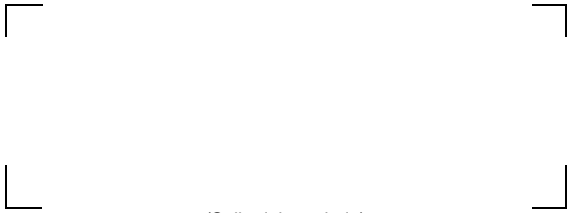


COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM
 (Programa de servicios médicos de los condados)
NOTICE OF ACTION
 (Notificación de acción)
APROBACIÓN O DENEGACIÓN DE PRESTACIONES



(Sello del condado)

Nombre del caso: _____
 Número del caso: _____
 Distrito: _____
 Esto afecta a: _____
 (Nombres)

Su solicitud de prestaciones bajo el programa CMSP ha sido aprobada. Su periodo de certificación del CMSP comienza el primer día del (mes o año) _____ y finaliza el último día del (mes o año) _____. Usted tendrá derecho a recibir prestaciones según se expone a continuación:

Mes:	_____	_____	_____ hasta _____
Ingresos brutos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos netos no exentos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
200% del FPL*:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Con derecho durante el mes:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesidad de mantenimiento:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos excesivos o "parte del costo" mensual:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

* Si esta información indica que usted no tiene derecho a recibir prestaciones durante un mes en particular, es debido a que sus ingresos netos no exentos exceden el 200% del nivel de pobreza según la normativa federal (*Federal Poverty Level* o FPL).

Para los meses indicados anteriormente en que usted tiene derecho a recibir prestaciones, recibirá pronto su tarjeta plástica de identificación (BIC, por sus siglas en inglés). No deseche esta tarjeta, ya que es válida durante el tiempo que usted tenga derecho a recibir prestaciones bajo el programa CMSP. Lleve esta tarjeta a la farmacia, al médico o a otro proveedor que participe en la "red de proveedores" de CMSP/Anthem Blue Cross para obtener sus servicios médicos. Su tarjeta o BIC mostrará al proveedor **si** usted tiene que pagar una "parte del costo". La cantidad que usted paga o está obligado/a a pagar a los proveedores de atención médica se calculará automáticamente. Después de haber pagado (o estar obligado a pagar) la "parte del costo" mensual total que le corresponda, no tendrá que pagar por servicios médicos bajo cobertura recibidos ese mes por medio de proveedores que participen en la "red de proveedores" de CMSP/Anthem Blue Cross.

Además de la tarjeta plástica (BIC), como se describió previamente, recibirá pronto una tarjeta de identificación de CMSP/Anthem Blue Cross, la cual deberá presentar junto con la BIC a su proveedor cuando obtenga servicios o medicamentos.

El derecho a obtener prestaciones bajo el CMSP está limitado a individuos entre las edades de 21 y 64 años inclusive de edad.

CMSP limita el periodo de tiempo de su derecho a obtener prestaciones. Sus prestaciones bajo el CMSP se suspenderán automáticamente el último día del mes indicado anteriormente en este formulario. Si usted todavía necesita ayuda después de la fecha de suspensión de prestaciones, podrá volver a solicitarlas durante el último mes en que tiene derecho a recibirlas. Por favor no vuelva a presentar su solicitud antes de lo indicado.

Representante encargado de determinar el derecho a recibir prestaciones (Eligibility Worker)	Número telefónico	Fecha
--	-------------------	-------

No deseche su tarjeta plástica de identificación, ya que puede utilizarla de nuevo si cumple en el futuro con los requisitos para recibir prestaciones bajo el programa CMSP o Medi-Cal. La autoridad que requiere que se tome esta acción se encuentra en la carta dirigida a todos condados (*All County Letter*) de CMSP N° 04-07 y en las secciones 3-028, 3-029, 8-011, 8-012, 8-053, 10-012, 11-011 del manual de CMSP referente al derecho de recibir prestaciones (*CMSP Eligibility Manual*).

LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN