

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



XX/XX/XXXX



JOHN SAMPLE  
1234 SAMPLE STREET  
Line 2  
ANYTOWN CA 90000

## Medi-Calサービス内容に関する重要なお知らせ

[Member Name]様、

11月に、Medi-Cal健康保険の変更についての通知を送付いたしました。現在、**限定適用** Medi-Calにご加入いただいております。**2024年1月1日**から、**全適用** Medi-Calに変更されます。利用可能なサービスが拡大されます。Medi-Cal Managed Careプランを通じてMedi-Cal サービスを受けることができます。

お受取りになられた*My Medi-Cal Choice* パケットにはMedi-Cal Managed Care プランの選択方法が記載されています。

**My Medi-Cal Choice**パケットに記載された指定日までにプランを選択しなかった場合、下記のMedi-Cal Managed Care プランと歯科保険プランに加入されます：

| 医療プラン        | 歯科保険プラン                 | 開始日        |
|--------------|-------------------------|------------|
| <Insert MCP> | <Insert Dental Program> | XX/XX/2024 |

### Medi-Cal Managed Careプランについて

Medi-Cal Managed Careプランは、医療保険です。この保険は、医師や病院、薬局、その他の医療提供者と提携してあなたに合わせたMedi-Cal 医療サービスを提供しています。プランには以下のものが含まれています：

- Medi-Calの給付やサービスの管理をサポート
- ネットワーク(グループ)内の医師や専門家を探すサポート
- 24時間利用できる看護師相談電話
- 加入者からの質問に無料で電話対応
- 提供機関(専門機関または病院)への送迎
- この保険が対応範囲外としている必要サービスを受けるためのサポート

- 通訳サービス、母国語での書類ならびにBraille、大活字、音声またはデータCDでの書類など、必要な言語サービスを提供

### Medi-Cal Managed Care プランの選択方法

Medi-Cal Managed Care プランの選択は、お住まいのカウンティによって異なります。Health Care Options (HCO) は *My Medi-Cal Choice* パケットを送付いたしました。パケットには、お住まいの地域でのMedi-Cal Managed Careプランの詳細と加入方法が記載されています。

医療保険や提供機関の選択に関するお問い合わせは、HCO までお電話ください。月曜日から金曜日、午前8時から午後6時まで受け付けています。電話番号： **1-833-387-7722**、(TTY 1-800-430-7077)。通話料は無料です。もしくは、 **[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**。

### Medi-Cal Managed Care プラン加入の免除

以下に該当する場合、Medi-Cal Managed Care プランに加入する必要がない場合がございます：

- American Indian/Alaska Nativeの方、
- Foster Care、Adoption Assistance Program、またはChild Protective Servicesからの支援を受けている場合、
- California 退役軍人用住宅在住者、
- 医療上の理由によりMedi-Cal Managed Care プランへの加入免除を受け、それが承認されている人、あるいは
- Medi-Cal Managed Care プランへの加入免除を受けている

### Medi-Cal Managed Careプランへの加入の医療免除

妊娠を含む複雑な疾患があり、かかりつけのMedi-Cal対応医師またはクリニックが、お住まいのカウンティのMedi-Cal Managed Care プランネットワークに加入していないFee-for-Service (FFS) (通常) Medi-Cal提供機関である場合、最長12 か月間、現在の提供機関からのサービスを受けるための医療的免除が受けられる場合があります。

FFS Medi-Cal加入の継続を希望する場合は、できるだけ早く医療費免除を申請する必要があります。Medi-Cal Managed Care プランに加入してから90 日経過している場合は原則として免除は受けられません。

医療免除の申請方法は3通りございます。

- **電話：** HCOにお電話ください。月曜日から金曜日の午前8時から午後6時まで、電話番号は**1-833-387-7722** (TTY 1-800-430-7077)です。
- **郵送：** お届けした*My Medi-Cal Choice*パケットに同梱されているMedical Exemption Requestフォームにご記入の上、ご郵送ください。主治医、病院または支援担当者が申請書への記入をお手伝いします。また、主治医が申請書の一部を記入する必要があります。記入した申請書をHCOに返送してください。
- **オンライン：** HCO のウェブサイト**[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)**にアクセスしてください。

免除が承認された場合、医療的免除が終了するまでFFS Medi-Cal に継続加入し、現在の主治医による診療を継続することができます。

特定の健康障害があり、12ヵ月間を超過して現在のMedi-Cal 提供機関からのサービス継続を希望する場合、医療的免除の延長を申請することができる可能性があります。現行の医療免除の開始日から最低11ヵ月待つ必要があります。HCO は、医療的免除が終了する45日前までに連絡します。HCOは延長の申請方法をお伝えします。

### いま行うべきこと

- 上記のMedi-Cal Managed Care プランへの加入の継続を希望する場合は、何もする必要はありません。
- 現在診療を受けているMedi-Cal 主治医またはクリニックでケアを受けたい場合、お住まいのカウンティのMedi-Cal Managed Care プランと提携しているかをお尋ねください。もし提携している場合、そのプランを選択します。
- 他のMedi-Cal Managed Care プランを選択したい場合は、HCOにご連絡ください：
  - **電話:** HCOまでお電話ください。月曜日から金曜日、午前8時から午後6時まで受け付けています。電話番号：**1-833-387-7722** (TTY: 1-800-430-7077)。
  - **郵送:** *My Medi-Cal Choice* パケットに同封されているフォームの中から希望プランに記入し郵送してください。
  - **オンライン:** [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)で加入してください。

Medi-Cal Managed Care プランにご加入いただくと、ウェルカム・パケットをお送りします。医師の選択方法が記載されています。また、プランが提供する給付内容も記載されています。

### お問い合わせ先

- Medi-Cal 相談口、**1-800-541-5555**までお電話ください。月曜日から金曜日、午前8時から午後5時まで受け付けています。
- Medi-Cal Ombudsman Office までお電話ください。月曜日から金曜日、午前8時から午後5時まで受け付けています。**1-888-452-8609** (TTY: 711 California State Relay)。通話料は無料です。あるいは**MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov**宛てにメールでお問い合わせください。Medi-Cal Ombudsman Office はMedi-Cal の加入者がその給付内容を利用し、自身の権利と責任を知るサポートをしています。
- よくある質問 (Frequently Asked Questions (FAQ))をMedi-Cal のウェブサイトでご覧する：**[www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Adult-Expansion.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Adult-Expansion.aspx)**。FAQ の書面のご郵送をご希望の方は、月曜日から金曜日の午前8時から午後6時までの間に、HCOにお電話ください。電話番号は**1-833-387-7722** (TTY: 1-800-430-7077)です。この通知を他の言語や大活字、オーディオ版、Braille、別のフォーマットでお受け取りになりたい方は、月曜から金曜の午前8時から午後6時の間に、HCOにお電話ください。電話番号は**1-833-387-7722** (TTY: 1-800-430-7077)です。

何卒よろしく願いいたします。

Medi-Cal

Department of Health Care Services