

1234567AB-A8B-XX/XX/XXXX  
XXX123456789\_ABCD0-00-0-000000



XX/XX/XXXX



JOHN SAMPLE  
1234 SAMPLE STREET  
Line 2  
ANYTOWN CA 90000

## 关于您的 Medi-Cal 保险的重要消息

亲爱的 [Member Name],

我们在11月给您寄了一封信。它告诉您有关您的 Medi-Cal 健康保险的变更。您现在享有有限范围的 Medi-Cal 服务。从 **2024 年 1 月 1 日** 开始, 您的 Medi-Cal 健康保险将更改为完整范围的 Medi-Cal。您将可以享受更多服务。您将通过 Medi-Cal Managed Care 计划获得 Medi-Cal 服务。

您收到的 *My Medi-Cal Choice* 欢迎包告诉您如何选择 Medi-Cal Managed Care 计划。

**如果您没有在 *My Medi-Cal Choice* 欢迎包上列出的日期之前选择计划, 您将参保登记此 Medi-Cal Managed Care 计划和牙科计划**

健康计划	牙科计划	开始日期
<Insert MCP>	<Insert Dental Program>	XX/XX/2024

### 关于 Medi-Cal Managed Care 计划

Medi-Cal Managed Care 计划是一项健康计划。它与医生、医院、药房和其他医疗保健提供者合作, 为您提供医疗上必要的 Medi-Cal 健康服务。您的计划将:

- 帮助管理您的 Medi-Cal 福利和服务
- 帮助您在计划网络(群)中寻找医生和专家
- 有一条24 小时全天候护士咨询热线
- 有一个免费的会员服务电话号码来回答您的问题
- 帮助您往返于专家或医院等医疗提供者处
- 帮助您获得计划未涵盖但您可能需要的服务
- 为您提供所需的语言服务, 例如口译服务; 以您的语言提供的文件或 Braille 文件、大字体文件或音频或数据 CD

## 如何选择 Medi-Cal Managed Care 计划

您的 Medi-Cal Managed Care 计划选择取决于您居住的郡县。Health Care Options (HCO) 会给您发送一份 *My Medi-Cal Choice* 欢迎包。它向您介绍您所在地区的 Medi-Cal Managed Care 计划以及如何参保。

要了解有关您的健康计划和提供者选择的更多信息, 请于周一 – 周五上午 8 点至下午 6 点致电 HCO, 电话: **1-800-576-6885** (國語); **1-800-430-6006** (粵語) (TTY: 1-800-430-7077)。电话是免费的。或访问 [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)。

## 加入 Medi-Cal Managed Care 计划的豁免

如果您符合以下条件, 则可能不必加入 Medi-Cal Managed Care 计划:

- 是 American Indian/Alaska Native,
- 是根据寄养护理 (Foster Care)、收养援助计划 (Adoption Assistance Program) 或儿童保护服务 (Child Protective Services) 获得援助的受益人,
- 居住在 California 退伍军人的家中,
- 已经获得批准的医疗豁免, 无需加入 Medi-Cal Managed Care 计划, 或
- 获得医疗豁免, 无需加入 Medi-Cal Managed Care 计划

## 加入 Medi-Cal Managed Care 计划的医疗豁免

如果您有复杂的医疗状况, 包括怀孕, 并且您的 Medi-Cal 医生或诊所是 Fee-for-Service (FFS) (常规) Medi-Cal 提供者, 但不在您所在郡县的 Medi-Cal Managed Care 计划网络中, 您可能能够获得医疗豁免, 以保留您的医疗提供者服务, 最多保留 12 个月。

如果您想留在 FFS Medi-Cal 中, 请尽快申请医疗豁免。在大多数情况下, 在您参加 Medi-Cal Managed Care 计划 90 天后, 您就无法获得管理式护理参保登记的豁免资格。

有三种方法可以申请医疗豁免:

- **致电:** 周一 – 周五上午 8 点至下午 6 点致电 HCO, 电话: **1-800-576-6885** (國語); **1-800-430-6006** (粵語) (TTY: 1-800-430-7077)。
- **致函:** 填写并发送您在 *My Medi-Cal Choice* 欢迎包中的 Medical Exemption Request 表格。您的医生、诊所或律师可以帮助您填写表格。您的医生还需要填写表格的部分内容。将填写好的表格返回到 HCO。
- **在线:** 访问 HCO 网站, 网址: [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)。

如果您的豁免获得批准, 您可以留在 FFS Medi-Cal 中并保留您的医生服务, 直到医疗豁免到期。

如果您有某些健康状况, 并希望保留您的 Medi-Cal 医疗提供服务超过 12 个月, 您可以申请医疗豁免延期。您必须自您现有的医疗豁免开始日期起等待至少 11 个月。HCO 会在您的医疗豁免结束前 45 天时告诉您。他们会告诉您如何申请延期。

## 现在该怎么办

- 如果您想继续留在上面列出的 Medi-Cal Managed Care 计划中, 您无需做任何事情。
- 如果您想保持相同的 Medi-Cal 医生或诊所, 请询问他们是否与您所在郡县的 Medi-Cal Managed Care 计划合作。如果他们这样做, 那么选择该计划。
- 如果您想选择另一个 Medi-Cal Managed Care 计划, 请联系 HCO:
  - **致电:** 周一 – 周五上午 8 点至下午 6 点致电 HCO, 电话: **1-800-576-6885** (國語); **1-800-430-6006** (粵語) (TTY: 1-800-430-7077)。
  - **致函:** 填写并邮寄您的 *My Medi-Cal Choice* 欢迎包中的选择表。
  - **在线:** 通过以下网址 参保 **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**。

您的 Medi-Cal Managed Care 计划将向您发送欢迎包。它会告诉您如何选择医生。它还会告诉计划提供的福利。

## 有疑问?

- 请于周一 – 周五上午 8 点至下午 5 点致电 Medi-Cal 帮助热线, 电话: **1-800-541-5555** (TTY: 1-800-430-7077)。电话是免费的。
- 请于周一 – 周五上午 8 点至下午 5 点致电 Medi-Cal Ombudsman Office, 电话: **1-888-452-8609** (TTY: California State Relay请拨711)。电话是免费的。或发送电子邮件至 **[MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)**。Medi-Cal Ombudsman Office 帮助拥有 Medi-Cal 的人们享用他们的福利并了解他们的权利和责任。
- 阅读Medi-Cal 网站上的 Frequently Asked Questions (FAQ), 网址: **[www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Adult-Expansion.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Adult-Expansion.aspx)**。如果您希望给您邮寄一份纸质的 FAQ, 请于周一 – 周五上午 8 点至下午 6 点致电 HCO, 电话: **1-800-576-6885** (國語); **1-800-430-6006** (粵語) (TTY: 1-800-430-7077)。如果您需要 以其他语言或其他格式提供此通知, 例如大字体、音频或 Braille, 请于周一 – 周五上午 8 点至下午 6 点致电 HCO, 电话: **1-800-576-6885** (國語); **1-800-430-6006** (粵語) (TTY: 1-800-430-7077)。

谢谢

Medi-Cal

Department of Health Care Services