

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



XX/XX/XXXX



JOHN SAMPLE
1234 SAMPLE STREET
Line 2
ANYTOWN CA 90000

關於您的 Medi-Cal 保險的重要消息

親愛的 [Member Name],

11 月，我們寄給了您一封信。它告訴您有關您的 Medi-Cal 健康保險的變化。您現在享有**受限制範圍**的 Medi-Cal 服務。從 **2024 年 1 月 1 日**開始您的 Medi-Cal 健康保險將更改為**完整範圍**的 Medi-Cal。您將可以享受更多服務。您將通過 Medi-Cal Managed Care 計畫獲得 Medi-Cal 服務。

您收到的 *My Medi-Cal Choice* 資訊包告訴您如何選擇 Medi-Cal Managed Care 計畫。

如果您沒有在 *My Medi-Cal Choice* 包上列出的日期之前選擇計畫，您將參保此 Medi-Cal Managed Care 計畫和牙科計畫：

健康計畫	牙科計畫	開始日期
<Insert MCP>	<Insert Dental Program>	01/01/2024

關於 Medi-Cal Managed Care 計畫

Medi-Cal Managed Care 計畫是一項健康計畫。它與醫生、醫院、藥房和其他醫療保健提供者合作，為您提供所需的醫療上必要的 Medi-Cal 健康服務。您的計畫將：

- 幫助管理您的 Medi-Cal 福利和服務
- 幫助您在計畫網路(小組)中找到醫生和專家
- 擁有一條您可以撥打的 24 小時全天候護士諮詢熱線
- 擁有一個免費的會員服務電話號碼來回答您的疑問
- 幫助您往返于專家或醫院等醫療提供者
- 幫助您獲得計畫未涵蓋的可能需要的服務
- 為您提供所需的語言服務，例如口譯服務；以您的語言提供的檔或 Braille、大字體檔或音訊或資料 CD

如何選擇 Medi-Cal Managed Care 計畫

您的 Medi-Cal Managed Care 計畫選擇取決於您居住的縣。Health Care Options (HCO) 寄給了您一個 *My Medi-Cal Choice* 包。它向您介紹您所在地區的 Medi-Cal Managed Care 計畫以及參保方式。

要瞭解有關您的健康計畫和醫療提供者選擇的更多資訊，請於週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電 HCO，電話：**1-800-576-6885**（國語）；**1-800-430-6006**（粵語）(TTY: 1-800-430-7077)。電話是免費的。另外也可訪問 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov。

不加入 Medi-Cal Managed Care 計畫的豁免

如果您符合以下條件，則可能不必加入 Medi-Cal Managed Care 計畫：

- 是一位 American Indian/Alaska Native,
- 是一位根據 寄養護理 (Foster Care)、收養援助計畫 (Adoption Assistance Program) 或兒童保護服務 (Child Protective Services) 獲得援助的受益人，
- 居住在 California 退伍軍人護理院中，
- 已經獲得批准的醫療豁免，無需加入 Medi-Cal Managed Care 計畫，或
- 獲得醫療豁免，無需加入 Medi-Cal Managed Care 計畫

不加入 Medi-Cal Managed Care 計畫的醫療豁免

如果您有複雜的醫療狀況，包括懷孕，並且您的 Medi-Cal 醫生或診所是不在您所在縣的 Medi-Cal Managed Care 計畫網路中的 Fee-for-Service (FFS)（常規）Medi-Cal 提供者，您可能能夠獲得醫療豁免，以保留您的提供者長達 12 個月。

如果您想留在 FFS Medi-Cal 中，請儘快請求醫療豁免。在大多數情況下，在您加入 Medi-Cal Managed Care 計畫 90 天後，您沒有資格獲得不參保管理式護理的豁免。

有三種方法可以請求醫療豁免：

- **致電：**週一 – 週五上午 8 點至下午 6 點致電 HCO，電話：**1-800-576-6885**（國語）；**1-800-430-6006**（粵語）(TTY: 1-800-430-7077)。
- **致函：**填寫並郵寄 Medical Exemption Request 表格，其在您的 *My Medi-Cal Choice* 包中。您的醫生、診所或宣導者可以幫助您填寫表格。您的醫生也需要填寫表格的一部分。將填寫完成的表格寄回 HCO。
- **線上：**訪問 HCO 的網站，網址：www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov。

如果您的豁免獲得批准，您可以留在 FFS Medi-Cal 中並保留您的醫生，直到醫療豁免結束。

如果您有某些健康狀況，並希望保留您的 Medi-Cal 醫療提供者 12 個月以上，您可以請求醫療豁免延期。您必須等到現有醫療豁免開始日期起至少 11 個月。HCO 會在您的醫療豁免結束前 45 天時告訴您。他們會告訴您如何請求延期。

現在該怎麼辦

- 如果您想留在上面列出的 Medi-Cal Managed Care 計畫中，則無需做任何事。

- 如果您想保留相同的 Medi-Cal 醫生或診所，請查詢他們是否與您所在縣的 Medi-Cal Managed Care 計畫合作。如果他們是這樣，那麼選擇該計畫。
- 如果您想選擇另一項 Medi-Cal Managed Care 計畫，請聯繫 HCO：
 - **致電**：週一 – 週五上午 8 點至下午 6 點致電 HCO，電話：**1-800-576-6885** (國語)；**1-800-430-6006** (粵語) (TTY: 1-800-430-7077)。
 - **致函**：填寫並郵寄您的 *My Medi-Cal Choice* 包中的選擇表格。
 - **線上**：訪問 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov 參保。

您的 Medi-Cal Managed Care 計畫將向您發送歡迎包。它會告訴您如何選擇醫生。它還會告訴您計畫提供的福利。

有疑問？

- 請於週一 – 週五上午 8 點至下午 5 點致電 Medi-Cal 幫助熱線，電話：**1-800-541-5555**。電話是免費的。
- 請於週一 – 週五上午 8 點至下午 5 點致電 Medi-Cal Ombudsman Office，電話：**1-888-452-8609** (TTY: California State Relay 請撥 711)。電話是免費的。另外也可發送電子郵件至 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov。Medi-Cal Ombudsman Office 幫助擁有 Medi-Cal 的人士享用他們的福利並瞭解他們的權利和責任。
- 閱讀 Frequently Asked Questions (FAQ)，其發佈於 Medi-Cal 的網站上，網址：www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Adult-Expansion.aspx。如果您希望給您郵寄一份紙質的 FAQ，請於週一 – 週五上午 8 點至下午 6 點致電 HCO，電話：**1-800-576-6885** (國語)；**1-800-430-6006** (粵語) (TTY: 1-800-430-7077)。如果您需要以其他語言或其他格式提供此通知，例如大字體、音訊或 Braille，請於週一 – 週五上午 8 點至下午 6 點致電 HCO，電話：**1-800-576-6885** (國語)；**1-800-430-6006** (粵語) (TTY: 1-800-430-7077)。

謝謝

Medi-Cal

Department of Health Care Services