

MEDI-CAL NOTICE TO PROVIDERS CLARIFICATION OF LIABILITY

NOTE: If you are not a Medi-Cal provider please disregard this notice.

(Provider's Name)

(Address)

(City, State, ZIP code)

Dear _____
(Provider's Name)

This is to provide you with notification that the Medi-Cal Program is not liable for services provided:
La presente es para notificarle que el programa de Medi-Cal no es responsable de los servicios proporcionados:

To: _____
A: _____ (Name of Beneficiary) *(Nombre del Beneficiario)*

On: _____, totaling \$ _____
En: _____ (Date) *(Fecha)* con un total de

_____, totaling \$ _____
(Date) *(Fecha)* con un total de

_____, totaling \$ _____
(Date) *(Fecha)* con un total de

The expenses indicated above were used by the beneficiary to reduce the value of excess property to establish or maintain Medi-Cal eligibility for the month of _____, 20 _____. Under Section 14019.3(d), Welfare and Institutions Code, the beneficiary is not entitled to a refund or release of his/her liability for these expenses. (Medi-Cal is not liable for these medical expenses.) None of these expenses used by the beneficiary to reduce the value of his/her excess property, may be used to meet his/her share of cost.

Los gastos que se indican arriba fueron usados por el beneficiario para reducir el valor de bienes en exceso, para establecer o continuar reuniendo los requisitos para Medi-Cal para el mes de _____, 20_____. En conformidad con la sección 14019.3(d) del Código de Bienestar e Instituciones, el beneficiario no tiene derecho a reembolso o liberación de su responsabilidad con relación a estos gastos. (Medi-Cal no es responsable de estos gastos médicos.) Ninguno de estos gastos que usó el beneficiario para reducir el valor de sus bienes en exceso, puede ser usado para cumplir con su parte del costo.

(Eligibility Worker) *(Trabajador(a) de Elegibilidad)*

(Phone Number) *(Número de Teléfono)*

(Date) *(Fecha)*

Permission to release information: I give my permission to the County Welfare Department to release this information to _____.
(Provider's name)

Permiso para revelar información: Doy mi permiso al departamento de bienestar del condado para que revel información a _____.
(Nombre del Proveedor)

(Applicant's signature) *(Firma del solicitante)*