


1234567AB-A8B-XX/XX/XXXX
XXX123456789_ABCD0-00-0-000000



XX/XX/XXXX

 **JOHN SAMPLE**
1234 SAMPLE STREET
Line 2
ANYTOWN CA 90000

ព័ត៌មានសំខាន់អំពីការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់លោកអ្នក

ជូនចំពោះ: [Member Name],

កាលពីខែវិច្ឆិកា យើងបានធ្វើសំបុត្រមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នក។ សំបុត្រនោះមានព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medi-Cal របស់លោកអ្នក។ ឥឡូវនេះលោកអ្នកមានសេវាកម្ម Medi-Cal ក្នុងទំហំ **លក្ខខណ្ឌដែលមានកំណត់**។ ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកនឹងប្តូរទៅជាសេវាកម្ម Medi-Cal ក្នុងទំហំ **ពេញលេញវិញ** ចាប់ពីថ្ងៃទី **1 ខែមករា ឆ្នាំ 2024** នេះតទៅ។ លោកអ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្មបន្ថែមទៀត។ លោកអ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal របស់ខ្លួនតាមរយៈគម្រោង Medi-Cal Managed Care។

លោកអ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care និងគម្រោងសុខភាពផ្សេងៗ៖

គម្រោងសុខភាព

<Insert MCP>

គម្រោងសុខភាពផ្សេងៗ

<Insert Dental Program>

កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម

01/01/2024

អំពីគម្រោង Medi-Cal Managed Care

គម្រោង Medi-Cal Managed Care គឺជាគម្រោងសុខភាព។ គម្រោងនេះធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មសុខភាព Medi-Cal ចាំបាច់ ទៅតាមសេចក្តីត្រូវការរបស់លោកអ្នក។ គម្រោងរបស់លោកអ្នកនឹង៖

- ជួយគ្រប់គ្រងការធានារ៉ាប់រង និងសេវាកម្ម Medi-Cal របស់លោកអ្នក
- ជួយលោកអ្នកស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត និងវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងនេះ (ជាក្រុម)
- មានសេវាផ្តល់ប្រឹក្សាតាមទូរស័ព្ទ 24ម៉ោងពីគិលានុបដ្ឋាយិកា
- មានសេវាបម្រើអតិថិជនឆ្លើយសំណួររបស់លោកអ្នកតាមទូរស័ព្ទដោយឥតគិតថ្លៃ
- ជួយដឹកលោកអ្នកទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់ខ្លួនទាំងទាំងមក មានដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស ឬមន្ទីរពេទ្យជាដើម
- ជួយលោកអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលលោកអ្នកត្រូវការ ដែលគម្រោងរបស់លោកអ្នកមិនបានចេញថ្លៃ
- ផ្តល់ជូនសេវាកម្មផ្នែកភាសាដែលលោកអ្នកត្រូវការ ដូចជាសេវាបកប្រែភាសា ឯកសារជាភាសារបស់លោកអ្នក ឬឯកសារ Braille ឯកសារមានអក្សរធំៗ ឬឯកសារជាសំឡេង ឬទិន្នន័យជា CD



របៀបទាក់ទងគម្រោង Medi-Cal Managed Care របស់លោកអ្នក

- ឈ្មោះគម្រោង៖ <Insert COHS/Single Plan Name>
- លេខសេវាកម្មអតិថិជន៖ <Insert Member Services number here and TTY>
- គេហទំព័រ៖ <Insert web address>

គម្រោង Medi-Cal Managed Care របស់លោកអ្នកនឹងផ្អែកលើស្ថានភាពស្ថាគមន៍មួយជូនលោកអ្នក។ កញ្ចប់ស្ថាគមន៍នោះមានព័ត៌មានអំពីរបៀបជ្រើសរើសវេជ្ជបណ្ឌិត។ កញ្ចប់នោះក៏មានព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលគម្រោងនេះផ្តល់ជូនផងដែរ។

តើមានសំណួរដែរឬទេ ?

- សូមហៅទូរស័ព្ទទៅក្រុមជំនួយ Medi-Cal ថ្ងៃចន្ទ – ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ **1-800-541-5555**។ សេវាទូរស័ព្ទនេះ មិនគិតថ្លៃទេ។
- សូមហៅទូរស័ព្ទទៅការិយាល័យ Medi-Cal Ombudsman Office ថ្ងៃចន្ទ – ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ **1-888-452-8609** (TTY: 711 សម្រាប់ California State Relay)។ សេវាទូរស័ព្ទនេះ មិនគិតថ្លៃទេ។ ឬសរសេរអ៊ីម៉ែលទៅកាន់ពួកគេតាមរយៈអាសយដ្ឋាន **MMCOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov**។ការិយាល័យ Medi-Cal Ombudsman Office ជួយមនុស្សឲ្យប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់ពួកគេ ព្រមទាំងដឹងពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ពួកគេ។
- សូមអាន Frequently Asked Questions (FAQ) នៅលើគេហទំព័រ Medi-Cal តាមរយៈអាសយដ្ឋាន ៖ **www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Adult-Expansion.aspx**។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បានឯកសារចតតម្លងនៃសំណួរ FAQ ធ្វើតាមសំបុត្រប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ទៅលោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ HCO ថ្ងៃចន្ទ – ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ **1-800-430-5005** (TTY: 1-800-430-7077)។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះជាភាសាមួយ ឬជាទម្រង់មួយផ្សេងទៀត ដូចជាឯកសារមានអក្សរធំៗ ឯកសារជាសំឡេង ឬឯកសារ Braille សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ HCO ថ្ងៃចន្ទ – ថ្ងៃសុក្រ 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ **1-800-430-5005** (TTY: 1-800-430-7077)។

សូមអរគុណ
Medi-Cal
Department of Health Care Services