

COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM

(Programa de servicios médicos de los condados)

NOTICE OF ACTION

(Notificación de acción)

APROBACIÓN O DENEGACIÓN DE PRESTACIONES LIMITADAS A SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

(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: _____

Ingresos brutos: \$ _____ \$ _____

Ingresos netos no exentos: \$ _____ \$ _____

200% del FPL*: \$ _____ \$ _____

Con derecho durante el mes: Sí No Sí 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).

Una afección médica de emergencia significa: una afección médica que se manifiesta por medio de síntomas graves que aparecen de inmediato y con suficiente gravedad (incluso, entre otros elementos, intenso dolor) de forma que una persona prudente, con un conocimiento medio de medicina y de temas de salud, podría razonablemente creer que el no recibir atención médica inmediata podría resultar razonablemente en: poner la salud del individuo en peligro, perjudicar gravemente la función del cuerpo, otras consecuencias médicas graves o disfunción grave y permanente de cualquier órgano (o parte del mismo) del cuerpo. La junta reguladora del programa (*CMSP Governing Board*) quizás analice la decisión del proveedor en cuanto a requerir servicios de emergencia.

Su solicitud de prestaciones para recibir servicios bajo el CMSP ha sido denegada, pero le hemos concedido derecho a recibir tratamiento médico de emergencia.

Tomamos esta acción porque usted como no ciudadano (es aplicable una de las siguientes razones):

- No tiene un estado satisfactorio de inmigración de acuerdo a la información recibida del servicio de ciudadanía e inmigración de EE.UU. (*U.S. Citizenship and Immigration Services*)
- No tiene prueba documentada de un estado satisfactorio de inmigración para el propósito de CMSP.
- Ha sido admitido a los Estados Unidos como no inmigrante durante un periodo limitado de tiempo.

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 plástica 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) su total "parte del costo" mensual 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.

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 recibir las. 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 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 a todos los condados (*All County Letter*) de CMSP N° 04-07 y en las secciones 1-101, 5-016, 8-011, 8-012, 8-053, 10-012, 11-011 del manual de CMSP referente al derecho de recibir prestaciones (*CMSP Eligibility Manual*).