


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



XX/XX/XXXX

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

## ข่าวสารสำคัญเกี่ยวกับการคุ้มครองนโยบาย Medi-Cal ของคุณ

สวัสดีครับ **[Member Name]**,

ในเดือนพฤศจิกายนที่ผ่านมาทางเราได้ส่งจดหมายถึงคุณซึ่งกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงการคุ้มครอง  
ในแผนนโยบาย Medi-Cal โดยมีข้อกำหนดใน **ขอบเขตจำกัด** ในการให้บริการของนโยบาย  
Medi-Cal ในขณะนี้การให้ความคุ้มครองของคุณจะเปลี่ยนเป็นการให้บริการ **เต็มขอบเขต** ในการ  
ให้บริการของนโยบาย Medi-Cal เริ่มตั้งแต่ **1 มกราคม 2024** เป็นต้นไปคุณจะสามารถเข้าถึงบริการได้มาก  
ขึ้น คุณจะได้รับการบริการ Medi-Cal ผ่านแผนการคุ้มครองนโยบาย Medi-Cal Managed Care

คุณจะต้องลงทะเบียน Medi-Cal Managed Care และ แผนนโยบายด้านทันตกรรม:

แผนนโยบายด้านสุขภาพ	แผนนโยบายด้านทันตกรรม	วันที่เริ่มต้น
<Insert MCP>	<Insert Dental Program>	01/01/2024

### เกี่ยวกับแผนนโยบาย Medi-Cal Managed Care

แผนนโยบาย Medi-Cal Managed Care คือแผนนโยบายด้านสุขภาพ ซึ่งจะทำงานร่วมกับคุณ  
หมอ, โรงพยาบาล, ร้านขายยา และ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ เพื่อมอบบริการด้านสุขภาพ  
Medi-Cal ที่คุณต้องการในการบริการด้านสุขภาพ. แผนของคุณจะรวมมี:

- จะช่วยจัดการสิทธิประโยชน์ และการบริการในนโยบาย Medi-Cal ของคุณ
- จะช่วยให้คุณค้นหาแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายในแผน (กลุ่ม)
- มีสายด่วนพยาบาลให้คำปรึกษาตลอด 24- ชั่วโมง ที่คุณสามารถโทรหาได้
- มีบริการสมาชิกฟรีโดยหมายเลขโทรศัพท์เพื่อตอบคำถามของคุณ
- ให้ความช่วยเหลือคุณในการเดินทางไป และ กลับจากการไปพบผู้ให้บริการของคุณ เช่น ผู้  
เชี่ยวชาญ หรือ โรงพยาบาล

- จะช่วยให้คุณได้รับบริการที่คุณต้องการโดยที่แผนของคุณไม่ครอบคลุม
- ให้บริการด้านภาษาที่คุณต้องการ เช่น บริการล่าม เอกสารในภาษาของคุณ หรือ เอกสารใน Braille, พิมพ์ขนาดใหญ่ หรือ รูปแบบเสียง หรือ ข้อมูล CD

### วิธีการติดต่อแผนนโยบาย Medi-Cal Managed Care

ชื่อของแผน: <Insert COHS/Single Plan Name >  
 บริการสมาชิก: <Insert Member Services number here and TTY>  
 เว็บไซต์: <Insert web address>

แผน Medi-Cal Managed Care ของคุณจะส่งของต้อนรับให้กับคุณ ซึ่งจะแนะนำวิธีการคัดเลือกคุณหมอก่อนคุณ นอกจากนี้ยังจะบอกคุณเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากแผน

### มีคำถามหรือไม่?

- กรุณาโทรติดต่อ บริการช่วยเหลือของ Medi-Cal สายด่วน วันจันทร์- วันศุกร์เวลา 08.00 น. ถึง 17.00 น ที่ **1-800-541-5555** โดยไม่เสียค่าบริการ
- โทรติดต่อ พนักงาน Medi-Cal Ombudsman Office วันจันทร์- วันศุกร์เวลา 08.00 น. ถึง 17.00 น ที่ **1-888-452-8609** (TTY: 711 สำหรับ California State Relay) โทรฟรี หรือ ส่งอีเมลไปที่ **MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov**. Medi-Cal Ombudsman Office มีบริการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับนโยบาย Medi-Cal ใช้สิทธิประโยชน์ และ รู้ถึงสิทธิ และความรับผิดชอบของตน
- โปรดอ่าน Frequently Asked Questions (FAQ) เกี่ยวกับแผนนโยบาย Medi-Cal เว็บไซต์ที่: **www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Adult-Expansion.aspx** หากคุณต้องการสำเนาเป็นลายลักษณ์อักษรของ FAQ ส่งถึงคุณ, โทร HCO, วันจันทร์-วันศุกร์, 08.00 น. ถึง 18.00 น ที่ 1-833-387-7724 (TTY: 1-800-430-7077) หากคุณต้องการให้จดหมายแจ้งการสะบัดดังกล่าวนี้เป็นภาษาอื่น หรือ รูปแบบอื่น เช่นว่า ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่, รูปแบบเสียง, หรือ Braille ส่งถึงคุณ, โทร HCO, วันจันทร์-วันศุกร์, 08.00 น. ถึง 18.00 น ที่ 1-833-387-7724 (TTY: 1-800-430-7077)

ขอบคุณ

Medi-Cal

Department of Health Care Services