



Estimado(a)

Esta carta incluye información importante sobre su cobertura de salud

Gracias por enviarnos la información y formularios de renovación que le pedimos. Hemos usado esa información, así como los datos estatales y federales, para ver qué cobertura de salud pueden obtener usted y cada miembro de su familia, incluyendo:

- MAGI Medi-Cal (Modified Adjusted Gross Income) que es un nuevo programa de Medi-Cal que se basa en las normas tributarias;
- Otros programas de Medi-Cal, como Medically Indigent, Medically Needy y programas para personas con discapacidades;
- Y el seguro privado, Covered California.

Le estamos enviando esta carta porque usted o alguna persona en su familia no es elegible para MAGI Medi-Cal. Es posible que usted sea elegible para otros programas de Medi-Cal o para el seguro privado, Covered California, que tiene créditos fiscales. Para mantener los beneficios de salud sin interrupción en la cobertura, debe rellenar la última página de este formulario para el

Este no es un aviso de terminación de su Medi-Cal. Si determinamos que usted o los miembros de su familia ya no son elegibles para Medi-Cal después de recibir la información adicional, usted recibirá una carta (llamada un "Notice of Action") que le dirá que ya no es elegible. Aún puede presentar una apelación en ese momento si no está de acuerdo.

A continuación está la información de cobertura de salud para cada persona en su hogar.

Usted no es elegible para MAGI Medi-Cal. **No** ha perdido sus beneficios de Medi-Cal en este momento.

Usted aún puede ser elegible para otros programas de Medi-Cal, ya sea Medi-Cal gratis o Medi-Cal con parte del costo. La información sobre estos programas está en los materiales incluidos con esta carta.

También podría ser elegible para recibir un crédito fiscal que le sirva para pagar un seguro privado a través de Covered California. Consulte la sección de Covered California que aparece más adelante para más información sobre la ayuda que puede recibir su familia.

¿Cuáles son los otros programas de Medi-Cal?

Los demás programas de Medi-Cal no pertenecen a MAGI Medi-Cal. Estos incluyen el programa Medically Needy y Medi-Cal para personas con discapacidades. Si desea más información, consulte el documento **“Other Medi-Cal Programs Brochure”**.

¿Cuáles son algunas de las diferencias entre MAGI Medi-Cal y otros programas de Medi-Cal?

Otros programas de Medi-Cal usan reglas para contar los ingresos y el tamaño de la familia que son diferentes que las de MAGI Medi-Cal. Usted no es elegible para MAGI Medi-Cal, pero es probable que sí lo sea para estos otros programas de Medi-Cal. Por ejemplo, si hay un padrastro con ingresos, una persona que reciba ingresos por discapacidad, un niño con ingresos o padres que no están casados, usted podría ser elegible para recibir Medi-Cal gratis con estos otros programas de Medi-Cal.

Aún si usted no recibe Medi-Cal gratis a través de estos otros programas de Medi-Cal, usted podría ser elegible para recibir Medi-Cal con parte del costo.

Con estos otros programas de Medi-Cal, existe un límite de propiedad (bienes) que usted puede tener. Esto es diferente de MAGI Medi-Cal.

¿Y si deseo ver si soy elegible para otros programas de Medi-Cal?

Usted tiene el derecho de averiguar si puede mantener la cobertura de Medi-Cal a través de otros programas de Medi-Cal. **Si quiere que revisemos si usted es elegible, marque la casilla en la página 3 que dice “Quiero que verifiquen si mi familia y yo somos elegibles para otros programas de Medi-Cal”**.

Solamente podemos averiguar si usted es elegible para uno de estos otros programas de Medi-Cal si nos envía la página 3 con su firma y la fecha. También debe llenar y enviarnos la última página de esta carta y el formulario **“Medi-Cal Income, Deductions, and Property Supplement”** que fue incluido con esta carta. **Debe enviarnos esta información o usted podría perder su elegibilidad para Medi-Cal.**

¿Y si me interesan los créditos fiscales para pagar un seguro privado a través de Covered California?

Covered California ofrece créditos fiscales para ayudarle a pagar el costo del seguro de salud. Los créditos fiscales se basan en el tamaño de la familia y el ingreso familiar. Covered California ofrece varios planes de salud entre los que puede elegir.

Podemos revisar si usted es elegible para la cobertura de Covered California con créditos fiscales. **Si desea que verifiquemos si usted es elegible, marque la casilla en la página 3 que dice “Quiero que verifiquen si mi familia y yo somos elegibles para recibir créditos fiscales para ayudarnos a pagar la cobertura de salud a través de Covered California”**. Asegúrese de firmar y escribir la fecha en la última página de esta carta.

¿Puedo recibir la cobertura de Medi-Cal y Covered California?

Sí. Algunas personas podrían ser elegibles para los dos programas, el de Medi-Cal con parte del costo y para el seguro privado, Covered California, que tiene créditos fiscales. Usted puede optar por que revisemos si usted es elegible para los dos programas, para otros programas de Medi-Cal y para Covered California. O podría elegir solo una opción. De cualquier manera, necesitamos saber cuál es su decisión para que usted pueda continuar recibiendo sus beneficios sin interrupción en la cobertura.

Medi-Cal cubre algunos servicios que el seguro de Covered California no cubre, tales como los servicios Long Term Care (Cuidado a Largo Plazo).

¿Qué debo hacer ahora?

1. Para mantener los beneficios de salud sin interrupción en la cobertura, debe escoger una de las opciones que aparecen más adelante, o ambas.

Quiero que verifiquen si mi familia y yo somos elegibles para otros programas de Medi-Cal. He llenado el formulario **“Medi-Cal Income, Deductions, and Property Supplement”**. Estoy enviando ambos formularios en el sobre provisto.

Quiero que verifiquen si mi familia y yo somos elegibles para recibir créditos fiscales para pagar otros seguros de salud a través de Covered California.

2. Usted debe enviar este formulario y los documentos solicitados en el sobre provisto antes del para continuar con sus beneficios de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si usted no contesta esta carta, se le enviará un Notice of Action (NOA) y sus beneficios actuales de Medi-Cal terminarán el

Tiene el derecho de apelar la acción. Puede quedarse con su Medi-Cal durante la apelación si usted apela antes de que sus beneficios terminen.

Tiene el derecho a solicitar y recibir materiales traducidos y los servicios de interpretación en su idioma. El estado proporcionará un intérprete gratuito incluyendo uno para el idioma americano de señas si usted lo solicita. Llame al _____ para más información.