

1234567AB-A8B-XX/XX/XXXX
XXX123456789_ABCD0-00-0-000000



XX/XX/XXXX



JOHN SAMPLE
1234 SAMPLE STREET
Line 2
ANYTOWN CA 90000

Важливі новини про ваше покриття Medi-Cal

Шановний(-а) [\[Member Name\]](#),

У листопаді ми надіслали вам листа. У ньому йшлося про зміни до вашого медичного покриття Medi-Cal. Зараз ви отримуєте **обмежений спектр** послуг Medi-Cal. Ваше медичне покриття Medi-Cal зміниться на **повний спектр послуг** Medi-Cal, починаючи з **1 січня 2024** р. Ви матимете доступ до більшої кількості послуг. Ви будете отримувати послуги Medi-Cal у рамках плану Medi-Cal Managed Care.

В отриманому вами пакеті *My Medi-Cal Choice* ви знайдете інформацію про те, як вибрати план Medi-Cal Managed Care.

Якщо ви не виберете план до дати, зазначеної у вашому пакеті *My Medi-Cal Choice*, вас буде зареєстровано в цьому плані Medi-Cal Managed Care та плані стоматологічного страхування:

План медичного страхування

<Insert MCP>

План стоматологічного страхування

<Insert Dental Program>

Дата початку

XX/XX/2024

Про плани Medi-Cal Managed Care

План Medi-Cal Managed Care — це план медичного страхування. Він працює з лікарями, лікарнями, аптеками та іншими постачальниками медичних послуг, щоб надавати медично необхідні вам послуги Medi-Cal. Ваш план:

- Допоможе вам організувати пільги та послуги Medi-Cal.
- Допоможе вам знайти лікарів та спеціалістів у мережі плану (групи).
- Має лінію для отримання консультації медичної сестри, на яку ви можете телефонувати цілодобово, тобто 24 години на добу.

- Має телефонний номер для безкоштовних дзвінків до служби підтримки учасників плану, щоб ви могли отримати відповіді на свої запитання.
- Допоможе вам з транспортуванням до та від ваших постачальників послуг, таких як спеціалісти або лікарні.
- Допоможе вам отримати послуги, які можуть бути вам необхідні та не покриваються вашим планом.
- Надасть вам необхідну мовну допомогу, наприклад послуги перекладача, документи вашою мовою або документи шрифтом Braille, великим шрифтом, в аудіоформаті або дані на CD.

Як вибрати план Medi-Cal Managed Care

Варіанти вибору плану Medi-Cal Managed Care залежать від того, в якому окрузі ви проживаєте. Health Care Options (HCO) надіслав вам пакет *My Medi-Cal Choice*. У ньому розповідається про плани Medi-Cal Managed Care у вашій місцевості та як у них зареєструватися.

Щоб дізнатися більше про доступні вам варіанти плану медичного страхування та постачальників послуг, зателефонуйте до HCO з понеділка до п'ятниці з 8 ранку до 6 вечора за номером **1-800-430-4263** (TTY: 1-800-430-7077). Цей дзвінок безкоштовний. Або перейдіть за посиланням в. www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov.

Звільнення від приєднання до плану Medi-Cal Managed Care

Вам може бути не потрібно приєднуватися до плану Medi-Cal Managed Care, якщо ви:

- American Indian/Alaska Native;
- є отримувачем, який одержує допомогу за умовами патронатної опіки (Foster Care), Програми допомоги з усиновленням (Adoption Assistance Program) або служб захисту дітей (Child Protective Services);
- проживаєте в будинку ветеранів California;
- вже маєте схвалене медичне звільнення від вимоги приєднатися до плану Medi-Cal Managed Care, або
- отримали медичне звільнення від вимоги приєднатися до плану Medi-Cal Managed Care.

Медичне звільнення від приєднання до плану Medi-Cal Managed Care

Якщо у вас складний медичний стан, у тому числі вагітність, і ваш лікар або клініка Medi-Cal є постачальником послуг Fee-for-Service (FFS) (звичайного) Medi-Cal, який не належить до мережі плану Medi-Cal Managed Care у вашому окрузі, ви можете отримати медичне звільнення, щоб зберегти свого поточного постачальника послуг на строк до 12 місяців.

Якщо ви хочете залишитися в FFS Medi-Cal, якомога скоріше попросіть надати вам медичне звільнення. У більшості випадків ви не зможете претендувати на звільнення від включення в план керованого медичного обслуговування після того, як ви були учасником плану Medi-Cal Managed Care упродовж 90 днів.

Є три способи попросити про медичне звільнення:

- **Телефоном:** зателефонуйте до НСО з понеділка до п'ятниці з 8 ранку до 6 вечора за номером **1-800-430-4263** (ТТУ: 1-800-430-7077).
- **Поштою:** заповніть і надішліть поштою форму Medical Exemption Request зі свого пакета матеріалів *My Medi-Cal Choice*. Ваш лікар, клініка або адвокат можуть допомогти вам заповнити цю форму. Вашому лікареві також буде необхідно заповнити частину цієї форми. Поверніть заповнену форму до НСО.
- **Через інтернет:** перейдіть на вебсайт НСО за посиланням **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**.

Якщо ваше звільнення буде схвалено, ви зможете залишитися в FFS Medi-Cal і зберегти свого лікаря до моменту, поки не закінчиться термін дії медичного звільнення.

Якщо у вас є певні захворювання і ви бажаєте зберегти свого постачальника послуг Medi-Cal довше ніж на 12 місяців, то, можливо, ви зможете попросити про продовження строку медичного звільнення. Вам необхідно почекати, поки не мине щонайменше 11 місяців з дати початку дії вашого поточного медичного звільнення. НСО повідомить вам, коли до завершення дії вашого медичного звільнення залишиться 45 днів. Вони розкажуть вам, як попросити про продовження строку.

Що робити тепер

- Якщо ви бажаєте залишитись у зазначеному вище плані Medi-Cal Managed Care, вам не треба нічого робити.
- Якщо ви бажаєте зберегти того самого лікаря Medi-Cal або клініку, запитайте їх, чи працюють вони з якимось планом Medi-Cal Managed Care у вашому окрузі. Якщо вони працюють, тоді виберіть той план.
- Якщо ви бажаєте вибрати інший план Medi-Cal Managed Care, зверніться до НСО:
 - **Телефоном:** зателефонуйте до НСО з понеділка до п'ятниці з 8 ранку до 6 вечора за номером **1-800-430-4263** (ТТУ: 1-800-430-7077).
 - **Поштою:** заповніть і надішліть поштою форму вибору плану, яку отримуєте в пакеті матеріалів *My Medi-Cal Choice*.
 - **Через інтернет:** зареєструйтеся онлайн на вебсайті **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**.

Ваш план Medi-Cal Managed Care надішле вам вступний пакет матеріалів. У ньому вам розкажуть, як вибрати лікаря. У ньому вам розкажуть також про переваги, які пропонує цей план.

Є запитання?

- Зателефонуйте на гарячу лінію Medi-Cal з понеділка до п'ятниці з 8 ранку до 5 вечора за номером **1-800-541-5555**. Дзвінок безкоштовний.
- Зателефонуйте до офісу Medi-Cal Ombudsman Office з понеділка до п'ятниці з 8 ранку до 5 вечора за номером **1-888-452-8609** (TTY: 711 для California State Relay). Дзвінок безкоштовний. Або надішліть листа електронною поштою в цей офіс за адресою **MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov**. Medi-Cal Ombudsman Office допомагає людям, зареєстрованим у Medi-Cal, скористатися своїми пільгами та розібратися у своїх правах і обов'язках.
- Прочитайте розділ Frequently Asked Questions (FAQ) на вебсайті Medi-Cal за посиланням: **www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Adult-Expansion.aspx**. Якщо ви хочете, щоб вам надіслали поштою письмову копію FAQ, зателефонуйте до НСО з понеділка до п'ятниці з 8 ранку до 6 вечора за номером **1-800-430-4263** (TTY: 1-800-430-7077). Якщо ви хочете отримати це повідомлення іншою мовою або в іншому форматі, як-от великим шрифтом, в аудіоформаті або шрифтом Braille, зателефонуйте до НСО з понеділка до п'ятниці з 8 ранку до 6 вечора за номером **1-800-430-4263** (TTY: 1-800-430-7077).

Дякуємо!

Medi-Cal

Department of Health Care Services