

ABC123456789\_2CFB0-34-5-D-B-000006  
123456QG1-ABC-02/02/2020



XX/XX/XXXX



JOHN SAMPLE 1234  
SAMPLE STREET  
ANYTOWN CA 90000

## Noticias importantes sobre su plan dental de Medi-Cal

Estimado(a) [Member Name]:

Recibió esta carta porque usted o los miembros de su familia están inscritos en el plan Medi-Cal Dental Managed Care (DMC) que se indica a continuación. Desde el XX/XX/XXXX, su plan Medi-Cal DMC **no** estará disponible en su condado.

El plan Medi-Cal DMC que ya no estará disponible:

**[DMCP Name/Fee-For-Service Medi-Cal Dental]**

### Su elegibilidad y beneficios de Medi-Cal no cambiarán

Este cambio en el plan Medi-Cal DMC **no** afecta su elegibilidad ni sus beneficios de Medi-Cal. No es necesario que llame al trabajador de elegibilidad del condado, a menos que necesite actualizar sus datos personales. Si tiene cambios que comunicar, póngase en contacto con la oficina local de Medi-Cal de su condado. Puede encontrar una lista de las oficinas de los condados en [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx).

### Tendrá que elegir un nuevo plan Medi-Cal DMC

Medi-Cal Health Care Options (HCO) lo puede ayudar a elegir un nuevo plan Medi-Cal DMC:

- **Teléfono:** Llame de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. al 1-800-430-3003 (TTY: 1-800-430-7077) de manera gratuita.
- **Correo:** Complete y envíe el formulario de elección que se encuentra en su paquete *My Medi-Cal Choice*. El paquete le informa sobre los planes Medi-Cal DMC en su zona y cómo inscribirse.
- **En línea:** Inscríbese en [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov).

Si no elige un plan Medi-Cal DMC antes del **XX/XX/XXXX**, quedará inscrito en el siguiente plan:

[DMCP Name/Fee-For-Service Medi-Cal Dental]

[XXX-XXX-XXXX]

### Es posible que pueda mantener a su dentista si no pertenece a la red de su nuevo plan Medi-Cal DMC

Pregúntele a su dentista si pertenece a la red de su nuevo plan Medi-Cal DMC o a otro plan Medi-Cal DMC de su condado. Si no pertenece a ninguna red de planes Medi-Cal DMC en su condado, es posible que tenga que buscar un nuevo dentista.

Si su dentista no pertenece a la red de su nuevo plan Medi-Cal DMC, es posible que pueda mantener a su dentista por 12 meses si solicita a su nuevo plan Medi-Cal DMC la “continuidad de cuidado” (continuity of care). Si desea obtener la continuidad de cuidado, llame a los servicios para afiliados de su **nuevo** plan Medi-Cal DMC luego de la inscripción.

### Cómo elegir un nuevo plan Medi-Cal DMC

Las opciones de planes Medi-Cal DMC dependen del condado donde vive. Si vive en el **condado** de **Sacramento**, deberá inscribirse en el plan Medi-Cal DMC. Si no elige un plan, elegiremos uno por usted.

Si vive en el **condado** de **Los Angeles**, puede optar por inscribirse en un plan Medi-Cal DMC o Medi-Cal Dental Fee-For-Service (FFS). Si desea inscribirse en un plan Medi-Cal DMC, llame a Medi-Cal HCO al 1-800-430-3003 (TTY: 1-800-430-7077). No se le inscribirá en un plan Medi-Cal DMC a menos que lo solicite.

Para obtener más información sobre sus opciones de planes Medi-Cal DMC, llame a Medi-Cal HCO, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. al 1-800-430-3003 (TTY: 1-800-430-7077) de manera gratuita. O visite **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**.

Usted puede elegir otro plan Medi-Cal DMC en cualquier momento después del **XX/XX/XXXX**.

### ¿Qué debe hacer ahora?

- No tiene que hacer nada para unirse:

[DMCP Name/Fee-For-Service Medi-Cal Dental]

- Si desea elegir otro plan Medi-Cal DMC, comuníquese con Medi-Cal HCO:
  - **Teléfono:** Llame al 1-800-430-3003 (TTY: 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.
  - **Correo:** Complete y envíe el formulario de elección que se encuentra en su paquete *My Medi-Cal Choice*.
  - **En línea:** Inscribese en **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**.

Su plan Medi-Cal DMC le enviará un paquete de bienvenida. En él se le explicará cómo elegir un dentista y cómo solicitar que se mantenga a su dentista si no pertenece a su nueva red del plan Medi-Cal DMC. Se le informará sobre los beneficios que ofrece el plan Medi-Cal DMC.

### ¿Tiene preguntas?

- Llame a Medi-Cal HCO, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. al 1-800-430-3003 (TTY: 1-800-430-7077) de manera gratuita. O visite Medi-Cal HCO en **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**.
- Llame al centro de servicio telefónico dental de Medi-Cal, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. al 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922 o 711) de manera gratuita. Lo ayudarán a informarse sobre los servicios que puede obtener a través de Medi-Cal Dental FFS.
- Llame a la oficina de Medi-Cal Ombudsman, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. al 1-888-452-8609 (TTY: 711 para California State Relay) de manera gratuita. O envíe un correo electrónico a **[MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov)**. La oficina de Medi-Cal Ombudsman ayuda a las personas con Medi-Cal a utilizar sus beneficios y a conocer sus derechos y responsabilidades.
- Llame a la línea de ayuda de Medi-Cal al 1-800-541-5555, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. de manera gratuita. Lo ayudarán a saber más sobre los servicios que puede obtener a través de Medi-Cal.

Para obtener más información acerca de estos cambios, lea la información importante en el *Aviso de información adicional acerca de sus derechos y beneficios (NOAI)* en **[www.dhcs.ca.gov/Pages/Dental-Transition-Member-Notices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Dental-Transition-Member-Notices.aspx)**.



Si desea que le envíen un NOAI impreso por correo, llame a Medi-Cal Health Care Options (HCO), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. al 1-800-430-3003 (TTY: 1-800-430-7077).

Si desea recibir este aviso en otro idioma o formato, como letra grande, audio o Braille, llame a Medi-Cal HCO, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. al 1-800-430-3003 (TTY: 1-800-430-7077).

**No** llame a su trabajador de elegibilidad para informarle sobre este cambio. Este cambio **no** afecta su elegibilidad.

Gracias,

Department of Health Care Services