

Keep Your Medi-Cal

Don't miss important information about
your Medi-Cal health coverage.

Make sure that your county has your
current contact information.

 Name	Phone 
 Address	E-mail 

Report any changes to your name, address, phone
number, or e-mail address. Contact us at:

Sacramento County Department of Human Assistance

PO BOX 487, Sacramento, CA 95812

Tel 1-800-560-0976

ha.saccounty.gov

Did You Know?

You can complete your annual renewal and report
changes to your Medi-Cal online.

Create your online account today by going to
www.benefitscal.com and selecting the
"Create An Account" link.

Mantenga su Medi-Cal

No se pierda información importante sobre su cobertura de salud de Medi-Cal.

Asegúrese de que su condado tenga su información de contacto actual.

 Nombre	Teléfono 
 Dirección	Correo electrónico 

Reporte cualquier cambio a su nombre, dirección, número de teléfono, o correo electrónico. Comuníquese con nosotros en:

Sacramento County Department of Human Assistance

PO BOX 487, Sacramento, CA 95812

Tel 1-800-560-0976

ha.sacounty.gov

¿Sabía usted?

Usted puede completar su renovación anual y reportar cambios a su Medi-Cal en línea.

Cree su cuenta en línea hoy en www.benefitscal.com y seleccione el enlace "Crear una cuenta".

Сохраните Ваше страхование Medi-Cal

Не пропустите важную информацию о Вашем
медицинском страховании Medi-Cal.

Убедитесь, что у Вашего округа есть Ваша
актуальная контактная информация.

 Имя	Телефон 
 Адрес	Электронная почта 

Сообщите о любых изменениях в Вашем имени, адресе, номере
телефона или адресе электронной почты. Свяжитесь с нами:

Sacramento County Department of Human Assistance

PO BOX 487, Sacramento, CA 95812

Tel 1-800-560-0976

ha.saccounty.gov

Знаете ли Вы?

Вы можете выполнить Ваше ежегодное продление срока действия и
сообщить об изменениях в Вашем Medi-Cal онлайн.

Создайте Ваш онлайн-аккаунт сегодня, посетив сайт
www.benefitscal.com и выбрав ссылку «Создать аккаунт».

Medi-Cal Beneficiaries:

Take action to keep your Medi-Cal

Your local county office will mail you a letter about your Medi-Cal coverage.



The letter will tell you if:

Your county needs information from you to renew your Medi-Cal

or

Your Medi-Cal was renewed automatically



If you get a renewal form, please fill it out and return it right away.

Check that your local county office has your updated information, including your name, current address, email address, and phone number.



For more details and to learn how to update your contact information, visit KeepMediCalCoverage.org



Medi-Cal

Beneficiarios de Medi-Cal:

Tóme acción para mantener su Medi-Cal

Su oficina local del condado le mandará a usted una carta con su cobertura de Medi-Cal.



Esta carta te dirá si tu:

Tu condado necesita información de su parte para renovar su Medi-Cal.

Su Medi-Cal se renova automáticamente.



Si recibe su forma de Renovación, acomplete y regrese de inmediato.

Revise que su oficina local del condado tenga su información correcta incluyendo su nombre, domicilio correcto, correo electrónico y teléfono.



Para más detalles y para informarse como cambiar su información, visite:
KeepMediCalCoverage.org



Medi-Cal

Лица, имеющие право на страховку Medi-Cal:

Примите меры, чтобы сохранить ваш Medi-Cal

Офис вашего округа отправит вам по
почте письмо о вашей страховке Medi-Cal.



В письме будет указано если:

Вашему округу нужна от вас
информация для продления
вашей страховки Medi-Cal

или

Ваша страховка Medi-Cal
была продлена
автоматически



Если вы получите форму на продление
страховки, пожалуйста заполните её и
сразу же верните в офис вашего округа.

Убедитесь, что в местном окружном офисе
есть ваша обновленная информация,
включая ваше имя, настоящий адрес,
адрес электронной почты и номер
телефона.



Чтобы получить дополнительные
сведения и узнать, как обновить
свою контактную информацию,
посетите сайт

KeepMediCalCoverage.org



Medi-Cal