

Nombre del Caso \_\_\_\_\_

Número del Caso \_\_\_\_\_

**SUPLEMENTO DE LA DECLARACIÓN DE HECHOS PARA CUBRIMIENTO RETROACTIVO/REINTEGRACIÓN**

Mi situación actual, tal como la indiqué en mi Declaración de Hechos que firmé el \_\_\_\_\_, es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender, por el/los mes(es) de \_\_\_\_\_ (Fecha)  
 con excepción de lo que específico más abajo. (Por reintegraciones, debe ser el mes en el cual se hace la solicitud.)

**Circunstancias que son/fueron diferentes:** (Si no hubo ningún cambio, escriba: "Ningún cambio.") Se necesita documentación para verificar todas las fuentes de ingreso y respaldar cualquier diferencia en la propiedad, domicilio, etc.

Circunstancias	Mes:	Mes:	Mes:
Número de personas que viven en su casa			
Ingreso— Especifique cualquier diferencia en: Cantidad de ingreso Clase de ingreso Gastos de empleo Gastos de educación Cuidado del niño			
Toda Propiedad Personal incluyendo vehículos de motor, botes, cuentas bancarias, etc. (Los saldos menores de la cuenta bancaria deben ser indicados por cada mes a menos que ellos fueran exactamente lo mismo que el saldo anotado en la Declaración de Hechos. Indique las diferencias o declare "Ningún cambio.")	Cheques: Ahorros:	Cheques: Ahorros:	Cheques: Ahorros:
Inmuebles (Indique sólo las diferencias o declare "Ningún cambio.")			
Residentes de California	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otra Cobertura de Seguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro (Indique sólo las diferencias o declare "Ningún cambio.")			

Entiendo que no puedo reducir el valor de mi propiedad en forma retroactiva a fin de disminuirla y así estar calificado para recibir Medi-Cal.

Entiendo que se me puede pedir que compruebe mis declaraciones las cuales el condado tiene la obligación por ley de mantenerlas en forma confidencial, y que sino estoy de acuerdo con sus decisiones tengo el derecho a solicitar una audiencia imparcial. Entiendo que si deliberadamente haga declaraciones falsas o retengo información, se me puede enjuiciar por fraude.

Firma	Fecha
Firma de la Persona que Actúa por el solicitante y Parentesco (guardián, defensor, etc.)	Fecha
Firma del Testigo (requerida si el solicitante firmó con una marca)	Fecha

La siguiente persona me ayudó a llenar este documento:

Nombre	Parentesco con el Solicitante	Fecha
Dirección		



**SI USTED ERA ELEGIBLE PARA MEDI-CAL EN CUALQUIER MOMENTO DESDE EL 27 DE JUNIO DE 1997,  
O AHORA ES ELEGIBLE, ES POSIBLE QUE MEDI-CAL LE REEMBOLESE POR CUENTAS  
MÉDICAS O DENTALES QUE USTED HAYA PAGADO**

Conlan v. Bontá; Conlan v. Shewry

Como resultado de dos decisiones de la corte, es posible que usted pueda ser reembolsado/a por algunos costos médicos que usted pagó. El Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud le asistirá en conseguir el reembolso de su dinero si satisface todos los requisitos mencionados abajo:

1. Si usted recibió un servicio médico o dental que fue médicamente necesario durante uno o todos estos períodos:
  - ✓ En el período de 3 meses antes del mes que usted solicitó para el programa de Medi-Cal,
  - ✓ A partir de la fecha que usted solicitó el programa de Medi-Cal hasta que su tarjeta de Medi-Cal fue expedida,
  - ✓ Después que se expidió su tarjeta de Medi-Cal (incluye exceso del pago parcial y exceso de cargos de parte del costo).
2. Si usted pagó por su servicio médico o dental; u otra persona pagó por su servicio médico o dental de parte suya. Usted va ser requerido que provea pruebas del servicio médico o dental que fue pagado por usted u otra persona.
3. Si usted recibió el servicio médico o dental de un proveedor inscrito en Medi-Cal (nota: usted no necesita haber recibido el servicio de un proveedor inscrito en Medi-Cal si usted recibió el servicio médico o dental durante el período de tres meses antes de solicitar Medi-Cal, o recibió servicios en o después del 27 de junio de 1997, pero antes del 2 de febrero del 2006 y había solicitado para Medi-Cal pero aún no había recibido la tarjeta de Medi-Cal).
4. Si se le dieron servicios de Medi-Cal que hubiera requerido autorización por Medi-Cal, y tiene documentación del proveedor médico o dental que enseña que los servicios fueron necesarios.
5. Si usted tenía elegibilidad de Medi-Cal para recibir ese servicio específico médico o dental.
6. El servicio médico o dental fue un beneficio bajo el programa de Medi-Cal.
7. El servicio médico o dental fue proporcionado en o después del 27 de junio de 1997.
8. Después de que usted recibió su tarjeta de Medi-Cal, usted contactó a su proveedor y le mostró a su proveedor su tarjeta de Medi-Cal y el proveedor no le reembolsó su dinero.

Fechas y horarios importantes:

- Para los servicios recibidos el 27 de junio de 1997, al 16 de noviembre del 2006, debe presentar su reclamo antes del 16 de noviembre del 2007, o en el plazo de 90 días después que se expida la tarjeta de Medi-Cal, cualquier plazo que sea el más largo.
- Para los servicios recibidos en o después del 16 de noviembre del 2006, debe presentar su reclamo dentro del plazo de un año de la fecha que recibió servicios, o en el plazo de 90 días después que se expida la tarjeta de Medi-Cal, cualquier plazo que sea el más largo.

Para más información o presentar un reclamo, usted DEBE llamar o escribir a Medi-Cal al:

<p>Para Reclamos Médicos, de Salud Mental, de Drogas y Alcohol, y de Servicios de Casa y Cuidado Personal:  <b>Department of Health Care Services</b>  <b>Beneficiary Services</b>  <b>P.O. Box 138008</b>  <b>Sacramento, CA 95813-8008</b>  <b>(916) 403-2007            TDD: (916) 635-6491</b></p>	<p>Para Reclamos Dentales:  <b>Denti-Cal</b>  <b>Beneficiary Services</b>  <b>P.O. Box 526026</b>  <b>Sacramento, CA 95852-6026</b>  <b>(916) 403-2007            TDD: (916) 635-6491</b></p>
--	---

**--NO SE OLVIDE DE GUARDAR TODOS LOS RECIBOS DEL CUIDADO MÉDICO Y DENTAL QUE USTED RECIBE--**

Medi-Cal revisará su reclamo para el reembolso y le enviará una carta con un cheque o una carta de negación que le explicará la razón del porqué fue negado/a. Si Medi-Cal niega su pedido de pago, usted puede pedir una apelación al Estado. La carta de negación le dirá cómo pedir una apelación al Estado.

Cobertura de Medicare/Medi-Cal: Empezando el 1° de enero del 2006, los medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D no serán un beneficio cubierto bajo el programa de Medi-Cal y estos medicamentos no son elegibles para el reembolso. Para preguntas sobre Medicare Parte D llame al 1-800-Medicare.

## DECLARACIÓN SOBRE LA PRIVACIDAD

- **Notificación sobre la Confidencialidad de Medi-Cal:** La información proporcionada en esta solicitud es privada y confidencial, conforme a la Sección 14100.2, del Código de Asistencia Pública e Instituciones. Esta información se revelará únicamente en conformidad con esas leyes.
- **Notificación sobre la Privacidad de Medi-Cal:** Es posible que esta información se comparta con las agencias locales, estatales y federales, para fines de verificar la elegibilidad, así como para otros fines relacionados a la administración del programa de Medi-Cal, incluyendo la confirmación con el INS, de la situación de inmigración de únicamente aquellas personas que solicitan beneficios completos de Medi-Cal. (La ley federal estipula que el INS no puede usar la información para nada más, excepto para los casos de fraude.)