



MICHELLE BAASS
DIRECTOR

State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services



GAVIN NEWSOM
GOVERNOR

關於您的健康保險的重要消息
Coronavirus (COVID-19) Uninsured Group Program

尊敬的受益人、

您已參加 Coronavirus (COVID-19) Uninsured Group Program。該保險只承保在醫學上必要的 COVID-19 檢測、檢測相關的服務和治療。

COVID-19 Uninsured Group Program 在 May 31, 2023 結束。

該計畫即將結束原因在於法律變更了。

瞭解您是否有資格參加 Medi-Cal 或 Covered California

您可以通過 Medi-Cal 或 Covered California 申請免費的或低成本的醫療保險。兩種計畫一次申請。

通過下列方法之一今天就申請：

- 線上申請、網址 CoveredCA.com、MyBenefitsCALWIN.org 或者 BenefitsCal.com

- 郵件申請

填寫本函隨附的健康保險申請表、並郵寄至：

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA, 95798-9725

或者寄到當地的縣辦事處。可以在 <http://dhcs.ca.gov/COL> 上查找您當地的縣辦事處資訊。或者撥打 Medi-Cal 的熱線電話 800-541-5555。

您還可以下載多種語言的紙質申請，網址
<https://www.dhcs.ca.gov/applyformedi-cal>。

- 電話申請

致電 Covered California、電話號碼 800-300-1506。或者致電當地的縣辦事處。在 <http://dhcs.ca.gov/COL> 上查找您當地的縣辦事處。或者致電 Medi-Cal 熱線、電話號碼 800-541-5555。

- 親自申請

親自到當地縣辦事處申請 Medi-Cal 或 Covered California 保險。可在 <http://dhcs.ca.gov/COL> 上查找您當地的縣辦事處資訊。或致電 800-541-5555。

請在您的 **COVID-19 Uninsured Group Program** 保險結束以前、申請 **Covered California!**

由於 COVID-19 公共衛生事件、Covered California 有一個特殊的註冊期。這個特殊的註冊期 公共衛生緊急事件結束後當月的最後一天之後 **60 天** 後結束。如果您參加了一項排位賽生活事件、您也可以註冊。或者在 Covered California 公開註冊期間註冊。

要線上申請 Covered California、去 CoveredCA.com/apply。

- 在 “Special Enrollment” 的下拉式功能表, 選擇 “Pandemic (COVID-19)/公共衛生緊急事件” 作為您的排位賽生活事件。
- 輸入當前日期作為您的排位賽生活事件的日期。

如果我收到 COVID-19 檢測或治療的帳單怎麼辦？

- 如果您在計畫結束前收到 COVID-19 檢測或治療帳單、請告知 Medi-Cal 帳單提供商將索賠交給 Medi-Cal、而不是要您付費。
- 如果您在計畫結束以後接受了 COVID-19 檢測或治療、如果您有資格享受保險、您可以申請 Medi-Cal、並獲得承保的服務。這包括長達三個月的追溯 (背面) Medi-Cal 保險。如果您註冊了 Covered California、請告知帳單人向您的健康保險公司提交索賠。
- 如果您參加了 COVID-19 Uninsured Group Program、又支付了 COVID-19 檢測或治療費用、您可以要求退款。致電 Medi-Cal Beneficiary Service Center、電話號碼 916-403-2007。要瞭解有關退款的更多資訊、請前往 Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan) 網頁、網址 <https://www.dhcs.ca.gov/conlan>。

這個項目結束後、我可以接種 COVID-19 疫苗、測試或治療嗎？

該計畫結束以後、您仍然可以免費接種疫苗。要瞭解更多資訊、請訪問 www.myturn.ca.gov。

如果您在本計畫結束後需要 COVID-19 檢測或治療、您可以申請 Medi-Cal 或 Covered California。如果您符合條件、您可以獲得 COVID-19 服務等保障。

有問題嗎？

- 發電子郵件給我們: COVID19Apps@dhcs.ca.gov。
- 或者致電 916-552-9200。
- 或者把你的問題郵寄到:
Department of Health Care Services
Medi-Cal Eligibility Division, MS 4607
P.O. Box 997417
Sacramento, CA 95899-7417

要獲得其他語言的免費幫助、請使用隨本函所附 Notice of Language Services 上所列的電話號碼。

謝謝您、

Department of Health Care Services
State of California

關於您的公平聽證權的重要資訊

由於法律發生變化、COVID-19 Uninsured Group Program 將於 May 31, 2023 結束。您不能因法律變更而對該計畫的終止提出上訴。(上訴是您對某個決定提出異議並要求舉行公平聽證、以求審查該決定的過程。) 如果您反對與 Medi-Cal 申請、福利或服務相關的某個決定、您可以要求舉行公平聽證。您可以通過以下網址瞭解如何申請聽證會的更多資訊:

<https://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing>。

或者您也可以撥打電話 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349)。