State of California—Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

TOBY DOUGLAS
DIRECTOR

EDMUND G. BROWN JR.
GOVERNOR

Si es elegible para Family PACT, es posible que Medi-Cal le reembolse los gastos que usted pagó por planificación familiar y/o salud reproductiva

Es posible que pueda recibir un reembolso por algunos de los gastos que pagó. El Departamento de Servicios de Atención 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/o salud reproductiva cubiertos por Family PACT durante el período de 3 meses antes del mes en que fue certificado 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 de los servicios cubiertos por el pago.**
3. Tiene que tener un certificado (por el formulario 4001 de CDPH) de elegibilidad para reembolsos retroactivos.
4. El reembolso excluye los copagos y cargos excedentes de participación en los gastos y será por hasta la tarifa cubierta por el servicio en el momento en que se proporcionó.
5. No tiene que haber recibido el servicio de un proveedor inscrito en Medi-Cal/Family PACT si recibió los servicios de planificación familiar y/o salud reproductiva durante el período de 3 meses anterior a su inscripción en el programa Family PACT.
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. **Acepta renunciar a los requisitos de confidencialidad de contacto del programa Family PACT para que DHCS pueda comunicarse directamente con usted y/o con su proveedor de Family PACT.**

Fechas y plazos importantes:

- Tiene que presentar su reclamo a no más de un año de haber recibido los servicios después de su certificación de elegibilidad para el reembolso retroactivo.

Para obtener más información o para presentar un reclamo, llame a Medi-Cal al:

California Department of Health Care Services
Beneficiary Service Center
(916) 403-2007 TDD: (916) 635-6491

****No se olvide de guardar todos los recibos por servicios de planificación familiar y/o atención de la salud reproductiva que recibió****

Medi-Cal revisará su reclamo de reembolso y le enviará una carta con un cheque o una carta de denegación indicando el motivo por la denegación. Si Medi-Cal le deniega la solicitud de pago, puede pedir una audiencia estatal. La carta de denegación le dirá cómo pedir una audiencia estatal.

Para obtener más información, vea www.medi-cal.ca.gov.

Número de NPI:

Programas De Acceso A La Salud
Certificación Retroactiva de Elegibilidad (REC) para el Programa Family PACT

Número de identificación de HAP:

Este formulario es propiedad de la Oficina de Planificación Familiar del Departamento de Salud Pública del Estado de California y no puede ser modificado o alterado. Escriba 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 la copia original de este formulario en el registro médico del cliente.

Nombre **Segundo nombre** **Apellido** **Sufijo (Jr. o Sr.)**

Circunstancias:	***Mes:***	***Mes:***	***Mes:***
¿Era residente de California?	□ ***Sí*** □ ***No***	□ ***Sí*** □ ***No***	□ ***Sí*** □ ***No***
¿Recibió beneficios o servicios de Medi-Cal?	□ ***Sí*** □ ***No***	□ ***Sí*** □ ***No***	□ ***Sí*** □ ***No***
¿Tenía una Tarjeta de Identificación de Beneficios de Medi-Cal (BIC)? Número BIC: _____ Fecha de emisión: _____	□ ***Sí*** □ ***No***	□ ***Sí*** □ ***No***	□ ***Sí*** □ ***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.)	□ ***Sí*** □ ***No***	□ ***Sí*** □ ***No***	□ ***Sí*** □ ***No***

Determinación de elegibilidad: Indique todos los miembros de la familia (usted, su cónyuge y sus hijos) que vivían en su casa y se mantienen con los ingresos de la familia. Indique la cantidad de todos los ingresos del trabajo o ingresos por ganancias o rentas, y el monto del ingreso, incluyendo ingresos de salario, trabajo por cuenta propia, propinas, comisiones, pensiones, seguro social, mantención de los hijos y/o del cónyuge, pagos periódicos de seguro, discapacidad, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos, beneficios de desempleo, etc.

	Mes:	**Mes:**	**Mes:**
Nombre(s)			
Parentesco			
Edad(es)			
Fuente(s) de ingreso			
Ingresos brutos mensuales (Antes de descontar impuestos o deducciones)			
Tamaño de la familia/Ingresos familiares totales			

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de California que la información que antecede en este formulario es verdadero, correcto y completo. Comprendo que proporcionar información falsa puede hacer que no sea elegible para este programa. Acepto renunciar a los requisitos de confidencialidad de contacto de Family PACT.

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

Sólo para uso de el proveedor (For provider use only)

NPI Number:	***Month:***	***Month:***	***Month:***
Retroactive Eligible for Family PACT Program	□ ***Yes*** □ ***No***	□ ***Yes*** □ ***No***	□ ***Yes*** □ ***No***
Medi-Cal client eligible for Family PACT verified	□ ***Yes*** □ ***No***	□ ***Yes*** □ ***No***	□ ***Yes*** □ ***No***

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.

Print name	Signature	Date

Derechos de audiencia equitativa

Toda persona que solicite o reciba servicios del programa Family PACT tendrá derecho a una audiencia equitativa relativa a la elegibilidad. Una persona que solicita o recibe servicios no tiene derecho a debatir los cambios que se realicen a las normas de elegibilidad o beneficios del programa Family PACT.

Revisión de primer nivel: Si desea apelar, envíe su nombre, número de teléfono, dirección y motivo por la que solicita una revisión de primer nivel a la dirección a continuación. El matasellos postal de la solicitud de revisión de primer nivel debe estar fechado a no más de 20 días laborales después de la denegación de elegibilidad. Antes de tomar una decisión, la Oficina de Planificación Familiar puede solicitar información adicional por teléfono o por escrito del proveedor o solicitante.

Audiencia formal: Puede solicitar una audiencia formal a no más de 90 días de la fecha en que fue notificado que se denegó su elegibilidad retroactiva. Si tiene un buen motivo por no haber podido solicitar una audiencia en el plazo de 90 días, igualmente puede solicitar una audiencia. Si proporciona *buena causa* es posible que le programen una audiencia. Proporcione toda la información solicitada, como su nombre y apellido, número de teléfono, dirección y el motivo por el que solicita la Audiencia formal, y envíe la información a la dirección de Audiencias formales a continuación. Si desea, también puede adjuntar una carta y explicar por qué cree que la medida tomada no es correcta. También puede llamar al número de teléfono de Investigación y Respuesta Pública (Public Inquiry and Response) a continuación. Si le cuesta comprender inglés, no se olvide de indicar el idioma que habla para que se puedan hacer arreglos para ayudarlo con el idioma en la audiencia. Si tiene un representante autorizado, no se olvide de indicar su nombre, número de teléfono y dirección. Guarde una copia de su solicitud de audiencia como comprobante. Puede presentar su solicitud de audiencia formal de dos maneras:

Revisión de primer nivel
California Department of Public Health
Office of Family Planning
P.O. Box 997420, Mail Station 8400
Sacramento, CA 95899-7420

Audiencia formal
California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

o llame sin cargo
Department of Social Services
State Hearings Division
Public Inquiry and Response
1-800-952-5253 ó 1-800-743-8525
TDD 1-800-952-8349
Fax: (916) 651-5210