

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



XX/XX/XXXX



JOHN SAMPLE  
1234 SAMPLE STREET  
Line 2  
ANYTOWN CA 90000

## Tin tức quan trọng về bảo hiểm Medi-Cal của quý vị

Thân gửi [Member Name],

Vào tháng Mười Một, chúng tôi đã gửi cho quý vị một lá thư. Nó thông báo cho quý vị về các thay đổi chi trả đối với bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal của mình. Hiện giờ quý vị có các dịch vụ Medi-Cal phạm vi **hạn chế**. Bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal của quý vị sẽ đổi thành Medi-Cal **toàn phần** kể từ ngày **1 Tháng Một 2024**. Quý vị sẽ có quyền truy cập vào nhiều dịch vụ hơn. Quý vị sẽ nhận các dịch vụ Medi-Cal của thông qua một Medi-Cal Managed Care.

Quý vị sẽ được ghi danh vào Chương Trình Medi-Cal Managed Care và Chương Trình Nha Khoa dưới đây:

### Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe

<Insert MCP>

### Chương Trình Bảo Hiểm Nha Khoa

<Insert Dental Program>

### Ngày Bắt Đầu

01/01/2024

### Thông tin Các Chương Trình Medi-Cal Managed Care

Chương Trình Medi-Cal Managed Care là một chương trình sức khỏe. Chương trình làm việc với các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để cung cấp cho quý vị các dịch vụ y tế Medi-Cal cần thiết về mặt y tế mà quý vị cần. Chương trình của quý vị sẽ:

- Giúp quản lý các quyền lợi và dịch vụ Medi-Cal của quý vị
- Giúp quý vị tìm các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới chương trình (nhóm)
- Có một đường dây y tá tư vấn 24-giờ trong ngày để quý vị có thể gọi
- Có số điện thoại miễn phí của ban dịch vụ hội viên để giải đáp các thắc mắc của quý vị
- Đưa đón quý vị đến và về từ cơ sở của các nhà cung cấp dịch vụ chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa hay bệnh viện

- Giúp quý vị nhận các dịch vụ quý vị có thể cần mà chương trình không bao trả
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ mà quý vị cần chẳng hạn như dịch vụ thông dịch; tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị; hoặc tài liệu bằng Chữ nổi Braille, bản in khổ lớn hoặc âm thanh hoặc dữ liệu CD

### **Cách thức liên lạc với Chương Trình Medi-Cal Managed Care**

Tên chương trình: <Insert COHS/Single Plan Name>

Dịch vụ hội viên: <Insert Member Services number here and TTY>

Trang Web: <Insert web address>

Chương Trình Medi-Cal Managed Care của quý vị sẽ gửi cho quý vị tập tài liệu chào mừng hội viên mới. Tài liệu này sẽ hướng dẫn quý vị cách lựa chọn bác sĩ. Tài liệu này cũng sẽ cho quý vị biết về các quyền lợi bảo hiểm mà chương trình cung cấp.

### **Quý vị có thắc mắc?**

- Gọi Đường Dây Trợ Giúp về Medi-Cal thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng tới 5 giờ chiều theo số **1-800-541-5555**. Đây là cuộc gọi miễn phí.
- Gọi Medi-Cal Ombudsman Office thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng tới 5 giờ chiều theo số **1-888-452-8609** (TTY: 711 cho California State Relay). Đây là số điện thoại gọi miễn phí. Hoặc gửi email cho họ tại **MMCOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov**. Medi-Cal Ombudsman Office giúp những người có Medi-Cal sử dụng các quyền lợi bảo hiểm của họ và biết các quyền và trách nhiệm của họ.
- Đọc Frequently Asked Questions (FAQ) trên trang web Medi-Cal tại: **www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Adult-Expansion.aspx**. Nếu quý vị muốn có một bản sao bằng văn bản của FAQ gửi cho quý vị, gọi HCO, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng tới 6 giờ chiều theo số **1-800-430-8008** (TTY: 1-800-430-7077). Nếu quý vị cần thông tin này bằng ngôn ngữ hoặc định dạng khác, chẳng hạn như bản in khổ lớn, băng âm thanh, hoặc Chữ nổi Braille, vui lòng gọi HCO thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng tới 6 giờ chiều theo số **1-800-430-8008** (TTY: 1-800-430-7077).

Cảm ơn quý vị,

Medi-Cal

Department of Health Care Services