



## Free Health Coverage!!!

### Express Lane Medi-Cal Program

As a CalFresh participant, you may be automatically eligible for Medi-Cal. You just need to give us your "OK" by doing one of the below.



#### MAIL

Tell us who you want the free health coverage for on the attached page. Sign and mail back the letter in the enclosed postage-paid envelope.



#### CALL

Call the Customer Service Center between 7:30 a.m. - 5:30 p.m., Mon.-Fri., at:

(626) 569-1399; or  
(310) 258-7400; or  
(818) 701-8200; or  
Toll Free (866) 613-3777

## No application or additional information is needed!!!

You can save money in your pocket by using the free health coverage for:



- ✓ Doctor visits and check-ups
- ✓ Hospital stays
- ✓ Prescription drugs
- ✓ Mental health care
- ✓ Substance abuse care
- ✓ Some dental care

Need more information? Go to:

[www.ladpss.org/dpss/calfresh/default.cfm](http://www.ladpss.org/dpss/calfresh/default.cfm)





# ¡Cobertura de Salud Gratis!

## Programa de Línea Rápida Para Medi-Cal

Como un participante de CalFresh, usted puede ser elegible automáticamente para Medi-Cal. Sólo necesita darle al Condado su "OK" eligiendo uno de los siguientes.



### CORREO

Díganos para quién desea la cobertura gratis de salud en la página adjunta. Firme y regrénsenos la carta por correo en el sobre adjunto con franqueo pagado.



### LLAME

Llame al Centro de Servicios al Cliente de 7:30 a.m. - 5:30 p.m., de lunes a viernes al:

(626) 569-1399; o  
(310) 258-7400; o  
(818) 701-8200; o  
Gratis al (866) 613-3777

## ¡No se necesita una solicitud o información adicional!

Usted puede ahorrar dinero en su bolsillo mediante el uso de la cobertura de salud gratis para:



- ✓ Visitas al médico y chequeos
- ✓ Estadías en el hospital
- ✓ Medicamentos recetados
- ✓ Cuidado de salud mental
- ✓ Cuidado por el abuso de sustancias
- ✓ Algunos cuidados dentales

¿Necesita más información? Visite en:

[www.ladpss.org/dpss/calfresh/default.cfm](http://www.ladpss.org/dpss/calfresh/default.cfm)



## Programa de Línea Rápida Para Medi-Cal

Nombre del caso: \_\_\_\_\_

Nº de Caso: \_\_\_\_\_

Nº de Archivo: \_\_\_\_\_

Oficina del distrito: \_\_\_\_\_

¡Sí! Deseo obtener cobertura de salud gratis. Por favor, complete lo siguiente.

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

No, yo no estoy interesado en obtener cobertura de salud gratis a través del Programa de Línea Rápida para Medi-Cal. Por favor díganos la razón.

Yo/nosotros ya tenemos o hemos solicitado el Medi-Cal.

Yo/nosotros ya tenemos otra cobertura médica.

Yo/nosotros simplemente no queremos.

Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

(Si está disponible)

Email \_\_\_\_\_

(Si está disponible)