


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



XX/XX/XXXX

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

## ਤੁਹਾਡੀ Medi-Cal ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਿਆਰੇ [Member Name],

ਨਵੰਬਰ ਵਿੱਚ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਪੱਤਰ ਭੇਜਿਆ ਸੀ। ਇਸਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ Medi-Cal ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਿਆ ਸੀ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੁਣ **ਸੀਮਤ ਸਕੋਪ** ਵਾਲੀਆਂ Medi-Cal ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। **ਜਨਵਰੀ 1, 2024** ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ **ਸੰਪੂਰਨ ਸਕੋਪ** Medi-Cal ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਜਾਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਹੋਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਹੋਵੇਗੀ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ Medi-Cal ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ Medi-Cal Managed Care ਪਲਾਨ ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋਗੇ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ Medi-Cal Managed Care ਪਲਾਨ ਅਤੇ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ:

ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ	ਡੈਂਟਲ ਪਲਾਨ	ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ
<Insert MCP>	<Insert Dental Program>	01/01/2024

### Medi-Cal Managed Care ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ

Medi-Cal Managed Care ਪਲਾਨ ਇੱਕ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ Medi-Cal ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰਾਂ, ਹਸਪਤਾਲਾਂ, ਫਾਰਮੇਸੀਆਂ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਪਲਾਨ:

- ਤੁਹਾਡੇ Medi-Cal ਫਾਇਦਿਆਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੇਗੀ
- ਪਲਾਨ ਨੈੱਟਵਰਕ (ਗਰੁੱਪ) ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰਾਂ ਅਤੇ ਮਾਹਰਾਂ ਨੂੰ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ
- ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ 24-ਘੰਟੇ ਦੀ ਨਰਸ ਸਲਾਹ ਲਾਈਨ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਮੌਜੂਦ ਹੋਵੇਗੀ
- ਤੁਹਾਡੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗੀ
- ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਗਾਂ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਤੱਕ ਆਵਾਜਾਈ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਪਲਾਨ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਜਿਹੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗੀ ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ; ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼; ਜਾਂ Braille, ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਜਾਂ ਆਡੀਓ ਜਾਂ ਡੇਟਾ CD ਵਿਚਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

## ਤੁਹਾਡੀ Medi-Cal Managed Care ਪਲਾਨ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨਾ ਹੈ

- ਪਲਾਨ ਦਾ ਨਾਮ: <Insert COHS/Single Plan Name>  
ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ: <Insert Member Services number here and TTY>  
ਵੈੱਬਸਾਈਟ: <Insert web address>

ਤੁਹਾਡੀ Medi-Cal Managed Care ਪਲਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਸਵਾਗਤ ਪੈਕੇਟ ਭੇਜੇਗੀ। ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗੀ ਕਿ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਚੋਣ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ ਵੀ ਦੱਸੇਗੀ ਜੋ ਇਹ ਪਲਾਨ ਪੇਸ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ।

### ਸਵਾਲ?

- Medi-Cal ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, 8 ਸਵੇਰੇ 5 ਸ਼ਾਮ ਤੱਕ **1-800-541-5555** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ।
- Medi-Cal Ombudsman Office ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ **1-888-452-8609** (California State Relay ਲਈ TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ। ਜਾਂ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ **MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov** ਤੇ ਈਮੇਲ ਕਰੋ। Medi-Cal Ombudsman Office ਲੋਕਾਂ ਦੀ Medi-Cal ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਜਾਣਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- Medi-Cal ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇ Frequently Asked Questions (FAQ) ਪੜ੍ਹੋ: **www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Adult-Expansion.aspx** । ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ FAQ ਦੀ ਕਾਪੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ HCO ਨੂੰ, ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਤੱਕ **1-833-387-7723** (TTY: 1-800-430-7077) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵੱਡਾ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਆਡੀਓ, ਜਾਂ Braille, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ HCO ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਤੱਕ **1-833-387-7723** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY: 1-800-430-7077).

ਧੰਨਵਾਦ ਸਹਿਤ,

Medi-Cal

Department of Health Care Services