

# Renew it or lose it.

It's time to renew your Medi-Cal!

We need information from you to make sure you can still get Medi-Cal. Please complete the attached renewal form. You must give it to your local county office by mail or in person. You can also complete it online or over the phone.

You must return this form to see if you can continue to get Medi-Cal. Medi-Cal covers doctor visits, In-Home Supportive Services (IHSS), hospital stays, prescription drugs, and mental health services for you and your family. **If you do not submit the renewal form by the due date listed, you may lose your Medi-Cal coverage.**

If any information printed on the form is incorrect or has changed, please make updates directly on the form before submitting. **Make these updates on the renewal form even if you have reported updated information to the county before.**



# Renuévela o piérdala.

Es hora de renovar su  
cobertura de Medi-Cal.

Necesitamos que nos envíe más información para asegurarnos de que aún pueda obtener Medi-Cal. Por favor, complete el formulario de renovación adjunto. Debe proporcionarla a la oficina local de su condado por correo o en persona. También puede completarlo en línea o por teléfono.

Debe devolver este formulario para ver si puede continuar recibiendo Medi-Cal. Medi-Cal cubre visitas al médico, servicios de apoyo en el hogar (IHSS, por sus siglas en inglés), hospitalizaciones, medicamentos recetados y servicios de salud mental para usted y su familia.

**Si no envía el formulario de renovación antes de la fecha de vencimiento indicada, puede perder su cobertura de Medi-Cal.**

Si alguna información impresa en el formulario es incorrecta o ha cambiado, actualícela directamente en el formulario antes de enviarlo. **Actualice el formulario de renovación, incluso si ha reportado información actualizada al condado anteriormente.**



**Medi-Cal**