


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 ពួកយើងបានផ្ញើសំបុត្រមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នក។ សំបុត្រនោះមានព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរការធានាសុខភាព Medi-Cal របស់លោកអ្នក។ ឥឡូវនេះលោកអ្នកមានសេវាកម្ម Medi-Cal ក្នុងលក្ខខណ្ឌដែលមានកំណត់។ ការធានាសុខភាព Medi-Cal របស់លោកអ្នកនឹងប្តូរទៅជាសេវាកម្ម Medi-Cal ក្នុងលក្ខខណ្ឌពេញលេញរហូតដល់ថ្ងៃទី 1 ខែ មករា ឆ្នាំ 2024 នេះតទៅ។ លោកអ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្មបន្ថែមទៀត។ លោកអ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal របស់ខ្លួនតាមរយៈគម្រោង Medi-Cal Managed Care។

កញ្ចប់ My Medi-Cal Choice ដែលលោកអ្នកបានទទួលមានព័ត៌មានអំពីរបៀបដែលអ្នកជ្រើសរើសគម្រោង Medi-Cal Managed Care។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនជ្រើសរើសយកគម្រោងមួយដែលចុះកាលបរិច្ឆេទនៅលើកញ្ចប់ My Medi-Cal Choice របស់ខ្លួនទេ នោះលោកអ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះចូលនៅក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care នេះ និងគម្រោងសុខភាពផ្សេងៗទៀត។

<b>គម្រោងសុខភាព</b>	<b>គម្រោងសុខភាពធ្មេញ</b>	<b>កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម</b>
<Insert MCP>	<Insert Dental Program>	XX/XX/2024

### អំពីគម្រោង Medi-Cal Managed Care

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

- ជួយគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្ម Medi-Cal របស់លោកអ្នក
- ជួយលោកអ្នកស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត និងវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងនេះ (ជាក្រុម)
- មានសេវាផ្តល់ប្រឹក្សាតាមទូរស័ព្ទ 24ម៉ោងពីគិលានុបដ្ឋាយិកា
- មានសេវាបម្រើអតិថិជនឆ្លើយសំណួររបស់លោកអ្នកតាមទូរស័ព្ទដោយឥតគិតថ្លៃ
- ជួយដឹកលោកអ្នកទៅជួបអ្នកថែទាំរបស់ខ្លួនទាំងទាំងមក មានដូចជា វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស ឬមន្ទីរពេទ្យជាដើម



- ជួយលោកអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលលោកអ្នកត្រូវការ ដែលគម្រោងរបស់លោកអ្នកមិនបានធានា
- ផ្តល់ជូនសេវាកម្មផ្នែកភាសាដែលលោកអ្នកត្រូវការដូចជា សេវាបកប្រែ ឯកសារជាភាសារបស់លោកអ្នក ឬ ឯកសារ Braille ឯកសារមានអក្សរធំៗ ឬឯកសារជាសំឡេង ឬទិន្នន័យជា CD

**របៀបជ្រើសរើសគម្រោង Medi-Cal Managed Care**

ជម្រើសគម្រោង Medi-Cal Managed Care របស់លោកអ្នកអាស្រ័យលើខោនធីដែលលោកអ្នករស់នៅ។ Health Care Options (HCO) បានផ្ញើកញ្ចប់ *My Medi-Cal Choice* មួយជូនលោកអ្នក។ កញ្ចប់នោះមានព័ត៌មានប្រាប់លោកអ្នកអំពីគម្រោង Medi-Cal Managed Care នៅក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក និងរបៀបចុះឈ្មោះចូល។

ដើម្បីរៀនបន្ថែមអំពីគម្រោងសុខភាព និងជម្រើសអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់លោកអ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ HCO ថ្ងៃ ចន្ទ - ថ្ងៃ សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ **1-800-430-5005** (TTY: 1-800-430-7077)។ សេវាទូរស័ព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**។

**ករណីលើកលែងពីការចូលរួមគម្រោង Medi-Cal Managed Care**

លោកអ្នកអាចមិនចូលរួមគម្រោង Medi-Cal Managed Care បាន ប្រសិនបើលោកអ្នក៖

- ជាជនជាតិ American Indian/Alaska Native,
- ជាអ្នកទទួលបានផលដែលទទួលបានជំនួយពី មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ (Foster Care), កម្មវិធីជំនួយសុំកូនមកចិញ្ចឹម (Adoption Assistance Program) ឬ សេវាកម្មការពារកុមារ (Child Protective Services)
- រស់នៅក្នុងរដ្ឋអតីតយុទ្ធជន California
- បានទទួលការអនុម័តករណីលើកលែងវេជ្ជសាស្ត្រមកពីតម្រូវការឱ្យចូលរួមក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care ឬ
- ទទួលបានករណីលើកលែងវេជ្ជសាស្ត្រមួយមកពីតម្រូវការឱ្យចូលរួមក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care

**ករណីលើកលែងវេជ្ជសាស្ត្រមួយពីការចូលរួមក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care**

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រស្មុគស្មាញ រួមទាំងការមានផ្ទះពោះ ហើយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្លីនិក Medi-Cal របស់លោកអ្នកគឺជាសេវាកម្ម Fee-for-Service (FFS) (ធម្មតា) អ្នកផ្តល់ការថែទាំ Medi-Cal ដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញគម្រោង Medi-Cal Managed Care ក្នុងខោនធីរបស់លោកអ្នក នោះអ្នកអាចទទួលបានករណីលើកលែងវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីបន្តរក្សាអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់លោកអ្នករហូតដល់រយៈពេល 12 ខែ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បន្តនៅក្នុងគម្រោង FFS Medi-Cal សូមសួររកករណីលើកលែងវេជ្ជសាស្ត្រមួយឱ្យបានឆាប់បំផុត។ ក្នុងករណីជាច្រើន លោកអ្នកពុំអាចទទួលបានករណីលើកលែងពីការចុះឈ្មោះចូលក្នុងការគ្រប់គ្រងការថែទាំឡើយ បន្ទាប់ពីលោកអ្នកបាននៅក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care អស់រយៈពេល 90 ថ្ងៃ។

មានរបៀបបីយ៉ាងដើម្បីសួររកករណីលើកលែងវេជ្ជសាស្ត្រ៖

- **ទូរស័ព្ទ៖** សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ HCO ថ្ងៃ ចន្ទ - ថ្ងៃ សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ **1-800-430-5005** (TTY: 1-800-430-7077)។
- **ប្រៃសណីយ៍៖** សូមបំពេញ និងដាក់សំបុត្រនៅក្នុងទម្រង់បែបបទ Medical Exemption Request នៅក្នុង កញ្ចប់ *My Medi-Cal Choice* របស់លោកអ្នក។ វេជ្ជបណ្ឌិត គ្លីនិក ឬអ្នកជួយគាំទ្រម្នាក់អាចជួយលោកអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនោះ។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នកក៏ត្រូវបំពេញផ្នែកខ្លះក្នុងទម្រង់បែបបទនោះផងដែរ។ សូមធ្វើត្រឡប់ទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចនោះទៅកាន់ HCO។
- **អនឡាញ៖** សូមចូលទៅកាន់ HCO គេហទំព័រ **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**។

ប្រសិនបើករណីលើកលែងរបស់លោកអ្នកត្រូវបានអនុម័ត នោះលោកអ្នកអាចបន្តនៅក្នុងគម្រោង FFS Medi-Cal បាន ហើយបន្តរក្សាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នក រហូតដល់ករណីលើកលែងវេជ្ជសាស្ត្រនោះអស់សុពលភាព។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានលក្ខខណ្ឌសុខភាពជាក់លាក់ ហើយចង់បន្តរក្សាអ្នកផ្តល់ការថែទាំ Medi-Cal របស់ខ្លួនរយៈពេលលើសពី 12 ខែ នោះលោកអ្នកអាចស្នើសុំបន្តករណីលើកលែងវេជ្ជសាស្ត្របាន។ លោកអ្នកត្រូវតែរង់ចាំយ៉ាងហោចណាស់ 11 ខែ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៃករណីលើកលែងវេជ្ជសាស្ត្រដែលលោកអ្នកមានស្រាប់នោះ។ HCO នឹងប្រាប់លោកអ្នកក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃមុន ពីមុនករណីលើកលែងវេជ្ជសាស្ត្ររបស់លោកអ្នកអស់សុពលភាព។ ពួកគេនឹងប្រាប់លោកអ្នកអំពីរបៀបស្នើសុំការបន្តករណីលើកលែងវេជ្ជសាស្ត្រនោះ។

**កិច្ចការដែលត្រូវធ្វើឡើងនេះ**

- ប្រសិនបើលោកអ្នកបន្តនៅក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care ដែលមានចែងនៅខាងលើ នោះលោកអ្នកពុំចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បន្តរក្សាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្លីនិក Medi-Cal របស់លោកអ្នកនៅដដែរ ចូរសូមពួកគេប្រសិនបើពួកគេធ្វើការជាមួយគម្រោង Medi-Cal Managed Care នៅក្នុងខោនធីរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ធ្វើអ្វីចឹង នោះសូមជ្រើសរើសគម្រោងនោះ។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ជ្រើសរើសគម្រោង Medi-Cal Managed Care មួយផ្សេងទៀត សូមទាក់ទង HCO៖
  - **ទូរស័ព្ទ៖** សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ HCO ថ្ងៃ ចន្ទ – ថ្ងៃ សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ **1-800-430-5005** (TTY: 1-800-430-7077)។
  - **ប្រៃសណីយ៍៖** សូមបំពេញ និងដាក់សំបុត្រនៃទម្រង់បែបបទជម្រើសនោះទៅក្នុងកញ្ចប់ *My Medi-Cal Choice* របស់លោកអ្នក។
  - **អនឡាញ៖** សូមចុះឈ្មោះតាមរយៈគេហទំព័រ **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**.

គម្រោង Medi-Cal Managed Care របស់លោកអ្នកនឹងផ្អែកលើស្ថានភាពមន្ត្រីមួយជូនលោកអ្នក។ កញ្ចប់ស្ថានភាពនោះមានព័ត៌មានអំពីរបៀបដែលអ្នកជ្រើសរើសវេជ្ជបណ្ឌិត។ កញ្ចប់ស្ថានភាពនោះមានព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលគម្រោងនោះផ្តល់ជូនផងដែរ។

**តើមានសំណួរដែរឬទេ ?**

- សូមទូរស័ព្ទទៅក្រុមជំនួយ Medi-Cal ថ្ងៃ ចន្ទ – ថ្ងៃ សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ **1-800-541-5555**។ សេវាទូរស័ព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។
- សូមទូរស័ព្ទទៅការិយាល័យ Medi-Cal Ombudsman Office ថ្ងៃ ចន្ទ – ថ្ងៃ សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ **1-888-452-8609** (TTY: 711 សម្រាប់ California State Relay)។ សេវាទូរស័ព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ ឬសរសេរអ៊ីម៉ែលទៅកាន់ពួកគេតាមរយៈអាសយដ្ឋាន **MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov**។ ការិយាល័យ Medi-Cal Ombudsman Office ជួយមនុស្សឲ្យប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ 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**។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បានច្បាប់ចម្លងនៃ FAQ ធ្វើតាមសំបុត្រទៅលោកអ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ HCO ថ្ងៃ ចន្ទ – ថ្ងៃ សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ **1-800-430-5005** (TTY: 1-800-430-7077)។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ជាភាសាមួយ ឬជាទម្រង់មួយផ្សេងទៀត ដូចជាឯកសារមានអក្សរធំៗ ឯកសារជាសំឡេង ឬឯកសារ Braille សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ HCO ថ្ងៃ ចន្ទ – ថ្ងៃ សុក្រ 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ **1-800-430-5005** (TTY: 1-800-430-7077)។

សូមអរគុណ

Medi-Cal

Department of Health Care Services