)

Kern County

Department of Human Services
100 E. California Avenue
Bakersfield, CA 93307
(661) 631-6807

www.co.kern.ca.us/dhs/

Kings County

Human Services Agency
1200 South Drive
Hanford, CA 93230
(559) 582-3241

www.co.kings.ca.us/HSA/best.htm

Lake County

Department of Social Services
15975 Anderson Ranch Parkway
P.O. Box 9000
Lower Lake, CA 95457-9000
(707) 995-4200

www.dss.co.lake.ca.us/

Lassen County

Lassen WORKS
Roosevelt Annex
720 Richmond Road
Susanville, CA 96130
(530) 251-8152

www.co.lassen.ca.us/welfare_mission.htm

County of Los Angeles

Dept. of Public Social Services
(Apply at the nearest District office.
Refer to the White Pages under
COUNTY GOVERNMENT of your
phone book)
(877) 597-4777 Toll Free (Limited
Service Area)
(213) 639-6300
www.ladpss.org/

Madera County

Department of Social Services,
Eligibility
720 East Yosemite Avenue
P.O. Box 569
Madera, CA 93639
(559) 675-2300
[www.madera-county.com/
socialservices/](http://www.madera-county.com/socialservices/)

Marin County

Dept Health & Human Services (Public
Assistance)
120 North Redwood Drive-West Wing
San Rafael, CA 94903
(415) 473-3400
[www.co.marin.ca.us/depts/HH/main/
ss/public.cfm](http://www.co.marin.ca.us/depts/HH/main/ss/public.cfm)

Mariposa County

Department of Human Services
5186 Highway 49 North
Mariposa, CA 95338
Toll-free (800) 266-3609
(209) 966-3609
www.mariposacounty.org/

Mendocino County

Department of Social Services
737 South State Street
P.O. Box 8508
Ukiah, CA 95482
(707) 463-7700
www.mcdss.org

Merced County

Human Services Agency
2115 West Wardrobe Avenue
P.O. Box 112
Merced, CA 95341-0112
(209) 385-3000 ext. 5155
www.co.merced.ca.us/countyweb/

Modoc County

Department of Social Services
120 North Main Street
Alturas, CA 96101
(530) 233-6501
www.modocounty.us/

Mono County

Department of Social Services
85 Emigrant Street
P.O. Box 576
Bridgeport, CA 93517
(760) 932-5600
[www.monocounty.ca.gov/
departments.html](http://www.monocounty.ca.gov/departments.html)

Monterey County

Department of Social Services
100 South Main Street- Suite 216
Salinas, CA 93902
(831) 755-8500
(831) 755-4650
[www.co.monterey.ca.us/dss/
benefits/medi-cal.html](http://www.co.monterey.ca.us/dss/benefits/medi-cal.html)

Napa County

Department of Social Services
2261 Elm Street
Napa, CA 94559
(707) 253-4511
Toll-free: (800) 464-4214
[www.co.napa.ca.us/GOV/
Departments/DeptPage.
asp?DID=50100&LID=939](http://www.co.napa.ca.us/GOV/Departments/DeptPage.asp?DID=50100&LID=939)

Nevada County
Human Services Agency
950 Maidu Avenue
P.O. Box 1210
Nevada City, CA 95959
(530) 265-1340
Toll Free: (888) 809-1340
www.mynevadacounty.com

Orange County
Social Services Agency (Call for
nearest district office)
Anaheim (714) 575-2400
Santa Ana (714) 435-5900
Laguna Hills (949) 587-8543
Garden Grove(714)741-7100
www.ssa.ocgov.com/Agency_Services/Adult_Services_and_Assistance_Programs/default.asp

Placer County
Health and Human Services
11519 B Avenue
Auburn, CA 95603
(530) 889-7610
Roseville Office (916) 784-6000
North Lake Tahoe (530) 546-1900
www.placer.ca.gov/welfare/welfare.htm

Plumas County
Dept of Social Services
270 County Hospital Rd, Suite 207
Quincy, CA 95971
(530) 283-6350
www.countyofplumas.com/

Riverside County
Department of Public Social Services
(Call for nearest office)
(951) 358-3000
Mail only:
731 Palmyrita Avenue
Riverside, CA 92507
dpss.co.riverside.ca.us/

Sacramento County
Department of Human Assistance
2433 Marconi Ave
Sacramento, CA 95821-4807
(916) 874-2072
dhaweb.saccounty.net/Services/Medical_Assistance/index.html

San Benito County
Human Services Agency
1111 San Felipe Rd, Ste 206
Hollister, CA 95023-3801
(831) 636-4180
www.sanbenitohhsa.org

San Bernardino County
Human Services System
Transitional Assistance Department
(Call for nearest district office)
(909) 388-0245
www.hss.co.san-bernardino.ca.us/HSS/

San Diego County
Dept of Health & Human Srvs Agency
(Call for the nearest district Office)
(858) 514-6885
www2.sdcounty.ca.gov/hhsa/ServiceDetails.asp?ServiceID=680

City & County of San Francisco
Dept of Human Services
1440 Harrison Street
San Francisco, CA 94120
(415) 863-9892
www.sfgov.org/site/dhs_page.asp?id=12885

San Joaquin County
Human Services Agency
333 E. Washington Street
Stockton, CA 95202
(209) 468-1000
www.co.san-joaquin.ca.us/hsa/Medi-Cal/index.htm

San Luis Obispo County
Department of Social Services
3433 S. Higuera Street
San Luis Obispo, CA 93403
(805) 781-1600
www.slodss.org

San Mateo County
Human Services Agency
400 Harbor Boulevard, Building "C"
Belmont, CA 94002
(650) 802-7570
www.smchsa.org/smc/department/home/0,,15587275_18158401_19643107,00.html

Santa Barbara County
Department of Social Services
234 Camino Del Remedio
Santa Barbara, CA 93110
(805) 681-4401
www.countyofsb.org/social_services/

Santa Clara County
Social Services Agency
(Call for nearest district office)
(408) 271-5600
www.sccgov.org/site/0,4760,sid=136775,00.html

Santa Cruz County
Health Services Agency
1020 Emeline Street
Santa Cruz, CA 95060
(831) 454-4134
Watsonville Office (831) 763-8500
www.santacruzhealth.org/admnstr/2benefits.htm

Shasta County
Department of Social Services
2460 Breslauer Way
P.O. Box 496005
Redding, CA 96001
(530) 225-5767

www.co.shasta.ca.us/Departments/Social_Services/TemporaryAssistance/tempasst.shtml

Sierra County
Social Services
202 Front Street
P.O. Box 1019
Loyalton, CA 96118
(530) 993-6720
Downieville Office (530) 289-3711

www.sierracounty.ws/mod.php?mod=userpage&menu=1704&page_id=15

Siskiyou County
Human Services
North County Office:
818 S. Main Street
Yreka, CA 96097
(530) 841-2700
South County Office:
293 Main Street, Suite B
Weed, CA 96094
(530) 938-5100

www.co.siskiyou.ca.us/humsvc/etas.htm

Solano County
Health and Social Services
275 Beck Avenue
Fairfield, CA 94533
Toll Free: (800) 400-6001
www.co.solano.ca.us/

Sonoma County

Human Services Department
2550 Paulin Drive
P.O. Box 1539
Santa Rosa, CA 95402-1539
(707) 565-5200
Toll Free: (800) 354-1277
www.sonoma-county.org/human/med

Stanislaus County

Community Services Agency
251 East Hackett Road
P.O. Box 42 (95353)
Modesto, CA 95355
(209) 558-2777
www.stanworks.com/index.htm

Sutter County

Department of Human Services
Welfare Social Services Division
190 Garden Highway
P.O. Box 1535
Yuba City, CA 95992-1535
(530) 822-7230
www.co.sutter.ca.us/index.aspx?doc=/depts/hs/wss/wss.xml

Tehama County

Department of Social Services
22840 Antelope Blvd.
PO Box 1515
Red Bluff, CA 96080
(530) 527-1911
www.tcdss.org

Trinity County

Dept of Health and Human Services
#1 Industrial Parkway
Weaverville, CA 96093-1470
(530) 623-1265
Toll Free: (800) 851-5658
www.trinitycounty.org/Departments/HHS/hhsinfo.htm

Tulare County

Health & Human Services Agency
(Call for nearest Office)
In-Take Office
Dinuba (559) 591-5804
Lindsey (559) 562-1377
Porterville (559) 782-4750
Tulare (559) 685-2600
Visalia (559) 733-6111
www.co.tulare.ca.us/

Tuolumne County

Department of Social Services
20075 Cedar Road North
Sonora, CA 95370
(209) 533-5711
www.tuolumnecounty.ca.gov

Ventura County

Human Services Agency
505 Poli Street
Ventura, CA 93001
(805) 652-7693
Regional Offices:
Oxnard (805) 385-8654
Ventura (805) 658-4100
Santa Paula (805) 933-8300
Simi Valley (805) 584-4842
www.vchsa.org

Yolo County

Dept of Employment & Social Services
25 N. Cottonwood Street
Woodland, CA 95695
(530) 661-2750
West Sacramento Office
500-A Jefferson Blvd.
West Sacramento, CA 95605
(916) 375-6200
www.yolocounty.org/org/dess/program/medical.htm

Yuba County

Human Services Agency

6000 Linhurst Avenue, No. 504

P.O. Box 2320

Marysville, CA 95901-9987

(530) 749-6311

[www.co.yuba.ca.us/content/
departments/hhsd/](http://www.co.yuba.ca.us/content/departments/hhsd/)
