

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



XX/XX/XXXX



JOHN SAMPLE  
1234 SAMPLE STREET  
Line 2  
ANYTOWN CA 90000

## Noticias importantes sobre su cobertura de Medi-Cal

Estimado/a [\[Member Name\]](#),

En noviembre le enviamos una carta. En ella se le informó sobre los cambios en su cobertura de salud de Medi-Cal. Ahora tiene una **cobertura limitada** de los servicios de Medi-Cal. A partir del **1 de enero de 2024**, su cobertura cambiará a **cobertura completa** de Medi-Cal. Tendrá acceso a más servicios. Recibirá los servicios de Medi-Cal a través de un plan de Medi-Cal Managed Care.

Se le inscribirá en este plan Medi-Cal Managed Care y en el plan dental:

Plan de salud	Plan dental	Fecha de inicio
<Insert MCP>	<Insert Dental Program>	01/01/2024

### Acerca de los planes Medi-Cal Managed Care

Un plan de Medi-Cal Managed Care es un plan de salud. El plan trabaja con médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica para ofrecerle los servicios de salud de Medi-Cal. El plan:

- Ayudará a administrar sus beneficios y servicios de Medi-Cal.
- Lo ayudará a buscar médicos y especialistas en la red (grupo) del plan.
- Tendrá una línea de consulta de enfermería a la que podrá llamar las 24 horas.
- Tendrá un número de teléfono gratuito de servicios para afiliados donde responderán a sus preguntas.
- Lo ayudará con el transporte para ir y volver de las consultas con sus proveedores (como cuando visite a su especialista o vaya al hospital).

- Lo ayudará a obtener servicios que podría necesitar, pero que el plan no cubre.
- Le brindará los servicios lingüísticos que necesite (servicios de interpretación, documentos en su idioma o documentos en Braille, letra grande, audio o CD de datos).

### **Cómo comunicarse con su plan Medi-Cal Managed Care**

Nombre del plan: < Insert COHS/Single Plan Name >

Servicios a afiliados: <Insert Member Services number here and TTY>

Sitio web: <Insert web address>

Recibirá un paquete de bienvenida de parte de su plan Medi-Cal Managed Care. En él, se le explicará cómo elegir un médico. También le informará sobre los beneficios que ofrece el plan.

### **¿Tiene alguna pregunta?**

- Llame a la línea de ayuda de Medi-Cal al **1-800-541-5555** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. de manera gratuita.
- Llame a Medi-Cal Ombudsman Office de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. al **1-888-452-8609** (TTY: 711 para California State Relay) de manera gratuita. O comuníquese por correo electrónico escribiendo a **MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov**. Medi-Cal Ombudsman Office ayuda a las personas con Medi-Cal a utilizar sus beneficios y a conocer sus derechos y responsabilidades.
- Lea Frequently Asked Questions (FAQ) en esta página del sitio web de Medi-Cal: **www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Adult-Expansion.aspx**. Si desea que se le envíe por correo una copia escrita de FAQ, llame a HCO, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. al **1-800-430-3003** (TTY: 1-800-430-7077). Si desea este aviso en otro idioma o formato diferente, como letra grande, audio o Braille, llame a HCO de lunes a viernes de 8 a.m. to 6 p.m. al **1-800-430-3003** (TTY: 1-800-430-7077).

Gracias,

Medi-Cal

Department of Health Care Services