

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



XX/XX/XXXX



JOHN SAMPLE  
1234 SAMPLE STREET  
Line 2  
ANYTOWN CA 90000

## ຂ່າວສານສໍາຄັນກ່ຽວກັບຄວາມຄຸ້ມຄອງຂອງປະກັນ Medi-Cal ຂອງທ່ານ

ເຖິງ [Member Name],

ໃນເດືອນພະຈິກພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງຈົດໝາຍໃຫ້ທ່ານ. ຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງຄວາມຄຸ້ມຄອງຂອງປະກັນສຸຂະພາບ Medi-Cal ຂອງທ່ານ. ທ່ານມີບໍລິການ Medi-Cal ແບບຈໍາກັດຂອບເຂດ ໃນປະຈຸບັນ. ຄວາມຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະປ່ຽນເປັນ Medi-Cal ແບບເຕັມຂອບເຂດເລີ່ມຕັ້ງແຕ່ວັນທີ **1 ເດືອນມັງກອນ 2024**. ທ່ານຈະສາມາດເຂົ້າເຖິງບໍລິການຕ່າງໆເພີ່ມເຕີມ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ ບໍລິການ Medi-Cal ຂອງທ່ານຜ່ານແຜນ Medi-Cal Managed Care.

ຊຸດເອກະສານ *My Medi-Cal Choice* ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວິທີເລືອກແຜນ Medi-Cal Managed Care.

ຖ້າທ່ານບໍ່ເລືອກແຜນປະກັນພາຍໃນວັນທີ່ລະບຸໃນຊຸດເອກະສານ *My Medi-Cal Choice*, ຂອງທ່ານ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການລົງທະບຽນໃນແຜນ Medi-Cal Managed Care ແລະ ແຜນທັນຕະກຳ:

ແຜນສຸຂະພາບ	ແຜນທັນຕະກຳ	ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນແຜນ
<Insert MCP>	<Insert Dental Program>	XX/XX/2024

### ກ່ຽວກັບແຜນ Medi-Cal Managed Care

ແຜນ Medi-Cal Managed Care ແມ່ນແຜນປະກັນສຸຂະພາບ. ແຜນນີ້ຈະເຮັດວຽກຮ່ວມກັບທ່ານໝໍ, ໂຮງໝໍ, ຮ້ານຂາຍຢາ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆໃນການໃຫ້ບໍລິການດ້ານການແພດ Medi-Cal ທີ່ຈໍາເປັນສໍາລັບທ່ານແຜນຂອງທ່ານຈະ:

- ຊ່ວຍຈັດການສະຫວັດດີການ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງໆຂອງ Medi-Cal ຂອງທ່ານ
- ຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາທ່ານໝໍ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນ (ກຸ່ມ)
- ມີເບີໂທລະສັບຂໍຄໍາແນະນໍາຈາກພະຍາບານ ທີ່ທ່ານສາມາດໂທຫາໄດ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ
- ມີບໍລິການເບີໂທລະສັບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ສະມາຊິກເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຂອງທ່ານ
- ຊ່ວຍທ່ານກ່ຽວກັບການເດີນທາງໄປພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ເຊັ່ນ ຜູ້ຊ່ຽວຊານ ຫຼື ໂຮງໝໍ ແລະ ເດີນທາງກັບຄືນເຮືອນ
- ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ອາດຈະຈໍາເປັນສໍາລັບທ່ານທີ່ແຜນປະກັນບໍ່ຄຸ້ມຄອງ
- ໃຫ້ບໍລິການດ້ານພາສາທີ່ຕ້ອງການ ເຊັ່ນ ບໍລິການນາຍພາສາ; ເອກະສານເປັນພາສາທີ່ທ່ານຖະນັດ ຫຼື ເອກະສານ Braille, ເອກະສານທີ່ພິມດ້ວຍຕົວອັກສອນຂະໜາດໃຫຍ່ ຫຼື ຂໍ້ມູນສຽງ ຫຼື ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບ CD



## ວິທີເລືອກແຜນ Medi-Cal Managed Care

ທາງເລືອກແຜນ Medi-Cal Managed Care ຂອງທ່ານ ຂຶ້ນຢູ່ກັບເຄົາຕີທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່. Health Care Options (HCO) ໄດ້ສົ່ງຊອດເອກະສານ *My Medi-Cal Choice* ໃຫ້ທ່ານ. ເອກະສານນີ້ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບແຜນ Medi-Cal Managed Care ໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ແລະ ວິທີລົງທະບຽນ.

ເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ຕົວເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ໃຫ້ໂທໄປທີ່ HCO ວັນຈັນ – ວັນສຸກ ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 6 ໂມງແລງ ທີ່ເບີ **1-800-430-4091** (TTY: 1-800-430-7077). ບໍລິການໂທລະສັບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ ໄປທີ່ **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**.

## ການຍົກເວັ້ນໃນການເຂົ້າຮ່ວມແຜນ Medi-Cal Managed Care

ທ່ານອາດຈະບໍ່ຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມແຜນ Medi-Cal Managed Care ຖ້າທ່ານ:

- ເປັນ American Indian/Alaska Native,
- ເປັນຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອພາຍໃຕ້ໂປແກມ Foster Care, Adoption Assistance Program ຫຼືບໍລິການ Child Protective Services,
- ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທະຫານຜ່ານເສິກໃນລັດ California,
- ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນທາງການແພດທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດແລ້ວຈາກຂໍ້ກຳນົດໃນການເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນ Medi-Cal Managed Care ຫຼື
- ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນທາງການແພດ ຈາກຂໍ້ກຳນົດໃນການເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນ Medi-Cal Managed Care

## ການຍົກເວັ້ນທາງການແພດໃນການເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນ Medi-Cal Managed Care

ຖ້າທ່ານມີອາການທາງການແພດທີ່ຊັບຊ້ອນ ລວມເຖິງ ການຖືພາ ແລະທ່ານໝໍ Medi-Cal ຫຼື ຄລິນິກຂອງທ່ານແມ່ນ Fee-for-Service (FFS) ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ Medi-Cal (ປະຈຳ) ທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນ Medi-Cal Managed Care ໃນເຄົາຕີຂອງທ່ານ ທ່ານອາດຈະສາມາດຂໍການຍົກເວັ້ນທາງການແພດເພື່ອໃຫ້ສາມາດກັບຄືນໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທ່ານເປັນໄລຍະເວລາເຖິງ 12 ເດືອນ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຢູ່ໃນ FFS Medi-Cal ໃຫ້ຮ້ອງຂໍການຍົກເວັ້ນໃຫ້ໄວທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ທ່ານຈະເຮັດໄດ້. ໃນກໍລະນີສ່ວນຫຼາຍທ່ານບໍ່ມີຄຸນສົມບັດໃນການໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນໃນການເຂົ້າຮ່ວມແຜນດູແລພາຍໃຕ້ການຈັດການຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານຢູ່ໃນແຜນ Medi-Cal Managed Care ເປັນໄລຍະເວລາ 90 ມື້.

ມີສາມວິທີໃນການຂໍຍົກເວັ້ນດ້ານການແພດ:

- **ທາງໂທລະສັບ:** ໂທຕິດຕໍ່ HCO ວັນຈັນ – ວັນສຸກ ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 6 ໂມງແລງ ທີ່ເບີ **1-800-430-4091** (TTY: 1-800-430-7077).
- **ທາງໄປສະນີ:** ກອກແບບຟອມ Medical Exemption Request ໃນຊອດເອກະສານຂອງທ່ານແລະ ສົ່ງທາງໄປສະນີໄປທີ່ ຊອດເອກະສານ *My Medi-Cal Choice*. ທ່ານໝໍ, ຄລິນິກ ຫຼື ເຈົ້າໜ້າທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອສາມາດຊ່ວຍທ່ານກອກແບບຟອມໄດ້. ທ່ານໝໍຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງກອກແບບຟອມສ່ວນໜຶ່ງເຊັ່ນກັນ. ສົ່ງແບບຟອມທີ່ກອກແລ້ວໄປທີ່ HCO.
- **ທາງອອນລາຍ:** ໄປທີ່ເວັບໄຊ HCO ທີ່ **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**.

ຖ້າການຂໍຍົກເວັ້ນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸມັດ ທ່ານສາມາດຢູ່ໃນແຜນ FFS Medi-Cal ແລະກັບຄືນໄປຫາທ່ານໝໍຂອງທ່ານໄດ້ຈົນກວ່າການຍົກເວັ້ນທາງການແພດຈະສິ້ນສຸດລົງ.

ຖ້າທ່ານມີອາການດ້ານສຸຂະພາບບາງຢ່າງ ແລະຕ້ອງການກັບຄືນໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ Medi-Cal ຂອງທ່ານເປັນໄລຍະເວລາເກີນກວ່າ 12 ເດືອນ ທ່ານອາດຈະສາມາດຮ້ອງຂໍການຂະຫຍາຍເວລາໃນການຍົກເວັ້ນທາງການແພດໄດ້. ທ່ານຕ້ອງລໍຖ້າຢ່າງໜ້ອຍຈົນຄົບ 11 ເດືອນນັບຈາກວັນທີ່ເລີ່ມຕົ້ນຂອງການຂະຫຍາຍເວລາໃນການຍົກເວັ້ນທີ່ທ່ານມີຢູ່. HCO ຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ເມື່ອຮອດ 45 ມື້ກ່ອນການຍົກເວັ້ນທາງການແພດຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ. ເຂົາເຈົ້າຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວິທີຮ້ອງຂໍການຂະຫຍາຍເວລາ.

### ສິ່ງທີ່ຈະຕ້ອງດໍາເນີນການໃນຕອນນີ້

- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຢູ່ໃນແຜນ Medi-Cal Managed Care ທີ່ລະບຸຂ້າງເທິງ ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງເຮັດຫຍັງ.
- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮັກສາກັບທ່ານໝໍ ຫຼື ຄລິນິກ Medi-Cal ທີ່ເຄີຍໄປຫາ ໃຫ້ຮ້ອງສອບຖາມວ່າເຂົາເຈົ້າເຮັດວຽກຮ່ວມກັບແຜນ Medi-Cal Managed Care ໃນເຄົາຕີຂອງທ່ານຫຼືບໍ່. ຖ້າເຂົາເຈົ້າເຮັດວຽກຮ່ວມກັນ ໃຫ້ທ່ານເລືອກແຜນປະກັນ.
- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເລືອກແຜນ Medi-Cal Managed Care ອື່ນ ໃຫ້ຕິດຕໍ່ HCO:
  - **ທາງໂທລະສັບ:** ໂທຕິດຕໍ່ HCO ວັນຈັນ – ວັນສຸກ ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 6 ໂມງແລງ ທີ່ເບີ **1-800-430-4091** (TTY: 1-800-430-7077).
  - **ທາງໄປສະນີ:** ກອກແບບຟອມທາງເລືອກ *My Medi-Cal Choice* ໃນ ຊຸດເອກະສານຂອງທ່ານ.
  - **ທາງອອນລາຍ:** ລົງທະບຽນໄດ້ທີ່ **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**.

ແຜນ Medi-Cal Managed Care ຂອງທ່ານຈະສົ່ງຊຸດເອກະສານຕ້ອນຮັບໃຫ້ທ່ານ. ຊຸດເອກະສານຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວິທີເລືອກທ່ານໝໍ. ແລະຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຕ່າງໆທີ່ແຜນສະເໜີໃຫ້ເຊັ່ນກັນ.

### ມີຄໍາຖາມບໍ?

- ໂທຕິດຕໍ່ສາຍບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ Medi-Cal ສາຍຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອວັນຈັນ – ວັນສຸກ ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 5 ໂມງແລງ ໄດ້ທີ່ເບີ **1-800-541-5555**. ບໍລິການໂທລະສັບບໍ່ເສຍຄ່າ.
- ໂທຕິດຕໍ່ຫ້ອງການເຈົ້າໜ້າທີ່ກວດສອບ Medi-Cal Ombudsman Office ວັນຈັນ – ວັນສຸກ ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 5 ໂມງແລງ ໄດ້ທີ່ເບີ **1-888-452-8609** (TTY: 711 ສໍາລັບບໍລິການຖ່າຍທອດສຽງ California State Relay). ບໍລິການໂທລະສັບບໍ່ເສຍຄ່າ. ຫຼື ສົ່ງອີເມວໄປຫາເຂົາເຈົ້າໄດ້ທີ່ **MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov**. ຫ້ອງການ Medi-Cal Ombudsman Office ຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ທີ່ມີປະກັນ Medi-Cal ໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະ ຮູ້ກ່ຽວກັບສິດແລະໜ້າທີ່ຂອງເຂົາເຈົ້າ.
- ອ່ານ Frequently Asked Questions (FAQ) ໃນເວັບໄຊ Medi-Cal ໄດ້ທີ່: **www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Adult-Expansion.aspx**. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສໍາເນົາ FAQ ແບບເຈ້ຍສົ່ງໃຫ້ທ່ານທາງໄປສະນີ ໃຫ້ໂທໄປທີ່ HCO, ວັນຈັນ – ວັນສຸກ ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 6 ໂມງແລງ ໄດ້ທີ່ເບີ **1-800-430-4091** (TTY: 1-800-430-7077). ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສໍາເນົາໜັງສືແຈ້ງການສະບັບນີ້ເປັນພາສາອື່ນ ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ ເຊັ່ນ ເອກະສານທີ່ພິມດ້ວຍຕົວອັກສອນຂະໜາດໃຫຍ່, ຂໍ້ມູນສຽງ ຫຼື Braille ກະລຸນາໂທຫາ HCO ວັນຈັນ – ວັນສຸກ ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 6 ໂມງແລງ ໄດ້ທີ່ເບີ **1-800-430-4091** (TTY: 1-800-430-7077).

ຂໍຂອບໃຈ,

Medi-Cal

Department of Health Care Services