STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

PETE WILSON, *Governor*

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
'4/744 P STREET
.. BOX 942732
.CRAMENTO, CA 94234-7320
(916) 322-1584

Date Issued: January 16, 1996
CMSP Letter: 96-2

To: All County Medical Services Program (CMSP) County Welfare Directors

Subject: REVISED CMSP NOTICE OF ACTION - APPROVAL OF BENEFITS (FORM CMSP 239 B-M, ENGLISH AND SPANISH VERSIONS)

This letter transmits two camera ready copies of the revised English and Spanish versions of the County Medical Services Program (CMSP) Notice of Action - Approval of Benefits, (Form CMSP 239 B-M). Counties should use these camera ready masters to produce a prudent supply of these revised forms. Previous revisions of these forms should no longer be used.

If you have any questions about this letter please contact Ms. Genny Fleming of my staff at (916) 327-3867. Thank you for your attention to this matter.

Sincerely,

Jim Martinez, Chief
County Medical Services Program Unit

Enclosures

cc: Mr. Albert Cooper
Office of County Health Services
Department of Health Services
1800 3rd Street, Room 100
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320

COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM
NOTICE OF ACTION
APPROVAL OF BENEFITS

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

THIS AFFECTS: _____

_____
(Names)

Your application for CMSP benefits has been approved.

☐ You are entitled to receive CMSP benefits beginning the first day of _____. You will receive your plastic Benefits Identification Card (BIC) soon. ***Do not throw this card away.*** This card is good as long as you are eligible for CMSP. Take this plastic card to your doctor or other Medi-Cal provider when you request medical services.

☐ Since your income exceeds the amount allowed for living expenses, you have a share-of-cost to pay or obligate toward your medical care. Your share-of-cost is $_____ beginning _____. Your share-of-cost was computed as follows:

Gross Income	$_____
Net Nonexempt Income	$_____
Maintenance Need	$_____
Excess Income/Share of Cost	$_____

Take your plastic card with you each time you receive medical care. Your Plastic Card will show your provider if you have a share-of-cost to pay. The amount that you pay or obligate to the medical providers will be automatically computed. After your total share-of-cost has been paid or obligated, you will not have to pay for medical services received that month from Medi-Cal providers.

The regulations which require this action are California Administrative Code, Title 17, Section(s): 1498, et seq.

_____ Eligibility Worker

_____ Phone

_____ Date

PLEASE READ THE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE

PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS DEL CONDADO
NOTIFICACION DE ACCION
APROBACION DE LOS BENEFICIOS

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

ESTO AFFECTA A: _____

_____
(Nombres)

Se ha aprobado su solicitud para recibir beneficios de CMSP.

☐ Usted tiene derecho a recibir beneficios de CMSP, a partir del primer día de _____ Pronto, recibirá su Tarjeta de Identiicación de Beneficios (BIC) de plástico. ***No tire esta tarjeta.*** Esta tarjeta es válida mientras que usted reúna los requisitos para recibir beneficios de CMSP. Lleve esta tarjeta de plástico al doctor o a otro proveedor de Medi-Cal cuando solicite servicios médicos.

☐ Puesto que sus intresos exceden la cantidad permitida para gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar o se compromete a pagar una parte del costo para su cuidado médico. A partir del _____ su parte del costo es de $ _____. Su parte del costo se calculó de la siguiente manera:

Ingresos Brutos	$_____
Ingresos Netos que no Están Exentos	$_____
Ingresos Necesarios para Mantenerse	$_____
Ingresos en Exceso/Parte deo Costo	$_____

Lleve su tarjeta de plástico consigo cada vez aue reciba cuidado médico. Su Tarjeta de Plástico le indicará a su proveedor si usted tiene que pagar una parte del costo. La cantidad que usted paga o la que está comprometido(a) a pagar a sus proveedores médocos será calculada automáticamente. Una vez que haya pagado o se haya comprometido a pagar su parte del costo total, usted no tendrá que pagar por los servicios médicos que reciba de los proveedores de Medi-Cal durante ese mes.

Los ordenamientos que exigen esta acción son la(s) siguiente(s) sección(es) del Título 17 del Códogo Administrative de California: 1498, et. seq.

_____ Trabajador(a) de Elegibilidad

_____ Teléfono

_____ Fecha

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTE AVISO

PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS DEL CONDADO
NOTIFICACION DE ACCION
CAMBIO EN LA PARTE DEL COSTO

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

CAMBIO EN LA PARTE DEL COSTO PARA:

_____

_____
(Nombres)

Su parte del costo se ha cambiado a $_____ al mes, a partir del _____ porque:

Su nueva parte del costo se determinó de la siguiente manera:

Ingresos Brutos Mensuales	$ _____
Ingresos Mensuales Netos que no Están Exentos	$ _____
Ingresos Necesarios para Mantenerse	$ _____
Ingresos en Exceso/Parte del Costo	$ _____

Los ordenamientos que exigen esta acción son la(s) siguiente(s) sección(es) del Título 17 del Código Administrativo de California: 1498, et seq.

LLEVE SU TARJETA DE PLASTICO A SU PROVEEDOR MEDICO CADA VEZ QUE USTED NECISITE RECIBIR CUIDADO. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO.

Si usted tiene preguntas acarca de esta acción, o si existen más datos acerca de sus condiciones que no nos ha reportado, por favor escriba o llame por teléfono. Le contestaremos sus preguntas o haremos una cita para verle.

_____ Trabajador(a) de Elegibilidad

_____ Teléfono

_____ Fecha

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTE AVISO