

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 de salud cambiará a **cobertura completa** de Medi-Cal. Tendrá acceso a más servicios. Recibirá los servicios de Medi-Cal a través de un plan Medi-Cal Managed Care.

El paquete *My Medi-Cal Choice* que recibió le indica cómo debe elegir un plan Medi-Cal Managed Care.

**Si no elige un plan antes de la fecha indicada en su paquete *My Medi-Cal Choice***, se le inscribirá en este plan Medi-Cal Managed Care y plan dental:

Plan de salud	Plan dental	Fecha de inicio
<Insert MCP>	<Insert Dental Program>	XX/XX/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 necesarios 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 elegir un plan Medi-Cal Managed Care**

Sus opciones de planes de Medi-Cal Managed Care dependen del condado donde vive. Health Care Options (HCO) le envió el paquete *My Medi-Cal Choice*. El paquete le informa sobre los planes Medi-Cal Managed Care en su zona y cómo inscribirse.

Para obtener más información sobre las opciones de planes de salud y de proveedores, 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) de manera gratuita. O visite **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**.

### **Exenciones de inscripción al plan Medi-Cal Managed Care**

Es posible que no deba inscribirse en un plan Medi-Cal Managed Care si usted:

- Es American Indian/Alaska Native.
- Es un beneficiario que obtiene asistencia en el marco de acogida temporal (Foster Care), del Programa de ayuda a la adopción (Adoption Assistance Program) o de los servicios de protección de menores (Child Protective Services).
- Vive en un hogar para veteranos California.
- Ya tiene una exención médica aprobada del requisito de inscribirse a un plan de Medi-Cal Managed Care, u
- Obtiene una exención médica aprobada del requisito de inscribirse a un plan Medi-Cal Managed Care.

### **Exención por razones médicas para no unirse a un plan de Medi-Cal Managed Care**

Si tiene una afección médica compleja, incluido el embarazo, y su médico o clínica de Medi-Cal es un proveedor Fee-for-Service (FFS) (regular) de Medi-Cal que no está en la red del plan Medi-Cal Managed Care en su condado, es posible que pueda obtener una exención médica con el fin de mantener a su proveedor durante 12 meses como máximo.

Si desea permanecer en FFS Medi-Cal, solicite una exención médica lo antes posible. En la mayoría de los casos, no puede calificar para una exención a la inscripción a la atención médica administrada luego de haber estado en un plan Medi-Cal Managed Care durante 90 días.

Puede solicitar una exención médica de tres maneras:

- **Teléfono:** 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).

- **Correo:** Complete y envíe el formulario Medical Exemption Request que encontrará en su paquete *My Medi-Cal Choice*. Su médico, su clínica o un abogado pueden ayudarlo a completar el formulario. Su médico también deberá completar parte del formulario. Envíe el formulario completado a HCO.
- **En línea:** Visite el sitio web de HCO en **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**.

Si se aprueba su exención, puede permanecer en FFS Medi-Cal y mantener a su médico hasta que finalice la exención médica.

Si tiene ciertas afecciones médicas y desea mantener a su proveedor de Medi-Cal durante más de 12 meses, es posible que pueda solicitar una prórroga de la exención médica. Debe esperar al menos 11 meses desde la fecha de inicio de su exención médica actual. HCO le avisará cuando falten 45 días para el fin de su exención médica. Ellos le indicarán cómo solicitar una prórroga.

### ¿Qué debe hacer ahora?

- Si desea permanecer en el plan Medi-Cal Managed Care mencionado anteriormente, no tiene que hacer nada.
- Si desea conservar a su mismo médico o clínica de Medi-Cal, pregúnteles si trabajan con un plan Medi-Cal Managed Care en su condado. Si es así, elija ese plan.
- Si desea elegir otro plan de Medi-Cal Managed Care, comuníquese con HCO:
  - **Teléfono:** 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).
  - **Correo:** Complete el formulario de elección que se encuentra en su paquete *My Medi-Cal Choice*.
  - **En línea:** Inscribese en **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**.

Recibirá un paquete de bienvenida de parte de su plan Medi-Cal Managed Care. En él, se le explicará cómo elegir un médico. También incluirá información 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 **[MMCOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCOmbudsmanOffice@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](http://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. to 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