



**SI ES ELEGIBLE PARA FAMILY PACT, ES POSIBLE QUE MEDI-CAL LE REEMBOLSE LOS GASTOS QUE USTED PAGÓ POR PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA**

Es posible que pueda recibir un reembolso por algunos de los gastos que pagó. El Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud de California (California Department of Health Care Services, DHCS) le ayudará a obtener el reembolso de su dinero si cumple con todas las siguientes condiciones:

1. Recibió servicios de planificación familiar y salud reproductiva cubiertos por Family PACT durante el período de 3 meses antes del mes en que fue certificado/a inicialmente para participar en el programa Family PACT.
2. Pagó por los servicios de planificación familiar, u otra persona pagó por los servicios en su nombre. Tiene que proporcionar un comprobante de que pagó por los servicios de planificación familiar, o que otra persona se los pagó, junto con una lista detallada de los servicios cubiertos por el pago.
3. Este formulario (DHCS 4001) tiene que ser certificado por un proveedor del programa Family PACT para poder ser elegible para reembolsos retroactivos.
4. No solicita un reembolso de copagos o cargos excedentes de participación en los gastos. El reembolso de reclamos válidos no será mayor que la tarifa de Family PACT para el servicio cubierto en el momento en que se proporcionó.
5. El proveedor médico la atendió en California.
6. Es un requisito proporcionar documentación de necesidad médica si se requiere obtener autorización previa para el servicio proporcionado.
7. Era elegible para recibir ese servicio de planificación familiar en particular.
8. El servicio de planificación familiar era un beneficio cubierto por el programa Family PACT.
9. Usted le da permiso al Centro de Servicio al Beneficiario para comunicarse con usted y/o con el proveedor de Family PACT en forma directa.
10. Autoriza a sus profesionales médicos a divulgar todos los registros necesarios para verificar este reclamo.

Fechas y plazos importantes:

Tiene que presentar su reclamo en el término de un año de la fecha en que recibió el servicio. Si presenta un reclamo fuera del plazo de un año de la fecha en que recibió el servicio, será rechazado. Solo se considerará el reembolso para la porción del reclamo que se encuentra dentro del plazo indicado.

**Para presentar un reclamo de reembolso o para obtener información llame a:**

**Centro de Servicio al Beneficiario - Family PACT, (916) 403-2007 TDD: (916) 635-6491**

**\*\*NO SE OLVIDE DE GUARDAR TODOS LOS RECIBOS POR SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA QUE RECIBIÓ.\*\***

El Centro de Servicio al Beneficiario revisará su reclamo y le enviará una carta describiendo el estado de su reclamo. Si no está de acuerdo con la acción tomada, puede pedir una audiencia estatal. La carta le dirá cómo pedir una audiencia estatal.

**Sus derechos:**

Tiene el derecho a solicitar una audiencia estatal para revisar la decisión o acción del Centro de Servicio al Beneficiario sobre su solicitud de reembolso al beneficiario. Tiene que solicitar una audiencia estatal en un plazo de 90 días de la fecha del Aviso de acción enviado por el Centro de Servicio al Beneficiario por correo que le informa sobre la decisión o acción. Siga las instrucciones provistas en el Aviso de acción para solicitar una audiencia estatal, o llame a la División de Audiencias Estatales del Departamento de Servicios Sociales de California al 800-952-5253. Para servicio TDD, llame al 1-800-952-8349. Puede enviar su solicitud por escrito a:

State Hearings Division  
California Department of Social Services  
P.O. Box 944243, Mail Station 19-99  
Sacramento, CA 94244-2430

NPI number

HAP Identification number

**PROGRAMAS DE ACCESO A LA SALUD CERTIFICACIÓN  
PARA EL PROGRAMA FAMILY PACT  
RETROACTIVA DE ELEGIBILIDAD (REC)**

***Este formulario es propiedad de la Oficina de Planificación Familiar del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud del Estado de California y no puede ser modificado o alterado.*** Escribe todas sus respuestas en *letra de molde*. Las preguntas sobre el tamaño de su familia, ingresos y seguro de atención de la salud son para determinar si es elegible para la elegibilidad retroactiva. Los proveedores tienen que guardar una copia de este formulario durante tres años.

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Jr. o Sr.)
Dirección	Ciudad	Código postal	Número de Teléfono

<b>Circunstancias:</b>	<b>Mes/Año:</b>	<b>Mes/Año:</b>	<b>Mes/Año:</b>
¿Era residente de California?	Si No	Si No	Si No
¿Recibió beneficios o servicios de Medi-Cal?	Si No	Si No	Si No
¿Tenía una Tarjeta de Identificación de Beneficios de Medi-Cal (BIC)? Número BIC:                      Fecha de emitió:	Si No	Si No	Si No
¿Tenía seguro de atención de la salud para servicios de planificación familiar? (Seguro privado, organización de mantenimiento de la salud (HMO), plan de atención administrada, seguro de salud para estudiantes, etc.)	Si No	Si No	Si No

***Determinación de elegibilidad:*** Indique todos los miembros de la familia (usted, su cónyuge y sus hijos) y todas las fuentes de ingresos sujetos a impuestos. Si otra persona lo declara como dependiente en su declaración de impuestos, ponga todas las personas declaradas y las fuentes de ingresos sujetos a impuestos correspondientes. Los ingresos que se deben informar incluyen, entre otros: ingresos del trabajo como empleado o por cuenta propia, seguro social (aunque no esté sujeto a impuestos), ingresos pasivos (dividendos, intereses, etc.), pensiones y anualidades, propinas, comisiones, manutención del cónyuge recibida y beneficios por desempleo.

Mes/ Año	Nombre(s)	Parentesco	Edad(es)	Fuente(s) de ingreso	Ingresos anuales sujetos a impuestos	Ingresos totales sujetos a impuestos

**Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de California que la información que he dado en este formulario es verdad y correcto. Entiendo que si doy información falsa, es posible que no sea elegible para este programa. Doy permiso al Centro de Servicio al Beneficiario para que se comunice conmigo o con mi proveedor a fines de procesar mi reclamo.**

**ESTE NO ES UN FORMULARIO DE RECLAMO. PRIMERO TIENE QUE LLAMAR AL CENTRO DE SERVICIO AL BENEFICIARIO al (916) 403-2007 para solicitar un paquete de reclamo. Para que se considere su solicitud de reembolso, complete y presente un formulario de reclamo. NO presente este formulario REC sin adjuntar un FORMULARIO DE RECLAMO COMPLETADO.**

Firma (o marca) del solicitante	Fecha	Firma del testigo o la marca del intérprete	Fecha
---------------------------------	-------	---	-------

**Declaración de privacidad (Código Civil § 1798 et seq.)**

Esta información se utilizará para ver si estás inscrito en algún programa de salud estatal. La información también se utilizará para vigilar los resultados de salud y para fines de evaluación del programa. No se divulgará tu nombre. Cada individuo tiene el derecho de revisar la información personal mantenida por el proveedor a menos que esté exento a el Artículo 8 de la Ley de Prácticas de Información.

**\*\*\*\*SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR (FOR PROVIDER USE ONLY)\*\*\*\***

	<i>Month/Year:</i>	<i>Month/Year:</i>	<i>Month/Year:</i>
Retroactive Eligible for Family PACT Program	<b>Yes No</b>	<b>Yes No</b>	<b>Yes No</b>
Medi-Cal client eligible for Family PACT verified	<b>Yes No</b>	<b>Yes No</b>	<b>Yes No</b>

Based upon the information provided by the applicant and according to state and federal requirements, I certify that the applicant identified on this Retroactive Eligibility Certification is eligible to receive retroactive eligibility under the Family PACT Program. If ineligible, the client has received a copy of this form which includes the Fair Hearing Rights. I also certify that the client has received the Notice of Privacy Practices.

Print name	Signature	Date
Street address	City	Zip code
<b>NPI</b>	Phone number	