


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



XX/XX/XXXX

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

귀하의 Medi-Cal 보장과 관련한 중요한 소식

[Member Name] 님께,

지난 11월 귀하에게 서신으로 귀하의 Medi-Cal 건강보험의 변경사항에 관해 설명해 드렸습니다. 귀하는 현재 **제한된 범위의** Medi-Cal 서비스를 받고 있습니다. 귀하의 Medi-Cal 건강 보험과 관련하여 **2024년 1월 1일부터** 시작되는 귀하의 Medi-Cal 건강 보장이 **전 범위로** 변경됩니다. 더 많은 서비스를 이용하실 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal Managed Care 플랜을 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다.

귀하가 받은 *My Medi-Cal Choice* 패키지를 통해 Medi-Cal Managed Care 플랜을 선택하는 방법을 알려드립니다.

My Medi-Cal Choice, 패키지에 기재된 날짜까지 플랜을 선택하지 않으면 귀하께서는 이 Medi-Cal Managed Care 플랜 및 치과 플랜에 등록됩니다.

건강 플랜	치과 플랜	시작일
<Insert MCP>	<Insert Dental Program>	XX/XX/2024

Medi-Cal Managed Care 플랜 소개

Medi-Cal Managed Care 플랜은 건강 보험입니다. 의사, 병원, 약국, 기타 의료기관과 협력하여 귀하에게 의학적으로 필요한 Medi-Cal 건강 서비스를 제공합니다. 귀하의 건강 플랜은 다음과 같이 작용합니다.

- Medi-Cal 혜택과 서비스 관리 지원
- 플랜 네트워크(그룹) 내의 의사 및 전문의를 찾는 것을 지원
- 가입자가 상담할 수 있는 24시간 간호사 상담 전화 제공
- 문의사항에 응답할 수 있는 무료 가입자 서비스 전화번호 제공
- 전문의 또는 병원과 같은 의료 서비스 제공자 방문 왕복 교통편 차량 서비스 지원

- 귀하의 플랜이 보장하지 못하는 서비스를 가입자가 받을 수 있도록 지원
- 필요한 언어 서비스 제공(예: 통역 서비스, 가입자의 언어로 된 문서나 Braille 문서, 큰 활자, 오디오나 데이터 CD)

Medi-Cal Managed Care 플랜을 선택하는 방법

Medi-Cal Managed Care 플랜 선택은 거주하시는 카운티에 따라 다릅니다. Health Care Options (HCO)에서 귀하께 *My Medi-Cal Choice* 패키지를 보내 드렸습니다. 귀하가 거주하고 계신 지역에서 이용할 수 있는 Medi-Cal Managed Care 플랜과 가입 방법을 자세히 설명해 드립니다.

건강 플랜과 제공자 선택에 대한 자세한 정보는 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 6시 사이에 **1-800-576-6883**(TTY: 1-800-430-7077)번으로 HCO에 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 또는, **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov** 사이트를 방문하세요.

Medi-Cal Managed Care 플랜 가입 면제

다음과 같은 경우, Medi-Cal Managed Care 플랜에 가입하지 않으셔도 됩니다.

- American Indian/Alaska Native인 경우
- 위탁 보호(Foster Care), 입양 지원 프로그램(Adoption Assistance Program) 또는 아동 보호 서비스(Child Protective Services) 지원을 받는 수혜자인 경우
- California 재향군인의 집 입주자인 경우
- Medi-Cal Managed Care 플랜에 가입하기 위한 요건에서 이미 신체검사 면제가 승인된 경우
- Medi-Cal Managed Care 플랜 가입 요건에서 의료 면제를 받은 경우

Medi-Cal Managed Care 플랜 가입의 의료 면제

귀하는 임신과 함께 복잡한 의료 상태에 있고 Medi-Cal 의사 또는 진료소가 해당 카운티에서 Medi-Cal Managed Care 플랜 네트워크에 가입하지 않은 Fee-for-Service (FFS) (일반) Medi-Cal 제공자인 경우, 최대 12개월 동안 제공자를 유지할 수 있도록 신체검사를 면제받을 수 있습니다.

FFS Medi-Cal에 남고 싶으면, 가능한 한 빨리 의료 면제를 요청해야 합니다. 대부분의 경우 Medi-Cal Managed Care 플랜에 90일 동안 가입한 후에는 관리형 치료 등록 면제를 받을 수 없습니다.

다음과 같이 의료 면제를 요청하는 세 가지 방법이 있습니다.

- **전화:** 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 6시 사이에 **1-800-576-6883** (TTY: 1-800-430-7077)번으로 HCO로 전화하십시오.
- **우편:** Medical Exemption Request 양식을 작성하여 우편으로 보내주십시오(*My Medi-Cal Choice* 패키지에 있음). 귀하의 담당 의사, 진료소 직원이나 옹호자가 양식 작성을 도와드릴 수 있습니다. 귀하의 담당 의사도 양식의 일부분을 작성해야 합니다. 작성된 양식을 HCO로 다시 보내주시기 바랍니다.
- **온라인:** HCO 웹사이트 **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**를 참조하십시오.

면제가 승인되면 FFS Medi-Cal에 가입하고 있으면서 신체검사 면제가 끝날 때까지 의사를 유지할 수 있습니다.

특정한 건강 상태에 있고 Medi-Cal 공급자를 12개월 이상 유지하려면 신체검사 면제 연장을 요청할 수 있습니다. 기존 신체검사 면제 시작일로부터 최소 11개월 이상 기다려야 합니다. 신체검사 면제가 종료되기 45일 전에 HCO에서 알려드립니다. 귀하에게 연장을 요청하는 방법을 알려드립니다.

지금 해야 하는 일

- 위에 기재된 Medi-Cal Managed Care 플랜을 유지하려면 아무 조치도 취하지 않으셔도 됩니다.
- 동일한 Medi-Cal 의사 또는 진료소를 계속 유지하려면 해당 카운티에서 Medi-Cal Managed Care 플랜을 이용할 수 있는지 문의하십시오. 그렇다면 해당 플랜을 선택하십시오.
- 다른 Medi-Cal Managed Care 플랜을 선택하시려면 아래와 같이 HCO에 문의하십시오.
 - **전화:** 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 6시 사이에 **1-800-576-6883** (TTY: 1-800-430-7077)번으로 HCO로 전화하십시오.
 - **우편:** 귀하의 *My Medi-Cal Choice* 패키지에 있는 선택 양식을 작성하고 편지를 보내십시오.
 - **온라인:** www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov에서 등록하십시오.

Medi-Cal Managed Care 플랜에서 환영 패키지를 보내드립니다. 의사를 선택하는 방법을 알려드립니다. 또한 해당 플랜에서 제공하는 혜택에 대해서도 알려드립니다.

질문이 있으십니까?

- 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 5시 사이에 Medi-Cal 헬프라인에 **1-800-541-5555**번으로 문의하시기 바랍니다. 통화는 무료입니다.
- 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 5시 사이에 Medi-Cal Ombudsman Office 에 **1-888-452-8609**(TTY: 711, California State Relay의 경우)번으로 문의하시기 바랍니다. 통화는 무료입니다. 또는 MMCOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오. Medi-Cal Ombudsman Office는 Medi-Cal에 등록된 사람들이 그들의 혜택을 사용하고 권리와 책임을 알 수 있도록 돕고 있습니다.
- Medi-Cal 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Adult-Expansion.aspx에서 Frequently Asked Questions (FAQ)을 확인해 보십시오. 서면 형식의 FAQ 사본을 우편으로 받고 싶으시면 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 6시 사이에 **1-800-576-6883**(TTY: 1-800-430-7077)번으로 HCO로 전화하십시오. 큰 활자체, 오디오 또는 Braille와 같은 다른 언어 또는 다른 형식으로 이 통지서를 받고 싶으시면 월요일부터 금요일까지 오전 8 시에서 오후 6 시 사이에 **1-800-576-6883** (TTY: 1-800-430-7077)번으로 HCO 로 전화하십시오.

감사합니다,

Medi-Cal

Department of Health Care Services