


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],

ในเดือนพฤศจิกายนที่ผ่านมาทางเราได้ส่งจดหมายถึงคุณซึ่งกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงการคุ้มครองในแผนนโยบาย Medi-Cal ภายใต้อำนาจ **ขอบเขตจำกัด** ในการให้บริการของนโยบาย Medi-Cal ในขณะนี้ การให้ความคุ้มครองของคุณจะเปลี่ยนเป็น **การให้บริการเต็มขอบเขต** ในการให้บริการของนโยบาย Medi-Cal เริ่มตั้งแต่ **1 มกราคม 2024** เป็นต้นไป คุณจะเข้าถึงบริการได้มากขึ้น. คุณจะได้รับการบริการ Medi-Cal ผ่านแผนที่ได้รับการคุ้มครองนโยบาย Medi-Cal Managed Care

ซองเอกสาร *My Medi-Cal Choice* เกิดที่คุณได้รับจะบอกวิธีการเลือกแผนนโยบาย Medi-Cal Managed Care

หากคุณไม่ได้เลือกแผนตามวันที่ระบุบนซองเอกสาร *My Medi-Cal Choice* ของคุณ คุณจะได้รับการลงทะเบียนในแผน Medi-Cal Managed Care และ แผนนโยบายด้านทันตกรรม:

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

เกี่ยวกับแผนนโยบาย Medi-Cal Managed Care

แผนนโยบาย Medi-Cal Managed Care คือแผนนโยบายด้านสุขภาพ ซึ่งจะทำงานร่วมกับแพทย์โรงพยาบาลร้านขายยา และ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพ Medi-Cal ที่คุณต้องการในการบริการด้านสุขภาพ แผนของคุณประกอบด้วย:

- จะช่วยจัดการสิทธิประโยชน์ และ การบริการในนโยบาย Medi-Cal ของคุณ
- จะช่วยให้คุณค้นหาแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายในแผน (กลุ่ม)
- มีสายด่วนพยาบาลให้คำปรึกษาตลอด 24- ชั่วโมง ที่คุณสามารถโทรหาได้
- มีบริการสมาชิกฟรีโดยหมายเลขโทรศัพท์เพื่อตอบคำถามของคุณ

- ให้ความช่วยเหลือคุณในการเดินทางไป และ กลับจากการไปพบผู้ให้บริการของคุณ เช่น ผู้เชี่ยวชาญ หรือ โรงพยาบาล
- จะช่วยให้คุณได้รับบริการที่คุณต้องการโดยที่แผนของคุณไม่ครอบคลุม
- ให้บริการด้านภาษาที่คุณต้องการ เช่น บริการล่าม เอกสารในภาษาของคุณ หรือ เอกสารใน Braille, พิมพ์ขนาดใหญ่ หรือ รูปแบบเสียง หรือ ข้อมูล CD

วิธีการคัดเลือกแผนนโยบาย Medi-Cal Managed Care

การคัดเลือกแผนนโยบาย Medi-Cal Managed Care จะขึ้นอยู่กับเขตที่คุณอาศัยอยู่ Health Care Options (HCO) ได้ส่งซองเอกสารเกี่ยวกับ *My Medi-Cal Choice* ที่อธิบายเกี่ยวกับแผนนโยบาย Medi-Cal Managed Care ในพื้นที่ของคุณ และ วิธีการลงทะเบียน

หากต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับแผนสุขภาพ และ ทางเลือกของผู้ให้บริการ, โทรหา HCO วันจันทร์-วันศุกร์ 08.00 น. ถึง 18.00 น **1-833-387-7724** (TTY: 1-800-430-7077) โทรฟรี หรือ, ไปที่ **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**

ข้อยกเว้นจากการเข้าร่วม Medi-Cal Managed Care

คุณอาจไม่จำเป็นต้องได้เข้าร่วม Medi-Cal Managed Care ถ้าคุณ:

- เป็นคน American Indian/Alaska Native,
- เป็นผู้รับผลประโยชน์ที่ได้รับการช่วยเหลือภายใต้ ส่งเสริมให้เกิดการดูแล (Foster Care), โครงการช่วยเหลือการรับบุตรบุญธรรม (Adoption Assistance Program), หรือบริการคุ้มครองเด็ก (Child Protective Services),
- อาศัยอยู่ในสถานะ California บ้านทหารผ่านศึก,
- มีการยกเว้นทางการแพทย์ที่ได้รับอนุมัติจากข้อกำหนดในการเข้าร่วมแผนสุขภาพ Medi-Cal Managed Care อยู่แล้ว
- รับการยกเว้นทางการแพทย์ที่ได้รับอนุมัติจากข้อกำหนดในการเข้าร่วมแผนสุขภาพ Medi-Cal Managed Care

ข้อยกเว้นทางการแพทย์จากการเข้าร่วม Medi-Cal Managed Care

หากคุณมีภาวะทางการแพทย์ที่ซับซ้อน รวมถึงการตั้งครรภ์ และแพทย์ หรือคลินิกในแผน Medi-Cal ของคุณที่ให้บริการนโยบาย Medi-Cal Fee-for-Service (FFS) (ปกติ) ผู้ให้บริการ Medi-Cal ที่ไม่อยู่ในเครือข่าย Medi-Cal Managed Care ในเทศมณฑลของคุณ คุณอาจได้รับการยกเว้นการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ให้บริการของคุณอยู่ได้นานถึง 12 เดือน

หากต้องการเข้าเข้าร่วมใน FFS Medi-Cal ขอยกเว้นการรักษาพยาบาลโดยด่วนส่วนใหญ่แล้วคุณไม่มีสิทธิ์ได้รับการยกเว้นจากการลงทะเบียนในการดูแลที่มีการจัดการหลังจากที่คุณอยู่ในแผนนโยบาย Medi-Cal Managed Care เป็นเวลา 90 วัน

มีสามวิธีในการขอยกเว้นค่ารักษาพยาบาล:

- โทร: โทร HCO วันจันทร์-วันศุกร์, 08.00 น. ถึง 18.00 น **1-833-387-7724** (TTY: 1-800-430-7077)
- เมว: กรอกข้อมูล และ จัดส่งทางไปรษณีย์ แบบฟอร์ม Medical Exemption Request ในแพ็คเกจ ทางเลือก *My Medi-Cal Choice* ของคุณ. คุณหมอ, คลินิก, หรือ ผู้สนับสนุนสามารถช่วยคุณกรอกแบบฟอร์มดังกล่าวได้. คุณหมอมของคุณยังจะต้องได้กรอกแบบฟอร์มบางส่วนด้วย. ส่งแบบฟอร์มที่กรอกแล้วกลับมาที่ HCO

- **ออนไลน์:** เข้าไปที่ HCO ที่เว็บไซต์ www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

หากการยกเว้นของคุณได้รับการอนุมัติคุณสามารถเข้าพักรักษาตัว FFS Medi-Cal และ รักษาแพทย์ของคุณไว้จนกว่าการยกเว้นทางการแพทย์จะสิ้นสุดลง

หากคุณมีภาวะสุขภาพบางอย่างและต้องการรักษา Medi-Cal ผู้ให้บริการมานานกว่า 12 เดือน, คุณอาจจะขอต่ออายุการยกเว้นการรักษาพยาบาลได้. คุณต้องรอก่อนอย่างน้อย 11 เดือนนับจากวันที่เริ่มต้นการยกเว้นการรักษาพยาบาลที่มีอยู่ของคุณ. HCO จะแจ้งให้คุณทราบเมื่อเป็น 45 วันก่อนที่การยกเว้นการรักษาพยาบาลของคุณจะสิ้นสุดลง. ซึ่งจะแจ้งให้คุณรับทราบว่าต้องการทำการต่อแผนของคุณ.

สิ่งที่ต้องทำต่อจากนี้

- หากคุณต้องการเข้าร่วมในแผน Medi-Cal Managed Care ใหม่ๆ ข้างต้น คุณไม่ต้องทำอะไรเลย
- ถ้าคุณต้องการอยู่กับแพทย์หรือคลินิกในแผน Medi-Cal เดิมของคุณ ถามพวกเขาว่าพวกเขาเข้าร่วมในในแผน Medi-Cal Managed Care ในเทศมณฑลของคุณหรือไม่ ถ้าพวกเขาเข้าร่วมในแผน คุณสามารถเลือกแผนดังกล่าวอื่นๆ ได้
- ถ้าคุณต้องการเลือกอื่น Medi-Cal Managed Care ติดต่อ HCO:
 - **โทรศัพท์:** โทร HCO วันจันทร์-วันศุกร์, 08.00 น. ถึง 18.00 น **1-833-387-7724** (TTY: 1-800-430-7077).
 - **ไปรษณีย์:** กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มที่ท่านเลือกและส่งซองเอกสารไปยัง *My Medi-Cal Choice*
 - **ออนไลน์:** ลงทะเบียนที่ www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov.

แผน Medi-Cal Managed Care จะส่งซองเอกสารเพื่อต้อนรับคุณเข้าร่วมในแผน ซึ่งจะแนะนำวิธี

มีคำถามหรือไม่?

- โทรติดต่อ พนักงานคุ้มครอง Medi-Cal สายด่วน วันจันทร์- วันศุกร์, 08.00 น. ถึง 17.00 น เบื้องโทร **1-800-541-5555** โทรฟรี
- โทรติดต่อ บริการช่วยเหลือของ Medi-Cal Ombudsman Office วันจันทร์- วันศุกร์ 08.00 น. ถึง 17.00 น **1-888-452-8609** (TTY: 711 for California State Relay). โทรฟรี หรือ ส่งอีเมลไปที่ MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov. Medi-Cal Ombudsman Office ช่วยให้ผู้ที่ได้รับนโยบาย Medi-Cal มีบริการ ใช้สิทธิประโยชน์ และ รู้ได้ถึงสิทธิ และความรับผิดชอบของตน
- 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 เวลา 08.00 น. ถึง 18.00 น **1-833-387-7724** (TTY: 1-800-430-7077) อแจ้งการฉบับนี้หากคุณต้องการจดหมายแจ้งเดือนฉบับนี้เป็นภาษาอื่นหรือรูปแบบอื่น เช่นตัวพิมพ์ขนาดใหญ่, รูปแบบเสียง, หรือ Braille ส่งถึงคุณ โทร HCO วันจันทร์-วันศุกร์ 08.00 น. ถึง 18.00 น **1-833-387-7724** (TTY: 1-800-430-7077)

ขอบคุณ

Medi-Cal

Department of Health Care Services