DHCS
CALIFORNIA DEPARTMENT OF
HEALTH CARE SERVICES

Medi-Cal

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 đối với bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal của quý vị. Hiện quý vị có các dịch vụ Medi-Cal **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 quý vị thông qua một Medi-Cal Managed Care.

Tài liệu *My Medi-Cal Choice* sẽ hướng dẫn quý vị cách lựa chọn một Chương Trình Medi-Cal Managed Care.

Nếu quý vị không chọn một chương trình trước ngày được liệt kê ở tập tài liệu *My Medi-Cal Choice* của mình, quý vị sẽ được ghi danh vào Chương Trình Medi-Cal Managed Care và Chương Trình Nha Khoa**:**

Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe	**Chương Trình Bảo Hiểm Nha Khoa**	**Ngày Bắt Đầu**
<Insert MCP>	<Insert Dental Program>	XX/XX/2024

Về Các chương trình Medi-Cal Managed Care
Một chương trình Medi-Cal Managed Care là một chương trình sức khỏe. Nó 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 lựa chọn một Chương Trình Medi-Cal Managed Care
Các lựa chọn chương trình Medi-Cal Managed Care của quý vị tùy thuộc vào quận nơi quý vị cư trú. Health Care Options (HCO) đã gửi cho quý vị một Tập Tài Liệu *My Medi-Cal Choice*. Tập tài liệu này sẽ cho quý vị biết về Chương Trình Medi-Cal Managed Care trong khu vực của quý vị và cách thức ghi danh tham gia.

Để tìm hiểu thêm về chương trình y tế của quý vị và các lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ, 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). Đây là cuộc gọi miễn phí. Hoặc truy cập **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov.**

Các trường hợp miễn tham gia Chương Trình Medi-Cal Managed Care
Quý vị có thể không cần phải tham gia một Chương Trình Medi-Cal Managed Care nếu quý vị:

- Là American Indian/Alaska Native,
- Là người nhận bảo hiểm và được nhận trợ cấp theo chương trình Chăm Nuôi Tạm Thời (Foster Care), Chương Trình Trợ Cấp Nhận Con Nuôi (Adoption Assistance Program), hoặc Các Dịch Vụ Bảo Vệ Trẻ Em (Child Protective Services),
- Cư ngụ trong một nhà thương binh California,
- Hiện đã được chấp thuận cho miễn tuân thủ yêu cầu phải tham gia một Chương Trình Medi-Cal Managed Care, hoặc
- Đã được chấp thuận cho miễn tuân thủ yêu cầu phải tham gia một Chương Trình Medi-Cal Managed Care vì lý do sức khỏe

Miễn trừ tham gia Chương Trình Điều Quản Y Tế Medi-Cal Managed Care
Nếu quý vị có một chứng bệnh phúc tạp, bao gồm cả mang thai, và bác sĩ hoặc y viện Medi-Cal của quý vị là nhà cung cấp dịch vụ Fee-for-Service (FFS) (thường xuyên) Medi-Cal không ở trong mạng lưới Medi-Cal Managed Care tại quận của quý vị, quý vị có thể được miễn trừ vì lý do y tế để tiếp tục giữ nhà cung cấp dịch vụ của quý vị tới 12 tháng.

Nếu quý vị muốn tiếp tục ở trong chương trình FFS Medi-Cal, hãy xin miễn trừ y tế ngay khi có thể được. Trong đa số các trường hợp, quý vị không hội đủ điều kiện được miễn trừ tham gia chương trình điều quản y tế sau khi quý vị đã tham gia một Chương Trình Medi-Cal Managed Care được 90 ngày.

Quý vị có thể xin miễn trừ vì lý do sức khỏe theo ba cách:

- **Điện thoại:** 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).
- **Thư:** Điền và gửi đơn Medical Exemption Request mà quý vị đã hoặc sẽ nhận được trong tập tài liệu *My Medi-Cal Choice*. Bác sĩ, phòng khám của quý vị hoặc một chuyên gia bảo vệ quyền lợi có thể giúp quý vị điền biểu mẫu này. Bác sĩ của quý vị cũng sẽ cần phải điền một phần trong biểu mẫu đó. Gửi lại biểu mẫu đã điền cho HCO.
- **Trực tuyến:** Truy cập trang mạng HCO tại **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**.

Nếu đơn xin miễn trừ của quý vị được chấp thuận, quý vị có thể tiếp tục FFS Medi-Cal và duy trì bác sĩ của mình cho đến khi kết thúc thời gian miễn trừ vì lý do sức khỏe.

Nếu quý vị có một số chứng bệnh và muốn giữ nhà cung cấp Medi-Cal của quý vị trong hơn 12 tháng, quý vị có thể xin gia hạn miễn trừ vì lý do sức khỏe. Quý vị phải chờ ít nhất 11 tháng kể từ ngày bắt đầu được miễn trừ vì lý do sức khỏe như hiện tại. HCO sẽ cho quý vị biết khi nào đến 45 ngày trước khi sự miễn trừ vì lý do sức khỏe của quý vị chấm dứt. Họ sẽ cho quý vị biết cách thức xin gia hạn.

Cần phải làm gì bây giờ

- Nếu quý vị muốn tiếp tục ở trong Medi-Cal Managed Care ghi trên, quý vị không cần phải là gì.
- Nếu quý vị muốn giữ nguyên bác sĩ hoặc phòng khám Medi-Cal của mình, hãy hỏi họ có làm việc với một Chương Trình Medi-Cal Managed Care ở quận của quý vị hay không. Nếu họ có, hãy chọn chương trình đó.
- Nếu quý vị muốn chọn Medi-Cal Managed Care khác, liên hệ HCO:
    - **Điện thoại:** 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).
    - **Thư:** Điền và gửi biểu mẫu lựa chọn trong tập tài liệu *My Medi-Cal Choice* điện tử của quý vị.
    - **Trực tuyến:** Ghi danh tại **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**.

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 số điện thoại 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 **MMCDOmbudsmanOffice@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 muốn thông báo 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