

Inscripción para bebés de Medi-Cal Access Infant Program

Después que nace su bebé y a más tardar 30 días después del nacimiento, llene este formulario y envíelo por correo o por fax. La cobertura de su bebé no comenzará hasta que recibamos este formulario con su firma indicando que quiere afiliar a su bebé en el sistema de prestación de cuidado médico administrado de Medi-Cal bajo el Medi-Cal Access Infant Program. Si los ingresos de su familia han bajado podría ser elegible para Medi-Cal gratuito.

Nombre de la afiliada _____

Fecha de nacimiento de la afiliada: _____ (mes/día/año)

Medi-Cal Access Family Member Number _____

Domicilio _____

No quiero inscribir a mi bebé en el Medi-Cal Access Infant Program

Información del bebé

¿El bebé está inscrito actualmente en un seguro patrocinado por el empleador? Sí No

Si es "Sí", dé la fecha en que la cobertura del bebé entra en vigencia: _____ (mes/día/año)

Nota: Si respondió "Sí", su bebé no es elegible para inscribirse en la cobertura pública.

Nombre del bebé _____ Inicial _____ Apellido _____

Género: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

Peso al nacer: ____ libras ____ onzas

Numero de SS: _____

Sí aún no tiene uno, ha solicitado un Numero de SS Sí No

Indígena americano o nativo de Alaska

Proveedor personal *opcional*: _____

Dirección y teléfono, si hubo algún cambio: _____

Declaro que cada una de las personas a las que estoy inscribiendo:

- Es ciudadano de EE.UU.
- Es residente de California
- Es nacional de EE.UU.
- No es elegible para Medicare Parte A y Parte B

Además, declaro que:

- Todas las personas de este formulario cumplirán con las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes en los que las personas estén afiliadas.
- Entiendo el Manual de Medi-Cal Access Program. Entiendo lo que dice acerca de cada beneficio médico, dental y de cuidado de la vista a través del Sistema de prestación de cuidado médico administrado de Medi-Cal.

Inscripción para bebés de Medi-Cal Access Infant Program

- Doy permiso para que comprueben mis ingresos familiares, cobertura médica, situación migratoria de las personas que estoy inscribiendo y todos los demás datos de esta solicitud.
- Acepto avisar al Medi-Cal Access Program a más tardar 30 días después de todo cambio de dirección de cualquier persona afiliada en el programa y cualquier cambio en la dirección de facturación de la solicitante.
- Entiendo que si mi embarazo termina después de mi fecha de comienzo de cobertura, se cancelará mi afiliación el último día del mes en que se cumplan 365 días de la terminación de mi embarazo. Medi-Cal Access Program no cubrirá los servicios médicos que yo reciba después de la fecha de cancelación de inscripción.

También certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma _____ **Fecha** _____

Envíe este formulario por fax al 1-888-889-9238, o por correo a: Medi-Cal Access Infant Program, P.O. Box 15559, Sacramento, CA 95852.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Medi-Cal Access Infant Program al 1-800-880-5305, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., y los sábados, de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.