



## Please keep!

**Important information  
to help children and  
youth to age 21 get all  
the care they need**

## What services can children and youth get if they are in Medi-Cal?

Under California and federal law, all children and youth to age 21 enrolled in Medi-Cal have the right to regular **check-ups** and other **preventive** and **treatment** services needed to stay or get healthy.

This right is known in federal law as the Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (EPSDT) requirement. It ensures that every child enrolled in Medi-Cal gets the care they need to grow up as healthy as possible. In California, EPSDT is called **Medi-Cal for Kids & Teens**.

The services are **free**, unless the child or youth was found to have a Share of Cost when they qualified for Medi-Cal.

## Medi-Cal for Kids & Teens must cover these services if needed, without limits:

- Physical health services, including primary care and specialist visits
- Vision services, including eyeglasses
- Hearing services
- Dental check-ups and follow-up services
- Mental health and drug or alcohol addiction services, including therapy
- Physical, occupational, and speech therapy
- Medical equipment and supplies, such as wheelchairs, including durable medical equipment
- Medication, both over-the-counter and prescribed
- Lab tests, including blood tests to check lead levels and sexually transmitted infection (STI) testing, and any needed follow-up care
- Home health services, including nursing care
- Hospital and residential treatment
- Reproductive and sexual health services, such as birth control and abortion care
- Pregnancy check-ups
- COVID-19 testing and treatment
- Care coordination, if enrolled in a managed care plan
- All other needed medical services that can be covered under Medi-Cal (known as “medically necessary services”) as determined by your medical provider



**If you need this letter or any Medi-Cal materials in an alternative format such as larger font, audio format, CD, or braille, call 1-833-284-0040.**

## Children and youth have the right to free supports to get care, such as:

- Getting a free ride to and from your appointment or to pick up medication, medical equipment, and supplies
- Support in making medical appointments
- Help finding a doctor or health care provider
- Language interpretation services (you should not need to bring your own interpreter to a medical appointment)

## What does “medically necessary” mean?

For children and youth, **medically necessary** means the services needed to treat, correct, manage, or improve an illness or health condition.

Your child’s doctor or health care provider usually decides if something is medically necessary.

Some services may need pre-approval. If services are medically necessary for children or youth to age 21, the number of services or treatments cannot be limited. For example, a child cannot be limited to one pair of glasses every two years. If a child has glasses but has trouble seeing, they have a right to a new prescription and new glasses when necessary.

### BOX 1

#### Your child’s Medi-Cal



Children and youth in Medi-Cal get their benefits in one of these two ways:

1. **Managed care** by a health insurance plan, mental health plan, or dental health plan, **or**
2. **Fee for service** by the California Department of Health Care Services (DHCS), the State Medi-Cal agency

This document explains what to do if an enrolled child or youth does not get a needed service through **managed care** or **fee for service**. It explains how to:

- File an appeal
- Ask for a State Fair Hearing
- Submit a grievance

For help getting services or for questions about your benefits, call the Medi-Cal Member Help line at **1-800-541-5555**.

## What should you do if your child's care is denied, delayed, reduced, or stopped?

If your child's care is denied, delayed, reduced, or stopped and you do not agree with the decision as described in your written notice, you can ask to have the decision reviewed and reversed.

This is to support your child in getting the care they need and have the right to get. Your child has the right to file an **appeal**, ask for a **State Fair Hearing**, or submit a **grievance**. There is no penalty for taking any of these actions.

Whether your appeal, State Fair Hearing, or grievance succeeds or not, your child's Medi-Cal coverage will **not** end because you took any of these actions.

An **appeal** requires your child's managed care plan to review any service denial, delay, reduction, or stopping to find out if they agree with you.

A **State Fair Hearing** is a chance to speak before a judge to review a decision your child's managed care plan or DHCS (the State Medi-Cal agency) made that you disagree with.

A **grievance** is for any matter you are not satisfied with or do not agree with that an appeal or State Fair Hearing does not cover. It is for issues or concerns with your child's managed care plan or DHCS that are not a denial, delay, reduction, or stopping of services.

## How to file an appeal, ask for a State Fair Hearing, or submit a grievance

**Read the written notice.** If a managed care plan, DHCS (the State Medi-Cal agency), or provider denies, reduces, or stops your child's services, they must send a written Notice of Action (also called "Notice of Adverse Benefit Determination") with their decision.

You must get this notice at least **10** days before your child's treatment or service will be reduced or stopped. The notice explains:

- Why and how your child's managed care plan or DHCS made its decision
- Your child's rights
- How to file an appeal or ask for a State Fair Hearing

**If you disagree with the decision**, it is important to appeal **before** the services stop or are reduced so they can continue during the appeal or State Fair Hearing.

**If you did not get a notice**, call the Health Consumer Alliance (HCA) number below. You can still file an appeal if you did not get a notice. To learn how to file an appeal, ask for a State Fair Hearing, or submit a grievance, read the pages below.

## How to get help

### Medi-Cal Member Help Line

The Medi-Cal Member Help Line provides free support. They can connect you to your local Medi-Cal office, your managed care plan, or to other Medi-Cal resources to help answer your questions about Medi-Cal.

- Phone: 1-800-541-5555
- Online: [www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal](http://www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal)

### Health Consumer Alliance (HCA)

HCA gives free phone or in-person help to Medi-Cal enrollees to resolve health problems. They may also be able to connect you with free resources to help address legal issues related to health care.

- Phone: 1-888-804-3536
- Online: [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)

#### BOX 2

### If you think a decision is wrong

If you believe your child's Medi-Cal was wrongly stopped or your child was wrongly found not eligible for Medi-Cal:

- Follow the instructions on the notice to appeal, **or**
- Find your local county human services agency at [dhcs.ca.gov/COL](http://dhcs.ca.gov/COL)



# What are your child's rights in Medi-Cal managed care?

The following information on pages 5-8 applies to all managed care systems in Medi-Cal. Most children enrolled in Medi-Cal get their care through a **Medi-Cal managed care plan**. The plan is for physical health services. It is also for limited mental health services called “non-specialty mental health services.”

Other managed care systems include:

- **Specialty Mental Health Services** for intensive behavioral health services through a separate mental health plan.
  - **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** for drug and alcohol addiction treatment.
  - **Dental Managed Care** for dental care in Los Angeles and Sacramento counties.
- Read **Table 1** on page 8.

If your child has problems getting or keeping a service you think one of the plans above should cover, read below. If your child is not in a plan, read about **fee for service** on page 9.

## What can you do if your child's care is denied, delayed, reduced, or stopped in managed care?

### File an appeal with your child's managed care plan

You must start by filing an **appeal** with the managed care plan. To find your plan, go to [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). An appeal requires your child's plan to review any service denial, delay, reduction, or stopping to find out if they agree with you. You must file the appeal before you can ask for a State Fair Hearing.

- After your child gets the written Notice of Action from their managed care plan, you can file an appeal. You may also file an appeal if you did **not** get a Notice of Action.
- You have **60** calendar days after you get the Notice of Action to file an appeal with the managed care plan. You can file an appeal with the plan in writing, by phone, or online. You can find contact numbers in **Table 1** on page 8.
- If the Notice of Action says that a service your child already gets will stop or be reduced, you may also ask that your child keep getting the service during the appeal. This is called **continuation of benefits**. To learn how to ask for this, read **Box 3**.

#### BOX 3

### How to ask for a continuation of benefits in managed care



If the notice says that a service your child already gets will stop or be reduced, you can ask for a **continuation of benefits** (also called “Aid Paid Pending”) for your child during the appeal or State Fair Hearing.

- You must appeal or ask for a State Fair Hearing **before** the service stops or is reduced.
- The managed care plan must give you written notice at least **10** calendar days before they plan to stop or reduce the service for your child.

- Your child's managed care plan must acknowledge the appeal in writing within **5** calendar days of the date they get the appeal. The plan must also tell you the name, phone number, and address of the person at the plan who can tell you more about the appeal and its status. The plan must send you a written decision within **30** calendar days of the appeal request. This is called a Notice of Resolution.
- If your child's situation is urgent and waiting 30 days will make their condition worse, you can ask for an **expedited** (faster) decision. For how to do this, read **Box 4**.
- You can contact your child's managed care plan with questions about your child's appeal at any time. For contact numbers, read **Table 1** on page 8.
- Your child's managed care plan may include a process called an Independent Medical Review Board. Your child's Notice of Action will explain this process. If your child's managed care plan offers this process, it would be after you complete your child's appeal. To learn more about the Independent Medical Review Board, call the California Department of Managed Health Care at 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891). Or, go to <https://bit.ly/IMRCR>.

#### BOX 4

### Expedited (faster) appeal or State Fair Hearing



If your child needs an **expedited** (faster) appeal or State Fair Hearing because your child's life, health, or ability to function is in danger, call **1-800-743-8525**.

You can read more in your Member Handbook on how to ask for an expedited process.

### Ask for a Medi-Cal State Fair Hearing

If the managed care plan's appeal process is complete and you still disagree with the plan's decision, you can ask for a **State Fair Hearing** for your child. You can also ask for a State Fair Hearing if your child's managed care plan does not send a notice about your child's right to appeal or does not send it in a reasonable time.

The State Fair Hearing is a chance to speak before a judge to review the managed care plan's decision that you disagree with. The judge works for the California Department of Social Services, not for your child's plan.

- You must ask for a State Fair Hearing within **120** calendar days of the date you get the managed care plan's written decision on your child's appeal. An impartial judge will review your child's case. If the decision you asked for a hearing on stops a service your child already gets, you may also ask for a continuation of benefits for your child. Read **Box 3** on page 5.
- You may ask for a State Fair Hearing by phone, mail, fax, or online. Call 1-800-743-8525. Or, go to [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).
- You have the right to bring a person to represent you at your child's State Fair Hearing. You can bring a friend, relative, attorney, or anyone you choose. To learn how to get free legal help, read **How to get help** on page 4.

- You do not have to pay for a State Fair Hearing. It is free.
- The State has **90** calendar days after the date of your child's request for a State Fair Hearing to make a final decision. If your child needs services right away and waiting 90 days will make their condition worse, you can ask for an **expedited** (faster) decision. Read **Box 4** above.
- For more help, read the notices from your child's managed care plan. Or, call 1-800-743-8525. Or, go to [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

### Contact the Ombudsman

An **Ombudsman** is a person who works for DHCS (the State Medi-Cal agency). Their job is to help you and your child try to fix disagreements with your child's managed care plan. You can call the Ombudsman at any time. This includes when your child got a notice, filed an appeal, asked for a State Fair Hearing, or submitted a grievance. The Ombudsman is only for people enrolled in a managed care plan.

You can contact the Ombudsman by:

- Phone: 1-888-452-8609
- Email: [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)
  - » Do not put personal health information in an email.

To learn more about the Ombudsman, go to [www.dhcs.ca.gov/ombudsman](http://www.dhcs.ca.gov/ombudsman).

## What if you are not happy with your child's care, doctor, or health care provider in managed care?

### Submit a grievance

If a doctor treated your child poorly or rudely, or you are not satisfied with the quality of care, or you cannot find a doctor, you can submit a **grievance** for your child. A grievance is for any disagreement on anything an appeal or State Fair Hearing does not cover. It is for issues or concerns that do not deny, delay, reduce, or stop any of your child's services.

- You may submit a grievance for your child any time. You can submit it by phone, or in writing online or by mail. To submit a grievance, contact your child's managed care plan. For contact numbers, read **Table 1** on page 8.
- Your child's managed care plan must acknowledge your grievance in writing within **5** calendar days of the date they get it. This must include the name, phone number, and address of the person at the plan who can tell you more about your child's grievance and its status.
- Your child's managed care plan has **30** calendar days from the date you submit the grievance to resolve your child's grievance.

## Who should you contact with questions?

TABLE 1

### Managed care systems overview and contact information

#### Medi-Cal Managed Care (MCMC)

Most children get most of these services through Medi-Cal managed care plans:

- Physical health needs, such as well-child check-ups and shots
- Non-specialty mental health needs, such as therapy and medication
- Care coordination

If your child is not getting needed services or has concerns, call your child's Medi-Cal managed care plan. The plan's phone number is on your child's plan ID card. It is also on the plan's website. You can also find their phone number at [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). Or, call 916-449-5000.

#### Specialty Mental Health Services (SMHS)

Some children who need specialty mental health services, such as care for a serious mental health condition, get this care through Specialty Mental Health Services. Each county has a mental health plan.

If your child is not getting needed services or has concerns, call your child's county mental health plan. You can find the phone number at [www.dhcs.ca.gov/CMHP](http://www.dhcs.ca.gov/CMHP).

#### Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS)

Children who need substance use services such as drug or alcohol treatment, including counseling and other clinical treatments, such as inpatient drug or alcohol residential treatment, when necessary, get this care through the Drug Medi-Cal Organized Delivery System. Each county either has a DMC-ODS plan or is in Drug Medi-Cal. To learn more on Drug Medi-Cal, read **Table 2** on page 11.

If your child is not getting needed services or has concerns, call your child's DMC-ODS plan. Find the phone number at [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

#### Dental Managed Care (Dental MC)

Some children who live in Los Angeles County or Sacramento County get dental services, including dental check-ups and cleanings twice a year and oral health care, through Dental Managed Care plans. Children who live in all other counties get their dental care through Dental Fee for Service (Dental FFS). To learn more on Dental FFS, read **Table 2** on page 11.

If you live in Los Angeles or Sacramento and your child is not getting needed services or has concerns, call your child's Dental MC plan. The phone number is on your child's Dental MC ID card. It is also on your child's Dental MC plan's website. Or, call 1-800-322-6384. You can also find the plan's phone number at <https://bit.ly/DMC-Contact>.

# What are your child's rights in Medi-Cal Fee For Service?

The following information on pages 9-11 applies to Medi-Cal Fee For Service (FFS). Some children enrolled in Medi-Cal get their care through FFS. FFS is also called “regular” Medi-Cal. Children in FFS get their care through DHCS (the State Medi-Cal agency). No managed care plan is involved. FFS includes Medi-Cal FFS for physical health services and a limited set of mental health services called “non-specialty mental health services,” Drug Medi-Cal for drug and alcohol treatment services, Dental FFS for dental care, and Medi-Cal Rx for medications. To learn more, read **Table 2** on page 11.

If your child has problems getting or keeping a service that you think DHCS should cover, read below. Even if your child is not in a managed care plan, if your child needs care for a serious mental health condition, they will get this care through a Specialty Mental Health Services mental health plan. To learn more and find out where to call for help from the county's mental health plan, read **Table 1** on page 8.

## What can you do if your child's care in FFS is delayed, denied, reduced, or stopped?

### Ask for a Medi-Cal State Fair Hearing

A **State Fair Hearing** is a chance to speak before a judge to review the decision by DHCS that you disagree with. This includes any service denial, delay, reduction, or stopping. The judge works for the California Department of Social Services, not DHCS.

- After your child gets the Notice of Action from DHCS, you may ask for a State Fair Hearing. You may also ask for a State Fair Hearing if you did not get a Notice of Action.
- You must ask for a State Fair Hearing within **90** calendar days of the date you get the written Notice of Action by DHCS. An impartial judge will review your child's case. You may also ask for a State Fair Hearing at any time without a Notice of Action. If the decision you asked for the hearing on would stop a service your child already gets, you may ask for a continuation of benefits for your child. Read **Box 5** above.
- You may ask for a State Fair Hearing by phone, mail, fax, or online. Call 1-800-743-8525. Or, go to [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).
- You have the right to bring a person to represent you at the hearing. You can bring a friend, relative, attorney, or anyone you choose. For free legal help, read **How to get help** on page 4.

#### BOX 5

### How to ask for a continuation of benefits in fee for service



If the notice says the service your child already gets will stop or be reduced, you may also ask for a **continuation of benefits** (also called “Aid Paid Pending”) during the State Fair Hearing.

- You must ask for the State Fair Hearing **before** the service stops or is reduced.
- DHCS must give you written notice at least **10** calendar days before they plan to stop or reduce the service for your child.

- You do not have to pay for a State Fair Hearing. It is free.
- The state has **90** calendar days after the date of your child's request for a State Fair Hearing to make a final decision. If your child needs services right away and waiting 90 days will make their condition worse, you can ask for an **expedited** (faster) decision. Read **Box 6** above.
- For more help, read the notices your child got from DHCS. Or, call 1-800-743-8525. Or, go to [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

#### BOX 6

### Expedited (faster) appeal or State Fair Hearing



If your child needs an **expedited** (faster) State Fair Hearing because your child's life, health, or ability to function is in danger, call 1-800-743-8525.

## What if you are not happy with your child's care, doctor, or health care provider in FFS?

### Submit a grievance

If a doctor treated your child poorly or rudely, or you are not satisfied with the quality of care, or you cannot find a doctor, you may submit a **grievance** for your child. A grievance is for any disagreement on anything a State Fair Hearing does not cover. It is for issues or concerns that do **not** deny, delay, reduce, or stop any of your child's services.

- You may submit a grievance for your child for Drug Medi-Cal, Dental FFS, or Medi-Cal Rx at any time. You can submit it by phone, or in writing online or by mail. To submit a grievance, contact Drug Medi-Cal, Dental FFS, or Medi-Cal Rx. For contact numbers, read **Table 2** on page 11. There is **no** grievance process for Medi-Cal FFS for physical health services and non-specialty mental health services.
- DHCS must acknowledge your grievance in writing within **5** calendar days of the date they get it. It must include the name, phone number, and address of the person at DHCS who can tell you more about your child's grievance and its status.
- DHCS has **30** calendar days from the date you submit the grievance to resolve your child's grievance for Dental FFS and Medi-Cal Rx. Drug Medi-Cal has **90** calendar days to resolve your child's grievance.

## Who should you contact with questions?

TABLE 2

### Fee for service overview and contact information

#### Medi-Cal Fee For Service (Medi-Cal FFS)

Some children, such as some children in foster care, get their physical health services through Medi-Cal FFS.

If your child is not getting these services or has concerns, call 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077).

#### Drug Medi-Cal (DMC)

Children who need substance use services such as drug or alcohol treatment, including counseling and other clinical treatments, such as inpatient drug or alcohol residential treatment, when necessary, get this care through Drug Medi-Cal. Each county either has a DMC-ODS plan or is in DMC. To learn more on DMC-ODS, read **Table 1** on page 8.

If your child is not getting these services or has concerns, call your child's DMC program. To find the phone number, go to [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

#### Dental Fee For Service (Dental FFS)

Most children get their Medi-Cal dental services through Dental FFS. This includes dental check-ups and cleanings twice a year and oral health care.

If your child is not getting these services or has concerns, call 1-800-322-6384. To learn more, go to [smilecalifornia.org](http://smilecalifornia.org).

#### Medi-Cal Rx

Children get their Medi-Cal pharmacy services through Medi-Cal Rx. These include prescription and over-the-counter outpatient drugs, enteral nutrition products such as a feeding tube, and medical supplies.

If your child is not getting these services or has concerns, call 1-800-977-2273. Learn more at <https://bit.ly/3D1rQFV>.



## Conserve!

**Información importante  
para ayudar a los niños  
y jóvenes hasta los 21  
años a obtener todos  
los cuidados que  
necesitan**

## ¿Qué servicios pueden obtener los niños y jóvenes si tienen Medi-Cal?

Según la ley federal y de California, todos los niños y jóvenes hasta los 21 años inscritos en Medi-Cal tienen derecho a **chequeos** y otros servicios **preventivos** y de **tratamiento** necesarios para mantener o recuperar la salud.

En la ley federal, este derecho se conoce como el requisito de evaluación periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT, en inglés). Garantiza que cada niño inscrito en Medi-Cal obtenga los cuidados que necesita para crecer lo más saludable posible. En California, la EPSDT se llama **Medi-Cal for Kids & Teens** (Medi-Cal para niños y adolescentes).

Los servicios son **gratuitos**, a menos que se determine que el niño o joven tenía un costo compartido cuando calificó para Medi-Cal.

### **Medi-Cal for Kids & Teens debe cubrir estos servicios si son necesarios, sin límites:**

- Servicios de salud física, incluidos los cuidados primarios y las visitas al especialista
- Servicios de la vista, incluidos los anteojos
- Servicios de audición
- Chequeos dentales y servicios de seguimiento
- Servicios de salud mental y para tratar la adicción a las drogas o al alcohol, incluida la terapia
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Equipo médico y suministros, como sillas de ruedas, incluido el equipo médico duradero
- Medicamentos con receta y de venta libre
- Análisis de laboratorio, incluidos los análisis de sangre para verificar niveles de plomo y las pruebas de las enfermedades de transmisión sexual (ITS), y cualquier cuidado de seguimiento necesario
- Servicios médicos en el hogar, incluido el cuidado de enfermería
- Tratamiento hospitalario y residencial
- Servicios de salud reproductiva y sexual, como el control de la natalidad y el aborto
- Chequeos durante el embarazo
- Tratamiento y pruebas de COVID-19
- Coordinación de cuidados, si está inscrito en un plan de cuidados administrados
- Todos los demás servicios médicos necesarios que pueden estar cubiertos por Medi-Cal (conocidos como “servicios médicamente necesarios”) según lo determine su proveedor médico



**Si necesita esta carta o cualquier material de Medi-Cal en un formato alternativo, como en tamaño más grande, formato de audio, CD o braille, llame al 1-833-284-0040.**

## Los niños y jóvenes tienen derecho a respaldo gratuito para recibir cuidados, tales como:

- Transporte gratuito de ida y vuelta a su cita o para recoger medicamentos, equipos médicos y suministros
- Apoyo para hacer las citas médicas
- Ayuda para encontrar un médico o proveedor de cuidado de la salud
- Servicios de interpretación de idiomas (usted no necesita ir con un intérprete a la cita médica)

## ¿Qué significa “medicamente necesario”?

Para niños y jóvenes, **medicamente necesario** significa que son servicios necesarios para tratar, corregir, controlar o mejorar una enfermedad o un problema de salud.

El médico o proveedor de cuidado de la salud de su niño generalmente decide si el servicio es médicamente necesario.

Algunos servicios pueden necesitar una aprobación previa. Si los servicios son médicamente necesarios para niños o jóvenes hasta los 21 años, la cantidad de servicios o tratamientos no puede limitarse. Por ejemplo, no se puede limitar a un niño a un par de anteojos cada dos años. Si un niño tiene anteojos, pero tiene problemas para ver, tiene derecho a una nueva receta médica y a recibir anteojos nuevos cuando sea necesario.

### CASILLA 1

#### Medi-Cal de su niño



Los niños y jóvenes que tienen Medi-Cal obtienen sus beneficios de una de estas dos maneras:

1. **Cuidados administrados** a través de un plan de seguro de salud, plan de salud mental o plan de salud dental, o
2. **Pago por servicio** a través del Department of Health Care Services (DHCS) de California, la agencia de Medi-Cal del estado

Este documento explica qué hacer si un niño o joven inscrito no obtiene un servicio necesario a través de los **cuidados administrados** o el **pago por servicio**. Explica cómo:

- Presentar una apelación
- Pedir una audiencia imparcial del estado
- Presentar una reclamación (queja)

Para obtener ayuda para recibir servicios o si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame a la línea de ayuda para miembros de Medi-Cal al **1-800-541-5555**.

## ¿Qué debería hacer si se deniega, demora, reduce o suspende el cuidado de su niño?

Si se deniega, demora, reduce o suspende el cuidado de su niño y usted no está de acuerdo con la decisión tal como se describe en su aviso por escrito, puede pedir que se revise y modifique la decisión.

Esto es para ayudar a su niño a obtener los cuidados que necesita y que tiene derecho a recibir. Su niño tiene derecho a presentar una **apelación**, pedir una **audiencia imparcial del estado** o presentar una **reclamación (queja)**. No hay penalización por tomar cualquiera de estas medidas.

Ya sea que su apelación, audiencia imparcial del estado o reclamación (queja) tenga éxito o no, la cobertura de Medi-Cal de su niño no terminará porque usted haya tomado alguna de estas medidas.

### Cómo presentar una apelación, pedir una audiencia imparcial del estado o presentar una reclamación (queja)

**Lea el aviso escrito.** Si un plan de cuidados administrados, el DHCS (la agencia de Medi-Cal del estado) o un proveedor deniega, reduce o suspende los servicios de su niño, debe enviar con la decisión un Aviso de acción por escrito (también llamado “Aviso de determinación adversa de beneficios”).

Usted debe recibir este aviso al menos **10** días antes de que se reduzca o suspenda el tratamiento o servicio de su niño. El aviso explica:

- Por qué y cómo el plan de cuidados administrados de su niño o el DHCS tomó la decisión.
- Los derechos de su niño
- Cómo presentar una apelación o pedir una audiencia imparcial del estado

**Si no está de acuerdo con la decisión**, es importante apelar **antes** de que los servicios se suspendan o reduzcan para que puedan continuar durante la apelación o la audiencia imparcial del estado.

**Si no recibió un aviso**, llame al número de Health Consumer Alliance (HCA) que aparece a continuación. Usted puede presentar una apelación incluso si no recibió el aviso. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, pedir una audiencia imparcial del estado o presentar una reclamación (queja), lea las páginas a continuación.

Una **apelación** requiere que el plan de cuidados administrados de su niño revise cualquier denegación, demora, reducción o suspensión de servicios para averiguar si está de acuerdo con usted.

Una **audiencia imparcial del estado** es una oportunidad para hablar ante un juez para revisar una decisión que tomó el plan de cuidados administrados de su niño o el DHCS (la agencia de Medi-Cal del estado) con la que usted no está de acuerdo.

Una **reclamación (queja)** es para cualquier asunto con el que no esté satisfecho o con el que no esté de acuerdo y que no esté cubierto por una apelación o una audiencia imparcial del estado. Es para problemas o inquietudes con el plan de cuidados administrados de su niño o el DHCS que no son una denegación, demora, reducción o suspensión de servicios.

## Cómo obtener ayuda

### Línea de ayuda para miembros de Medi-Cal

La línea de ayuda para miembros de Medi-Cal proporciona apoyo gratuito. Pueden conectarlo con su oficina local de Medi-Cal, su plan de cuidados administrados o con otros recursos de Medi-Cal para ayudarle a responder sus preguntas sobre Medi-Cal.

- Por teléfono: 1-800-541-5555
- Por Internet: [www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal](http://www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal)

### Health Consumer Alliance (HCA)

HCA ofrece ayuda gratuita por teléfono o en persona a los inscritos en Medi-Cal para resolver problemas de salud. También pueden conectarlo con recursos gratuitos para ayudar a resolver problemas legales relacionados con los cuidados de salud.

- Por teléfono: 1-888-804-3536
- Por Internet: [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)

#### CASILLA 2

### Si cree que una decisión es incorrecta

Si cree que el seguro Medi-Cal de su niño se suspendió por error o que se determinó que su niño no era elegible para Medi-Cal por error:

- Siga las instrucciones del aviso para apelar, o
- Encuentre su agencia de servicios humanos del condado local en [www.dhcs.ca.gov/COL](http://www.dhcs.ca.gov/COL)



# ¿Cuáles son los derechos de su niño según los cuidados administrados de Medi-Cal?

La información en las páginas 5-8 se aplica a todos los sistemas de cuidados administrados de Medi-Cal. La mayoría de los niños inscritos en Medi-Cal obtienen su cuidado a través de un **plan de cuidados administrados de Medi-Cal**. El plan es para servicios de salud física. También es para servicios de salud mental limitados llamados “servicios de salud mental no especializados”.

Otros sistemas de cuidados administrados incluyen:

- **Servicios especializados de salud mental** para servicios intensivos de salud del comportamiento a través de un plan de salud mental separado.
- **Drug Medi-Cal Organized Delivery System (Sistema de entrega organizada de servicios de Medi-Cal)** para el tratamiento de adicción a las drogas y al alcohol.
- **Cuidado dental administrado** para el cuidado dental en los condados de Los Ángeles y Sacramento. Vea la **Tabla 1** en la página 8.

Si su niño tiene problemas para obtener o mantener un servicio que cree que uno de los planes anteriores debería cubrir, lea a continuación. Si su niño no está inscrito en un plan, lea sobre el **pago por servicio** en la página 9.

## ¿Qué puede hacer si se deniega, demora, reduce o suspende el cuidado de su niño según los cuidados administrados?

### Presente una apelación ante el plan de cuidados administrados de su niño

Debe comenzar presentando una **apelación** ante el plan de cuidados administrados. Para encontrar su plan, vaya a [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). Una apelación requiere que el plan de su niño revise cualquier denegación, demora, reducción o suspensión de servicios para averiguar si está de acuerdo con usted. Usted debe presentar la apelación antes de poder pedir una audiencia imparcial del estado.

- Después de que su niño reciba el Aviso de acción por escrito de su plan de cuidados administrados, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si **no** recibió un Aviso de acción.
- Tiene **60** días calendario después de recibir el Aviso de acción para presentar una apelación ante el plan de cuidados administrados. Puede presentar una apelación ante el plan por escrito, por teléfono o por Internet. Puede encontrar los números de contacto en la **Tabla 1** en la página 8.
- Si el Aviso de acción dice que un servicio que su niño ya recibe se suspenderá o reducirá, también puede pedir que su niño siga recibiendo el servicio durante la apelación. Esto se llama **continuación de beneficios**. Para obtener más información sobre cómo pedir la continuación de beneficios, lea la **Casilla 3**.

#### CASILLA 3

### Cómo pedir una continuación de beneficios de los cuidados administrados



Si el aviso dice que un servicio que su niño ya recibe se suspenderá o reducirá, puede pedir una **continuación de beneficios** (también llamada “Ayuda pagada pendiente”) para su niño durante la apelación o la audiencia imparcial del estado.

- Debe apelar o pedir una audiencia imparcial del estado **antes** de que el servicio se suspenda o reduzca.
- El plan de cuidados administrados debe darle un aviso por escrito al menos **10** días calendario antes de la fecha en que planean suspender o reducir el servicio de su niño.

- El plan de cuidados administrados de su niño debe confirmar por escrito haber recibido su apelación en un plazo de **5** días calendario a partir de la fecha de haber recibido la apelación. El plan también debe informarle el nombre, número de teléfono y dirección de la persona en el plan que puede ofrecerle más información sobre la apelación y su estado. El plan debe enviarle una decisión por escrito dentro de los **30** días calendario posteriores al pedido de apelación. Esto se llama Aviso de resolución.
- Si la situación de su niño es urgente y esperar **30** días empeorará su estado de salud, puede pedir una decisión **acelerada** (rápida). Para más información sobre cómo hacerlo, lea la **Casilla 4**.
- Puede comunicarse con el plan de cuidados administrados de su niño si tiene preguntas sobre la apelación de su niño en cualquier momento. Para ver los números de contacto, lea la **Tabla 1** en la página 8.
- El plan de cuidados administrados de su niño puede incluir un proceso de revisión por parte de una Junta de revisión médica independiente. El Aviso de acción de su niño explicará este proceso. Si el plan de cuidados administrados de su niño ofrece este proceso, sería después de que complete la apelación de su niño. Para obtener más información sobre la Junta de revisión médica independiente, llame al Department of Managed Health Care de California al 1-888-466-2219 (número de TDD 1-877-688-9891). O vaya a <https://bit.ly/IMRCR>.

#### CASILLA 4

### Audiencia imparcial del estado o apelación acelerada (rápida)



Si su niño necesita una audiencia imparcial del estado o una apelación **acelerada** (rápida) porque la vida, salud o capacidad funcional de su niño está en peligro, llame al **1-800-743-8525**.

Puede leer más en su Manual para miembros sobre cómo pedir un proceso acelerado.

### Pedido de audiencia imparcial del estado de Medi-Cal

Si el proceso de apelación del plan de cuidados administrados está completo y usted aún no está de acuerdo con la decisión del plan, puede pedir una **audiencia imparcial del estado** para su niño. También puede pedir una audiencia imparcial del estado si el plan de cuidados administrados de su niño no envía un aviso sobre el derecho de apelación de su niño o no lo envía en un tiempo razonable.

La audiencia imparcial del estado es una oportunidad para hablar ante un juez para revisar la decisión del plan de cuidados administrados con la que no está de acuerdo. El juez trabaja para el Departamento de Servicios Sociales de California, no para el plan de su niño.

- Debe pedir una audiencia imparcial del estado dentro de los **120** días calendario a partir de la fecha en que recibe la decisión por escrito del plan de cuidados administrados sobre la apelación de su niño. Un juez imparcial revisará el caso de su niño. Si la decisión sobre la que pidió una audiencia suspende un servicio que su niño ya recibe, también puede pedir la continuación de beneficios para su niño. Lea la **Casilla 3** en la página 5.
- Puede pedir una audiencia imparcial del estado por teléfono, correo postal, fax o Internet. Llame al 1-800-743-8525. O vaya a [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).

- Tiene derecho a que una persona lo represente en la audiencia imparcial del estado de su niño. Puede ir con un amigo, familiar, abogado o cualquier persona que elija. Para saber cómo obtener ayuda legal gratuita, lea **Cómo obtener ayuda** en la página 4.
- No tiene que pagar por una audiencia imparcial del estado. Es gratuita.
- El estado tiene **90** días calendario después de la fecha de pedido de la audiencia imparcial del estado de su niño para tomar una decisión final. Si su niño necesita servicios de inmediato y esperar 90 días empeorará su estado de salud, puede pedir una decisión **acelerada** (rápida). Lea la **Casilla 4** arriba.
- Para obtener más ayuda, lea los avisos del plan de cuidados administrados de su niño. O llame al 1-800-743-8525. O vaya a [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

### Comunicarse con un defensor (ombudsman)

Un **ombudsman**, o **defensor**, es una persona que trabaja para el DHCS (la agencia de Medi-Cal del estado). Su trabajo es ayudarles a usted y a su niño a tratar de solucionar los desacuerdos con el plan de cuidados administrados de su niño. Puede llamar al defensor en cualquier momento. Esto incluye cuando su niño recibe un aviso, presenta una apelación, pide una audiencia imparcial del estado o presenta una queja. El defensor es solo para personas inscritas en un plan de cuidados administrados.

Puede comunicarse con un defensor:

- Por teléfono: 1-888-452-8609
- Por correo electrónico: [MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov)
  - » No incluya información personal en el correo electrónico.

Para obtener más información sobre este recurso, vaya a [www.dhcs.ca.gov/ombudsman](http://www.dhcs.ca.gov/ombudsman).

## ¿Qué sucede si no está satisfecho con el cuidado, el médico o el proveedor de cuidado de la salud de su niño según los cuidados administrados?

### Presentar una reclamación (queja)

Si un médico trató mal a su niño o de manera irrespetuosa, o si no está satisfecho con la calidad de la atención, o si no puede encontrar un médico, puede presentar una **reclamación (queja)** por su niño. Una reclamación (queja) es para cualquier desacuerdo sobre un asunto que no cubre una apelación o una audiencia imparcial del estado. Es para problemas o inquietudes que no deniegan, demoran, reducen o suspenden ninguno de los servicios de su niño.

- Puede presentar una reclamación (queja) por su niño en cualquier momento. Puede presentarla por teléfono, o por escrito en Internet o por correo postal. Para presentar una reclamación (queja), comuníquese con el plan de cuidados administrados de su niño. Para ver los números de contacto, lea la **Tabla 1** en la página 8.
- El plan de cuidados administrados de su niño debe confirmar por escrito haber recibido su queja en un plazo de **5** días calendario a partir de la fecha de haber recibido la queja. Esta confirmación debe incluir el nombre, número de teléfono y dirección de la persona del plan que puede ofrecerle más información sobre la reclamación (queja) de su niño y su estado.
- El plan de cuidados administrados de su niño tiene **30** días calendario a partir de la fecha en que usted presentó la reclamación (queja) para resolverla.

## ¿Con quién debería comunicarse si tiene preguntas?

TABLA 1

### Información de contacto e información general de los sistemas de cuidados administrados

#### Cuidados administrados de Medi-Cal (MCMC, en inglés)

La mayoría de los niños obtienen la mayor parte de estos servicios a través de los planes de cuidados administrados de Medi-Cal:

- Necesidades de salud física, como chequeos de bienestar infantil y vacunas
- Necesidades de salud mental no especializadas, como terapia y medicamentos
- Coordinación de cuidados

Si su niño no está recibiendo los servicios que necesita o tiene inquietudes, llame al plan de cuidados administrados de Medi-Cal de su niño. El número de teléfono del plan se encuentra en la tarjeta de identificación del plan de su niño. También está en el sitio web del plan. Además, puede encontrar el número de teléfono en [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). O llamar al 916-449-5000.

#### Servicios especializados de salud mental (SMHS, en inglés)

Algunos niños que necesitan servicios especializados de salud mental, como cuidados para una enfermedad mental grave, obtienen estos cuidados a través de los servicios especializados de salud mental. Cada condado tiene un plan de salud mental.

Si su niño no está recibiendo los servicios que necesita o tiene inquietudes, llame al plan de salud mental del condado de su niño. Puede encontrar el número de teléfono en [www.dhcs.ca.gov/CMHP](http://www.dhcs.ca.gov/CMHP).

#### Drug Medi-Cal Organized Delivery System (Sistema de entrega organizada de servicios de Medi-Cal; DMC-ODS, en inglés)

Los niños que necesitan servicios por el uso de sustancias, como tratamiento por drogas o alcohol, incluido el asesoramiento y otros tratamientos clínicos, como tratamiento residencial por drogas o alcohol para pacientes hospitalizados, cuando es necesario, obtienen estos cuidados a través del sistema de entrega organizada de servicios de Medi-Cal. Cada condado tiene un plan DMC-ODS o está en Drug Medi-Cal. Para obtener más información sobre Drug Medi-Cal, lea la **Tabla 2** en la página 11.

Si su niño no está recibiendo los servicios que necesita o tiene inquietudes, llame al plan de DMC-ODS de su niño. Encuentre el número de teléfono en [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

#### Cuidado dental administrado (Dental MC, en inglés)

Algunos niños que viven en el condado de Los Ángeles o en el condado de Sacramento obtienen servicios dentales, incluidos chequeos y limpiezas dentales dos veces al año y cuidados de salud bucal, a través de los planes de cuidado dental administrado. Los niños que viven en todos los demás condados obtienen su cuidado dental a través de pago por servicio dental (Dental FFS, en inglés). Para obtener más información sobre Dental FFS, lea la **Tabla 2** en la página 11.

Si vive en Los Ángeles o Sacramento y su niño no recibe los servicios que necesita o tiene inquietudes, llame al plan de cuidado dental administrado de su niño. El número de teléfono se encuentra en la tarjeta de identificación de cuidado dental administrado de su niño. También se encuentra en el sitio web del plan de cuidado dental administrado de su niño. O llame al 1-800-322-6384. También puede encontrar el número de teléfono del plan en <https://bit.ly/DMC-Contact>.

## ¿Cuáles son los derechos de su niño cuando usa pago por servicio de Medi-Cal?

La siguiente información en las páginas 9 a 11 se aplica a pago por servicio de Medi-Cal (FFS, en inglés). Algunos niños inscritos en Medi-Cal obtienen atención a través de FFS. FFS también se llama Medi-Cal “normal” o “regular”. Los niños en FFS obtienen atención a través del DHCS (la agencia de Medi-Cal del estado). No se incluye ningún plan de cuidados administrados. FFS incluye FFS de Medi-Cal para servicios de salud física y un conjunto limitado de servicios de salud mental llamados “servicios de salud mental no especializados”, Drug Medi-Cal para servicios de tratamiento por drogas y alcohol, FFS Dental para cuidado dental y Medi-Cal Rx para medicamentos. Para obtener más información, lea la **Tabla 2** en la página 11.

Si su niño tiene problemas para obtener o mantener un servicio que usted cree que el DHCS debería cubrir, lea a continuación. Incluso si su niño no está en un plan de cuidados administrados, si su niño necesita cuidados por una enfermedad mental grave, obtendrá esta atención a través de un plan de salud mental de servicios especializados de salud mental. Para obtener más información y averiguar a dónde llamar para recibir ayuda del plan de salud mental del condado, lea la **Tabla 1** en la página 8.

### ¿Qué puede hacer si se demora, deniega, reduce o suspende el cuidado de su niño según el FFS?

#### Pedido de audiencia imparcial del estado de Medi-Cal

Una **audiencia imparcial del estado** es una oportunidad para hablar ante un juez para revisar la decisión del DHCS con la que no está de acuerdo. Esto incluye cualquier denegación, demora, reducción o suspensión del servicio. El juez trabaja para el Departamento de Servicios Sociales de California, no para el DHCS.

- Después de que su niño recibe el Aviso de acción del DHCS, usted puede pedir una audiencia imparcial del estado. También puede pedir una audiencia imparcial del estado si no recibió un Aviso de acción.
- Debe pedir una audiencia imparcial del estado dentro de los **90** días calendario a partir de la fecha en que recibe el Aviso de acción por escrito del DHCS. Un juez imparcial revisará el caso de su niño. También puede pedir una audiencia imparcial del estado en cualquier momento sin un Aviso de acción. Si la decisión sobre la que pidió una audiencia suspende un servicio que su niño ya recibe, usted puede pedir la continuación de beneficios para su niño. Lea la **Casilla 5** arriba.

#### CASILLA 5

#### Cómo pedir una continuación de beneficios de pago por servicio



Si el aviso dice que el servicio que su niño ya recibe se suspenderá o se reducirá, también puede pedir una **continuación de beneficios** (también llamada “Ayuda pagada pendiente”) durante la audiencia imparcial del estado.

- Debe pedir la audiencia imparcial del estado **antes** de que el servicio se interrumpa o reduzca.
- El DHCS debe darle un aviso por escrito al menos **10** días calendario antes de la fecha en que planeen suspender o reducir el servicio de su niño.

- Puede pedir una audiencia imparcial del estado por teléfono, correo postal, fax o Internet. Llame al 1-800-743-8525. O vaya a [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).

- Tiene derecho a que una persona lo represente en la audiencia. Puede ir con un amigo, familiar, abogado o cualquier persona que elija. Para obtener ayuda legal gratuita, lea **Cómo obtener ayuda** en la página 4.

- No tiene que pagar por una audiencia imparcial del estado. Es gratuita.

- El estado tiene **90** días calendario después de la fecha de pedido de audiencia imparcial del estado de su niño para tomar una decisión final. Si su niño necesita servicios de inmediato y esperar 90 días empeorará su estado de salud, puede pedir una decisión **acelerada** (rápida). Lea la **Casilla 6** arriba.

- Para obtener más ayuda, lea los avisos que su niño recibió del DHCS. O llame al 1-800-743-8525. O vaya a [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

#### CASILLA 6

### Audiencia imparcial del estado o apelación acelerada (rápida)



Si su niño necesita una audiencia imparcial del estado **acelerada** (rápida) porque la vida, salud o capacidad funcional de su niño está en peligro, llame al 1-800-743-8525.

## ¿Qué sucede si no está satisfecho con el cuidado, el médico o el proveedor de cuidado de la salud de su niño según el FFS?

### Presentar una reclamación (queja)

- Si un médico trató mal a su niño o de manera irrespetuosa, o si no está satisfecho con la calidad de la atención, o si no puede encontrar un médico, puede presentar una **reclamación (queja)** por su niño. Una reclamación (queja) es para cualquier desacuerdo sobre un asunto que no cubre una audiencia imparcial del estado. Es para problemas o inquietudes que **no** deniegan, demoran, reducen o suspenden ninguno de los servicios de su niño.
- Puede presentar una reclamación (queja) por su niño en relación con Drug Medi-Cal, Dental FFS, o Medi-Cal Rx en cualquier momento. Puede presentarla por teléfono, o por escrito en Internet o por correo postal. Para presentar una reclamación (queja), comuníquese con Drug Medi-Cal, Dental FFS, o Medi-Cal Rx. Para ver los números de contacto, lea la **Tabla 2** en la página 11. **No** hay un proceso de reclamación (queja) para Medi-Cal FFS por servicios de salud física y servicios de salud mental no especializados.
- El DHCS debe confirmar por escrito haber recibido su queja en un plazo de **5** días calendario a partir de la fecha de haber recibido la queja. Esta confirmación debe incluir el nombre, número de teléfono y dirección de la persona en el DHCS que puede ofrecerle más información sobre la reclamación (queja) de su niño y su estado.
- El DHCS tiene **30** días calendario a partir de la fecha en que usted presentó la reclamación para resolver la reclamación de su niño en relación con Dental FFS y Medi-Cal Rx. Drug Medi-Cal tiene **90** días calendario para resolver la reclamación de su niño.

## ¿Con quién debería comunicarse si tiene preguntas?

TABLA 2

### Información de contacto e información general de pago por servicio

#### Pago por servicio de Medi-Cal (Medi-Cal FFS, en inglés)

Algunos niños, como es el caso de algunos niños en cuidado temporal, obtienen sus servicios médicos a través de Medi-Cal FFS.

Si su niño no está recibiendo estos servicios o tiene inquietudes, llame al 1-800-541-5555 (número de TDD 1-800-430-7077).

#### Drug Medi-Cal (DMC, en inglés)

Los niños que necesitan servicios por el uso de sustancias, como tratamiento por drogas o alcohol, incluido el asesoramiento y otros tratamientos clínicos, como tratamiento residencial por drogas o alcohol para pacientes hospitalizados, cuando sea necesario, obtienen estos cuidados a través de Drug Medi-Cal. Cada condado tiene un plan DMC-ODS o está en DMC. Para obtener más información sobre DMC-ODS, lea la **Tabla 1** en la página 8.

Si su niño no está recibiendo estos servicios o tiene inquietudes, llame al programa DMC de su niño. Para encontrar el número de teléfono, vaya a [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

#### Pago por servicio dental (Dental FFS, en inglés)

La mayoría de los niños obtienen sus servicios dentales de Medi-Cal a través de Dental FFS. Esto incluye chequeos y limpiezas dentales dos veces al año y cuidados de salud bucal.

Si su niño no está recibiendo estos servicios o tiene inquietudes, llame al 1-800-322-6384. Para obtener más información, vaya a [sonriecalifornia.org](http://sonriecalifornia.org).

#### Medi-Cal Rx

Los niños obtienen sus servicios de farmacia de Medi-Cal a través de Medi-Cal Rx. Estos incluyen medicamentos con receta y de venta libre para pacientes externos (ambulatorios), productos de nutrición enteral como una sonda de alimentación y suministros médicos.

Si su niño no está recibiendo estos servicios o tiene inquietudes, llame al 1-800-977-2273. Obtenga más información en <https://bit.ly/3D1rQFV>.



## يرجى الحفاظ على!

المعلومات الهامة لمساعدة  
الأطفال والشباب حتى سن 21  
في الحصول على جميع  
أوجه الرعاية التي  
يحتاجون إليها

## ما الخدمات التي يمكن للأطفال والشباب الحصول عليها بموجب Medi-Cal؟

بموجب قانون كاليفورنيا والقانون الفيدرالي، يحق لجميع الأطفال والشباب حتى سن 21 عامًا المسجلين في Medi-Cal إجراء الفحوصات الدورية وغيرها من الخدمات الوقائية والعلاجية اللازمة للبقاء أو التمتع بصحة جيدة.

يُعرف هذا الحق في القانون الفيدرالي بمتطلبات الفحص المبكر والدوري والتشخيص والعلاج (EPSDT). ويضمن هذا الأمر حصول كل طفل مسجل في Medi-Cal على الرعاية التي يحتاج إليها للنمو بصحة جيدة قدر الإمكان. في كاليفورنيا، يطلق على الفحص المبكر والدوري والتشخيص والعلاج (EPSDT) اسم Medi-Cal for Kids & Teens.

يتم تقديم هذه الخدمات مجانًا، ما لم يتم إلزام الطفل أو الشاب بتحمل جزء من التكاليف عندما يكون مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal.

## يجب أن يغطي برنامج Medi-Cal for Kids & Teens هذه الخدمات إذا لزم الأمر، بما في ذلك على سبيل المثال وليس الحصر:

- خدمات الصحة البدنية، بما في ذلك الرعاية الأولية والزيارات المتخصصة
- خدمات النظر، بما في ذلك النظارات الطبية
- خدمات السمع
- خدمات فحص ومتابعة الأسنان
- خدمات الصحة العقلية وإدمان المخدرات أو الكحول، بما في ذلك العلاج
- العلاج الطبيعي والوظيفي وعلاج النطق
- المعدات والمستلزمات الطبية، مثل الكراسي المتحركة، بما في ذلك المعدات الطبية المعمرة
- الأدوية، سواء كانت موصوفة أو بدون وصفة طبية
- الفحوصات المعملية، بما في ذلك فحوصات الدم للتحقق من مستويات الرصاص وفحوصات العدوى المنقولة جنسيًا بالإضافة إلى أي رعاية متابعة لازمة
- خدمات الصحة المنزلية، بما في ذلك الرعاية التمريضية
- العلاج في المستشفى والسكن
- خدمات الصحة الإنجابية والجنسية، مثل تحديد النسل والرعاية المتعلقة بالإجهاض
- فحوصات الحمل
- فحوصات كوفيد-19 والدواء
- تنسيق الرعاية، إذا كان الفرد مسجلًا في خطة رعاية مُدارة
- جميع الخدمات الطبية اللازمة الأخرى التي يمكن تغطيتها بموجب Medi-Cal (المعروفة باسم "الخدمات اللازمة طبيًا") على النحو الذي يحدده مقدم الرعاية الطبية لديك

إذا كنت بحاجة إلى هذا الخطاب أو أي مواد تتعلق بـ Medi-Cal بتنسيق بديل مثل خط أكبر أو في شكل ملف صوتي أو قرص مضغوط أو مطبوعًا بطريقة برايل، فيمكنك الاتصال بالرقم 1-833-284-0040



## للأطفال والشباب الحق في الحصول على دعم مجاني لأغراض الرعاية، مثل:

- الحصول على وسيلة مواصلات مجانية من وإلى موعدك أو الحصول على الأدوية والمعدات والإمدادات الطبية
- المساعدة في تحديد المواعيد الطبية
- المساعدة في العثور على طبيب أو مقدم رعاية صحية
- خدمات الترجمة اللغوية (لن تحتاج إلى اصطحاب مترجمك الخاص للموعد الطبي)

## ما المقصود "باللازمة طبيًا"؟

فيما يتعلق بالأطفال والشباب، يكون المقصود بلفظ **اللازمة طبيًا** تلك الخدمات اللازمة لعلاج أو تصحيح أو إدارة أو تحسين مرض ما أو حالة صحية.

طبيب الطفل أو مقدم الرعاية الصحية عادةً هو من يقرر ما إذا كان هناك شيء لازم من الناحية الطبية.

قد تحتاج بعض الخدمات إلى الحصول على موافقة مسبقة. إذا كانت الخدمات المقدمة للأطفال أو الشباب حتى سن 21 لازمة من الناحية الطبية، فلا يمكن تحديد عدد الخدمات أو العلاجات المقدمة. على سبيل المثال، لا يمكن تقييد الطفل بزوج واحد من النظارات كل عامين. إذا كان الطفل يرتدي نظارة ولكنه يعاني من مشكلة في الرؤية، فيحق له الحصول على وصفة طبية ونظارة جديدة إذا ما لزم الأمر.



المربع 1

### خطة Medi-Cal لطفلك

يحصل الأطفال والشباب في Medi-Cal على مزاياهم عبر إحدى هاتين الطريقتين:

1. **الرعاية المدارة** بواسطة خطة تأمين صحي أو خطة صحة عقلية أو خطة صحة أسنان، أو
2. **رسوم مقابل الخدمة** من قبل California Department of Health Care Services (DHCS)، ووكالة State Medi-Cal

توضح هذه الوثيقة ما يجب فعله في حال عدم حصول الطفل أو الشباب المسجلين على الخدمة اللازمة من خلال **الرعاية المدارة** أو **الرسوم مقابل الخدمات**. وهي توضح كيفية:

- تقديم استئناف
- طلب تحديد جلسة استماع رسمية
- تقديم تظلم

للمساعدة في الحصول على الخدمات أو للأسئلة المتعلقة بالمزايا الخاصة بك، اتصل بخط Medi-Cal Member Help **1-800-541-5555**.

## ما الذي يجب عليك فعله إذا تم رفض تقديم الرعاية لطفلك أو تأخيرها أو تقليصها أو إيقافها؟

إذا تم رفض رعاية طفلك أو تأخيرها أو تقليصها أو إيقافها ولم تبد موافقتك على القرار كما هو موضح في الإشعار الكتابي، فيمكنك طلب مراجعة القرار وإلغاءه.

يهدف هذا الأمر إلى دعم طفلك في الحصول على الرعاية التي يحتاجها وحقه في الحصول عليها. يحق لطفلك تقديم **استئناف**، يطلب فيه عقد **جلسة استماع رسمية**، أو تقديم **تظلم**. لا يتم توقيع أي عقوبة عند اتخاذ أي من هذه الإجراءات.

سواء تم قبول الاستئناف أو عقد جلسة استماع رسمية أو التظلم أم لا، **لن** يكون ذلك سبباً في إنهاء تغطية Medi-Cal لطفلك لأنك اتخذت أيًا من هذه الإجراءات.

يتطلب **الاستئناف** معرفة خطة الرعاية المدارة الخاصة بطفلك لمراجعة وجود أي رفض للخدمة أو تأخير لها أو تقليص أو إيقاف لمعرفة ما إذا كان هذا الأمر يتوافق مع حالتك أم لا.

**جلسة الاستماع الرسمية** هي فرصة للتحدث أمام أحد القضاة لمراجعة قرار اتخذته خطة الرعاية المدارة لطفلك أو DHCS (وكالة State Medi-Cal) الذي لا توافق عليه.

**التظلم** يتعلق بأي أمر لست راضيًا عنه أو لا توافق عليه ويكون ليس مشمولاً ضمن الاستئناف أو جلسة الاستماع الرسمية. ويتعلق بالمشكلات أو المخاوف الخاصة بخطة الرعاية المدارة لطفلك أو DHCS التي لا تمثل رفضاً أو تأخيراً أو تقليصاً أو إيقافاً للخدمات.

### كيفية تقديم استئناف أو طلب جلسة استماع رسمية أو تقديم تظلم

**يمكنك قراءة الإشعار الكتابي.** إذا رفضت إحدى خطط الرعاية المدارة أو DHCS (وكالة State Medi-Cal) أو أحد مقدمي الخدمة توفير الخدمات لطفلك أو تقليصها أو إيقافها، فيجب عليهم إرسال إشعار إجراء كتابي (يسمى أيضًا "إشعار تحديد المساعدات السلبية") مع قرارهم.

يجب عليك تسلم هذا الإشعار قبل 10 أيام على الأقل من البدء في تقليص أو إيقاف العلاج أو الخدمات المقدمة للطفل. يوضح الإشعار ما يلي:

- السبب وراء اتخاذ خطة الرعاية المدارة أو DHCS الخاصة بالطفل قرارها وآلية ذلك
- حقوق الطفل

- كيفية تقديم استئناف أو طلب جلسة استماع رسمية

**إذا كنت لا توافق على القرار**، فمن الضروري أن تتقدم باستئناف **قبل** إيقاف الخدمات أو تقليصها حتى تتمكنوا من الاستمرار في تقديم الخدمة أثناء الاستئناف أو نظر جلسة الاستماع الرسمية.

**إذا لم تتلق إشعارًا**، فيمكنك الاتصال برقم (HCA Health Consumer Alliance) أدناه. ولا يزال بإمكانك تقديم استئناف إذا لم تتلق أي إشعارات. لمعرفة كيفية تقديم استئناف، أو طلب جلسة استماع رسمية، أو تقديم تظلم، يمكنك مطالعة الصفحات أدناه.

## كيفية الحصول على المساعدة

### Medi-Cal Member Help Line

يوفر Medi-Cal Member Help Line الدعم المجاني لك، حيث يمكنك من خلاله التواصل مع مكتب Medi-Cal المحلي أو خطة الرعاية المُدارة الخاصة بك أو موارد Medi-Cal الأخرى للمساعدة في الإجابة على أسئلتك حول Medi-Cal.

• هاتف: 1-800-541-5555

• الموقع الإلكتروني: [www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal](http://www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal)

### (HCA) Health Consumer Alliance

يقدم HCA مساعدة مجانية عبر الهاتف أو بشكل شخصي للمُسجلين في Medi-Cal لحل المشكلات الصحية. ويمكن من خلاله أيضاً التواصل مع موارد مجانية للمساعدة في معالجة المشكلات القانونية المتعلقة بالرعاية الصحية.

• هاتف: 1-888-804-3536

• الموقع الإلكتروني: [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)



المربع 2

### إذا كنت تعتقد أن القرار خاطئ

إذا كنت تعتقد أن رعاية Medi-Cal الخاصة بطفلك قد تم إيقافها عن طريق الخطأ أو أن طفلك قد تم تصنيفه على أنه غير مؤهل لـ Medi-Cal عن طريق الخطأ:

- اتبع التعليمات الواردة في الإشعار للاستئناف، أو
- ابحث عن وكالة الخدمات الإنسانية المحلية في مقاطعتك عبر [dhcs.ca.gov/COL](http://dhcs.ca.gov/COL)

# ما هي حقوق الطفل في رعاية Medi-Cal المُدارة؟

تنطبق المعلومات التالية الواردة في الصفحات من 5 إلى 8 على جميع أنظمة الرعاية المدارة في Medi-Cal. يحصل معظم الأطفال المسجلين في Medi-Cal على رعايتهم من خلال **خطة رعاية مُدارة من Medi-Cal**. وتتعلق الخطة بالخدمات الصحة البدنية، كما أنها تقتصر على بعض خدمات الصحة العقلية المحدودة التي يطلق عليها اسم "خدمات الصحة العقلية غير المتخصصة".

تتضمن أنظمة الرعاية المدارة الأخرى ما يلي:

- **خدمات الصحة العقلية المتخصصة** لخدمات الصحة السلوكية المكثفة من خلال خطة منفصلة للصحة العقلية.
- **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** لعلاج إدمان المخدرات والكحول.
- **رعاية الأسنان المُدارة** للعناية بالأسنان في مقاطعتي Sacramento و Los Angeles. يمكنك مطالعة **الجدول 1** في الصفحة 8.

إذا كان طفلك يعاني من مشكلات في الحصول على خدمة أو الإبقاء عليها والتي تعتقد أن إحدى الخطط المذكورة أعلاه يجب أن تغطيها، فيرجى مطالعة ما هو وارد أدناه. إذا لم يكن طفلك مدرجًا ضمن إحدى الخطط، فيرجى مطالعة المعلومات حول **رسوم الخدمات** في الصفحة 9.

## ما الذي يمكنك فعله إذا تم رفض تقديم الرعاية لطفلك أو تأخيرها أو تقليصها أو إيقافها ضمن الرعاية المدارة؟

### قدّم استئنافًا بشأن خطة الرعاية المُدارة الخاصة بطفلك

يجب عليك البدء بتقديم **استئناف** بشأن خطة الرعاية المدارة. للتعرف على خطتك، يرجى الانتقال إلى [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). يتطلب الاستئناف معرفة خطة طفلك لمراجعة وجود أي رفض للخدمة أو تأخير لها أو تقليص أو إيقاف لمعرفة ما إذا كان هذا الأمر يتوافق مع حالتك أم لا. يجب عليك تقديم الاستئناف قبل أن تتمكن من طلب جلسة استماع رسمية.

- عقب حصول طفلك على إشعار الإجراء الكتابي من جانب خطة الرعاية المُدارة، يمكنك تقديم استئناف. ويمكنك أيضًا تقديم استئناف في حال **عدم** تلقي إشعار الإجراء.

- يتاح أمامك مدة تبلغ **60** يومًا تقويميًا عقب حصولك على إشعار الإجراء لتقديم استئناف بشأن خطة الرعاية المُدارة. ويمكنك تقديم استئناف بشأن الخطة سواء كان ذلك في شكل كتابي أو عبر الهاتف أو عبر الإنترنت. يمكنك العثور على أرقام جهات الاتصال عبر **الجدول 1** في الصفحة 8.

- إذا ورد في إشعار الإجراء أن الخدمة التي يتلقاها طفلك بالفعل بصدد التوقف أو التقليص، فيمكنك أيضًا طلب استمرار تلقي الطفل للخدمات أثناء نظر الاستئناف. ويطلق على هذا الأمر اسم **استمرار الحصول على المزايا**. لمعرفة كيفية طلب ذلك، يمكنك مطالعة **المربع 3**.



المربع 3

### كيفية طلب استمرار الحصول على المزايا في الرعاية المدارة

إذا كان الإشعار ينص على أن الخدمة التي يتلقاها طفلك بالفعل بصدد التوقف أو التقليص، فيمكنك طلب **استمرار الحصول على المزايا** (تسمى أيضًا "تعليق المساعدة المدفوعة") لطفلك أثناء الاستئناف أو جلسة الاستماع الرسمية.

- يجب عليك تقديم استئناف أو طلب تحديد جلسة استماع رسمية **قبل** إيقاف الخدمة أو تقليصها.
- يجب أن تقدم لك خطة الرعاية المُدارة إشعارًا كتابيًا قبل **10** أيام تقويمية على الأقل من إيقاف الخدمات المقدمة للطفل أو تقليصها.



#### المربع 4 استئناف عاجل (أسرع) أو جلسة استماع رسمية

إذا كان طفلك بحاجة إلى استئناف عاجل (أسرع) أو جلسة استماع رسمية لأن حياته أو صحته أو قدرته على العمل في خطر، فاتصل على **1-800-743-8525**.

يمكنك مطالعة المزيد في دليل الأعضاء الخاص بك حول كيفية طلب عملية عاجلة.

• يجب أن تقرر خطة الرعاية المُدارة الخاصة بطفلك بتسلم الاستئناف كتابيًا في غضون 5 أيام تقويمية من تاريخ تلقي الاستئناف. يجب أن تخبرك الخطة أيضًا باسم الشخص المعني بالأمر ورقم هاتفه وعنوانه والذي يمكنه إخبارك بالمزيد عن الاستئناف وآخر مستجداته. يجب أن ترسل لك الخطة قرارًا كتابيًا في غضون 30 تقويميًا من طلب الاستئناف. ويطلق على هذا الأمر اسم إشعار القرار.

• إذا كان وضع الطفل حرجًا وسيؤدي الانتظار لمدة 30 يومًا إلى تفاقم حالته، فيمكنك طلب الحصول على قرار عاجل (أسرع). لمعرفة كيفية طلب ذلك، يمكنك مطالعة **المربع 4**.

• يمكنك الاتصال بخطة الرعاية المُدارة الخاصة بالطفل لطرح أسئلة حول الاستئناف المقدم بشأن طفلك في أي وقت. للتعرف على أرقام جهات الاتصال، يمكنك مطالعة **الجدول 1** في الصفحة 8.

• قد تتضمن خطة الرعاية المُدارة الخاصة بطفلك عملية يطلق عليها Independent Medical Review Board (مجلس المراجعة الطبية المستقل). سيوضح إشعار الإجراء الخاص بطفلك هذه العملية. إذا كانت خطة الرعاية المُدارة لطفلك توفر هذه العملية، فسيكون ذلك بعد إكمال استئناف الطفل. لمعرفة المزيد حول Independent Medical Review Board، اتصل على California Department of Managed Health Care على الرقم 1-888-466-2219 (الهاتف النصي 1-877-688-9891) أو انتقل إلى <https://bit.ly/IMRCR>.

#### طلب جلسة استماع رسمية لـ Medi-Cal

عند اكتمال عملية الاستئناف الخاصة بخطة الرعاية المُدارة ولا تزال غير موافق على القرار الصادر عن الخطة، يمكنك طلب تحديد **جلسة استماع رسمية** بشأن طفلك. ويمكنك أيضًا طلب تحديد جلسة استماع رسمية في حال عدم إرسال خطة الرعاية المُدارة الخاصة بالطفل إشعارًا بشأن حق طفلك في الاستئناف أو عند عدم إرساله في غضون فترة زمنية معقولة.

جلسة الاستماع الرسمية هي فرصة للتحديث أمام أحد القضاة لمراجعة قرار خطة الرعاية المُدارة الذي لا يتناسب معك. يعمل القاضي في California Department of Social Services (إدارة الخدمات الاجتماعية بولاية كاليفورنيا)، وليس لدى كيان خطة طفلك.

• يجب عليك طلب تحديد جلسة استماع رسمية في غضون 120 تقويميًا من تاريخ حصولك على القرار الكتابي لخطة الرعاية المُدارة بشأن استئناف طفلك. وسوف يتولى أحد القضاة المحايدين مراجعة قضية الطفل. إذا تسبب القرار الذي طلبت جلسة استماع بشأنه في إيقاف إحدى الخدمات التي يحصل عليها طفلك بالفعل، فيمكنك أيضًا طلب استمرار الحصول على المزايا الخاصة بالطفل. يمكنك مطالعة **المربع 3** في الصفحة 5.

• يمكنك طلب تحديد جلسة استماع رسمية عبر الهاتف أو البريد أو الفاكس أو عبر الإنترنت. اتصل على 1-800-743-8525 أو يمكنك الانتقال إلى [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).

• لديك الحق في توكيل ممثل عنك في جلسة الاستماع الرسمية الخاصة بالطفل. يمكنك توكيل صديق أو قريب أو محامي أو أي شخص آخر ترغب به. لمعرفة كيفية الحصول على مساعدة قانونية مجانية، يمكنك مطالعة **كيفية الحصول على المساعدة** في الصفحة 4.

- لا يتعين عليك الدفع مقابل تحديد جلسة استماع رسمية. إنها خدمة مجانية.
- يتاح أمام الجهات الرسمية مدة قدرها **90** يومًا تقويميًا من تاريخ طلب طفلك لجلسة استماع رسمية لاتخاذ قرار نهائي. إذا كان وضع الطفل حرجًا وسيؤدي الانتظار لمدة 90 إلى تفاقم حالته، فيمكنك طلب الحصول على قرار **عاجل** (أسرع). يمكنك مطالعة **المربع 4** أعلاه.
- لمزيد من المساعدة، اقرأ الإشعارات الواردة من خطة الرعاية المُدارة الخاصة بطفلك. أو اتصل على 1-800-743-8525. أو انتقل إلى [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing)

### التواصل مع Ombudsman

**Ombudsman** هو شخص يعمل لصالح DHCS (وكالة State Medi-Cal). وظيفته هي تقديم المساعدة لك ولطفلك في محاولة لتلافي أوجه الخلل القائمة مع خطة الرعاية المُدارة الخاصة بطفلك. ويمكنك التواصل مع Ombudsman في أي وقت. ويتضمن ذلك وقت حصول طفلك على إشعار، أو عند تقديم استئناف، أو طلب تحديد جلسة استماع رسمية، أو تقديم تظلم. الأشخاص المسجلين في خطة رعاية مُدارة هم من يمكنهم الاستعانة بخدمات Ombudsman فقط.

يمكنك التواصل مع Ombudsman عبر:

• هاتف: 1-888-452-8609

• البريد الإلكتروني: [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)

« لا تفصح عن المعلومات الصحية الشخصية في رسائل البريد الإلكتروني.

للتعرف على المزيد عن Ombudsman، يمكنك الانتقال إلى [www.dhcs.ca.gov/ombudsman](http://www.dhcs.ca.gov/ombudsman)

## ماذا إذا لم تكن راضيًا عن الرعاية المقدمة للطفل أو الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية في الرعاية المُدارة؟

### تقديم تظلم

- في حال معاملة الطبيب للطفل معاملة سيئة أو يغلب عليها طابع الوقاحة، أو في حال عدم الرضا عن جودة الرعاية، أو عند عدم العثور على طبيب، فيمكنك تقديم **تظلم** خاص بالطفل. يتم تقديم تظلم بشأن أي خلاف حول أي أمر من الأمور التي لا يغطيها الاستئناف أو جلسة الاستماع الرسمية. ويكون ذلك بشأن المشكلات أو المخاوف التي لا تتعلق برفض أو تأجيل أو تقليص أو إيقاف أي من الخدمات المقدمة لطفلك.
- يمكنك تقديم تظلم بشأن طفلك في أي وقت. ويمكنك تقديمه عبر الهاتف أو كتابيًا عبر الإنترنت أو بالبريد. لتقديم استئناف، اتصل بخطة الرعاية المُدارة الخاصة بطفلك. للتعرف على أرقام جهات الاتصال، يمكنك مطالعة **الجدول 1** في الصفحة 8.
- يجب أن تقر خطة الرعاية المُدارة الخاصة بطفلك بتسلم التظلم كتابيًا في غضون **5** أيام تقويمية من تاريخ تلقي التظلم. ويجب أن يتضمن هذا الإقرار اسم الشخص المعني ورقم هاتفه وعنوانه والذي يمكنه إخبارك بالمزيد عن التظلم وآخر مستجداته.
- يكون أمام خطة الرعاية المُدارة للطفل **30** يومًا تقويميًا من تاريخ تقديم التظلم لحل مشكلة الطفل.

# من الذي يمكن التواصل معه لطرح الأسئلة؟

الجدول 1

## نظرة عامة على أنظمة الرعاية المدارة ومعلومات الاتصال

### (MCMC) Medi-Cal Managed Care

يحصل معظم الأطفال على معظم هذه الخدمات من خلال خطط الرعاية المُدارة من قبل Medi-Cal:

- احتياجات الصحة البدنية، مثل الفحوصات واللقاحات الخاصة بصحة الطفل
- احتياجات الصحة العقلية غير المتخصصة، مثل العلاج والأدوية
- تنسيق الرعاية

إذا لم يكن طفلك يحصل على الخدمات اللازمة أو كانت لديه مخاوف بشأن ذلك، فيمكنك الاتصال بخطة الرعاية المدارة من Medi-Cal. رقم هاتف الخطة مدون على بطاقة الهوية الخاصة بخطة طفلك. ويتاح أيضًا عبر موقع الخطة على الويب. يمكنك أيضًا التعرف على أرقام الهاتف من خلال [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd) أو الاتصال على 916-449-5000.

### خدمات الصحة العقلية المتخصصة (SMHS)

يحصل بعض الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات الصحة العقلية المتخصصة، مثل رعاية حالة صحية عقلية حادة، على هذه الرعاية من خلال خدمات الصحة العقلية المتخصصة. وتحظى كل مقاطعة بخطة للصحة العقلية.

إذا لم يكن طفلك يحصل على الخدمات اللازمة أو كانت لديه مخاوف بشأن ذلك، فيمكنك الاتصال بخطة رعاية الصحة العقلية في المقاطعة الخاصة بالطفل. يمكنك التعرف على أرقام الهاتف من خلال

[www.dhcs.ca.gov/CMHP](http://www.dhcs.ca.gov/CMHP)

### (DMC-ODS) Drug Medi-Cal Organized Delivery System

يحصل الأطفال الذين يحتاجون إلى الخدمات المتعلقة بتعاطي المواد المخدرة مثل العلاج من تعاطي المخدرات أو الكحول، بما في ذلك الاستشارة والعلاجات السريرية الأخرى، مثل أدوية المرضى الداخليين أو العلاج من إدمان الكحول الذي يجري في مؤسسة داخلية، على هذه الرعاية من خلال Drug Medi-Cal Organized Delivery System وذلك عند الضرورة. كل مقاطعة لديها إما خطة DMC-ODS أو Drug Medi-Cal. لمعرفة المزيد عن Drug Medi-Cal، يمكنك مطالعة **الجدول 2** في الصفحة 11.

إذا لم يكن طفلك يحصل على الخدمات اللازمة أو كانت لديه مخاوف بشأن ذلك، فيمكنك الاتصال بخطة DMC-ODS الخاصة بالطفل. يمكنك التعرف على أرقام الهاتف عبر [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal)

### (Dental MC) Dental Managed Care

يحصل بعض الأطفال الذين يعيشون في مقاطعتي Los Angeles أو Sacramento على خدمات طب الأسنان، بما في ذلك فحوصات وعمليات تنظيف الأسنان بواقع مرتين سنويًا ورعاية صحة الفم من خلال خطط Dental Managed Care. يحصل الأطفال الذين يعيشون في جميع المقاطعات الأخرى على رعاية أسنانهم من خلال Dental Fee for Service (Dental FFS). لمعرفة المزيد عن Dental FFS، يمكنك مطالعة **الجدول 2** في الصفحة 11. لازمة أو كانت لديه مخاوف،

## ما هي حقوق طفلك في Medi-Cal Fee For Service؟

تنطبق المعلومات التالية الواردة في الصفحات 9-11 على FFS Medi-Cal Fee For Service. يحصل بعض الأطفال المسجلين في Medi-Cal على رعايتهم من خلال FFS. يُطلق على FFS أيضًا اسم Medi-Cal "المعتادة". يحصل الأطفال في FFS على الرعاية من خلال DHCS (وكالة State Medi-Cal). لا توجد خطة رعاية مُدارة متضمنة. وتشمل FFS Medi-Cal FFS لخدمات الصحة البدنية ومجموعة محدودة من خدمات الصحة العقلية تسمى "خدمات الصحة العقلية غير المتخصصة"، و Drug Medi-Cal لخدمات العلاج من المخدرات والكحول، و Dental FFS للعناية بالأسنان، و Medi-Cal Rx للأدوية. للتعرف على المزيد، يمكنك مطالعة **الجدول 2** في الصفحة 11.

إذا كان طفلك يعاني من مشكلات في الحصول على خدمة أو الإبقاء عليها والتي تعتقد أن DHCS يجب أن تغطيها، فيرجى مطالعة ما هو وارد أدناه. وفي حال إذا ما كان طفلك بحاجة إلى رعاية تتعلق بحالة صحية عقلية خطيرة، فإنه سيحصل على هذه الرعاية من خلال خطة خدمات الصحة العقلية المتخصصة الخاصة بالصحة العقلية حتى إذا لم يكن مدرجًا في خطة رعاية مُدارة. لمعرفة المزيد ومعرفة مكان طلب المساعدة من جانب خطة الصحة العقلية للمقاطعة، يرجى قراءة **الجدول 1** في الصفحة 8.

### ما الذي يجب عليك فعله إذا تم تأخير تقديم الرعاية المدرجة لطفلك في FFS أو رفضها أو تقليصها أو إيقافها؟

#### طلب جلسة استماع رسمية لـ Medi-Cal

**جلسة الاستماع الرسمية** هي فرصة للتحديث أمام أحد القضاة لمراجعة قرار DHCS الذي لا يتناسب معك. ويتضمن ذلك أي رفض للخدمة أو تأخير أو تقليص أو إيقاف. يعمل القاضي في California Department of Social Services (إدارة الخدمات الاجتماعية بولاية كاليفورنيا)، وليس لدى DHCS.

- عقب تسلم طفلك إشعار الإجراء من جانب DHCS، يمكنك طلب تحديد جلسة استماع رسمية. ويمكنك أيضًا طلب تحديد جلسة استماع رسمية في حال عدم تلقي إشعار الإجراء.

- يجب عليك طلب تحديد جلسة استماع رسمية في غضون **90** تقويمياً من تاريخ حصولك على إشعار الإجراء الكتابي من قبل DHCS. وسوف يتولى أحد القضاة المحايدين مراجعة قضية الطفل. ويمكنك أيضًا طلب تحديد جلسة استماع رسمية في أي وقت حتى في حال عدم تلقي إشعار الإجراء. إذا تسبب القرار الذي طلبت جلسة استماع بشأنه في إيقاف إحدى الخدمات التي يحصل عليها طفلك بالفعل، فيمكنك أيضًا طلب استمرار الحصول على المزايا الخاصة بالطفل. يمكنك مطالعة **المربع 5** أعلاه.

- يمكنك طلب تحديد جلسة استماع رسمية عبر الهاتف أو البريد أو الفاكس أو عبر الإنترنت. اتصل على 1-800-743-8525 أو يمكنك الانتقال إلى [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).

- لديك الحق في توكيل ممثل عنك في جلسة الاستماع. يمكنك توكيل صديق أو قريب أو محامي أو أي شخص آخر ترغب به. للحصول على مساعدة قانونية مجانية، يمكنك مطالعة **كيفية الحصول على المساعدة** في الصفحة 4.

#### المربع 5 كيفية طلب استمرار الحصول على المزايا في شكل رسوم مقابل الخدمة

إذا كان الإشعار ينص على أن الخدمة التي يتلقاها طفلك بالفعل بصدد التوقف أو التقليص، فيمكنك طلب **استمرار الحصول على المزايا** (تسمى أيضًا "تعليق المساعدة المدفوعة") لطفلك أثناء جلسة الاستماع الرسمية.

- يجب عليك طلب تحديد جلسة استماع رسمية **قبل** إيقاف الخدمة أو تقليصها.
- يجب أن تقدم لك DHCS إشعارًا كتابيًا قبل **10** أيام تقويمية على الأقل من إيقاف الخدمات المقدمة للطفل أو تقليصها.



المربع 6

### استئناف عاجل (أسرع) أو جلسة استماع رسمية

إذا كان طفلك بحاجة إلى جلسة استماع رسمية **عاجلة** (أسرع) لأن حياته أو صحته أو قدرته على العمل في خطر، فاتصل على 1-800-743-8525.

- لا يتعين عليك الدفع مقابل تحديد جلسة استماع رسمية. إنها خدمة مجانية.
- يتاح أمام الجهات الرسمية مدة قدرها 90 يومًا تقويميًا من تاريخ طلب طفلك لجلسة استماع رسمية لاتخاذ قرار نهائي. إذا كان وضع الطفل حرجًا وسيؤدي الانتظار لمدة 90 إلى تفاقم حالته، فيمكنك طلب الحصول على قرار **عاجل** (أسرع). يمكنك مطالعة **المربع 6** أعلاه.
- لمزيد من المساعدة، اقرأ الإشعارات الواردة إلى الطفل من قبل DHCS. أو اتصل على 1-800-743-8525. أو انتقل إلى [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

## ماذا إذا لم تكن راضيًا عن الرعاية المقدمة للطفل أو الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية في FFS؟

### تقديم تظلم

- في حال معاملة الطبيب للطفل معاملة سيئة أو يغلب عليها طابع الوقاحة، أو في حال عدم الرضا عن جودة الرعاية، أو عند عدم العثور على طبيب، فيمكنك تقديم **تظلم** خاص بالطفل. يتم تقديم تظلم بشأن أي خلاف حول أي أمر من الأمور التي لا تغطيها جلسة الاستماع الرسمية. ويكون ذلك بشأن المشكلات أو المخاوف التي لا تتعلق برفض أو تأجيل أو تقليص أو إيقاف أي من الخدمات المقدمة لطفلك.
- يمكنك تقديم تظلم بشأن طفلك لكل من Drug Medi-Cal أو Dental FFS أو Medi-Cal Rx في أي وقت. ويمكنك تقديمه عبر الهاتف أو كتابيًا عبر الإنترنت أو بالبريد. لتقديم تظلم، اتصل بـ Drug Medi-Cal أو Dental FFS أو Medi-Cal Rx. للتعرف على أرقام جهات الاتصال، يمكنك مطالعة **الجدول 2** في الصفحة 11. **لا يمكن** تقديم تظلم لـ Medi-Cal FFS لأغراض خدمات الصحة البدنية وخدمات الصحة العقلية غير المتخصصة.
  - يجب أن تقر DHCS بتسليم التظلم كتابيًا في غضون 5 أيام تقويمية من تاريخ تلقي التظلم. ويجب أن يتضمن هذا الإقرار اسم الشخص المعني في DHCS ورقم هاتفه وعنوانه والذي يمكنه إخبارك بالمزيد عن التظلم وآخر مستجداته.
  - يتاح أمام DHCS 30 يومًا تقويميًا من تاريخ تقديم التظلم لحل شكوى طفلك بشأن Dental FFS و Drug Medi-Cal. يتاح أمام Drug Medi-Cal 90 يومًا تقويميًا لحل شكوى طفلك.

## من الذي يمكن التواصل معه لطرح الأسئلة؟

الجدول 2

### نظرة عامة على رسوم الخدمات ومعلومات الاتصال

#### (Medi-Cal FFS) Medi-Cal Fee For Service

يحصل بعض الأطفال، مثل بعض الأطفال ممن يتلقون الرعاية البديلة، على خدمات الصحة البدنية من خلال Medi-Cal FFS.

في حال عدم حصول طفلك على هذه الخدمات أو كانت لديه مخاوف، فيمكنك الاتصال على 1-800-541-5555 (الهاتف النصي 1-800-430-7077).

#### (DMC) Drug Medi-Cal

يحصل الأطفال الذين يحتاجون إلى الخدمات المتعلقة بتعاطي المواد المخدرة مثل العلاج من تعاطي المخدرات أو الكحول، بما في ذلك الاستشارة والعلاجات السريرية الأخرى، مثل أدوية المرضى الداخليين أو العلاج من إدمان الكحول الذي يجري في مؤسسة داخلية، على هذه الرعاية من خلال Drug Medi-Cal وذلك عند الضرورة. كل مقاطعة لديها إما خطة DMC-ODS أو في DMC. لمعرفة المزيد عن DMC-ODS، يمكنك مطالعة **الجدول 1** في الصفحة 8.

إذا لم يكن طفلك يحصل على هذه الخدمات أو كانت لديه مخاوف بشأن ذلك، فيمكنك الاتصال ببرنامج DMC الخاص بطفلك. للتعرف على أرقام الهاتف، انتقل إلى [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

#### (Dental FFS) Dental Fee For Service

يحصل معظم الأطفال على خدمات طب الأسنان من Medi-Cal من خلال Dental FFS. ويتضمن ذلك فحوصات وعمليات تنظيف الأسنان بواقع مرتين في العام بالإضافة إلى العناية بصحة الفم. في حال عدم حصول طفلك على هذه الخدمات أو كانت لديه مخاوف، فيمكنك الاتصال على 1-800-322-6384. للتعرف على المزيد، انتقل إلى [smilecalifornia.org](http://smilecalifornia.org).

#### Medi-Cal Rx

يحصل الأطفال على خدمات الصيدلانية من Medi-Cal من خلال Medi-Cal Rx. ويتضمن هذا الأمر أدوية العيادات الخارجية التي تصرف بوصفة طبية والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية ومنتجات التغذية المعوية مثل أنبوب التغذية والإمدادات الطبية.

في حال عدم حصول طفلك على هذه الخدمات أو كانت لديه مخاوف، فيمكنك الاتصال على 1-800-977-2273. يمكنك معرفة المزيد من خلال الموقع الإلكتروني <https://bit.ly/3D1rQFV>.



## Խնդրում ենք պահպանել

Կարևոր տեղեկություններ, որոնք կօգնեն  
մինչև 21 տարեկան երեխաներին  
ու պատանիներին ստանալու  
իրենց անհրաժեշտ  
բուժօգնությունը

## Ի՞նչ ծառայություններ կարող են ստանալ երեխաները և պատանիները, երբ նրանք «Medi-Cal»-ի անդամ են

Կալիֆոռնիայի և դաշնային օրենքի համաձայն՝ «Medi-Cal»-ում  
ընդգրկված մինչև 21 տարեկան բոլոր երեխաներն ու պատանիներն  
իրավունք ունեն ստանալու այն ընթացիկ **ստուգումները** և այլ **բուժական խարգելիչ**  
ու **բուժական** ծառայությունները, որոնք անհրաժեշտ են նրանց առողջությունը  
պահպանելու կամ վերականգնելու համար:

Դաշնային օրենքում այդ իրավունքը կոչվում է «Վաղ և պարբերական ստուգումների,  
ախտորոշման և բուժման» (EPSDT) պահանջ: Այն ապահովում է, որ «Medi-Cal»-ի  
անդամ յուրաքանչյուր երեխա ստանա իրեն անհրաժեշտ բուժապասարկումը  
և հնարավորին չափ առողջ մեծանա: Կալիֆոռնիայում EPSDT-ն կոչվում է  
**«Մանկապատանեկան Medi-Cal»:**

Ծառայություններն **անվճար** են, բացի այն դեպքերից, երբ «Medi-Cal»-ի  
իրավունակություն ստանալիս երեխան կամ պատանին «Ծախսերի բաժին» է ունեցել:

## «Մանկապատանեկան Medi-Cal»-ը պետք է առանց որևէ սահմանափակման՝ վճարի հետևյալ ծառայությունների համար, երբ դրանք անհրաժեշտ լինեն.

- ֆիզիկական առողջության ծառայություններ, այդ թվում՝ նախնական բուժօգնություն  
և այցելություն մասնագետներին.
- ակնաբուժական ծառայություններ, այդ թվում՝ ակնոց.
- լսողության բժշկական ծառայություններ.
- ատամնաբուժական ստուգումներ և վերահսկողություն.
- հոգեկան առողջության և թմրանյութերից կամ ալկոհոլից կախվածության  
ծառայություններ, այդ թվում՝ բուժում.
- ֆիզիոթերապիա, աշխատաբուժություն և խոսքաբուժություն.
- բժշկական սարքավորումներ և պարագաներ, ինչպես՝ հաշմանդամի սայլակներ,  
այդ թվում՝ երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ.
- դեղեր՝ ինչպես առանց դեղատոմսի, այնպես էլ դեղատոմսով տրվող.



Եթե այս նամակը կամ «Medi-Cal»-ի որևէ այլ նյութ Զեզ անհրաժեշտ է  
այլընտրանքային ձևաչափով, օրինակ՝ խոշորատառ, ձայնագրված,  
CD-ով կամ Բրայլի գրատիպով, զանգահարեք 1-833-284-0040:

- լաբորատոր ստուգումներ, այդ թվում՝ արյան մեջ կապարի մակարդակը և սեռավարակները (STI) ստուգելու նպատակով իրականացվող արյան հետազոտություններ և անհրաժեշտ վերահսկողություն.
- տնային առողջապահական ծառայություններ, այդ թվում՝ բուժքույրական օգնություն.
- հիվանդանոցային և ստացիոնար բուժում.
- վերարտադրողական և սեռական առողջության ծառայություններ, ինչպես՝ հակաբեղմնավորման և հղիության դադարեցման ծառայություններ.
- հղիության ստուգումներ.
- COVID-19-ի ստուգում և բուժում.
- բուժսպասարկման համակարգում, եթե անդամագրված անձը կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրում է ընդգրկված.
- «Medi-Cal»-ի ապահովագրական ծածկույթի մեջ մտնող մնացած բոլոր ծառայությունները, որոնք Ձեր բժշկական սպասարկողն անհրաժեշտ կհամարի (դրանք կոչվում են «բժշկական առումով անհրաժեշտ ծառայություններ»):

### **Երեխաներն ու պատանիներն անվճար օգնություն ստանալու իրավունք ունեն, որպեսզի կարողանան օգտվել առողջապահական ծառայություններից, օրինակ՝**

- անվճար փոխադրում իրենց նշանակված ժամադրություններին կամ դեղեր, բժշկական սարքավորումներ և պարագաներ վերցնելու ու վերադարձ տուն.
- աջակցություն բժշկի մոտ ժամադրություն ստանալու հարցում.
- օժանդակություն բժիշկ կամ առողջապահական սպասարկող գտնելու հարցում.
- թարգմանական ծառայություններ (Դուք չպետք է ստիպված լինեք Ձեր թարգմանչի հետ ներկայանալ բժշկի մոտ նշանակված ժամադրությանը):

### **Ի՞նչ է նշանակում «բժշկական առումով անհրաժեշտ»**

Երեխաների և պատանիների պարագայում՝ **բժշկական առումով անհրաժեշտ** նշանակում է, որ տվյալ ծառայություններն անհրաժեշտ են որևէ հիվանդություն կամ առողջական խնդիր բուժելու, կարգավորելու, կառավարելու կամ վիճակը բարելավելու համար:

Սովորաբար Ձեր երեխայի բժիշկը կամ առողջապահական սպասարկողն է որոշում, թե արդյոք որևէ բան բժշկական առումով անհրաժեշտ է:

Որոշ ծառայությունների համար կարող է անհրաժեշտ լինել նախապես արտոնություն ստանալ: Եթե մինչև 21 տարեկան երեխայի կամ պատանու համար ծառայությունները բժշկական առումով անհրաժեշտ են, ապա այդ ծառայությունների կամ բուժումների թիվը չի կարող որևէ կերպ սահմանափակվել:

Օրինակ՝ չի կարելի սահմանափակում մտցնել, որ երեխան երկու տարին մեկ ակնոց ստանա: Եթե երեխան ակնոց է կրում ու դժվարանում է տեսնել, նա իրավունք ունի նոր ստուգման և նոր ակնոց ստանալու, երբ դա անհրաժեշտ լինի:

#### ՊԱՏՈՒՀԱՆ 1

### Ձեր երեխայի «Medi-Cal»-ը



«Medi-Cal»-ում ընդգրկված երեխաները և պատանիներն իրենց նպաստները ստանում են ստորև նշված երկու եղանակներից մեկով.

1. **Կառավարվող բուժսպասարկում**՝ առողջության ապահովագման ծրագրով, հոգեկան առողջության ծրագրով կամ ատամնաբուժական առողջության ծրագրով **կամ**
2. **«Վճարում ծառայության դիմաց»**՝ Կալիֆոռնիայի առողջապահական ծառայությունների դեպարտամենտի (DHCS), նահանգային «Medi-Cal» գործակալության միջոցով:

Այս փաստաթղթում բացատրվում է, թե ինչ անել, եթե ծրագրում ընդգրկված երեխան կամ պատանին չի ստանում իրեն անհրաժեշտ ծառայությունը **կառավարվող բուժսպասարկման** կամ **«վճարում ծառայության դիմաց»** համակարգի միջոցով: Այն բացատրում է, թե ինչպես՝

- բողոքարկման հայց ներկայացնել,
- նահանգային անկողմնակալ դատավարություն պահանջել,
- գանգատ ներկայացնել:

Ծառայություններ ստանալու հարցում օգնության համար կամ Ձեր նպաստների մասին հարցերի դեպքում զանգահարեք «Medi-Cal»-ի անդամների օգնության հեռախոսագծին՝ **1-800-541-5555** համարով:

# Ի՞նչ պետք է Դուք անեք, եթե Ձեր երեխայի բուժօգնությունը մերժում են, ուշացնում, կրճատում կամ դադարեցնում

Եթե Ձեր երեխայի բուժօգնությունը մերժում են, ուշացնում, կրճատում կամ դադարեցնում, և Դուք համաձայն չեք այն որոշման հետ, որը նկարագրված է Ձեզ տրամադրված գրավոր ծանուցման մեջ, Դուք իրավունք ունեք պահանջելու, որ այդ որոշումը վերանայվի և փոխվի:

Կան քայլեր, որոնք երեխային օգնում են ստանալ իրեն անհրաժեշտ բուժօգնությունը և պաշտպանել դրանք ստանալու իր իրավունքը: Ձեր երեխան **բողոքարկման հայց ներկայացնելու, նահանգային անկողմնակալ դատավարություն** պահանջելու կամ **գանգատ** ներկայացնելու իրավունք ունի: Նա տույժի կամ տուգանքի չի ենթարկվի այդ քայլերից որևէ մեկի համար:

Անկախ այն բանից՝ Ձեր բողոքարկման հայցը, նահանգային անկողմնակալ դատավարությունը կամ գանգատը հաջողությամբ կավարտվի, թե ոչ, Ձեր երեխայի «Medi-Cal»-ի ապահովագրությունը **չի** դադարեցվի՝ այդ քայլերից որևէ մեկը կատարելու պատճառով:

**Բողոքարկման հայցը** Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրին պարտավորեցնում է վերանայել ծառայությունը մերժելու, ուշացնելու, կրճատելու կամ դադարեցնելու մասին իրենց որոշումը և պարզել, թե արդյոք համաձայն են Ձեզ հետ:

**Նահանգային անկողմնակալ դատավարությունը** Ձեզ հնարավորություն է տալիս դատավորին ներկայացնելու Ձեր գործը, որպեսզի նա վերանայի Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրի կամ DHCS-ի (նահանգային «Medi-Cal» գործակալության) ընդունած որոշումը, որի հետ Դուք համաձայն չեք:

**Գանգատ** կարելի է ներկայացնել ցանկացած հարցի կապակցությամբ, որից Դուք դժգոհ եք կամ որի հետ համաձայն չեք, և որի համար բողոքարկումը կամ նահանգային անկողմնակալ դատավարությունը նախատեսված չեն: Այն Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրի կամ DHCS-ի հետ կապված այնպիսի խնդիրների կամ մտահոգությունների համար է, որոնք ծառայությունների մերժում, ուշացում, կրճատում կամ դադարեցում չեն հանդիսանում:

## Ինչպես բողոքարկման հայց ներկայացնել, Նահանգային անկողմնակալ դատավարություն պահանջել կամ գանգատ ներկայացնել

**Կարդացեք գրավոր ծանուցումը:** Եթե կառավարվող բուժսպասարկման որևէ ծրագիր, DHCS-ը (նահանգային «Medi-Cal» գործակալությունը) կամ որևէ սպասարկող մերժում է, կրճատում կամ դադարեցնում Ձեր երեխայի ծառայությունները, նա պետք է Ձեզ այդ որոշման կապակցությամբ գրավոր «Գործողության մասին ծանուցում» ուղարկի (որը կոչվում է նաև «Ծանուցում նպաստի տրամադրման հարցում բացասական որոշման մասին»):

Դուք պետք է այդ ծանուցումը ստանաք Ձեր երեխայի բուժումը կամ ծառայությունը կրճատելուց կամ դադարեցնելուց առնվազն **10** օր առաջ: Ծանուցման մեջ բացատրվում է, թե՝

- ինչու և ինչպես է Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագիրը կամ DHCS-ն ընդունել տվյալ որոշումը.
- ինչ իրավունքներ ունի Ձեր երեխան.
- ինչպես բողոքարկման հայց ներկայացնել կամ Նահանգային անկողմնակալ դատավարություն պահանջել:

**Եթե Դուք համաձայն չեք որոշման հետ,** կարևոր է բողոքարկման հայցը ներկայացնել **մինչև** ծառայությունների դադարեցումը կամ կրճատումը, որպեսզի դրանք շարունակվեն հայցի նայման կամ Նահանգային անկողմնակալ դատավարության ընթացքում:

**Եթե Դուք ծանուցումը չեք ստացել,** զանգահարեք Առողջապահական սպառողների միության (HCA) ստորև նշված հեռախոսահամարով: Եթե ծանուցումը չեք ստացել, Դուք դեռ կարող եք բողոքարկման հայց ներկայացնել: Հետագա էջերում բացատրվում է, թե ինչպես բողոքարկման հայց ներկայացնել, Նահանգային անկողմնակալ դատավարություն պահանջել կամ գանգատ ներկայացնել:

## Ինչպես օգնություն ստանալ

### «Medi-Cal»-ի անդամների օգնության հեռախոսագիծը

«Medi-Cal»-ի անդամների օգնության հեռախոսագիծն անվճար օգնություն է տրամադրում: «Medi-Cal»-ի վերաբերյալ Ձեր հարցերի պատասխանը գտնելու համար՝ նրանք կարող են Ձեզ կապել «Medi-Cal»-ի Ձեր տեղական գրասենյակի, Ձեր կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրի կամ «Medi-Cal»-ի այլ ռեսուրսների հետ:

- Հեռախոս՝ 1-800-541-5555
- Առցանց՝ [www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal](http://www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal)

## Առողջապահական սպառողների միությունը (HCA)

HCA-ը հեռախոսով կամ անձնական այցելությամբ անվճար օգնություն է տրամադրում «Medi-Cal»-ի անդամներին՝ նրանց առողջապահական խնդիրներին լուծում գտնելու հարցում: Նրանք կարող են նաև կապել Ձեզ անվճար ռեսուրսների հետ, որոնք կօգնեն Ձեզ առողջապահության հետ կապված իրավական բնույթի հարցեր լուծել:

- Հեռախոս՝ 1-888-804-3536
- Առցանց՝ [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)

### ՊԱՏՈՒՀԱՆ 2

#### Եթե կարծում եք, որ սխալ որոշում է ընդունվել



Եթե կարծում եք, որ Ձեր երեխայի «Medi-Cal»-ը սխալմամբ է դադարեցվել, կամ Ձեր երեխան սխալմամբ է անիրավունակ ճանաչվել «Medi-Cal»-ի համար՝

- բողոքարկեք՝ հետևելով ծանուցման մեջ նշված ցուցումներին **կամ**
- գտեք Ձեր շրջանի հանրային ծառայությունների գործակալությունը՝ այցելելով [dhcs.ca.gov/COL](http://dhcs.ca.gov/COL)

# Որո՞նք են Ձեր երեխայի իրավունքները «Medi-Cal» կառավարվող բուժսպասարկման համակարգում

7-13-րդ էջերում շարադրված տեղեկությունները վերաբերում են «Medi-Cal»-ում ընդգրկված կառավարվող բուժսպասարկման բոլոր համակարգերին: «Medi-Cal»-ի անդամ երեխաների մեծ մասն իրենց բուժսպասարկումն ստանում են **«Medi-Cal»-ի կառավարվող բուժսպասարկման որևէ ծրագրի միջոցով**: Այդ ծրագիրը ֆիզիկական առողջության ծառայությունների համար է: Այն նաև սահմանափակ չափով հոգեկան առողջության ծառայությունների համար է, որոնք կոչվում են «հոգեկան առողջության չմասնագիտացված ծառայություններ»:

Կառավարվող բուժսպասարկման այլ համակարգերն են՝

- **Հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունները**, որոնք նախատեսված են հոգեկան առողջության առանձին ծրագրի միջոցով տրամադրվող ինտենսիվ վարքաբուժական ծառայությունների համար.
- **«Drug Medi-Cal»-ի կազմակերպված տրամադրման համակարգը**՝ թմրանյութերից և ալկոհոլից կախվածությունը բուժելու համար.
- **Կառավարվող ատամնաբուժական օգնությունը**՝ Los Angeles-ի և Sacramento-ի շրջաններում ատամնաբուժական ծառայություններ տրամադրելու համար: Տես **Աղյուսակ 1-ը**՝ 12-րդ էջում:

Եթե Ձեր երեխան խնդիրներ ունի որևէ ծառայություն ստանալու կամ պահպանելու համար, որը Ձեր կարծիքով՝ վերը նշված ծրագրերից մեկը պարտավոր է տրամադրել, կարդացեք ստորև: Եթե Ձեր երեխան ոչ մի ծրագրի անդամ չէ, կարդացեք **«վճարում ծառայության դիմաց»** համակարգի մասին՝ 14-րդ էջում:

## Ի՞նչ կարող եք Դուք անել, եթե Ձեր երեխայի բուժօգնությունը մերժում են, ուշացնում, կրճատում կամ դադարեցնում կառավարվող բուժսպասարկման համակարգում

### Բողոքարկման հայց ներկայացրեք Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրին

Դուք պետք է սկսեք կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրին **բողոքարկման** հայց ներկայացնելուց: Ձեր ծրագիրը գտնելու համար այցելեք [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd): Բողոքարկման հայցը Ձեր երեխայի ծրագրին պարտավորեցնում է վերանայել ծառայությունը մերժելու, ուշացնելու, կրճատելու կամ դադարեցնելու մասին իրենց որոշումը և պարզել, թե արդյոք համաձայն են Ձեզ հետ: Նախքան նահանգային անկողմնակալ դատավարություն պահանջելը՝ Դուք պետք է բողոքարկման հայցը ներկայացնեք:

- Այն բանից հետո, երբ Ձեր երեխան իր կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրից ստանա գրավոր «Գործողության մասին ծանուցումը», Դուք կարող բողոքարկման հայց ներկայացնել: Բողոքարկման հայց կարող եք ներկայացնել նաև այն դեպքում, եթե «Գործողության մասին ծանուցում» **չեք** ստացել:

- «Գործողության մասին ծանուցումը» ստանալուց հետո Դուք **60** օրացուցային օր ունեք՝ կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրին բողոքարկման հայց ներկայացնելու համար: Բողոքարկման հայցը կարող եք ներկայացնել գրավոր, հեռախոսով կամ առցանց: Կոնտակտային համարները կգտնեք **Աղյուսակ 1-ում**՝ 12-րդ էջում:

- Եթե «Գործողության մասին ծանուցման» մեջ գրված է, որ ծառայությունը, որը Ձեր երեխան արդեն ստանում է, դադարեցվելու կամ կրճատվելու է, Դուք կարող եք խնդրել, որ հայցի քննարկման ընթացքում Ձեր երեխան շարունակի ստանալ այդ ծառայությունը: Դա կոչվում է **նպաստների շարունակում**: Իմանալու համար, թե ինչպես դիմել, կարդացեք **Պատուհան 3-ը**:

- Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագիրը պետք է բողոքարկման հայցը ստանալուց հետո **5** օրացուցային օրվա ընթացքում գրավոր կերպով հաստատի հայցի ստացումը: Ծրագիրը պետք է Ձեզ նաև հայտնի այն աշխատակցի անունը, հեռախոսի համարը և հասցեն, որը կարող է Ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել հայցի և դրա կարգավիճակի մասին: Ծրագիրը պետք է բողոքարկման հայցից հետո **30** օրացուցային օրվա ընթացքում Ձեզ գրավոր պատասխան ուղարկի իր որոշման մասին: Դա կոչվում է «Ծանուցում հարցի լուծման մասին»:

- Եթե Ձեր երեխայի վիճակը հրատապ լուծում է պահանջում, և 30 օր սպասելը կվատթարացնի այն, Դուք կարող եք դիմել, որ **շտապ** (ավելի արագ) որոշում կայացվի: Իմանալու համար, թե ինչպես դա անել, կարդացեք **Պատուհան 4-ը**:

### ՊԱՏՈՒՀԱՆ 3

#### Ինչպես նպաստների շարունակում խնդրել կառավարվող բուժսպասարկման համակարգում



Եթե ծանուցման մեջ ասվում է, որ այն ծառայությունը, որը Ձեր երեխան արդեն ստանում է, դադարեցվելու կամ կրճատվելու է, Դուք կարող եք **նպաստների շարունակում** խնդրել Ձեր երեխայի գործի բողոքարկման կամ Նահանգային անկողմնակալ դատավարության ընթացքում (այն կոչվում է նաև «Aid Paid Pending»):

- Դուք պետք է բողոքարկման հայց ներկայացնեք կամ Նահանգային անկողմնակալ դատավարություն պահանջեք **նախքան** տվյալ ծառայության դադարեցումը կամ կրճատումը:
- Կառավարվող բուժսպասարկման ծրագիրը պարտավոր է Ձեզ գրավոր ծանուցում ուղարկել Ձեր երեխայի ծառայությունը դադարեցնելուց կամ կրճատելուց առնվազն **10** օրացուցային օր առաջ:

- Դուք կարող եք ցանկացած ժամանակ զանգահարել Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագիր և հարցեր տալ Ձեր երեխայի բողոքարկման հայցի վերաբերյալ: Կոնտակտային համարները կգտնեք **Աղյուսակ 1-ում`** 12-րդ էջում:

- Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագիրը կարող է նախատեսել այնպիսի գործընթաց, որը կոչվում է Անկախ բժշկական վերանայման խորհուրդ: Այդ գործընթացը կբացատրվի Ձեր երեխայի ստացած «Գործողության մասին ծանուցման» մեջ: Եթե Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագիրն առաջարկի այս գործընթացը, դա տեղի կունենա այն բանից հետո, երբ Դուք ավարտեք Ձեր երեխայի բողոքարկումը: Անկախ բժշկական վերանայման խորհրդի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Կառավարվող բուժսպասարկման դեպարտամենտ` 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891) հեռախոսահամարով: Կամ այցելեք <https://bit.ly/IMRCR>:

#### ՊԱՏՈՒՀԱՆ 4

### **Շտապ (ավելի արագ) բողոքարկումը կամ Նահանգային անկողմնակալ դատավարությունը**



Եթե Ձեր երեխային անհրաժեշտ է **շտապ** (ավելի արագ) բողոքարկում կամ Նահանգային անկողմնակալ դատավարություն, քանի որ նրա կյանքը, առողջությունը կամ գործելու կարողությունը վտանգված են, զանգահարեք **1-800-743-8525**:

Ձեր «Անդամի գրքույկում» կարող եք ավելի մանրամասն կարդալ այն մասին, թե ինչպես դիմել շտապ գործընթացի համար:

### **«Medi-Cal»-ի Նահանգային անկողմնակալ դատավարություն պահանջեք**

Եթե կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրի բողոքարկման գործընթացի ավարտից հետո Դուք կրկին համաձայն չլինեք ծրագրի կայացրած որոշմանը, կարող եք **Նահանգային անկողմնակալ դատավարություն** պահանջել Ձեր երեխայի համար: Դուք կարող եք Նահանգային անկողմնակալ դատավարություն պահանջել նաև այն դեպքում, եթե Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագիրը Ձեր ծանուցում չի ուղարկում բողոքարկելու նրա իրավունքի մասին, կամ ծանուցումը ժամանակին չի ուղարկում:

Նահանգային անկողմնակալ դատավարությունը Ձեզ հնարավորություն է տալիս դատավորին ներկայացնելու Ձեր գործը, որպեսզի նա վերանայի ծրագրի որոշումը, որի հետ Դուք համաձայն չեք: Դատավորն աշխատում է Կալիֆոռնիայի Սոցիալական ծառայությունների դեպարտամենտում, այլ ոչ չէ Ձեր երեխայի ծրագրում:

- Նահանգային անկողմնակալ դատավարության հայցը հարկավոր է ներկայացնել Ձեր երեխայի բողոքարկման կապակցությամբ կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրի կայացրած գրավոր որոշումը ստանալու օրվանից հետո **120** օրացուցային օրվա ընթացքում: Անկողմնակալ դատավորը կքննի Ձեր երեխայի գործը: Եթե այն որոշումը, որի կապակցությամբ Դուք դատավարություն եք պահանջել, դադարեցնում է որևէ ծառայություն, որ Ձեր երեխան արդեն ստանում է, Դուք

կարող եք նաև նպաստների շարունակում խնդրել Ձեր երեխայի համար:  
Կարդացեք **Պատուհան 3-ը**՝ 8-րդ էջում:

- Նահանգային անկողմնակալ դատավարությունը կարող եք պահանջել հեռախոսով, նամակով, ֆաքսով կամ առցանց: Զանգահարեք 1-800-743-8525: Կամ այցելեք [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests):
- Դուք իրավունք ունեք Ձեզ հետ որևէ մեկին բերելու, որը Ձեզ կներկայացնի Ձեր երեխայի նահանգային անկողմնակալ դատավարության ժամանակ: Կարող եք Ձեզ հետ բերել Ձեր ընկերոջը, ազգականին, փաստաբանին կամ ցանկացած այլ անձի: Անվճար իրավաբանական օգնություն ստանալու մասին կարող եք կարդալ «**Ինչպես օգնություն ստանալ**» վերնագրի տակ՝ 5-րդ էջում:
- Դուք ստիպված չեք վճարել նահանգային անկողմնակալ դատավարության համար: Այն անվճար է:
- Ձեր երեխայի կողմից նահանգային անկողմնակալ դատավարության հայց ներկայացնելուց հետո նահանգը պետք է **90** օրացուցային օրվա ընթացքում վերջնական որոշում կայացնի այդ կապակցությամբ: Եթե Ձեր երեխան անմիջապես ծառայությունները ստանալու կարիք ունի, և 90 օր սպասելը կվատթարացնի նրա վիճակը, Դուք կարող եք խնդրել, որ **շտապ** (ավելի արագ) որոշում կայացվի: Վերևում կարդացեք **Պատուհան 4-ը**:
- Լրացուցիչ օգնության համար կարդացեք Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրի կողմից ուղարկված ծանուցումները: Կամ զանգահարեք 1-800-743-8525: Կամ այցելեք [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing):

## Դիմեք Օմբուդսմանին

**Օմբուդսմանը** DHCS-ի (նահանգային «Medi-Cal» գործակալության) աշխատակից է: Նրա պարտականությունն է օգնություն ցույց տալ Ձեզ և Ձեր երեխային՝ Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրի հետ ծագած տարաձայնությունները կարգավորելու հարցում: Դուք կարող եք ցանկացած ժամանակ զանգահարել Օմբուդսմանին: Դա կարող է լինել այն ժամանակ, երբ Ձեր երեխան ստանում է ծանուցումը, բողոքարկման հայց է ներկայացնում, նահանգային անկողմնակալ դատավարություն է պահանջում կամ գանգատ է ներկայացնում: Օմբուդսմանը միայն կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրերում ընդգրկված անձանց է օգնում:

Օմբուդսմանի հետ կարելի է կապվել՝

- հեռախոսով՝ 1-888-452-8609
- էլ. փոստով՝ [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)
  - » Էլեկտրոնային հաղորդագրության մեջ անձնական առողջապահական տեղեկություններ մի նշեք:

Օմբուդսմանի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [www.dhcs.ca.gov/ombudsman](http://www.dhcs.ca.gov/ombudsman):

## Ի՞նչ անել, եթե Դուք գոհ չեք Ձեր երեխայի բուժսպասարկումից, բժշկից կամ առողջապահական սպասարկողից՝ կառավարվող բուժսպասարկման համակարգում

### Գանգատ ներկայացրեք

Եթե բժիշկը Ձեր երեխային վատ կամ կոպիտ է վերաբերվել, կամ Դուք դժգոհ եք բուժսպասարկման մակարդակից, կամ եթե չեք կարողանում բժիշկ գտնել, կարող եք **գանգատ** ներկայացնել Ձեր երեխայի համար: Գանգատը նախատեսված է այնպիսի տարաձայնության կամ խնդրի համար, որի դեպքում հնարավոր չէ բողոքարկման հայց ներկայացնել կամ նահանգային անկողմնակալ դատավարություն պահանջել: Գանգատ ներկայացնում են, երբ խնդիրը կապված չէ Ձեր երեխայի որևէ ծառայություն մերժելու, ուշացնելու, կրճատելու կամ դադարեցնելու հետ:

- Դուք կարող եք ցանկացած ժամանակ գանգատ ներկայացնել Ձեր երեխայի համար: Գանգատը կարելի է ներկայացնել հեռախոսով կամ գրավոր՝ առցանց կամ փոստով: Գանգատ ներկայացնելու համար կապվեք Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրի հետ: Կոնտակտային համարները կգտնեք **Աղյուսակ 1-ում**՝ 12-րդ էջում:
- Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագիրը պետք է գանգատը ստանալուց հետո **5** օրացուցային օրվա ընթացքում գրավոր կերպով հաստատի դրա ստացումը: Ծանուցման մեջ պետք է նշվի նաև ծրագրի այն աշխատակցի անունը, հեռախոսի համարը և հասցեն, որը կարող է Ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել Ձեր երեխայի գանգատի և դրա կարգավիճակի մասին:
- Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագիրը պարտավոր է գանգատը ներկայացնելու օրվանից հետո **30** օրացուցային օրվա ընթացքում լուծում տալ Ձեր երեխայի գանգատին:



## 請保存！

幫助 21 歲以下  
兒童和青少年獲得所有  
所需護理的重要資訊

## 如果兒童和青少年參保了 Medi-Cal， 他們可以獲得哪些服務？

根據加利福尼亞州和聯邦法律，所有參保 Medi-Cal 的 21 歲以下兒童和青少年都有權享受定期**檢查**和為保持或獲得健康所需的**其他預防和治療服務**。

這項權利在聯邦法律中被稱為早期和定期篩查、診斷和治療 (EPSDT) 要求。它確保每一個參保 Medi-Cal 的兒童都能得到他們盡可能地健康地成長所需的護理。在加利福尼亞州，EPSDT 被稱為**兒童和青少年 Medi-Cal**。

這些服務是**免費的**，除非兒童或青少年在獲得 Medi-Cal 資格時被發現有費用分擔。

### 兒童和青少年 Medi-Cal 必須在需要時無限制地涵蓋以下服務：

- 身體健康服務，包括初級保健和專科就診
- 視力服務，包括眼鏡
- 聽力服務
- 牙科檢查和隨訪服務
- 心理健康和藥物或酒精成癮服務，包括治療
- 物理、職業和言語治療
- 醫療設備和用品，如輪椅，包括耐用醫療設備
- 藥品，包括非處方藥和處方藥
- 實驗室檢測，包括檢查鉛含量的血液檢測和性傳播感染 (STI) 檢測，以及任何需要的後續護理
- 家庭健康服務，包括護理
- 醫院和住院治療
- 生殖和性健康服務，如節育和墮胎護理
- 妊娠檢查
- COVID-19 檢測和治療
- 護理協調，如果參加了管理式護理計畫
- 您的醫療服務提供者確定的 Medi-Cal 可涵蓋的所有其他所需醫療服務（稱為“醫療必要服務”）



如果您需要這封信或任何其他格式的 Medi-Cal 材料，如大字體、音訊格式、CD 或盲文，請致電 1-833-284-0040。

## 兒童和青年有權獲得免費支持以獲得護理，例如：

- 免費接送您就診或取藥、醫療設備和用品
- 支持進行就診預約
- 幫助尋找醫生或醫療保健提供者
- 語言翻譯服務 (您不需要帶自己的翻譯去就診)

## “醫療必要”是什麼意思？

對於兒童和青少年而言，**醫療必要**是指治療、糾正、管理或改善疾病或健康狀況所需的服務。

您的兒童的醫生或提供者醫療保健通常會決定是否是醫療必要的情況。

某些服務可能需要預先批准。如果 21 歲以下的兒童或青少年需要醫療服務，則不能限制服務或治療的數量。例如，不能限制兒童每兩年一副眼鏡。如果兒童有眼鏡但視力不好，他們有權在必要時獲得新的處方和新眼鏡。

### 方框 1

#### 您的兒童的 Medi-Cal



Medi-Cal 中的兒童和青少年通過以下兩種方式之一獲得福利：

1. **管理式護理**，通過健康保險計畫、心理健康計畫或牙科健康計畫，**或者**
2. **收費服務**，通過加州醫療保健服務部 (DHCS)，州 Medi-Cal 機構

本檔解釋如果參保兒童或青少年未通過**管理式護理**或**收費服務**獲得所需的服務該怎麼辦。它解釋如何：

- 提出上訴
- 要求進行州公平聽證
- 提交申訴

有關獲得服務的幫助或對您的福利有疑問，請致電 Medi-Cal 會員幫助熱線，電話：**1-800-541-5555**。

## 如果您的兒童被拒絕、延遲、減少或停止護理，您應該怎麼辦？

如果您的兒童被拒絕、延遲、減少或停止護理，並且您不同意書面通知中所述的決定，您可以要求審查並撤銷該決定。

這是為了支持您的兒童獲得他們需要和有權獲得的護理。您的兒童有權提出**上訴**，要求進行**州公平聽證**，或提交**申訴**。採取任何這些行動都不會受到懲罰。

無論您的上訴、州公平聽證或申訴成功與否，您的兒童的 Medi-Cal 保險都不會因為您採取了任何這些行動而終止。

**上訴**要求您的兒童的管理式護理計畫審查任何拒絕、延遲、減少或停止的服務，以確定他們是否同意您的意見。

**州公平聽證**是一個在法官面前發言的機會，以審查您的兒童的管理式護理計畫或 DHCS (州 Medi-Cal 機構) 做出的您不同意的判決。

**申訴**是指您不滿意或不同意上訴或州公平聽證未提供的任何事項。這是針對您的兒童的管理式護理計畫或 DHCS 中的不拒絕、延遲、減少或停止服務的問題或擔憂。

### 如何提出上訴、要求州公平聽證或提交申訴

**請閱讀書面通知。**如果管理式護理計畫、DHCS (州 Medi-Cal 機構) 或提供者拒絕、減少或停止您的兒童的服務，他們必須發送一份包含其決定的書面行動通知 (也稱為“不利福利決定通知”)。

您必須在減少或停止您兒童的治療或服務前至少 **10** 天收到此通知。此通知說明：

- 您的兒童的管理式護理計畫或 DHCS 為什麼以及如何做出其決定
- 您的兒童的權利
- 如何提起上訴或要求進行州公平聽證

**如果您不同意該決定**，重要的是要在服務停止或減少**之前**提出上訴，以便在上訴或州公平聽證期間繼續提供服務。

**如果您沒有收到通知**，請致電下面的健康消費者聯盟 (HCA) 號碼。如果您沒有收到通知，您仍然可以提出上訴。要瞭解如何提起上訴，要求進行州公平聽證或提交申訴，請閱讀下頁內容。

## 如何獲得幫助

### Medi-Cal 會員幫助熱線

Medi-Cal 會員幫助熱線提供免費支持。他們可以將您連接到當地的 Medi-Cal 辦公室、您的管理式護理計畫或其他 Medi-Cal 資源，以幫助回答您有關 Medi-Cal 的疑問。

- 電話：1-800-541-5555
- 線上：[www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal](http://www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal)

### 健康消費者聯盟 (HCA)

HCA 為 Medi-Cal 投保者提供免費的電話或親身幫助，以解決健康問題。他們還可以為您聯繫免費資源，以幫助解決與醫療保健相關的法律問題。

- 電話：1-888-804-3536
- 線上：[healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)

#### 方框 2

### 如果您認為判決是錯誤的

如果您認為您的兒童的 Medi-Cal 被錯誤地停止，或者您的兒童被錯誤地發現不具備 Medi-Cal 資格：

- 執行上訴通知上的指示，**或者**
- 在 [dhcs.ca.gov/COL](http://dhcs.ca.gov/COL) 上查找您當地的縣人力服務機構



# 您的兒童在 Medi-Cal 管理式護理中的權利是什麼？

以下第 5-8 頁中的資訊適用於 Medi-Cal 中的所有管理式護理系統。大多數參保 Medi-Cal 的兒童都通過**Medi-Cal 管理式護理計畫**獲得護理。該計畫是針對身體健康服務的。它也適用於被稱為“非專業心理健康服務”的有限心理健康服務。

其他管理式護理系統包括：

- **專業心理健康服務**，用於通過單獨的心理健康計畫提供強化行為健康服務。
- **藥物 Medi-Cal 有組織輸送系統**，用於藥物和酒精成癮治療。
- **牙科管理式護理**，用於洛杉磯和薩克拉門托縣的牙科護理。請閱讀第 8 頁上的**表 1**。

如果您的兒童在獲得或保持您認為上面的一項計畫應該提供的服務方面遇到問題，請閱讀下面的內容。如果您的兒童不在計畫中，請閱讀第 9 頁上的**收費服務**。

## 如果您的兒童在管理式護理中被拒絕、延遲、減少或停止護理，您可以怎麼辦？

### 向兒童的管理式護理計畫提出上訴

您必須首先向管理式護理計畫提出**上訴**。要查找您的計畫，請訪問 [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd)。上訴要求您的兒童計畫審查任何拒絕、延遲、減少或停止的服務，以確定他們是否同意您的意見。您必須提出上訴，然後才能要求州公平聽證。

- 在您的兒童從其管理式護理計畫獲得書面行動通知後，您可以提起上訴。如果您**沒有**收到行動通知，您也可以提起上訴。
- 收到行動通知後，您有 **60** 個日曆日向管理式護理計畫提出上訴。您可以通過書面、電話或線上方式對計畫提出上訴。您可以在第 8 頁的**表 1** 中找到聯繫電話。
- 如果行動通知規定您的兒童已經獲得的某項服務將停止或減少，您也可以要求您的兒童在上訴期間繼續獲得服務。這被稱為**福利的延續**。要瞭解如何要求這樣，請閱讀**方框 3**。
- 您兒童的管理式護理計畫必須在收到上訴之日起的 **5** 個日曆日內以書面形式確認上訴。計畫還必須告訴您該計畫的人員的姓名、電話號碼和地址，該名人員可以告訴您有關上訴及其狀態的更多資訊。計畫必須在上訴請求後的 **30** 個日曆日內向您發送書面判決。這稱為**決議通知**。
- 如果您的兒童情況緊急，等待 30 天會使他們的病情惡化，您可以要求**加快**（更快）判決。有關如何這樣做，請閱讀**方框 4**。

#### 方框 3

#### 如何要求管理式護理中的福利的延續



如果通知表明您的兒童已經獲得的服務將停止或減少，您可以在上訴或州公平聽證期間為您的兒童要求**福利的延續**（也稱為“待支付援助”）。

- 您必須在服務停止或減少**之前**提出上訴或要求進行州公平聽證。
- 管理式護理計畫必須在打算停止或減少對您的兒童的服務前至少 **10** 個日曆日以書面形式通知您。

- 您可以隨時聯繫您的兒童的管理式護理計畫，查詢有關您的兒童的上訴的問題。有關聯繫電話，請閱讀第 8 頁上的表 1。
- 您的兒童的管理式護理計畫可能包括一個稱為獨立醫療審查委員會的過程。您的兒童的行動通知將解釋這一過程。如果您的兒童的管理式護理計畫提供了這一過程，那麼將在您完成您的兒童的上訴後進行。要瞭解有關獨立醫療審查委員會的更多資訊，請致電加州管理式醫療保健部，電話：1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891)。或者，訪問 <https://bit.ly/IMRCR>。

#### 方框 4

### 加快(更快)上訴或州公平聽證



如果您的兒童因其生命、健康或功能能力受到威脅而需要**加快(更快)**提出上訴或進行州公平聽證，請致電 **1-800-743-8525**。

您可以在會員手冊中查閱更多關於如何要求加快流程的資訊。

### 要求進行 Medi-Cal 州公平聽證

如果管理式護理計畫的上訴過程已完成，但您仍然不同意該計畫的判決，您可以要求為您的兒童進行**州公平聽證**。如果您的兒童的管理式護理計畫沒有發出關於您的兒童上訴權利的通知，或者沒有在合理時間內發出通知，您也可以要求進行州公平聽證。

州公平聽證是一次在法官面前發言的機會，以審查您不同意的管理式護理計畫的判決。法官為加州社會服務部工作，而不是為您的兒童的計畫工作。

- 您必須在收到管理式護理計畫關於您的兒童上訴的書面判決後 **120** 個日曆日內要求進行州公平聽證。公正的法官將審查您的兒童的案件。如果您要求進行聽證的判決停止了您的兒童已經獲得的服務，您也可以要求繼續為您的兒童提供福利。請閱讀第 5 頁上的**方框 3**。
- 您可以通過電話、郵件、傳真或線上方式要求進行州公平聽證。請致電 1-800-743-8525。或者，訪問 [www.cdss.ca.gov/hearingrequests](http://www.cdss.ca.gov/hearingrequests)。
- 您有權在您的兒童的州公平聽證時帶一個人代表您。您可以帶朋友、親戚、律師或您選擇的任何人。要瞭解如何獲得免費法律幫助，請閱讀第 4 頁上的**如何獲得幫助**。
- 您不必為州公平聽證付費。它是免費的。
- 州在您的兒童請求進行州公平聽證的日期後有 **90** 個日曆日作出最終判決。如果您的兒童馬上需要服務，等待 90 天會使他們的病情惡化，您可以要求**加快(更快)**判決。請閱讀上面的**方框 4**。
- 要獲得更多幫助，請閱讀來自您的兒童從管理式護理計畫的通知。或致電 1-800-743-8525。或者，訪問 [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing)。

## 聯繫監察員

**監察員**是為 DHCS (州 Medi-Cal 機構) 工作的人員。他們的工作是幫助您和您的兒童盡量解決與您兒童的管理式護理計畫的分歧。您可以隨時致電監察員。這包括在您的兒童收到通知、提起上訴、要求進行州公平聽證或提交申訴時。監察員僅為參保管理式護理計畫的人員服務。

您可以通過以下方式聯繫監察員：

- 電話：1-888-452-8609
- 電子郵件：[MMCOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)
  - » 不要將個人健康資訊放在電子郵件中。

要瞭解關於監察員的更多資訊，請訪問 [www.dhcs.ca.gov/ombudsman](http://www.dhcs.ca.gov/ombudsman)。

## 如果您對您的兒童的管理式護理中的護理、醫生或醫療保健提供者不滿意怎麼辦？

### 提交申訴

如果醫生對您的兒童不好或粗暴，或者您對護理品質不滿意，或者您找不到醫生，您可以為您的兒童提交**申訴**。申訴是指對上訴或州公平聽證未提供的任何事項的任何異議。它針對的是不要拒絕、延遲、減少或停止您的兒童的任何服務的問題或擔憂。

- 您可以隨時為您的兒童提交申訴。您可以通過電話，或者在線上或通過郵件以書面形式提交。要提交申訴，請聯繫您的兒童的管理式護理計畫。有關聯繫電話，請閱讀第 8 頁上的**表 1**。
- 您兒童的管理式護理計畫必須在收到申訴後的 **5** 個日曆日內以書面形式確認您的申訴。這必須包括該計劃的人員的姓名、電話號碼和地址，該名人員可以告知您有關您的兒童的申訴及其狀態的更多資訊。
- 您的兒童的管理式護理計畫自您提交申訴後有 **30** 個日曆日來解決您的兒童的申訴。

## 如果有疑問，您應該聯繫誰？

表 1

### 管理式護理系統概述和聯繫資訊

#### Medi-Cal 管理式護理 (MCMC)

大多數兒童通過 Medi-Cal 管理式護理計畫獲得大部分這些服務：

- 身體健康需求，如兒童健康檢查和注射
- 非專業心理健康需求，如治療和藥物
- 護理協調

如果您的兒童沒有得到所需的服務或有疑問，請致電您的兒童的 Medi-Cal 管理式護理計畫。該計畫的電話號碼在您的兒童的計畫身份證上。它也公佈於該計畫的網站上。您還可以在 [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd) 上查閱他們的電話號碼。或者，致電 916-449-5000。

#### 專業心理健康服務 (SMHS)

一些需要專業心理健康服務的兒童，如嚴重心理健康狀況的護理，可以通過專業心理衛生服務獲得此類護理。每個縣都制定有心理健康計畫。

如果您的兒童沒有得到所需的服務或有疑問，請致電您的兒童的縣心理健康計畫。您可以在 [www.dhcs.ca.gov/CMHP](http://www.dhcs.ca.gov/CMHP) 上查閱電話號碼。

#### 藥物 Medi-Cal 有組織輸送系統 (DMC-ODS)

需要藥物或酒精治療等藥物使用服務的兒童，包括諮詢和其他臨床治療，如住院藥物或酒精住院治療，如必要，可通過藥物 Medi-Cal 有組織輸送系統獲得此類護理。每個縣要麼制定有 DMC-ODS 計畫，要麼在藥物 Medi-Cal 中。要瞭解關於藥物 Medi-Cal 的更多資訊，請閱讀第 11 頁上的表 2。

如果您的兒童沒有得到所需的服務或有疑問，請致電您的兒童的 DMC-ODS 計畫。可以在 [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal) 上查閱電話號碼。

#### 牙科管理式護理 (牙科 MC)

一些居住在洛杉磯縣或薩克拉門托縣的兒童通過牙科管理式護理計畫獲得牙科服務，包括每年兩次的牙科檢查和清潔以及口腔醫療保健。居住在所有其他縣的兒童通過牙科收費服務 (牙科 FFS) 獲得牙科護理。要瞭解有關牙科 FFS 的更多資訊，請閱讀第 11 頁上的表 2。

如果您居住在洛杉磯縣或薩克拉門托縣，而您的兒童沒有得到所需的服務或有疑問，請致電您的兒童的牙科 MC 計畫。電話號碼在您兒童的牙科 MC 身份證上。它也公佈於您的兒童的牙科 MC 計畫的網站上。或者，致電 1-800-322-6384。您還可以在 <https://bit.ly/DMC-Contact> 上查閱計畫的電話號碼。

# 您的兒童在 Medi-Cal 收費服務中的權利是什麼？

以下第 9-11 頁中的資訊適用於 Medi-Cal 收費服務 (FFS)。一些參保 Medi-Cal 的兒童通過 FFS 獲得護理。FFS 也稱為“常規”Medi-Cal。FFS 中的兒童通過 DHCS (州 Medi-Cal 機構) 獲得護理。不涉及任何管理式護理計劃。FFS 包括用於身體健康服務的 Medi-Cal FFS 和一組有限的心理健康服務，稱為“非專業心理健康服務”、用於藥物和酒精治療服務的藥物 Medi-Cal、用於牙科護理的牙科 FFS，以及用於藥物的 Medi-Cal Rx。要瞭解更多資訊，請閱讀第 11 頁上的表 2。

如果您的兒童在獲得或保持您認為 DHCS 應提供的服務方面遇到問題，請閱讀以下內容。即使您的兒童不在管理式護理計畫中，如果您的兒童因嚴重的心理健康狀況需要護理，他們也會通過專業心理健康服務心理健康計畫獲得護理。要瞭解更多資訊和查找從該縣心理健康計畫的何處尋求幫助，請閱讀第 8 頁上的表 1。

## 如果您的兒童在 FFS 中的護理被延遲、拒絕、減少或停止，您可以怎麼辦？

### 要求進行 Medi-Cal 州公平聽證

**州公平聽證**是一次在法官面前發言的機會，以審查您不同意的 DHCS 的判決。這包括任何拒絕、延遲、減少或停止的服務。法官為加州社會服務部工作，而不是為 DHCS 工作。

- 在您的兒童收到 DHCS 的行動通知後，您可以要求進行州公平聽證。如果您沒有收到行動通知，您也可以要求進行州公平聽證。
- 您必須在收到 DHCS 的書面行動通知後 **90** 個日曆日內要求進行州公平聽證。公正的法官將審查您的兒童的案件。您也可以在没有收到行動通知的情況下隨時要求進行州公平聽證。

如果您要求進行聽證的判決會停止您的兒童已經獲得的服務，您可以要求繼續為您的兒童提供福利。請閱讀上面的方框 5。

- 您可以通過電話、郵件、傳真或線上方式要求進行州公平聽證。請致電 1-800-743-8525。或者，訪問 [www.cdss.ca.gov/hearingrequests](http://www.cdss.ca.gov/hearingrequests)。
- 您有權在聽證時帶一個人代表您。您可以帶朋友、親戚、律師或您選擇的任何人。有關免費法律幫助，請閱讀第 4 頁上的**如何獲得幫助**。

#### 方框 5

### 如何要求收費服務中的福利的延續



如果通知表明您的兒童已經獲得的服務將停止或減少，您也可以州公平聽證期間要求**福利的延續**（也稱為“待支付援助”）。

- 您必須在服務停止或減少**之前**要求進行州公平聽證。
- DHCS 必須在打算停止或減少對您的兒童的服務前至少 **10** 個日曆日以書面形式通知您。

- 您不必為州公平聽證付費。它是免費的。
- 州在您的兒童請求進行州公平聽證的日期後有 **90** 個日曆日作出最終判決。如果您的兒童馬上需要服務，等待 90 天會使他們的病情惡化，您可以要求**加快(更快)**判決。請閱讀上面的**方框 6**。
- 要獲得更多幫助，請閱讀您的兒童從 DHCS 收到的通知。或致電 1-800-743-8525。或者，訪問 [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing)。

#### 方框 6

### 加快(更快)上訴或州公平聽證



如果您的兒童因其生命、健康或功能能力受到威脅而需要**加快(更快)**進行州公平聽證，請致電 1-800-743-8525。

## 如果您對您的兒童的 FFS 中的護理、醫生或醫療保健提供者不滿意怎麼辦？

### 提交申訴

如果醫生對您的兒童不好或粗暴，或者您對護理品質不滿意，或者您找不到醫生，您可以為您的兒童提交**申訴**。申訴是指對州公平聽證未提供的任何事項的任何異議。它針對的是**不要**拒絕、延遲、減少或停止您的兒童的任何服務的問題或擔憂。

- 您可以隨時為您的兒童提交對藥物 Medi-Cal、牙科 FFS 或 Medi-Cal Rx 申訴。您可以通過電話，或者在線上或通過郵件以書面形式提交。要提交申訴，請聯繫藥物 Medi-Cal、牙科 FFS 或 Medi-Cal Rx。有關聯繫電話，請閱讀第 11 頁上的**表 2**。Medi-Cal FFS **沒有**對身體健康服務和非專業心理健康服務的申訴流程。
- DHCS 必須在收到申訴後的 **5** 個日曆日內以書面形式確認您的申訴。這必須包括 DHCS 的人員的姓名、電話號碼和地址，該名人員可以告知您有關您的兒童的申訴及其狀態的更多資訊。
- DHCS 自您提交申訴後有 **30** 個日曆日來解決您的兒童的對牙科 FFS 和 Medi-Cal Rx 的申訴。藥物 Medi-Cal 有 **90** 個日曆日來解決您的兒童的申訴。

## 如果有疑問，您應該聯繫誰？

表 2

### 收費服務概述和聯繫資訊

#### Medi-Cal 收費服務 (Medi-Cal FFS)

一些兒童，如寄養兒童，通過 Medi-Cal FFS 獲得身體健康服務。

如果您的兒童沒有得到這些服務或有疑問，請致電 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077)。

#### 藥物 Medi-Cal (DMC)

需要藥物或酒精治療等藥物使用服務的兒童，包括諮詢和其他臨床治療，如住院藥物或酒精住院治療，如必要，可通過藥物 Medi-Cal 獲得此類護理。每個縣要麼制定有 DMC-ODS 計畫，要麼在 DMC 中。要瞭解有關 DMC-ODS 更多資訊，請閱讀第 8 頁上的表 1。

如果您的兒童沒有得到這些服務或有疑問，請致電您的兒童的 DMC 計劃。要查找電話號碼，請訪問 [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal)。

#### 牙科收費服務 (牙科 FFS)

大多數兒童通過牙科 FFS 獲得 Medi-Cal 牙科服務。這包括每年兩次的牙齒檢查和清潔以及口腔醫療保健。

如果您的兒童沒有得到這些服務或有疑問，請致電 1-800-322-6384。要瞭解更多資訊，請訪問 [smilecalifornia.org](http://smilecalifornia.org)。

#### Medi-Cal Rx

兒童通過 Medi-Cal Rx 獲得他們的 Medi-Cal 藥房服務。其中包括處方藥和非處方門診藥物、腸內營養產品 (如飼管) 和醫療用品。

如果您的兒童沒有得到這些服務或有疑問，請致電 1-800-977-2273。要瞭解更多資訊，請訪問 <https://bit.ly/3D1rQFV>。



### لطفا نگره دارید!

اطلاعات مهم برای کمک به  
کودکان و جوانان تا سن 21  
سالگی برای دریافت تمام  
مراقبت های مورد نیاز

## حقوق Medi-Cal شما



**Medi-Cal for  
Kids & Teens**

## اگر کودکان و جوانان در Medi-Cal باشند، چه خدماتی می توانند دریافت کنند؟

بر اساس قانون کالیفرنیا و فدرال، همه کودکان و نوجوانان تا سن 21 سالگی که در Medi-Cal ثبت نام کرده اند، حق دارند خدمات چک آپ منظم و سایر خدمات پیشگیرانه و که برای درمان یا سالم ماندن لازم است داشته باشند.

این حق در قانون فدرال به عنوان الزامات غربالگری، تشخیص و درمان اولیه و دوره ای (EPSDT) شناخته می شود. این تضمین می کند که هر کودکی که در Medi-Cal ثبت نام می شود، مراقبت هایی را که برای رشد هر چه سالم تر نیاز دارد، دریافت کند. در کالیفرنیا برای کودکان و نوجوانان **Medi-Cal EPSDT** نامیده می شود.

این سرویس ها رایگان هستند، مگر اینکه کودک یا نوجوان در زمانی که واجد شرایط Medi-Cal هستند، سهمی از هزینه Share of Cost دریافت نمایند.

### Medi-Cal برای کودکان و نوجوانان باید در صورت نیاز این خدمات را بدون محدودیت پوشش دهد:

- خدمات سلامت جسمانی، از جمله مراقبت های اولیه و ویزیت های متخصص
- خدمات بینایی از جمله عینک
- خدمات شنوایی
- خدمات معاینه و پیگیری دندانپزشکی
- خدمات بهداشت روانی و اعتیاد به مواد مخدر یا الکل، از جمله درمان
- درمان فیزیکی، شغلی و گفتار درمانی
- تجهیزات و لوازم پزشکی، مانند ویلچر، از جمله تجهیزات پزشکی بادوام
- دارو، چه بدون نسخه و چه با نسخه
- آزمایش های آزمایشگاهی، از جمله آزمایش های خون برای بررسی سطوح سرب و آزمایش عفونت مقاربتی (STI) و هرگونه مراقبت بعدی مورد نیاز
- خدمات بهداشتی خانگی، از جمله مراقبت های پرستاری
- درمان بیمارستانی و خانگی
- خدمات بهداشت باروری و جنسی، مانند مراقبت از بارداری و سقط جنین
- معاینات بارداری
- آزمایش و درمان COVID-19
- هماهنگی مراقبت، در صورت ثبت نام در یک برنامه مراقبت مدیریت شده
- تمام خدمات پزشکی مورد نیاز دیگر که می توانند تحت پوشش Medi-Cal (معروف به "خدمات ضروری پزشکی") که توسط ارائه دهنده پزشکی شما تعیین می شود قرار گیرد.

اگر به این نامه یا هر مورد Medi-Cal در قالب دیگری مانند فونت بزرگتر، فرمت صوتی، سی دی یا خط بریل نیاز دارید، با شماره 1-833-284-0040 تماس بگیرید.



## کودکان و جوانان حق دارند از حمایت های رایگان برای دریافت مراقبت استفاده کنند، مانند:

- سرویس رایگان برای رسیدن به قرار ملاقات یا تحویل گرفتن دارو، تجهیزات پزشکی و لوازم
- پشتیبانی در تعیین نوبت پزشکی
- کمک به یافتن پزشک یا ارائه دهنده خدمات بهداشتی
- خدمات ترجمه زبان (نباید نیازی به همراه داشتن مترجم خود در یک قرار پزشکی داشته باشید)

## «از نظر پزشکی ضروری» به چه معناست؟

برای کودکان و نوجوانان، از نظر پزشکی ضروری به معنای خدمات مورد نیاز برای درمان، اصلاح، مدیریت یا بهبود یک بیماری یا وضعیت سلامتی است.

پزشک یا ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی کودک شما معمولاً تصمیم می گیرد که آیا چیزی از نظر پزشکی ضروری است یا خیر.

برخی از خدمات ممکن است نیاز به تایید قبلی داشته باشند. اگر خدمات از نظر پزشکی برای کودکان یا جوانان تا سن 21 سالگی ضروری باشد، تعداد خدمات یا درمان ها نمی تواند محدود شود. به عنوان مثال، یک کودک را نمی توان به یک عینک در هر دو سال محدود کرد. اگر کودکی عینک دارد اما در بینایی مشکل دارد، حق دارد نسخه جدید و در صورت لزوم عینک جدید دریافت کند.



کادر ۱

### Medi-Cal فرزندان

کودکان و جوانان در Medi-Cal مزایای خود را به یکی از این دو راه دریافت می کنند:

1. **مراقبت مدیریت شده** توسط یک طرح بیمه درمانی، طرح سلامت روان، یا طرح سلامت دندان، یا
2. **هزینه خدمات** توسط اداره خدمات مراقبت بهداشتی کالیفرنیا (DHCS)، آژانس ایالتی Medi-Cal

این سند توضیح می دهد که اگر یک کودک یا نوجوان ثبت نام شده از طریق **مراقبت مدیریت شده** یا **هزینه خدمات** خدمات مورد نیاز را دریافت نکند، چه باید کرد. توضیح می دهد که چگونه:

- درخواست تجدید نظر بدهید
- درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید
- شکایت ارسال کنید

برای دریافت خدمات یا سؤال در مورد مزایای خود، با خط راهنمای عضو Medi-Cal به شماره **1-800-541-5555** تماس بگیرید.

## اگر مراقبت از فرزندان رد شود، به تأخیر بیفتد، کاهش یابد یا متوقف شود، چه کاری باید انجام دهید؟

اگر مراقبت از فرزند شما رد شد، به تأخیر افتاد، کاهش یافت، یا متوقف شد و شما با تصمیمی که در اخطار کتبی خود توضیح داده شده موافق نیستید، می توانید درخواست کنید که تصمیم مورد بررسی قرار گیرد و لغو شود.

این برای حمایت از فرزند شما در دریافت مراقبتی است که نیاز دارد و حق دریافت آن را دارد. فرزند شما این حق را دارد که درخواست تجدیدنظر، درخواست استماع منصفانه ایالتی، یا ارائه شکایت را داشته باشد. هیچ مجازاتی برای انجام هر یک از این اقدامات وجود ندارد.

درخواست درخواست نظر، پرداخت عادلانه ایالتی، یا شکایت شما موفق یا خیر، پوشش Medi-Cal فرزندان پایان نمی یابد زیرا شما هر یک از اینها را انجام دهید.

یک درخواست تجدیدنظر به برنامه مراقبت مدیریت شده فرزند شما نیاز دارد که هرگونه انکار، تأخیر، کاهش یا توقف خدمات را بررسی کند تا بداند آیا با شما موافق است یا خیر.

**دادرسی عادلانه ایالتی** فرصتی برای صحبت در برابر قاضی برای بررسی تصمیمی است که طرح مراقبت مدیریت شده فرزندان یا DHCS (سازمان دولتی Medi-Cal) اتخاذ کرده است که شما با آن مخالف هستید.

**شکایت** برای هر موضوعی است که شما با آن راضی نیستید یا با آن موافق نیستید که درخواست تجدیدنظر یا رسیدگی عادلانه ایالتی شامل آن نمی شود. این برای مسائل یا نگرانی های مربوط به برنامه مراقبت مدیریت شده یا DHCS فرزند شما است که انکار، تأخیر، کاهش یا توقف خدمات ندارند.

### نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر، درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی یا ارائه شکایت

اطلاعیه کتبی را بخوانید. اگر یک طرح مراقبت مدیریت شده، DHCS (آژانس دولتی Medi-Cal)، یا ارائه خدمات فرزند شما را کند، کاهش دهد یا کاهش دهد، باید با تصمیم آنها یک اخطار اقدام کند. نامطلوب «نیز نامیده می شود» شما باید این اخطار را حداقل **10** روز قبل از کاهش یا توقف درمان یا خدمات فرزندان دریافت کنید. اطلاعیه توضیح می دهد:

- چرا و چگونه برنامه مراقبت مدیریت شده فرزند شما یا DHCS تصمیم خود را گرفته است
- حقوق فرزند شما

- نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر یا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی

اگر با تصمیم موافق نیستید، مهم است که قبل از توقف خدمات یا کاهش آن، درخواست تجدیدنظر کنید تا بتوانند در طول درخواست تجدیدنظر یا رسیدگی عادلانه ایالتی ادامه دهند.

اگر اخطار دریافت نکردید، با شماره اتحاد مصرف کنندگان سلامت (HCA) زیر تماس بگیرید. اگر اطلاعیه ای دریافت نکردید، همچنان می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای آشنایی با نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر، درخواست دادرسی عادلانه ایالتی یا ارسال شکایت، صفحات زیر را بخوانید.

## چگونه می توان کمک گرفت

### خط راهنمای اعضای Medi-Cal

خط راهنمای اعضای Medi-Cal پشتیبانی رایگان ارائه می دهد. آنها می توانند شما را به دفتر محلی Medi-Cal، برنامه مراقبت مدیریت شده یا سایر منابع Medi-Cal متصل کنند تا به سؤالات شما در مورد Medi-Cal پاسخ دهند.

• تلفن: 1-800-541-5555

• آنلاین: [www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal](http://www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal)

### اتحاد مصرف کنندگان سلامت (HCA)

HCA برای حل مشکلات سلامتی به ثبت نام کنندگان Medi-Cal کمک تلفنی یا حضوری رایگان می دهد. آنها همچنین ممکن است بتوانند شما را با منابع رایگان برای کمک به رسیدگی به مسائل حقوقی مربوط به مراقبت های بهداشتی مرتبط کنند.

• تلفن: 1-888-804-3536

• آنلاین: [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)



کادر ۲

### اگر فکر می کنید یک تصمیم اشتباه است

اگر فکر می کنید که Medi-Cal فرزندان به اشتباه متوقف شده است یا فرزند شما به اشتباه واجد شرایط Medi-Cal نیست:

- دستورالعمل های موجود در اعلامیه تجدیدنظر را دنبال کنید، یا
- آژانس خدمات انسانی شهر خود را در [dhcs.ca.gov/COL](http://dhcs.ca.gov/COL) پیدا کنید

## حقوق فرزند شما در مراقبت مدیریت شده Medi-Cal چیست؟

اطلاعات زیر در صفحات 5-8 برای همه سیستم های مراقبت مدیریت شده در Medi-Cal اعمال می شود. اکثر کودکانی که در Medi-Cal ثبت نام کرده اند، مراقبت خود را از طریق طرح مراقبت مدیریت شده Medi-Cal دریافت می کنند. این طرح برای خدمات سلامت جسمانی است. همچنین برای خدمات محدود بهداشت روانی به نام "خدمات بهداشت روان غیر تخصصی" است.

سایر سیستم های مراقبت مدیریت شده عبارتند از:

- خدمات تخصصی سلامت روان برای خدمات متمرکز سلامت رفتاری از طریق یک طرح سلامت روان جداگانه.
  - Medi-Cal سیستم تحویل سازماندهی شده دارو برای درمان اعتیاد به مواد مخدر و الکل.
  - مراقبت های مدیریت شده دندان برای مراقبت های دندان در شهرهای لس آنجلس و ساکرامنتو.
- جدول 1 را در صفحه 8 بخوانید.

اگر فرزند شما در دریافت یا دریافت خدمات نگهداری که فکر می کنید یکی از برنامه های بالا باید پوشش دهد مشکل دارد، مطلب زیر را بخوانید. اگر فرزندان در برنامه نیست، درباره هزینه خدمات در صفحه 9 بخوانید.

### اگر مراقبت از فرزندان رد شود، به تأخیر بیفتد، کاهش یابد، یا در مراقبت مدیریت شده متوقف شود، چه کاری می توانید انجام دهید؟

#### با طرح مراقبت مدیریت شده فرزندان درخواست تجدیدنظر کنید

باید با ارائه یک درخواست تجدیدنظر با طرح مراقبت مدیریت شده شروع کنید. برای پیدا کردن طرح خود، به [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd) رجوع کنید. درخواست تجدیدنظر مستلزم برنامه فرزند شما برای بررسی هرگونه انکار، تأخیر، کاهش یا توقف خدمات است تا متوجه شود آیا با شما موافق است یا خیر. قبل از اینکه بتوانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید، باید درخواست تجدیدنظر بدهید.

- پس از اینکه فرزند شما اخطار اقدام کتبی را از برنامه مراقبت مدیریت شده خود دریافت کرد، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید. همچنین می توانید در صورتی که اخطار اقدام دریافت نکردید، درخواست تجدیدنظر کنید.

- شما 60 روز تقویمی پس از دریافت اختراع فرصت دارید تا با طرح مراقبت مدیریت شده درخواست تجدیدنظر کنید. می توانید درخواست تجدیدنظر خود را به صورت کتبی، تلفنی یا آنلاین برای طرح ارسال کنید. می توانید شماره های تماس را در جدول 1 در صفحه 8 پیدا کنید.

- اگر اعلامیه اقدام می گوید که خدماتی که فرزند شما قبلاً دریافت می کند متوقف می شود یا کاهش می یابد، همچنین ممکن است بخواهید که فرزندان در طول درخواست تجدیدنظر به دریافت خدمات ادامه دهد. این ادامه مزایا نامیده می شود. برای نحوه درخواست این موضوع، کادر 3 را بخوانید.



کادر ۳

#### نحوه درخواست ادامه مزایا در مراقبت مدیریت شده

اگر اخطار می گوید خدماتی که فرزندان قبلاً دریافت می کند متوقف می شود یا کاهش می یابد، می توانید در طول درخواست تجدیدنظر یا دادرسی عادلانه ایالتی برای ادامه مزایا (که همچنین «کمک های پرداخت شده در انتظار» نامیده می شود) درخواست دهید.

- شما باید قبل از اینکه سرویس متوقف شود یا کاهش یابد، درخواست تجدیدنظر یا درخواست رسیدگی عادلانه کنید.
- طرح مراقبت مدیریت شده باید حداقل 10 روز تقویمی قبل از اینکه آنها قصد توقف یا کاهش خدمات را برای فرزندان داشته باشند، به شما اطلاع کتبی بدهد.



کادر ۴

### درخواست تجدیدنظر فوری (سریعتر) یا دادرسی عادلانه ایالتی

اگر فرزندان به تجدیدنظر فوری (سریعتر) یا رسیدگی عادلانه نیاز دارد زیرا جان، سلامت یا توانایی او در خطر است، با **1-800-743-8525** تماس بگیرید.

می‌توانید در کتابچه راهنمای اعضا درباره نحوه درخواست فرآیند فوری بیشتر بخوانید.

- طرح مراقبت مدیریت شده فرزندان باید ظرف **5** روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر، درخواست تجدیدنظر را به‌طور کتبی تأیید کند. این طرح همچنین باید نام، شماره تلفن و آدرس فردی را که در طرح است که می‌تواند درباره درخواست تجدیدنظر و وضعیت آن به شما اطلاعات بیشتری بدهد، به شما بگوید. طرح باید ظرف **30** روز تقویمی پس از درخواست تجدیدنظر، یک تصمیم کتبی برای شما ارسال کند. که به آن Notice of Resolution می‌گویند.
- اگر وضعیت فرزندان اورژانسی است و 30 روز انتظار وضعیت آن را بدتر می‌کند، می‌توان یک تصمیم درخواست کرد **فوری** (سریعتر) کنید. برای چگونگی انجام این کار، **کادر 4** را بخوانید.

- می‌توانید در هر زمانی با طرح مراقبت مدیریت شده فرزندان با سؤالاتی درباره درخواست تجدیدنظر فرزندان تماس بگیرید. برای شماره های تماس، **جدول 1** را در صفحه 8 بخوانید.
- برنامه مراقبت مدیریت شده فرزند شما ممکن است شامل فرآیندی به نام هیئت بررسی پزشکی مستقل باشد. اطلاعات اقدام فرزندان این فرآیند را توضیح خواهد داد. اگر برنامه مراقبت مدیریت شده فرزند شما این فرآیند را ارائه می‌دهد، پس از تکمیل درخواست تجدیدنظر فرزندان خواهد بود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد هیئت بررسی مستقل پزشکی، با اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا به شماره 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891) تماس بگیرید. یا به <https://bit.ly/IMRCR> رجوع کنید.

### درخواست دادرسی عادلانه ایالت Medi-Cal

اگر روند تجدیدنظر طرح مراقبت مدیریت شده کامل شده است و شما همچنان با تصمیم این طرح مخالف هستید، می‌توانید برای فرزندان **دادرسی عادلانه ایالتی** درخواست کنید. همچنین اگر برنامه مراقبت مدیریت شده فرزندان اطلاعاتی ای درباره حق درخواست شماره نظر فرزندان ارسال نکرد یا آن را در یک زمان معقول ارسال نکرد، می‌توانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید.

جلسه دادرسی عادلانه ایالتی فرصتی برای صحبت در برابر یک قاضی برای بررسی تصمیم برنامه مراقبت مدیریت شده است که با آن مخالف هستید. قاضی برای اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا کار می‌کند، نه برای طرح فرزند شما.

- شما باید ظرف **120** روز تقویمی از تاریخی که تصمیم کتبی طرح مراقبت مدیریت شده را در مورد درخواست تجدیدنظر فرزندان دریافت می‌کنید، درخواست دادرسی عادلانه کنید. یک قاضی بی طرف پرونده فرزند شما را بررسی خواهد کرد. اگر تصمیمی که برای رسیدگی درخواست کردید خدماتی را که فرزندان قبلاً دریافت می‌کند متوقف کند، می‌توانید ادامه مزایای فرزندان را نیز بخواهید. **کادر 3** را در صفحه 5 بخوانید.

- شما می‌توانید از طریق تلفن، پست، فکس یا آنلاین درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی کنید. با شماره **1-800-743-8525** تماس بگیرید.

یا، به [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests) رجوع کنید.

- شما این حق را دارید که شخصی را به نمایندگی از خود در جلسه دادرسی عادلانه ایالتی فرزندان بیاورید. می‌توانید دوست، خویشاوند، وکیل یا هرکسی را که انتخاب می‌کنید بیاورید. برای آشنایی با نحوه دریافت کمک حقوقی رایگان، **نحوه دریافت کمک** را در صفحه 4 بخوانید.
- شما مجبور نیستید برای رسیدگی عادلانه ایالتی هزینه ای بپردازید. رایگان است.



- ایالت 90 روز تقویمی پس از تاریخ درخواست فرزند شما برای برگزاری نمایشگاه ایالتی برای تصمیم گیری نهایی فرصت دارد. اگر فرزندان فوراً به خدمات نیاز دارد و انتظار دارد 90 روز وضعیت او را بدتر می کند، می توان تصمیم گرفت فوری (سریع تر) را درخواست کنید. کادر 4 بالا را بخوانید.
- برای کمک بیشتر، اعلامیه های برنامه مراقبت مدیریت شده فرزندان را بخوانید. یا با شماره 1-800-743-8525 تماس بگیرید. یا به [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing) رجوع کنید.

### با Ombudsman تماس بگیرید

**Ombudsman** شخصی است که برای DHCS (آژانس دولتی Medi-Cal) کار می کند. وظیفه آنها این است که به شما و فرزندان کمک کنند تا اختلافات را با برنامه مراقبت مدیریت شده فرزندان برطرف کنید. شما می توانید در هر زمان با Ombudsman تماس بگیرید. این شامل زمانی است که فرزند شما اختاریه دریافت کرده، درخواست تجدیدنظر کرده، درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی کرده یا شکایتی ارائه کرده است. Ombudsman فقط برای افرادی است که در یک طرح مراقبت مدیریت شده ثبت نام کرده اند.

می توانید از طریق زیر با Ombudsman تماس بگیرید:

• تلفن: 1-888-452-8609

• ایمیل: [MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov)

« اطلاعات سلامت شخصی را در ایمیل قرار ندهید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره Ombudsman، به [www.dhcs.ca.gov/ombudsman](http://www.dhcs.ca.gov/ombudsman) رجوع کنید.

### اگر از مراقبت، پزشک یا ارائه مراقبت های بهداشتی فرزندان در مراقبت های مدیریت شده راضی نباشید، چه کنید؟

#### شکایت ارسال کنید

اگر پزشک با کودک شما بد یا بی ادبانه رفتار کرده است، یا از کیفیت مراقبت راضی نیستید، یا نمی توانید پزشکی پیدا کنید، می توانید برای فرزندان **شکایت** ارسال کنید. شکایت برای هرگونه اختلاف نظر در مورد چیزی است که تجدیدنظر یا رسیدگی عادلانه ایالتی آن را پوشش نمی دهد. این برای مسائل یا نگرانی هایی است که هیچ یک از خدمات فرزند شما را انکار نمی کند، به تاخیر نمی اندازد، کاهش نمی دهد یا متوقف نمی کند.

- هر زمان که بخواهید می توانید شکایتی را برای فرزندان ارسال کنید. می توانید آن را به صورت تلفنی یا کتبی به صورت آنلاین یا از طریق پست ارسال کنید. برای ارسال شکایت، با برنامه مراقبت مدیریت شده فرزندان تماس بگیرید. برای شماره های تماس، **جدول 1** را در صفحه 8 بخوانید.

• طرح مراقبت مدیریت شده فرزند شما باید شکایت شما را در مدت 5 روز تقویمی از تاریخی که آن را دریافت می کند به صورت کتبی تأیید کند. این باید شامل نام، شماره تلفن و آدرس فردی در طرح باشد که می تواند در مورد شکایت فرزندان و وضعیت آن اطلاعات بیشتری به شما بدهد.

- طرح مراقبت مدیریت شده فرزند شما 30 روز تقویمی از تاریخی که شکایت را ارسال می کنید تا شکایت فرزندان برطرف شود فرصت دارد.

## بررسی کلی سیستم های مراقبت مدیریت شده و اطلاعات تماس

### مراقبت مدیریت شده Medi-Cal (MCMC)

اکثر کودکان بیشتر این خدمات را از طریق برنامه های مراقبت مدیریت شده Medi-Cal دریافت می کنند:

- نیازهای سلامت جسمانی، مانند معاینات سلاما کودک و واکسن
- نیازهای غیرتخصصی سلامت روان، مانند درمان و دارو
- هماهنگی مراقبت

اگر فرزند شما خدمات مورد نیاز را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با برنامه مراقبت مدیریت شده Medi-Cal فرزندتان تماس بگیرید. شماره تلفن طرح در کارت شناسایی طرح فرزندتان موجود است. در وب سایت طرح نیز موجود است. همچنین می توانید شماره تلفن آنها را در [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd) پیدا کنید. یا با شماره 916-449-5000 تماس بگیرید.

### خدمات تخصصی سلامت روان (SMHS)

برخی از کودکانی که به خدمات تخصصی سلامت روان مانند مراقبت از یک بیماری جدی سلامت روان نیاز دارند، این مراقبت را از طریق خدمات تخصصی سلامت روان دریافت می کنند. هر شهر یک طرح سلامت روان دارد. اگر فرزند شما خدمات مورد نیاز را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با طرح سلامت روان شهر فرزندتان تماس بگیرید. می توانید شماره تلفن را در [www.dhcs.ca.gov/CMHP](http://www.dhcs.ca.gov/CMHP) پیدا کنید.

### سیستم تحویل سازماندهی شده دارو Medi-Cal (DMC-ODS)

کودکانی که در صورت لزوم به خدمات مصرف مواد مانند درمان مواد مخدر یا الکل، از جمله مشاوره و سایر درمان های بالینی، مانند درمان بستری دارو یا الکل نیاز دارند، این مراقبت ها را از طریق سیستم تحویل سازمان یافته Drug Medi-Cal دریافت می کنند. هر شهر یا طرح DMC-ODS دارد یا در Drug Medi-Cal است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد Drug Medi-Cal، جدول 2 را در صفحه 11 بخوانید.

اگر فرزند شما خدمات مورد نیاز را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با طرح DMC-ODS فرزندتان تماس بگیرید. شماره تلفن را در [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal) پیدا کنید.

### مراقبت های مدیریت شده دندان (Dental MC)

برخی از کودکانی که در شهر لس آنجلس یا شهر ساکرامنتو زندگی می کنند، خدمات دندانپزشکی، از جمله معاینه و تمیز کردن دندان دو بار در سال و مراقبت های بهداشت دهان و دندان را از طریق برنامه های مراقبت مدیریت شده دندان دریافت می کنند. کودکانی که در تمام شهرهای دیگر زندگی می کنند، مراقبت های دندان خود را از طریق هزینه خدمات دندانپزشکی (دندانپزشکی FFS) دریافت می کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد دندانپزشکی FFS، جدول 2 را در صفحه 11 بخوانید.

اگر در لس آنجلس یا ساکرامنتو زندگی می کنید و فرزندتان خدمات مورد نیاز را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با طرح Dental MC فرزندتان تماس بگیرید. شماره تلفن در کارت شناسایی Dental MC فرزند شما موجود است. همچنین در وب سایت طرح Dental MC فرزند شما وجود دارد. یا با شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید. همچنین می توانید شماره تلفن طرح را در <https://bit.ly/DMC-Contact> پیدا کنید.

## حقوق فرزند شما در Medi-Cal Fee For Service چیست؟

اطلاعات زیر در صفحات 9-11 در مورد هزینه خدمات Medi-Cal (FFS) اعمال می شود. برخی از کودکان ثبت نام شده در Medi-Cal مراقبت خود را از طریق FFS دریافت می کنند. FFS همچنین Medi-Cal "عادی" نامیده می شود. کودکان در FFS مراقبت های خود را از طریق DHCS (آژانس دولتی Medi-Cal) دریافت می کنند. هیچ برنامه مراقبت مدیریت شده مشمول نیست. FFS شامل Medi-Cal FFS برای خدمات جسمی و مجموعه ای محدود از خدمات سلامت روان به نام "خدمات بهداشتی روان غیر تخصصی"، Drug Medi-Cal برای خدمات درمان داروهای بیماران و الکل، FFS دندانپزشکی برای مراقبت از سلامت دندان، و Medi-Cal Rx برای داروها است. برای کسب اطلاعات بیشتر، جدول 2 را در صفحه 11 بخوانید.

اگر فرزند شما در دریافت یا نگهداری خدماتی که فکر می کنید DHCS باید پوشش دهد مشکل دارد، زیر را بخوانید. حتی اگر فرزند شما در یک برنامه مراقبت مدیریت شده نباشد، اگر فرزند شما برای یک وضعیت سلامت روانی جدی نیاز به مراقبت داشته باشد، از طریق یک طرح بهداشت روانی خدمات تخصصی سلامت روان دریافت خواهد کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر و یافتن محل درخواست کمک از طرح سلامت روان شهر، جدول 1 را در صفحه 8 بخوانید.



کادر ۵

### نحوه درخواست ادامه مزایا در هزینه نحوه درخواست ادامه مزایا در هزینه خدمات

اگر اخطار می گوید خدماتی که فرزندتان قبلاً دریافت می کند متوقف می شود یا کاهش می یابد، می توانید در طول درخواست تجدیدنظر یا دادرسی عادلانه ایالتی برای ادامه مزایا (که همچنین «کمک های پرداخت شده در انتظار» نامیده می شود) درخواست دهید.

- شما باید برای رسیدگی عادلانه ایالتی قبل از اینکه سرویس متوقف شود یا کاهش یابد، درخواست کنید.
- DHCS باید حداقل 10 روز تقویمی قبل از اینکه قصد توقف یا کاهش خدمات فرزندتان را داشته باشد، به شما اطلاعیه کتبی بدهد.

### اگر مراقبت از فرزندتان در FFS به تأخیر افتاد، رد شد، کاهش یافت یا متوقف شد، چه کاری می توانید انجام دهید؟

#### درخواست دادرسی عادلانه ایالت Medi-Cal

دادرسی عادلانه ایالتی فرصتی برای صحبت در برابر قاضی برای بررسی تصمیم DHCS است که با آن مخالف هستید. این شامل هرگونه انکار، تأخیر، کاهش یا توقف خدمات است. قاضی برای بخش خدمات اجتماعی کالیفرنیا کار می کند، نه DHCS.

- پس از اینکه فرزند شما اخطار اقدام را از DHCS دریافت کرد، ممکن است درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی کنید. همچنین می توانید در صورت عدم دریافت اطلاعیه اقدام، درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید.
- شما باید ظرف 90 روز تقویمی از تاریخی که اخطار کتبی اقدام توسط DHCS را دریافت می کنید، درخواست دادرسی عادلانه کنید. یک قاضی بی طرف پرونده فرزند شما را بررسی خواهد کرد. همچنین می توانید در هر زمان بدون اطلاعیه اقدام، درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی کنید. اگر تصمیمی که برای جلسه دادرسی درخواست کردید، خدماتی را که فرزندتان قبلاً

دریافت می کند متوقف کند، می توانید درخواست ادامه مزایا برای فرزندتان کنید. قادر 5 بالا را بخوانید.

- شما می توانید از طریق تلفن، پست، فکس یا آنلاین درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی کنید. با شماره 1-800-743-8525 تماس بگیرید. یا، به [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests) رجوع کنید.
- شما این حق را دارید که فردی را به نمایندگی از خود در جلسه دادگاه بیاورید. می توانید یک دوست، خویشاوند، وکیل یا هرکسی را که انتخاب می کنید بیاورید. برای کمک حقوقی رایگان، نحوه دریافت کمک را در صفحه 4 بخوانید.



کادر ۶

### درخواست تجدیدنظر فوری (سریعتر) یا دادرسی عادلانه ایالتی

اگر فرزندان به دادرسی عادلانه ایالتی فوری  
(سریعتر) نیاز دارد زیرا جان، سلامت یا توانایی  
فرزندان در خطر است، با 1-800-743-8525  
تماس بگیرید.

- شما مجبور نیستید برای رسیدگی عادلانه ایالتی هزینه ای بپردازید. رایگان است.
- ایالت 90 روز تقویمی پس از تاریخ درخواست فرزند شما برای رسیدگی عادلانه ایالتی برای تصمیم گیری نهایی فرصت دارد. اگر فرزندان فوراً به خدمات نیاز دارد و 90 روز انتظار باعث بدتر شدن وضعیت او می شود، می توانید درخواست یک تصمیم فوری (سریعتر) کنید. کادر 6 بالا را بخوانید.
- برای راهنمایی بیشتر، اطلاعاتیهایی را که فرزندان از DHCS دریافت کرده است بخوانید. یا با شماره 1-800-743-8525 تماس بگیرید. یا به [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing) رجوع کنید.

## اگر از مراقبت، پزشک، یا ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی فرزندان در FFS راضی نیستید، چه کنید؟

### شکایت ارسال کنید

اگر پزشک با کودک شما بد یا بی ادبانه رفتار کرده است، یا از کیفیت مراقبت راضی نیستید، یا نمی توانید پزشکی پیدا کنید، می توانید یک شکایت برای فرزند خود ارسال کنید. شکایت برای هر گونه اختلاف نظر در مورد چیزی است که دادرسی عادلانه ایالتی آن را پوشش نمی دهد. این برای مسائل یا نگرانی هایی است که خدمات فرزند شما را رد نمی کند، به تأخیر نمی اندازد، کاهش نمی دهد یا متوقف نمی کند.

- می توانید در هر زمانی برای فرزندان به خاطر Drug Medi-Cal، Dental FFS، یا Medi-Cal Rx شکایت کنید. می توانید آن را به صورت تلفنی یا کتبی به صورت آنلاین یا از طریق پست ارسال کنید. برای ارسال شکایت، با Drug Medi-Cal، Dental FFS یا Medi-Cal Rx تماس بگیرید. برای شماره های تماس، جدول 2 را در صفحه 11 بخوانید. هیچ شکایتی برای Medi-Cal FFS برای خدمات سلامت جسمانی و خدمات غیر تخصصی سلامت روان وجود ندارد.
- DHCS باید شکایت شما را در مدت 5 روز تقویمی از تاریخی که آن را دریافت می کند به صورت کتبی تأیید کند. این باید شامل نام، شماره تلفن و آدرس فردی در DHCS باشد که می تواند درباره شکایت فرزندان و وضعیت آن اطلاعات بیشتری به شما بدهد.
- DHCS از تاریخ ارسال شکایت، 30 روز تقویمی برای حل و فصل شکایت فرزندان برای Dental FFS و Medi-Cal Rx فرصت دارد. 90 Drug Medi-Cal روز تقویمی برای رفع شکایت فرزندان فرصت دارد.

## برای سؤالات باید با چه کسی تماس بگیرید؟

جدول 2

### هزینه برای بررسی کلی خدمات و اطلاعات تماس

#### هزینه خدمات Medi-Cal (Medi-Cal FFS)

برخی از کودکان، مانند برخی از کودکان تحت سرپرستی، خدمات سلامت جسمانی خود را از طریق Medi-Cal FFS دریافت می کنند.

اگر فرزند شما این خدمات را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با شماره 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) تماس بگیرید.

#### (DMC) Drug Medi-Cal

کودکانی که در صورت لزوم به خدمات مصرف مواد مانند درمان مواد مخدر یا الکل، از جمله مشاوره و سایر درمان های بالینی، مانند درمان بستری دارو یا الکل نیاز دارند، این مراقبت ها را از طریق Drug Medi-Cal دریافت می کنند. هر شهر یا یک طرح DMC-ODS دارد یا در DMC است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد DMC-ODS، جدول 1 را در صفحه 8 بخوانید.

اگر فرزند شما این خدمات را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با برنامه DMC فرزندتان تماس بگیرید. برای پیدا کردن شماره تلفن، به [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal) بروید.

#### هزینه خدمات دندانپزشکی (Dental FFS)

اکثر کودکان خدمات دندانپزشکی Medi-Cal خود را از طریق Dental FFS دریافت می کنند. این شامل معاینه و تمیز کردن دندان دو بار در سال و مراقبت از سلامت دهان و دندان است.

اگر فرزندتان این خدمات را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [smilecalifornia.org](http://smilecalifornia.org) رجوع کنید.

#### Medi-Cal Rx

کودکان خدمات داروخانه Medi-Cal خود را از طریق Medi-Cal Rx دریافت می کنند. اینها شامل داروهای سرپایی تجویزی و بدون نسخه، محصولات تغذیه روده ای مانند لوله تغذیه، و لوازم پزشکی است.

اگر فرزند شما این خدمات را دریافت نمی کند یا نگرانی دارد، با شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. در <https://bit.ly/3D1rQFV> بیشتر بیاموزید.



## សូមរក្សាទុក!

ព័ត៌មានដ៏មានសារៈសំខាន់ ដើម្បីជួយ កុមារ និង យុវជនរហូតដល់អាយុ 21 ឆ្នាំឱ្យទទួលបានរាល់ការថែទាំដែលពួកគេត្រូវការ

## តើសេវាកម្មអ្វីខ្លះដែលកុមារ និងយុវជនអាច ទទួលបាន ប្រសិនបើពួកគេស្ថិតក្នុង Medi-Cal?

ស្ថិតក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋ California និងច្បាប់សហព័ន្ធ រាល់កុមារ និងយុវជនទាំងអស់រហូតដល់អាយុ 21 ឆ្នាំ ដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal មានសិទ្ធិ ពិនិត្យសុខភាព ជាប្រចាំ និង សេវាបង្ការ និង ព្យាបាល ផ្សេងទៀតដែលចាំបាច់ដើម្បីមាន ឬទទួលបានសុខភាពល្អ។

សិទ្ធិនេះត្រូវបានគេស្គាល់នៅក្នុងច្បាប់សហព័ន្ធជាជាការពិនិត្យរាវរកជំងឺ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលឱ្យបានលឿន ពីដើមទី និងម្តងម្កាល(EPSDT)។ សិទ្ធិនេះធានាថា កុមារគ្រប់រូបដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal ទទួលបានការថែទាំ ដែលពួកគេត្រូវការ ដើម្បីលូតលាស់ប្រកបដោយសុខភាពល្អតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ នៅក្នុងរដ្ឋ California គេហៅ EPSDT ថាជា **Medi-Cal សម្រាប់កុមារ និងក្មេងជំទង់**។

សេវាកម្មទាំងនេះ ឥតគិតថ្លៃ លុះត្រាតែកុមារ ឬយុវជនត្រូវបានរកឃើញថាមានចំណែកនៃថ្លៃចំណាយ នៅពេលដែលពួកគេ មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal។

## ប្រសិនបើចាំបាច់ Medi-Cal សម្រាប់កុមារ និងក្មេងជំទង់ត្រូវតែរ៉ាប់រងសេវាកម្មទាំងនេះដោយគ្មានដែនកំណត់៖

- សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវកាយ រួមបញ្ចូលការថែទាំបឋម និងការជួបពិនិត្យជាមួយអ្នកឯកទេស
- សេវាសុខភាពភ្នែក រួមបញ្ចូលទាំងវ៉ែនតា
- សេវាសុខភាពត្រចៀក
- សេវាពិនិត្យ និងតាមដានសុខភាពផ្ទៃពោះ
- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង រួមទាំងការព្យាបាល
- សេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនា ដោយការប្រកបកិច្ចការ និងដោយសំដី
- បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ដូចជា រទេះរុញ រួមទាំងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រប្រើបានយូរ
- ឱសថទាំងមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា និងមានវេជ្ជបញ្ជា
- ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ រួមទាំងការធ្វើតេស្តឈាម ដើម្បីពិនិត្យមើលកម្រិតសំណ ការធ្វើតេស្តរកមើលការឆ្លងមេរោគកាមរោគ (STI) និងការថែទាំតាមដានដែលចាំបាច់
- សេវាសុខភាពតាមផ្ទះ រួមទាំងការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកា
- ការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ និងនៅគេហដ្ឋាន
- សេវាសុខភាពបន្តពូជ និងផ្លូវភេទ ដូចជាការពន្យារកំណើត និងការថែទាំក្នុងពេលរំលូតកូន



ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការលិខិតនេះ ឬសម្ភារ Medi-Cal ណាមួយជាទម្រង់ជំនួសដូចជា ពុម្ពអក្សរធំ ទម្រង់អូឌីយ៉ូ ស៊ីឌី ឬអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការ ចូរទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-284-0040។

## កុមារ និងយុវជនមានសិទ្ធិទទួលបានការគាំទ្រដោយមិនគិតថ្លៃ ដើម្បីទទួលបានការថែទាំ ដូចជា៖

- ទទួលបានការធ្វើដំណើរដោយឥតគិតថ្លៃទៅ និងមកពីកន្លែងណាមួយជួបប្រជុំ ឬទៅទទួលយកឱសថបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់
- គាំទ្រក្នុងការណាត់ជួបខាងវេជ្ជសាស្ត្រ
- ជួយស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព
- សេវាបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ (អ្នកមិនគួរយកអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកទៅជាមួយ នៅពេលណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនោះទេ)

## តើ “ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ” មានន័យដូចម្តេច?

សម្រាប់កុមារ និងយុវជន ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ មានន័យថាជាសេវាដែលចាំបាច់ក្នុងការព្យាបាល កែតម្រូវ គ្រប់គ្រង ឬកែលម្អជំងឺ ឬស្ថានភាពសុខភាព។

វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់កូនអ្នក ជាធម្មតាសម្រេចចិត្តថាតើមានអ្វីមួយចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ។

សេវាកម្មមួយចំនួនអាចត្រូវការការអនុញ្ញាតជាមុន។ ប្រសិនបើសេវាកម្មមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់កុមារ ឬយុវជនរហូតដល់អាយុ 21 ឆ្នាំ ចំនួនសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលមិនអាចត្រូវបានកំណត់ទេ។ ជាឧទាហរណ៍ កុមារមិនអាចកំណត់ត្រឹមតែវ៉ែនតាមួយគូរៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តងនោះទេ។ ប្រសិនបើកុមារមានវ៉ែនតា ប៉ុន្តែមានបញ្ហាក្នុងការមើល កុមារមានសិទ្ធិទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី និងវ៉ែនតាថ្មីនៅពេលដែលចាំបាច់។

### ប្រអប់ទី 1

#### Medi-Calរបស់កូនអ្នក



កុមារ និងយុវជននៅក្នុង Medi-Cal ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ពួកគេតាមវិធីមួយក្នុងចំណោមវិធីទាំងពីរនេះ៖

1. **ការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង** ដោយគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព គម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬគម្រោងសុខភាពឆ្មេញ ឬ
2. **ថ្លៃឈ្នួលតាមការប្រើប្រាស់សេវា** ដោយក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS) នៃរដ្ឋ California ដែលជាទីភ្នាក់ងារ Medi-Cal របស់រដ្ឋ

ឯកសារនេះពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើកុមារ ឬយុវជនដែលបានចុះឈ្មោះមិនទទួលបានសេវាដែលចាំបាច់តាមរយៈ **ការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង** ឬ **ថ្លៃឈ្នួលតាមការប្រើប្រាស់សេវា**។ វាពន្យល់អំពីរបៀប៖

- ដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍
- ស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ
- ដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ

សម្រាប់ជំនួយក្នុងការទទួលបានសេវា ឬសម្រាប់សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ចូរទូរសព្ទទៅកាន់ខ្សែទូរសព្ទជំនួយពីសមាជិក Medi-Cal តាមរយៈលេខ **1-800-541-5555**។

# តើអ្នកគួរធ្វើដូចម្តេច ប្រសិនបើមានការបដិសេធ ពន្យារពេល កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការថែទាំកូនរបស់អ្នក?

ប្រសិនបើមានការបដិសេធ ពន្យារពេល កាត់បន្ថយ  
ឬបញ្ឈប់ការថែទាំកូនរបស់អ្នក ហើយអ្នកមិនយល់ស្តាប់  
ជាមួយនឹងការសម្រេចចិត្តដូចដែលបានរៀបរាប់  
នៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់  
អ្នក នោះអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញ  
និងច្រានចោលសេចក្តីសម្រេចនោះ។

នេះគឺដើម្បីគាំទ្រដល់កូនរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបាន  
ការថែទាំដែលគេត្រូវការ និងមានសិទ្ធិទទួលបាន។  
កូនរបស់អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យ **បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍** ស្នើសុំ  
**សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ** ឬដាក់បញ្ជូន **បណ្តឹងសាទុក្ខ** ។ មិន  
មានការដាក់ពិន័យចំពោះការចាត់វិធានការណាមួយទាំងនេះ  
ទេ។

មិនថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ ឬបណ្តឹង  
សាទុក្ខរបស់អ្នកទទួលបានជោគជ័យ ឬអត់នោះទេ  
ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់កូនអ្នកនឹង **មិន** បញ្ចប់ទេ ដោយសារអ្នកបានវិធានការណាមួយទាំងនេះ។

## របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ ឬដាក់បញ្ជូនបណ្តឹងសាទុក្ខ

**អានសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។** ប្រសិនបើគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង DHCS (ទីភ្នាក់ងារ  
Medi-Cal របស់រដ្ឋ) ឬអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធ កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់សេវាកម្មរបស់កូនអ្នក ពួកគេត្រូវតែធ្វើ  
សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (ក៏ត្រូវបានគេហៅផងដែរថា “សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការកំណត់អ  
ត្ថប្រយោជន៍អវិជ្ជមាន”) ជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេ។

អ្នកត្រូវតែទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល **10** ថ្ងៃមុនពេលព្យាបាល ឬបើមិនដូច្នោះទេសេវាក  
ម្មរបស់កូនអ្នកនឹងត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់។ សេចក្តីជូនដំណឹងពន្យល់អំពី៖

- មូលហេតុ និងរបៀបដែលគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នក ឬ DHCS បានធ្វើសេចក្តីសម្រេចរបស់ខ្លួន
- ស

**បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍** តម្រូវឱ្យគម្រោងថែទាំក្រោម  
ការគ្រប់គ្រងរបស់កូនរបស់អ្នកដើម្បីពិនិត្យមើល  
លការបដិសេធ ការពន្យារពេល ការកាត់បន្ថយ  
ឬបញ្ឈប់សេវាកម្មណាមួយ ដើម្បីរកមើល ថាតើពួក  
គេយល់ស្របជាមួយអ្នកដែរឬអត់។

**សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ** គឺជាឱកាសមួយក្នុងការនិ  
យាយនៅចំពោះមុខចៅក្រម ដើម្បីពិនិត្យមើលការស  
ម្រេចចិត្តដែលគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់  
កូនអ្នក ឬ DHCS (ទីភ្នាក់ងារ Medi-Cal របស់រដ្ឋ)  
បានធ្វើឡើង ដែលអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយ។

**បណ្តឹងសាទុក្ខ** គឺសម្រាប់បញ្ហាណាមួយដែលអ្នក  
មិនពេញចិត្ត ឬមិនយល់ស្របជាមួយ ដែលប  
ណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋមិនគ្របដ  
ណ្តប់។ វាគឺសម្រាប់បញ្ហា ឬក្តីកង្វល់ជាមួយនឹងគម្រ  
ោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នក ឬ DHCS  
ដែលមិនមែនជាការបដិសេធ ការពន្យារពេល  
ការកាត់បន្ថយ ឬការបញ្ឈប់សេវាកម្មនោះទេ។

## របៀបទទួលបានជំនួយ

### ខ្សែទូរសព្ទជំនួយពីសមាជិករបស់ Medi-Cal

ខ្សែទូរសព្ទជំនួយពីសមាជិករបស់ Medi-Cal ផ្តល់ជូនជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ ពួកគេអាចភ្ជាប់អ្នកទៅកាន់ការិយាល័យ Medi-Cal ក្នុងតំបន់របស់អ្នក គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់អ្នក ឬទៅកាន់ធនធាន Medi-Cal ផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពី Medi-Cal។

- ទូរសព្ទ៖ 1-800-541-5555
- អនឡាញ៖ [www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal](http://www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal)

### សម្ភារអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព (HCA)

HCA ផ្តល់ជំនួយតាមរយៈទូរសព្ទ ឬដោយផ្ទាល់ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកចុះឈ្មោះរបស់ Medi-Cal ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាព។ ពួកគេក៏អាចភ្ជាប់អ្នកទៅកាន់ធនធានដែលឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីជួយដោះស្រាយបញ្ហាផ្លូវច្បាប់ទាក់ទងនឹងការថែទាំសុខភាពផងដែរ។

- ទូរសព្ទ៖ 1-888-804-3536
- អនឡាញ៖ [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)

#### ប្រអប់ទី 2

### ប្រសិនបើអ្នកគិតថាសេចក្តីសម្រេចមានភាពខុសឆ្គង



ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា Medi-Cal របស់កូនអ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់ដោយភាពខុសឆ្គង ឬកូនរបស់អ្នកត្រូវបានរកឃើញថាមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ដោយភាពខុសឆ្គង៖

- ចូរអនុវត្តតាមការណែនាំនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬ
- ស្វែងរកទីភ្នាក់ងារសេវាមនុស្សជាតិប្រចាំខោនធីនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកតាមរយៈគេហទំព័រ [dhcs.ca.gov/COL](http://dhcs.ca.gov/COL)

# តើសិទ្ធិរបស់កូនអ្នកក្នុងការថែទាំដែលស្ថិតក្រោមគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal មានអ្វីខ្លះ?

ព័ត៌មានខាងក្រោមនៅលើទំព័រ 5-8 អនុវត្តចំពោះប្រព័ន្ធថែទាំដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងទាំងអស់នៅក្នុង Medi-Cal។ កុមារភាគច្រើនដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal ទទួលបានការថែទាំរបស់ពួកគេតាមរយៈ **គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal**។ គម្រោងនេះគឺសម្រាប់សេវាសុខភាពរាងកាយ។ គម្រោងនេះក៏សម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តមានកម្រិតដែរដែលគេហៅថា “សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តមិនឯកទេស”។

ប្រព័ន្ធថែទាំដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងផ្សេងទៀតមាន៖

- **សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស** សម្រាប់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលពឹងផ្អែកខ្លាំង តាមរយៈគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តដាច់ដោយឡែក។
- **ប្រព័ន្ធថែទាំយុវជនដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal** សម្រាប់ការព្យាបាលការញៀនគ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹង។
- **ការថែទាំសុខភាពផ្ទេរស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រង** សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពផ្ទេរនៅក្នុងខោនធី Los Angeles និងខោនធី Sacramento។ អាន **តារាងទី 1** នៅទំព័រទី 8។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបាន ឬការបន្តសេវាកម្មដែលអ្នកគិតថាគម្រោងណាមួយខាងលើគួរតែរ៉ាប់រង ចូរអានចំណុចខាងក្រោម។ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង ចូរអានអំពី **ថ្ងៃសេវាកម្ម** នៅទំព័រទី 9។

## តើអ្នកអាចធ្វើអ្វីបានប្រសិនបើមានការបដិសេធ ពន្យារពេល កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការថែទាំកូនរបស់អ្នកនៅក្នុងការថែទាំដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រង?

ដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នក។

អ្នកត្រូវតែចាប់ផ្តើមតាមរយៈការដាក់ពាក្យ **បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍** ជាមួយគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង។

ដើម្បីស្វែងរកគម្រោងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ

[www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd)។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តម្រូវឱ្យ

គម្រោងរបស់កូនអ្នកត្រួតពិនិត្យការបដិសេធ ការពន្យារពេល ការកាត់បន្ថយ ឬការបញ្ឈប់សេវាកម្មណាមួយដើម្បីស្វែងយល់ថាតើពួកគេយល់ព្រមជាមួយអ្នកឬអត់។ អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មុនពេលអ្នកអាចសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ។

- បន្ទាប់ពីកូនរបស់អ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីគម្រោងថែទាំដែលបានស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់គេរួចហើយ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ ប្រសិនបើអ្នក **មិន** ទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ។
- អ្នកមានរយៈពេល **60** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយគម្រោងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរបាន តាមទូរសព្ទ ឬតាមអនឡាញ។ អ្នកអាចស្វែងរកលេខទំនាក់ទំនងបាននៅក្នុង **តារាងទី 1** នៅទំព័រទី 8។

### ប្រអប់ទី 3

#### របៀបស្នើសុំ ការបន្តនៃអត្ថប្រយោជន៍ នៅក្នុងការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង



ប្រសិនបើការជូនដំណឹងនេះនិយាយថាសេវាដែលកូនរបស់អ្នកទទួលបានរួចហើយនឹងបញ្ឈប់ ឬត្រូវបានកាត់បន្ថយ អ្នកអាចស្នើសុំ **ការបន្តនៃអត្ថប្រយោជន៍** (ក៏ហៅផងដែរថា “ការរង់ចាំជំនួយដែលបានបង់”) សម្រាប់កូនរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ។

- អ្នកត្រូវតែប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ **មុនពេល** សេវាកម្មបញ្ឈប់ ឬត្រូវបានកាត់បន្ថយ។
- គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងត្រូវតែផ្តល់ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល **10** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន មុនពេលពួកគេមានគម្រោងបញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយសេវាកម្មសម្រាប់កូនរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការនិយាយថា សេវាកម្មដែលកូនរបស់អ្នកទទួលបានរួចហើយនឹងបញ្ឈប់ ឬ ត្រូវបានកាត់បន្ថយ អ្នកក៏អាចស្នើឱ្យកូនរបស់អ្នកបន្តទទួលបានសេវាកម្មក្នុងអំឡុងពេលនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា **ការបន្តនៃអត្ថប្រយោជន៍**។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបក្នុងការស្នើអត្ថប្រយោជន៍នេះ ចូរអាន **ប្រអប់ទី 3**។
- គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នកត្រូវតែទទួលស្គាល់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល **5** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលពួកគេទទួលបានពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ គម្រោងនេះក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកពីឈ្មោះ លេខទូរសព្ទ និងអាសយដ្ឋានរបស់បុគ្គលនៅក្នុងគម្រោងដែលអាចប្រាប់អ្នកបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍និងស្ថានភាពនៃបណ្តឹងផងដែរ។ គម្រោងនេះត្រូវតែធ្វើសេចក្តីប្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល **30** ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃការស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ នេះត្រូវបានគេហៅថាសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយ។
- ប្រសិនបើស្ថានភាពរបស់កូនអ្នកមានភាពបន្ទាន់ ហើយការរង់ចាំរយៈពេល 30 ថ្ងៃនឹងធ្វើឱ្យស្ថានភាពរបស់គេកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេច **រហ័ស** (លឿនជាងនេះ)។ សម្រាប់របៀបនៃការស្នើសុំនេះ ចូរអាន **ប្រអប់ទី 4**។
- អ្នកអាចទាក់ទងទៅគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នកជាមួយនឹងសំណួរអំពីការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់កូនអ្នកនៅពេលណាក៏បាន។ សម្រាប់លេខទំនាក់ទំនង ចូរអាន **តារាងទី 1** នៅទំព័រទី 8។

ប្រអប់ទី 4

**បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋរហ័ស (លឿនជាងនេះ)**



ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកត្រូវការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ **រហ័ស** (លឿនជាងនេះ) ព្រោះតែអាយុជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពដំណើរការរបស់កូនអ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ ចូរទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-743-8525** ។

អ្នកអាចអានបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកអំពីរបៀបក្នុងការស្នើសុំដំណើរការរហ័ស។

ឡើងបន្ទាប់ពីអ្នកបញ្ចប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់កូនអ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីក្រុមប្រឹក្សាត្រួតព្រួញផ្នែករដ្ឋសាស្ត្រឯករាជ្យ ចូរទូរសព្ទទៅក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891)។ ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <https://bit.ly/IMRCR>។

**ស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋរបស់ Medi-Cal**

ប្រសិនបើដំណើរការនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងត្រូវបានបញ្ចប់ ហើយអ្នកនៅតែមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់គម្រោង នោះអ្នកអាចស្នើសុំ **សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ** សម្រាប់កូនរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ ប្រសិនបើគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នកមិនធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិរបស់កូនអ្នកក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬមិនធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះក្នុងពេលវេលាមួយដ៏សមស្រប។

សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋគឺជាឱកាសមួយក្នុងការនិយាយនៅចំពោះមុខចៅក្រមដើម្បីពិនិត្យមើលសេចក្តីសម្រេចរបស់គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងដែលអ្នកមិនយល់ស្រប។ ចៅក្រមដែលធ្វើការឱ្យក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ចនៃរដ្ឋ California មិនមែនសម្រាប់គម្រោងរបស់កូនអ្នកទេ។

- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋក្នុងរយៈពេល **120** ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់កូនអ្នក។ ចៅក្រមដែលមិនលំអៀងនឹងពិនិត្យលើករណីរបស់កូនអ្នក។ ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចដែលអ្នកបានស្នើសុំសវនាការបញ្ឈប់សេវាកម្មដែលកូនរបស់អ្នកទទួលបានរួចហើយ អ្នកក៏អាចស្នើសុំការបន្តនៃអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់កូនរបស់អ្នកផងដែរ។ ចូរអាន **ប្រអប់ទី 3** នៅទំព័រទី 5។
- អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋបានតាមរយៈទូរសព្ទ សំបុត្រ ទូរសារ ឬតាមអនឡាញ។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525។ ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests)។

- អ្នកមានសិទ្ធិនាំមនុស្សម្នាក់មកតំណាងអ្នកនៅក្នុងសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋរបស់កូនអ្នក។ អ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិ សាច់ញាតិ មេធាវី ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកជ្រើសរើស។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបទទួលបានជំនួយផ្លូវច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ ចូរអាន **របៀបទទួលបានជំនួយ** នៅទំព័រទី 4។
- អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋទេ។ សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋគឺឥតគិតថ្លៃ។
- រដ្ឋមានរយៈពេល **90** ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ ថ្នាក់រដ្ឋរបស់កូនអ្នក ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកត្រូវការសេវាកម្មភ្លាមៗ ហើយការរង់ចាំរយៈពេល 90 ថ្ងៃនឹងធ្វើឱ្យស្ថានភាពរបស់គេកាន់តែអាក្រក់ទៅ អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេច **ហ័ស** (លឿនជាងនេះ)។ ចូរអាន **ប្រអប់ទី 4** ខាងលើ។
- សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ចូរអានសេចក្តីជូនដំណឹងពីគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នក។ ឬ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525។ ឬ ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing)។

**ទាក់ទងទៅ Ombudsman**

**Ombudsman** គឺជាបុគ្គលដែលធ្វើការឱ្យ DHCS (ភ្នាក់ងារ Medi-Cal របស់រដ្ឋ)។ ការងាររបស់ Ombudsman គឺជួយអ្នក និងកូនរបស់អ្នកព្យាយាមដោះស្រាយភាពមិនយល់ស្របគ្នាជាមួយគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នក។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់ Ombudsman នៅពេលណាក៏បាន។ នេះរាប់បញ្ចូលទាំងពេលដែលកូនរបស់អ្នកបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹង ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ ឬបានដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ។ Ombudsman គឺសម្រាប់តែអ្នកដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកអាចទាក់ទងទៅ Ombudsman តាមរយៈ៖

- ទូរសព្ទ៖ 1-888-452-8609
- អ៊ីមែល៖ [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)  
» កុំទុកព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងអ៊ីមែល។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមទៀតអំពី Ombudsman សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [www.dhcs.ca.gov/ombudsman](http://www.dhcs.ca.gov/ombudsman)។

**ចុះប្រសិនបើអ្នកមិនសប្បាយចិត្តនឹងការថែទាំរបស់កូនអ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង?**

**ដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ**

ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតបានព្យាបាលកូនរបស់អ្នកមិនល្អ ឬខ្លីខ្លា ឬអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ

## តើអ្នកគួរទាក់ទងទៅអ្នកណាសម្រាប់សំណួរ?

តារាងទី 1

### ទិដ្ឋភាពទូទៅ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងអំពីប្រព័ន្ធចែទំនៀមការគ្រប់គ្រង

#### ការចែទំនៀមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal (MCMC)

កុមារភាគច្រើនទទួលបានសេវាទាំងនេះភាគច្រើនតាមរយៈគម្រោងចែទំនៀមការគ្រប់គ្រង៖

- តម្រូវការសុខភាពរាងកាយ ដូចជាការពិនិត្យសុខភាព និងការចាក់ថ្នាំកូន
- តម្រូវការសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលមិនមែនឯកទេស ដូចជាការព្យាបាល និងប្រើប្រាស់ឱសថ
- ការសម្របសម្រួលការចែទំនៀម

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនទទួលបានសេវាទាំងនេះ ឬមានកង្វល់ណាមួយ ចូរទូរសព្ទទៅគម្រោងចែទំនៀមការគ្រប់គ្រងនៃ Medi-Cal របស់កូនអ្នក។ លេខទូរសព្ទរបស់គម្រោងគឺមាននៅលើបណ្ណសម្គាល់នៃគម្រោងរបស់កូនអ្នក។ លេខទូរសព្ទក៏មាននៅលើគេហទំព័ររបស់គម្រោងផងដែរ។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកលេខទូរសព្ទរបស់ពួកគេតាមរយៈគេហទំព័រ [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd) បានផងដែរ។ ឬ ទូរសព្ទទៅលេខ 916-449-5000។

#### សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស (SMHS)

កុមារមួយចំនួនដែលត្រូវការសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស ដូចជាការចែទំនៀមស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ ទទួលបានការចែទំនៀមនេះតាមរយៈសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស។ ខោនធីនីមួយៗមានគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្ត។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនទទួលបានសេវាទាំងនេះ ឬមានកង្វល់ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីរបស់កូនអ្នក។ អ្នកអាចស្វែងរកលេខទូរសព្ទតាមរយៈគេហទំព័រ [www.dhcs.ca.gov/CMHP](http://www.dhcs.ca.gov/CMHP)។

#### ប្រព័ន្ធចែកចាយឱសថដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal (DMC-ODS)

កុមារដែលត្រូវការសេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ដូចជាការព្យាបាលការញៀនគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង រួមទាំងការប្រឹក្សា និងការព្យាបាលតាមគ្លីនិកផ្សេងទៀត ដូចជាការព្យាបាលតាមគេហដ្ឋាននៃការញៀនគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល នៅពេលចាំបាច់ ទទួលបានការចែទំនៀមនេះតាមរយៈប្រព័ន្ធចែកចាយឱសថដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal

### តារាងទី 2 នៅទំព័រ 11។

ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងខោនធី Los Angeles ឬខោនធី Sacramento ហើយកូនរបស់អ្នកមិនទទួលបានសេវាដែលត្រូវការ ឬមានការកង្វល់ណាមួយ ចូរទូរសព្ទទៅគម្រោង Dental MC របស់កូនអ្នក។ លេខទូរសព្ទគឺមាននៅលើបណ្ណសម្គាល់ Dental MC របស់កូនអ្នក។ លេខទូរសព្ទក៏មាននៅលើគេហទំព័រនៃគម្រោង Dental MC របស់កូនអ្នកផងដែរ។ ឬ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-322-6384។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកលេខទូរសព្ទរបស់គម្រោងតាមរយៈគេហទំព័រ <https://bit.ly/DMC-Contact> បានផងដែរ។

# តើសិទ្ធិរបស់កូនអ្នកនៅក្នុងថ្លៃឈ្នួលតាមការប្រើប្រាស់សេវារបស់ Medi-Cal មានអ្វីខ្លះ?

ព័ត៌មានខាងក្រោមនៅទំព័រទី 9 -11 អនុវត្តចំពោះថ្លៃឈ្នួលតាមការប្រើប្រាស់សេវា (FFS) របស់ Medi-Cal។ កុមារមួយចំនួនដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal ទទួលបានការថែទាំរបស់ពួកគេតាមរយៈ FFS។ FFS គឺត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជា Medi-Cal “ធម្មតា”។ កុមារនៅក្នុង FFS ទទួលបានការថែទាំរបស់ពួកគេតាមរយៈ DHCS (ទីភ្នាក់ងារ Medi-Cal របស់រដ្ឋ)។ មិនមានការចូលរួមពីគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងនោះទេ។ FFS រួមបញ្ចូល Medi-Cal FFS សម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវកាយ និងសំណុំនៃសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តមានកំណត់ដែលត្រូវបានគេហៅថា “សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តមិនឯកទេស” Drug Medi-Cal សម្រាប់សេវាព្យាបាលការញៀនញៀន និងគ្រឿងស្រវឹង Dental FFS សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពធ្មេញ និង Medi-Cal Rx សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម ចូរអាន **តារាងទី 2** នៅទំព័រទី 11។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបាន ឬបន្តសេវាកម្មដែលអ្នកគិតថា DHCS គួរតែវាស់វែង ចូរអានចំណុចខាងក្រោម។ ទោះបីជាកូនរបស់អ្នកមិនស្ថិតក្នុងគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងក៏ដោយ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកត្រូវការការថែទាំសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តឆ្លងឆ្លូវ កូនរបស់

## តើអ្នកអាចធ្វើអ្វីបាន ប្រសិនបើការថែទាំកូនរបស់អ្នកនៅក្នុង FFS ត្រូវបានពន្យារពេល បដិសេធ កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់?

### ស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋរបស់ Medi-Cal

**សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ** គឺជាឱកាសមួយក្នុងការនិយាយនៅចំពោះមុខចៅក្រម ដើម្បីពិនិត្យមើលសេចក្តីសម្រេចដោយ DHCS ដែលអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការបដិសេធ ការពន្យារពេល ការកាត់បន្ថយ ឬការបញ្ឈប់នៃសេវាកម្ម។ ចៅក្រមដែលធ្វើការឱ្យក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ចនៃរដ្ឋ California មិនមែនជា DHCS នោះទេ។

- បន្ទាប់ពីកូនរបស់អ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការពី DHCS អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋបានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ។
- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋក្នុងរយៈពេល **90** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយ DHCS។ ចៅក្រមដែលមិនលំអៀងនឹងពិនិត្យលើករណីរបស់កូនអ្នក។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋបានគ្រប់ពេលផងដែរ ដោយមិនមានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ។ ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចដែលអ្នកបានស្នើសុំឱ្យមានសវនាការនឹងបញ្ឈប់សេវាកម្មដែលកូនរបស់អ្នកទទួលបានរួចហើយ អ្នកអាចស្នើសុំការបន្តនៃអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់កូនរបស់អ្នក។ ចូរអាន **ប្រអប់ទី 5** ខាងលើ។
- អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋបានតាមរយៈទូរសព្ទ សំបុត្រ ទូរសារ ឬតាមអនឡាញ។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525។ ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests)។

### ប្រអប់ទី 5

## របៀបស្នើសុំ ការបន្តនៃអត្ថប្រយោជន៍ នៅក្នុងថ្លៃឈ្នួលតាមការប្រើប្រាស់សេវា



ប្រសិនបើការជូនដំណឹងនេះនិយាយថាសេវាដែលកូនរបស់អ្នកទទួលបានរួចហើយនឹងបញ្ឈប់ ឬត្រូវបានកាត់បន្ថយ អ្នកក៏អាចស្នើសុំការបន្តនៃអត្ថប្រយោជន៍ (ក៏ហៅផងដែរថា “ការរង់ចាំជំនួយដែលបានបង់”) ក្នុងអំឡុងពេលនៃសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ។

- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ **មុនពេល** សេវាកម្មនេះឈប់ ឬត្រូវបានកាត់បន្ថយ។
- DHCS ត្រូវតែផ្តល់ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល **10** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន មុនពេលពួកគេមានគម្រោងបញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយសេវាកម្មសម្រាប់កូនរបស់អ្នក។

- អ្នកមានសិទ្ធិនាំយកមនុស្សម្នាក់មកតំណាងឱ្យអ្នកនៅក្នុងសវនាការបាន។ អ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិ សាច់ញាតិ មេធាវី ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកជ្រើសរើស។ សម្រាប់ជំនួយផ្លូវច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ ចូរអាន **របៀបទទួលបានជំនួយនៅទំព័រទី 4**។
- អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋទេ។ សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋគឺឥតគិតថ្លៃ។
- រដ្ឋមានរយៈពេល **90** ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ ថ្នាក់រដ្ឋរបស់កូនអ្នកដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកត្រូវការសេវាកម្មភ្លាមៗ ហើយការរង់ចាំរយៈពេល 90 ថ្ងៃនឹងធ្វើឱ្យស្ថានភាពរបស់គេកាន់តែអាក្រក់ទៅ អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេច **ហ័ស** (លឿនជាងនេះ)។ ចូរអាន **ប្រអប់ទី 6** ខាងលើ។
- សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ចូរអានសេចក្តីជូនដំណឹងដែលកូនរបស់អ្នកទទួលបានពី DHCS។ ឬ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525។ ឬ ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing)។

ប្រអប់ទី 6

**បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋហ័ស (លឿនជាងនេះ)**



ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកត្រូវការសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ **ហ័ស** (លឿនជាងនេះ) ព្រោះតែអាយុជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពដំណើរការរបស់កូនអ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ ចូរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525។

**ចុះប្រសិនបើអ្នកមិនសប្បាយចិត្តនឹងការថែទាំរបស់កូនអ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការថែទាំនៅក្នុង FFS?**

**ដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ**

- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតបានព្យាបាលកូនរបស់អ្នកមិនល្អ ឬខ្លីខ្លា ឬអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ឬអ្នកមិនអាចរកវេជ្ជបណ្ឌិតបានទេ អ្នកអាចដាក់បញ្ជូនពាក្យ **បណ្តឹងសាទុក្ខ** សម្រាប់កូនរបស់អ្នកបាន។ បណ្តឹងសាទុក្ខគឺសម្រាប់ភាពមិនយល់ស្របលើអ្វីដែលសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋមិនគ្របដណ្តប់។ បណ្តឹងសាទុក្ខគឺសម្រាប់បញ្ហាឬកង្វល់ដែល **មិន** បដិសេធ ពន្យារពេល កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់សេវាកម្មណាមួយរបស់កូនអ្នក។
- អ្នកអាចដាក់បញ្ជូនបណ្តឹងសាទុក្ខសម្រាប់កូនរបស់អ្នកសម្រាប់ Drug Medi-Cal, Dental FFS ឬ Medi-Cal Rx បានគ្រប់ពេលវេលា។ អ្នកអាចដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខតាមទូរសព្ទ ឬសរសេរតាមទូរសព្ទ ឬតាមប្រៃស

## តើអ្នកគួរទាក់ទងទៅអ្នកណាសម្រាប់សំណួរ?

តារាងទី 2

### ទិដ្ឋភាពទូទៅ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងអំពីថ្នល់ឈ្មួញតាមការប្រើប្រាស់សេវា

#### ថ្នល់ឈ្មួញតាមការប្រើប្រាស់សេវាបេស Medi-Cal (Medi-Cal FFS)

កុមារមួយចំនួន ដូចជាកុមារខ្លះនៅក្នុងការថែទាំកូនចិញ្ចឹម ទទួលបានសេវាសុខភាពរាងកាយរបស់ពួកគេតាមរយៈ Medi-Cal FFS។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះទេ ឬមានការព្យាយាមម្យ៉ាងណា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077)។

#### Drug Medi-Cal (DMC)

កុមារដែលត្រូវការសេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ដូចជាការព្យាបាលការញៀនគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្បៀង រួមទាំងការប្រើប្រាស់ និងការព្យាបាលតាមគ្រឹះស្ថានព្យាបាល ដូចជាការព្យាបាលតាមគេហដ្ឋាននៃការញៀនគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្បៀងសម្រាប់អ្នកជំងឺស្មាន់ព្យាបាល នៅពេលចាំបាច់ ទទួលបានការថែទាំនេះតាមរយៈ Drug Medi-Cal។ ខាងក្រោមនេះមានឈ្មោះ DMC-ODS ឬស្ថាប័នក្នុងតំបន់ DMC។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី DMC-ODS ចូរអាន **តារាងទី 1** នៅទំព័រទី 8។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះទេ ឬមានការព្យាយាមម្យ៉ាងណា ចូរទូរសព្ទទៅកម្មវិធី DMC របស់កូនអ្នក។ ដើម្បីស្វែងរកលេខទូរសព្ទ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal)។

#### ថ្នល់ឈ្មួញតាមការប្រើប្រាស់សេវាសម្រាប់សុខភាពឆ្មុញ (Dental FFS)

កុមារភាគច្រើនទទួលបានសេវាសុខភាពឆ្មុញ Medi-Cal របស់ពួកគេតាមរយៈ Dental FFS។ សេវាបញ្ចូលទាំងការពិនិត្យ និងសម្ភាសឆ្មុញពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ និងការថែទាំសុខភាពឆ្មុញ។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនទទួលបានសេវាទាំងនេះ



## 잘 보관해 두세요!

아동과 21세 이하  
청소년이 필요한 모든  
진료를 받는 데 도움이  
되는 중요한 정보

## Medi-Cal에 가입되어 있는 아동과 청소년은 어떤 서비스를 받을 수 있습니까?

캘리포니아 및 연방 법률에 따라, Medi-Cal에 가입된 21세 이하의 모든 아동과 청소년은 건강의 유지와 회복에 필요한 정기 건강검진 및 기타 예방 및 치료 서비스를 받을 권리가 있습니다.

이 권리는 연방법에서 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료(Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) 요건으로 알려져 있습니다. 이를 통해 Medi-Cal에 가입된 모든 아동이 가능한 한 건강하게 성장하는 데 필요한 진료를 받을 수 있도록 보장합니다. 캘리포니아에서는 EPSDT를 **아동 및 청소년을 위한 Medi-Cal(Medi-Cal for Kids & Teens)**이라고 합니다.

아동이나 청소년이 Medi-Cal 가입 자격이 있을 때 비용 부담이 있는 것으로 확인되지 않는 한 이러한 서비스는 **무료**로 제공됩니다.

## Medi-Cal for Kids & Teens는 필요한 경우 제한을 두지 않고 다음 서비스를 보장해야 합니다.

- 일차 진료 및 전문의 방문을 포함한 신체 건강 서비스
- 안경을 포함한 안과 서비스
- 청력 진료 서비스
- 치과 검진 및 후속 서비스
- 치료를 포함한 정신 건강 및 약물 또는 알코올 중독 진료 서비스
- 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료
- 내구성 의료 장비를 포함하여 휠체어와 같은 의료 장비 및 소모품
- 일반 의약품과 처방 의약품을 모두 포함한 의약품
- 납 수치 확인을 위한 혈액 검사, 성병 감염(STI) 검사, 필요한 모든 후속 진료를 포함한 실험실 검사
- 간호를 포함한 가정 건강 서비스
- 병원 및 거주 치료
- 피임 및 중절 수술과 같은 생식 및 성 건강 서비스
- 임신 검진
- 코로나19(COVID-19) 검사 및 치료
- 진료 조율(Managed Care 플랜에 가입된 경우)
- 의료 서비스 제공자의 결정에 따라 Medi-Cal에서 보장할 수 있는 기타 모든 필수 의료 서비스("의료적으로 필요한 서비스"라고도 함)



이 편지나 다른 형식(예: 더 큰 글꼴, 오디오 형식, CD 또는 점자)으로 제작된 Medi-Cal 자료가 필요하시면 1-833-284-0040으로 전화하십시오.

## 아동과 청소년은 다음과 같은 무료 지원을 통해 보호받을 권리가 있습니다.

- 진료 예약 의료 기관이나 약, 의료 장비, 소모품 수령처 방문을 위한 무료 왕복 승차권 지원
- 의료 기관 진료 예약 지원
- 의사 또는 의료 서비스 제공자를 찾도록 도움 제공
- 언어 통역 서비스(의료 기관 예약을 위해 직접 통역사를 섭외할 필요는 없음)

## “의료적으로 필요한 서비스”는 무슨 의미입니까?

아동과 청소년의 경우 **의료적으로 필요한 서비스**는 질병 또는 건강 상태를 치료, 교정, 관리 또는 개선하는 데 필요한 서비스를 의미합니다.

보통은 자녀를 담당한 의사나 의료 서비스 제공자가 의료적으로 필요한 서비스가 있는지 결정합니다.

어떤 서비스는 사전 승인이 필요할 수도 있습니다. 21세 이하의 아동이나 청소년에게 의료적으로 필요한 서비스가 있을 경우 그러한 서비스나 관련 치료의 수를 제한할 수 없습니다. 예를 들어, 아동에게 필요한 안경을 2년마다 하나씩만 지원하는 식으로 제한할 수 없다는 뜻입니다. 아동이 현재 쓰고 있는 안경이 있더라도 적당한 시력으로 사물을 보는 데 어려움이 있다면 필요할 때 새 처방전을 받아 새 안경을 지원받을 권리가 있습니다.

### 박스 1

#### 자녀의 Medi-Cal



Medi-Cal에 가입된 아동과 청소년은 다음 두 가지 방식 중 하나로 혜택을 받습니다.

1. **Managed care:** 건강 보험 플랜, 정신 건강 플랜 또는 치과 건강 플랜에서 운영 **또는**
2. **Fee For Service:** 캘리포니아 주정부 Medi-Cal 기관인 캘리포니아 보건부(Department of Health Care Services, DHCS)에서 운영

이 문서에서는 가입된 아동이나 청소년이 **Managed Care** 또는 **Fee For Service**를 통해 필요한 서비스를 받지 못하는 경우의 대처 방법을 설명합니다. 구체적으로는 다음 방법을 설명합니다.

- 항소 제기
- 주정부 공정 심리 요청
- 고충 민원 제출

서비스를 받는 데 도움이 필요하거나 주어진 혜택에 대해 궁금한 점이 있으시면 Medi-Cal 가입자 상담 전화 **1-800-541-5555**로 전화하십시오.

## 자녀의 진료가 거부, 지연, 축소 또는 중지된 경우 어떻게 해야 할까요?

자녀의 진료가 거부, 지연, 축소 또는 중지되었는데 귀하가 서면 통지에 설명되어 있는 결정 사항에 동의하지 않으실 경우에는 해당 결정을 다시 살펴본 후 번복하도록 요청할 수 있습니다.

이는 자녀에게 필요하고 받을 권리가 있는 진료를 올바르게 지원하기 위한 조치입니다. 자녀는 **항소**하거나 **주정부 공정 심리(State Fair Hearing)**를 요청하거나 **고충 민원**을 제출할 권리가 있습니다. 이러한 조치를 취하는 데 따른 불이익은 없습니다.

이러한 항소, 주정부 공정 심리 또는 고충 민원 제기 성패에 관계없이 이러한 조치를 취했다는 이유로 자녀의 Medi-Cal 보장이 종료되는 일은 **없습니다**.

### 항소, 주정부 공정 심리 요청 또는 고충 민원 제출 방법

**서면 통지서를 읽어보십시오.** Managed Care 플랜, DHCS(주 Medi-Cal 기관) 또는 의료 서비스 제공자는 자녀에게 제공되는 서비스를 거부, 축소 또는 중지할 경우 해당 결정 사항을 담은 서면 처분 통지("불리한 혜택 결정 통지서"라고도 함)를 보내야 합니다.

자녀의 치료 또는 서비스가 축소되거나 중지되는 시점을 기준으로 최소한 **10일** 전에는 이 통지서를 받아야 합니다. 통지서에는 다음과 같은 내용이 설명됩니다.

- 자녀의 Managed Care 플랜 또는 DHCS에서 그러한 결정을 내린 이유와 방식
- 자녀의 권리
- 항소 또는 주정부 공정 심리 요청 방법

**결정에 동의하지 않으실 경우** 항소에 따른 소정의 절차나 주정부 공정 심리가 진행되는 동안 서비스를 계속 받을 수 있도록 서비스가 실제로 중지되거나 축소되기 **전에** 항소하는 것이 중요합니다.

**통지서를 받지 않으신 경우에는** 아래 전화번호로 HCA(Health Consumer Alliance)에 전화해 문의하시기 바랍니다. 통지서를 받지 않았더라도 항소할 수 있습니다. 항소, 주정부 공정 심리 요청 또는 고충 민원 제출 방법을 알아보려면 아래 페이지를 읽어보십시오.

**항소**하면 의료서비스 제공자가 자녀의 Managed Care 플랜을 검토해 서비스 거부, 지연, 축소 또는 중지 결정이 타당한지 살펴본 후 제기된 항소에 대한 동의 여부를 밝혀야 합니다.

**주정부 공정 심리**는 귀하가 동의하지 않는 Managed Care 플랜 또는 DHCS(주정부 Medi-Cal 기관)의 결정을 검토하기 위해 판사 앞에서 진술할 수 있는 기회입니다.

**고충 민원**은 항소 또는 주정부 공정 심리에서 다루지 않는 사항에 대해 귀하가 만족하지 않거나 동의하지 않는 모든 문제에 대해 제출할 수 있습니다. 서비스 거부, 지연, 축소 또는 중지 문제가 아닌 문제로서, 자녀의 Managed Care 플랜 또는 DHCS와 관련된 문제나 우려 사항에 대해 고충 민원을 제출할 수 있습니다.

## 도움을 받는 방법

### Medi-Cal 가입자 상담 전화

Medi-Cal 가입자 상담 전화에서는 무료 지원을 제공합니다. 담당자가 지역 Medi-Cal 사무소, Managed Care 플랜 또는 기타 Medi-Cal 리소스에 연결하여 Medi-Cal에 대한 질문에 답변해 드릴 수 있습니다.

- 전화: 1-800-541-5555
- 온라인: [www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal](http://www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal)

### HCA(Health Consumer Alliance)

HCA는 건강 문제를 해결하기 위해 Medi-Cal 가입자에게 무료 전화 지원 또는 대면 지원을 제공합니다. 또한 의료 서비스와 관련된 법적 문제를 해결하는 데 도움이 되는 무료 리소스에 연결해 줄 수도 있습니다.

- 전화: 1-888-804-3536
- 온라인: [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)

#### 박스 2

#### 결정이 잘못되었다고 생각하실 경우

자녀의 Medi-Cal이 잘못 중지되었거나 자녀가 Medi-Cal 혜택을 받을 자격이 없다는 판단이 잘못되었다고 생각하시면 다음과 같이 대처하십시오.

- 통지서의 지침에 따라 항소하십시오. 또는
- [dhcs.ca.gov/COL](http://dhcs.ca.gov/COL)에서 지역 카운티 복지 사업 기관을 찾으십시오.



## Medi-Cal Managed Care에서 자녀의 권리는 무엇입니까?

5~8페이지에 있는 다음 정보는 Medi-Cal의 모든 Managed Care 제도에 적용됩니다. Medi-Cal에 가입한 아동은 대부분 **Medi-Cal Managed Care 플랜**을 통해 진료 서비스를 받습니다. 이 플랜은 신체 건강 서비스를 위한 것입니다. 또한 "비전문 정신 건강 서비스"라는 제한적인 정신 건강 서비스를 위한 것이기도 합니다.

기타 Managed Care 제도에는 다음이 포함됩니다.

- **전문 정신 건강 서비스:** 별도의 정신 건강 플랜을 통한 집중적인 행동 건강 서비스.
- **DMC-ODS(Drug Medi-Cal Organized Delivery System):** 약물 및 알코올 중독 치료를 위한 서비스.
- **Dental Managed Care:** 로스앤젤레스 및 새크라멘토 카운티에서 제공되는 치과 진료 서비스. 8페이지의 **표 1**을 읽어보십시오.

위의 플랜 중에서 자녀에게 보장되어야 한다고 생각하는 서비스를 자녀가 받거나 유지하는 데 문제가 있는 경우 아래 내용을 읽어보십시오. 자녀가 플랜에 가입되어 있지 않다면 9페이지에서 **Fee For Service**에 대해 읽어보십시오.

### Managed Care에서 자녀의 진료가 거부, 지연, 축소 또는 중지된 경우 어떻게 하면 될까요?

#### 자녀의 Managed Care 플랜에 항소

Managed Care 플랜에 **항소**부터 해야 합니다. 플랜을 찾아보려면 [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd)를 방문하십시오. 항소하면 의료서비스 제공자가 자녀의 플랜을 검토해 서비스 거부, 지연, 축소 또는 중지 결정이 타당한지 살펴본 후 제기된 항소에 대한 동의 여부를 밝혀야 합니다. 항소해야 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

- 부모는 자녀가 Managed Care 플랜에서 서면 처분 통지(Notice of Action)를 받은 후 항소할 수 있습니다. 처분 통지를 받지 **않은** 경우에도 항소할 수 있습니다.
- Managed Care 플랜에 항소하려면 처분 통지를 받은 후 역일 기준으로 **60일** 이내에 해야 합니다. 서면, 전화 또는 온라인으로 플랜에 항소할 수 있습니다. 8페이지의 **표 1**에서 연락처를 확인할 수 있습니다.
- 처분 통지에 자녀가 이미 받고 있는 서비스가 중지되거나 축소될 것이라고 표시되어 있는 경우 항소 절차가 진행되는 동안 자녀가 서비스를 계속 받도록 요청할 수도 있습니다. 이를 **혜택의 지속**이라고 합니다. 이를 요청하는 방법을 알아보려면 **박스 3**을 읽어보십시오.

#### 박스 3

##### Managed Care에서 혜택의 지속을 요청하는 방법



통지에 자녀가 이미 받고 있는 서비스가 중지되거나 축소될 것이라고 표시되어 있는 경우 귀하는 항소 또는 주정부 공정 심리 절차가 진행되는 동안 자녀를 위해 **혜택의 지속**("미결 보조금 지급"이라고도 함)을 요청할 수 있습니다.

- 서비스가 중지되거나 축소되기 **전에** 항소하거나 주정부 공정 심리를 요청해야 합니다.
- Managed Care 플랜은 자녀를 위한 서비스를 중지하거나 축소하려면 역일 기준 최소 **10일** 전에 서면 통지해야 합니다.

- 자녀의 Managed Care 플랜에서는 항소한 날로부터 역일 기준 **5일** 이내에 서면으로 항소 접수 사실을 확인해줘야 합니다. 또한 항소와 그 처리 상태에 대해 자세히 안내해 줄 수 있는 플랜 측 직원의 이름, 전화번호, 주소를 귀하에게 알려주어야 합니다. 플랜에서는 항소일로부터 역일 기준 **30일** 이내에 결정 사항을 서면으로 보내어 통지해야 합니다. 이를 해결 통지(Notice of Resolution)라고 합니다.
- 자녀가 처한 상황이 긴급하고 30일이나 기다리다 보면 상태가 악화될 경우에는 **신속** 결정(더 빠른 결정)을 요청할 수 있습니다. 이런 요청을 하는 방법은 **박스 4**를 읽어보십시오.
- 자녀의 서비스와 관련한 항소에 대해 궁금한 점이 있으시면 언제든지 해당 Managed Care 플랜에 문의할 수 있습니다. 연락처는 8페이지의 **표 1**을 참조하십시오.
- 자녀의 Managed Care 플랜에는 독립의료심사위원회(Independent Medical Review Board)라는 절차가 포함될 수 있습니다. 이 절차는 처분 통지에 설명되어 있습니다. 자녀의 Managed Care 플랜에서 이 절차를 제공할 경우 이는 항소를 마친 후가 될 것입니다. 독립의료심사위원회에 대해 자세히 알아보려면 캘리포니아 관리보건부(California Department of Managed Health Care)에 1-888-466-2219(TDD 1-877-688-9891)번으로 문의하십시오. 또는 <https://bit.ly/IMRCR>을 방문하십시오.

#### 박스 4

#### 신속(빠른) 항소 또는 주정부 공정 심리



자녀의 생명, 건강 또는 기능 능력이 위험에 처한 상황이라 자녀를 위해 **신속(빠른) 항소 또는 주정부 공정 심리**가 필요한 경우에는 **1-800-743-8525**로 전화하십시오.

신속 절차 진행을 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북에서 확인할 수 있습니다.

#### Medi-Cal 주정부 공정 심리 요청

Managed Care 플랜의 항소 절차가 완료되었지만 여전히 플랜의 결정에 동의할 수 없다면 자녀를 위해 **주정부 공정 심리**를 요청할 수 있습니다. Managed Care 플랜에서 자녀의 항소 권리에 대한 통지를 보내지 않거나 합당한 시간 내에 보내지 않는 경우에도 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

주정부 공정 심리는 귀하가 동의하지 않는 Managed Care 플랜의 결정을 검토하기 위해 판사 앞에서 진술할 수 있는 기회입니다. 심리에 출석하는 판사는 자녀가 가입된 플랜 운영 기관이 아니라 캘리포니아 사회복지부 소속입니다.

- 자녀의 항소에 대한 Managed Care 플랜의 서면 결정을 받은 날짜로부터 역일 기준으로 **120일** 이내에 주정부 공정 심리를 요청해야 합니다. 공정한 판사가 자녀의 사건을 심사할 것입니다. 귀하가 심리를 요청한 대상이 되는 결정으로 인해 자녀가 이미 받고 있는 서비스가 중지되는 경우 자녀를 위한 혜택 지속을 요청할 수도 있습니다. 5페이지의 **박스 3**을 읽어보십시오.
- 전화, 우편, 팩스 또는 온라인으로 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 1-800-743-8525로 전화하십시오. 또는 [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests)를 방문하십시오.
- 귀하는 자녀의 주정부 공정 심리에 귀하를 대표할 사람과 동행할 권리가 있습니다. 친구, 친척, 변호사 또는 누구든 원하는 사람을 데려올 수 있습니다. 무료 법률 지원을 받는 방법을 알아보려면 4 페이지에서 **도움을 받는 방법**을 읽어보십시오.

- 주정부 공정 심리 비용을 지불하실 필요는 없습니다. 무료로 제공됩니다.
- 주정부는 주정부 공정 심리 요청일로부터 역일 기준 **90일** 이내에 최종 결정을 내려야 합니다. 자녀가 즉시 서비스를 받아야 하고 90일이나 기다리다 보면 상태가 악화될 경우에는 **신속 결정**(더 빠른 결정)을 요청할 수 있습니다. 위의 **박스 4**를 읽어보십시오.
- 도움이 더 필요하다면 자녀가 가입된 Managed Care 플랜에서 보내준 통지서를 읽어보십시오. 또는 1-800-743-8525로 전화해 문의하십시오. 또는 [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing)을 방문하십시오.

## 옴부즈맨에게 연락하기

**옴부즈맨**은 DHCS(주 Medi-Cal 기관)에서 근무하는 사람입니다. 옴부즈맨의 직무는 부모와 자녀가 자녀가 가입된 Managed Care 플랜 측과 의견 충돌이 있을 때 그 해결하도록 도와주는 것입니다. 언제든지 옴부즈맨에게 전화하실 수 있습니다. 자녀가 어떤 통지를 받았거나 항소했거나 주정부 공정 심리를 요청했거나 고충 민원을 제출한 경우를 포함한 다양한 상황에 도움을 받으실 수 있습니다. 옴부즈맨은 Managed Care 플랜 가입자만을 위해 일합니다.

다음 연락처로 옴부즈맨에게 연락할 수 있습니다.

- 전화: 1-888-452-8609
- 이메일: [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)  
» 이메일을 작성할 때 개인 건강 정보는 넣지 마십시오.

옴부즈맨에 대해 자세히 알아보려면 [www.dhcs.ca.gov/ombudsman](http://www.dhcs.ca.gov/ombudsman)을 방문하십시오.

## Managed Care에서 자녀의 진료, 담당 의사 또는 의료 서비스 제공자가 만족스럽지 않으면 어떻게 해야 할까요?

### 고충 민원 제출

의사가 자녀를 부실하거나 무례한 태도로 대했거나 진료의 질에 만족하지 못하거나 알맞은 의사를 찾을 수 없는 경우 자녀를 위해 **고충 민원**을 제출할 수 있습니다. 고충 민원은 항소 또는 주정부 공정 심리에서 다루지 않는 모든 사항에 대해 다툼이 있는 사안에 대한 것입니다. 자녀의 서비스 거부, 지연, 축소 또는 중지와는 관계없는 문제나 우려 사항을 제기하고 싶을 때 고충 민원을 제출하면 됩니다.

- 언제든지 자녀를 위해 고충 민원을 제출할 수 있습니다. 전화로 제출하거나 온라인 또는 우편을 통해 서면 제출할 수 있습니다. 고충 민원을 제출하려면 자녀의 Managed Care 플랜 측에 연락하십시오. 연락처는 8페이지의 **표 1**을 참조하십시오.
- 자녀의 Managed Care 플랜에서는 고충 민원 접수일로부터 역일 기준으로 **5일** 이내에 서면으로 고충 민원 접수 사실을 확인해줘야 합니다. 여기에는 자녀의 고충 민원과 그 처리 상태에 대해 자세히 안내해 줄 수 있는 플랜 측 직원의 이름, 전화번호, 주소도 포함해야 합니다.
- 자녀의 Managed Care 플랜은 귀하가 고충 민원을 제출한 날로부터 역일 기준으로 **30일** 이내에 고충 사항을 해결해야 합니다.

## 궁금한 점이 있을 때 누구에게 연락해야 할까요?

표 1

### Managed Care 제도 개요 및 연락처 정보

#### MCMC(Medi-Cal Managed Care)

대부분의 아동은 이러한 서비스 중 대부분을 Medi-Cal Managed Care 플랜을 통해 받습니다.

- 아동 건강 검진 및 예방주사 접종과 같은 신체 건강 요구 사항
- 치료 및 약물 치료와 같은 비전문 정신 건강 요구 사항
- 진료 조율

자녀가 필요한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 자녀가 가입된 Medi-Cal Managed Care 플랜에 문의하십시오. 플랜의 전화번호는 자녀의 플랜 ID 카드에 표시되어 있습니다. 플랜 웹사이트에도 나와 있습니다. [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd)에서도 해당 전화번호를 찾을 수 있습니다. 또는 916-449-5000으로 전화하십시오.

#### SMHS(전문 정신 건강 서비스)

심각한 정신 질환의 진료와 같은 전문 정신 건강 서비스가 필요한 아동이 전문 정신 건강 서비스를 통해 이러한 진료를 받습니다. 각 카운티에 정신 건강 플랜이 있습니다.

자녀가 필요한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 자녀가 가입된 카운티 정신 건강 플랜에 문의하십시오. [www.dhcs.ca.gov/CMHP](http://www.dhcs.ca.gov/CMHP)에서 전화번호를 찾을 수 있습니다.

#### DMC-ODS(Drug Medi-Cal Organized Delivery System)

필요한 경우 입원 환자 약물 또는 알코올 거주 치료와 같은 상담 및 기타 임상 치료를 포함한 약물 또는 알코올 치료와 같은 물질 사용 서비스가 필요한 아동이 Drug Medi-Cal Organized Delivery System을 통해 이러한 진료를 받습니다. 각 카운티에서 DMC-ODS 플랜을 운영하거나 Drug Medi-Cal에 이러한 플랜이 마련되어 있습니다. Drug Medi-Cal에 대해 자세히 알아보려면 11 페이지의 표 2를 읽어보십시오.

자녀가 필요한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 자녀가 가입된 DMC-ODS 플랜에 문의하십시오. [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal)에서 전화번호를 찾아보십시오.

#### Dental MC(Dental Managed Care)

로스앤젤레스 카운티 또는 새크라멘토 카운티에 거주하는 일부 아동은 Dental Managed Care 플랜을 통해 매년 두 차례의 치과 검진 및 치아 청소와 구강 건강 관리를 포함한 치과 서비스를 받습니다. 다른 모든 카운티에 거주하는 아동은 Dental FFS(Dental Fee for Service)를 통해 치과 진료를 받습니다. Dental FFS에 대해 자세히 알아보려면 11페이지의 표 2를 읽어보십시오.

로스앤젤레스나 새크라멘토에 거주하고 있는데 자녀가 필요한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 자녀가 가입된 Dental MC 플랜에 문의하십시오. 전화번호는 자녀의 Dental MC ID 카드에 표시되어 있습니다. 자녀의 Dental MC 플랜 웹사이트에도 나와 있습니다. 또는 1-800-322-6384로 전화하십시오. <https://bit.ly/DMC-Contact>에서도 플랜의 전화번호를 찾을 수 있습니다.

## Medi-Cal Fee For Service에서 자녀의 권리는 무엇일까요?

9~11페이지에 있는 다음 정보는 Medi-Cal FFS(Fee For Service)에 적용됩니다. Medi-Cal에 가입한 일부 아동은 FFS를 통해 진료를 받습니다. FFS는 "일반" Medi-Cal이라고도 합니다. FFS 대상 아동은 DHCS(주 Medi-Cal 기관)를 통해 진료를 받습니다. Managed Care 플랜은 포함되지 않습니다. FFS에는 신체 건강 서비스를 위한 Medi-Cal FFS와 "비전문 정신 건강 서비스"라고 하는 제한적인 일련의 정신 건강 서비스, 약물 및 알코올 치료 서비스를 위한 Drug Medi-Cal, 치과 진료를 위한 Dental FFS, 약물 치료를 위한 Medi-Cal Rx가 포함됩니다. 자세히 알아보려면 11페이지의 **표 2**를 읽어보십시오.

DHCS에서 자녀에게 보장해야 한다고 생각하는 서비스를 자녀가 받거나 유지하는 데 문제가 있는 경우 아래 내용을 읽어보십시오. 자녀가 Managed Care 플랜에 가입되어 있지 않더라도 심각한 정신 질환이 있어 진료가 필요한 경우 전문 정신 건강 서비스의 정신 건강 플랜을 통해 진료를 받게 됩니다. 자세히 알아보고 거주하시는 카운티의 정신 건강 플랜에서 도움을 요청할 만한 곳을 찾아보려면 8페이지의 **표 1**을 참조하십시오.

### FFS에서 자녀의 진료가 지연, 거부, 축소 또는 중지된 경우 어떻게 하면 될까요?

#### Medi-Cal 주정부 공정 심리 요청

주정부 공정 심리는 귀하가 동의하지 않는 DHCS의 결정을 검토하기 위해 판사 앞에서 진술할 수 있는 기회입니다. 모든 서비스 거부, 지연, 축소 또는 중지 조치가 심리 대상에 포함됩니다. 심리에 출석하는 판사는 DHCS가 아니라 캘리포니아 사회복지부 소속입니다.

- 자녀가 DHCS로부터 처분 통지를 받은 후 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 처분 통지를 받지 않은 경우에도 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다.
- 귀하는 DHCS의 서면 처분 통지서를 받은 날로부터 역일 기준 **90일** 이내에 주정부 공정 심리를 요청해야 합니다. 공정한 판사가 자녀의 사건을 심사할 것입니다. 또한 처분 통지를 받지 않아도 언제든지 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 귀하가 심리를 요청한 대상이 되는 결정으로 인해 자녀가 이미 받고 있는 서비스가 중지될 경우 자녀를 위한 혜택 지속을 요청할 수 있습니다. 위의 **박스 5**를 읽어보십시오.
- 전화, 우편, 팩스 또는 온라인으로 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 1-800-743-8525로 전화하십시오. 또는 [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests)를 방문하십시오.
- 귀하는 심리에 귀하를 대표할 사람과 동행할 권리가 있습니다. 친구, 친척, 변호사 또는 누구든 원하는 사람을 데려올 수 있습니다. 무료 법률 지원에 대해서는 4페이지에서 **도움을 받는 방법**을 읽어보십시오.
- 주정부 공정 심리 비용을 지불하실 필요는 없습니다. 무료로 제공됩니다.

#### 박스 5

#### Fee For Service에서 혜택의 지속을 요청하는 방법



통지에 자녀가 이미 받고 있는 서비스가 중지되거나 축소될 것이라고 표시되어 있는 경우 주정부 공정 심리 중에 **혜택의 지속**(또는 "미결 보조금 지급"이라고도 함)을 요청할 수도 있습니다.

- 서비스가 중지되거나 축소되기 **전에** 주정부 공정 심리를 요청해야 합니다.
- DHCS는 자녀를 위한 서비스를 중지하거나 축소하려면 역일 기준 최소 **10일** 전에 서면 통지해야 합니다.

- 주정부는 주정부 공정 심리 요청일로부터 역일 기준 **90일** 이내에 최종 결정을 내려야 합니다. 자녀가 즉시 서비스를 받아야 하고 90일이나 기다리다 보면 상태가 악화될 경우에는 **신속 결정(더 빠른 결정)**을 요청할 수 있습니다. 위의 **박스 6**을 읽어보십시오.
- 도움이 더 필요하다면 DHCS에서 자녀 앞으로 보낸 통지서를 읽어보십시오. 또는 1-800-743-8525로 전화해 문의하십시오. 또는 [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing)을 방문하십시오.

#### 박스 6

#### 신속(빠른) 항소 또는 주정부 공정 심리



자녀의 생명, 건강 또는 기능 능력이 위험에 처한 상황이라 자녀를 위해 **신속(빠른)** 주정부 공정 심리가 필요한 경우에는 1-800-743-8525로 전화하십시오.

## FFS에서 자녀의 진료, 담당 의사 또는 의료 서비스 제공자가 만족스럽지 않으면 어떻게 해야 할까요?

### 고충 민원 제출

의사가 자녀를 부실하거나 무례한 태도로 대했거나 진료의 질에 만족하지 못하거나 알맞은 의사를 찾을 수 없는 경우 자녀를 위해 **고충 민원**을 제출할 수 있습니다. 고충 민원은 주정부 공정 심리에서 다루지 않는 모든 사항에 대해 다툼이 있는 사안에 대한 것입니다. 자녀의 서비스 거부, 지연, 축소 또는 중지와는 **관계없는** 문제나 우려 사항을 제기하고 싶을 때 고충 민원을 제출하면 됩니다.

- 언제든지 자녀를 위해 Drug Medi-Cal, Dental FFS 또는 Medi-Cal Rx에 대한 고충 민원을 제출할 수 있습니다. 전화로 제출하거나 온라인 또는 우편을 통해 서면 제출할 수 있습니다. 고충 민원을 제출하려면 Drug Medi-Cal, Dental FFS 또는 Medi-Cal Rx에 문의하십시오. 연락처는 11페이지의 **표 2**를 참조하십시오. 신체 건강 서비스 및 비전문 정신 건강 서비스에 대해서는 Medi-Cal FFS를 상대로 고충 민원 절차가 **없습니다**.
- DHCS에서는 고충 민원 접수일로부터 역일 기준으로 **5일** 이내에 서면으로 고충 민원 접수 사실을 확인해줘야 합니다. 여기에는 자녀의 고충 민원과 그 처리 상태에 대해 자세히 안내해 줄 수 있는 DHCS 측 직원의 이름, 전화번호, 주소도 포함해야 합니다.
- DHCS는 귀하가 Dental FFS와 Medi-Cal Rx에 대한 고충 민원을 제출한 날로부터 역일 기준으로 **30일** 이내에 고충 사항을 해결해야 합니다. Drug Medi-Cal은 역일 기준으로 **90일** 이내에 고충 사항을 해결해야 합니다.

## 궁금한 점이 있을 때 누구에게 연락해야 할까요?

표 2

### Fee For Service 개요 및 연락처 정보

#### Medi-Cal FFS(Medi-Cal Fee For Service)

위탁 보호 아동과 같은 일부 아동은 Medi-Cal FFS를 통해 신체 건강 서비스를 받습니다.

자녀가 이러한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077)로 문의하십시오.

#### DMC(Drug Medi-Cal)

필요한 경우 입원 환자 약물 또는 알코올 거주 치료와 같은 상담 및 기타 임상 치료를 포함한 약물 또는 알코올 치료와 같은 물질 사용 서비스가 필요한 아동이 Drug Medi-Cal을 통해 이러한 진료를 받습니다. 각 카운티에서 DMC-ODS 플랜을 운영하거나 DMC에 이러한 플랜이 마련되어 있습니다. DMC-ODS에 대해 자세히 알아보려면 8페이지의 표 1을 읽어보십시오.

자녀가 이러한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 자녀가 가입된 DMC 프로그램에 문의하십시오. 전화번호를 찾으려면 [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal)을 참조하십시오.

#### Dental FFS(Dental Fee For Service)

대부분의 아동은 Dental FFS를 통해 Medi-Cal 치과 서비스를 받습니다. 여기에는 매년 두 차례의 치과 검진 및 치아 청소와 구강 건강 관리가 포함됩니다.

자녀가 이러한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 1-800-322-6384로 문의하십시오. 자세히 알아보려면 [smilecalifornia.org](http://smilecalifornia.org)를 방문하십시오.

#### Medi-Cal Rx

자녀는 Medi-Cal Rx를 통해 Medi-Cal 약국 서비스를 받게 됩니다. 여기에는 처방약과 처방전 없이 구입할 수 있는 외래 환자용 의약품, 경장 영양 제품(예: 영양관), 각종 의료용품이 포함됩니다.

자녀가 이러한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 1-800-977-2273으로 문의하십시오.

<https://bit.ly/3D1rQFV>에서 자세히 알아보십시오.



## Пожалуйста, сохраните!

Важная информация,  
чтобы помочь детям и  
молодежи в возрасте до  
**21 года получить всю  
необходимую им  
помощь.**

## Какие услуги могут получить дети и молодежь, если они подписаны на Medi-Cal?

В соответствии с законодательством штата Калифорния и федеральным законом все дети и молодежь в возрасте до 21 года, включенные в Medi-Cal, имеют право на стандартные **комплексные медицинские обследования** и другие **профилактические** и **лечебные** услуги, необходимые для поддержания или восстановления здоровья.

Это право известно в федеральном законодательстве как требование о Раннем и периодическом скрининге, диагностике и лечении (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT). Это гарантирует, что каждый ребенок, включенный в Medi-Cal, получит необходимую помощь, чтобы вырасти как можно здоровее. В Калифорнии EPSDT называется **Medi-Cal для детей и подростков**.

Эти услуги предоставляются **бесплатно**, если только не было установлено, что ребенок или молодой человек не было установлено, что он получил долю затрат, когда проходил отбор для Medi-Cal.

## Medi-Cal для детей и подростков должна покрывать при необходимости следующие услуги без ограничений:

- Услуги в области физического здоровья, включая первичную медико-санитарную помощь и посещение специалистов
- Услуги для незрячих и слабовидящих, в том числе предоставление очков
- Услуги для глухих и слабо слышащих людей
- Стоматологические проверки и последующие услуги
- Психическое здоровье и услуги, связанные с наркотической или алкогольной зависимостью, включая терапию
- Физиотерапия, профессиональная и логопедическая терапия
- Медицинское оборудование и расходные материалы, такие как инвалидные кресла, включая долговечное медицинское оборудование
- Лекарственный препарат, как безрецептурный, так и рецептурный
- Лабораторные анализы, включая анализы крови для проверки уровней свинца и тестирования на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), а также любое необходимое последующее лечение
- Медицинское обслуживание на дому, включая услуги медицинской сестры
- Больничное лечение и стационарная реабилитация
- Услуги в сфере репродуктивного и сексуального здоровья, такие как контрацепция и проведение аборта
- Проверки на беременность
- Тестирование и лечение COVID-19
- Координация лечения, если ребенок включен в план регулируемого медицинского обслуживания
- Все другие необходимые медицинские услуги, которые могут покрываться Medi-Cal (именуемые «услуги, необходимые с медицинской точки зрения»), как определено вашим лечащим врачом



Если вам нужно это письмо или любые материалы Medi-Cal в альтернативном формате, например, крупный шрифт, аудиоформат, CD или шрифт Брайля, позвоните по телефону **1-833-284-0040**.

## Дети и молодежь имеют право на бесплатную поддержку для получения медицинского обслуживания, например:

- Бесплатный трансфер до и от места приема или получения лекарственных средств, медицинского оборудования и расходных материалов
- Помощь в назначении медицинских приемов
- Помощь в поиске врача или медицинского работника
- Услуги по устному переводу (вам не нужно привозить своего переводчика на прием у врача)

## Что означает «необходимо с медицинской точки зрения»?

Для детей и молодежи **необходимыми с медицинской точки зрения** считаются услуги, которые необходимы для лечения, коррекции, ведения или улучшения течения заболевания или состояния здоровья.

Врач или медицинский работник вашего ребенка как правило решает, является ли что-то необходимым с медицинской точки зрения.

Для некоторых услуг может потребоваться предварительное одобрение. Если услуги являются необходимыми с медицинской точки зрения детям или молодежи в возрасте до 21 года, количество услуг или лечение не может быть ограничено. Например, ребенок не может быть ограничен одной парой очков на каждые два года. Если ребенок носит очки, но у него есть проблемы со зрением, он имеет право на новое назначение и новые очки, когда это необходимо.

### ТЕКСТОВАЯ РАМКА 1

#### Medi-Cal вашего ребенка



Дети и молодежь в Medi-Cal получают свои льготы одним из следующих путей:

1. **Регулируемое медицинское обслуживание** планом медицинского страхования, планом охраны психического здоровья или планом стоматологического здравоохранения, **или**
2. **Плата за обслуживание** со стороны Калифорнийского Департамента Здравоохранения (DHCS), государственного агентства Medi-Cal.

В этом документе поясняется, что делать, если подписанный ребенок или молодой человек не получает необходимого обслуживания в рамках **регулируемого медицинского обслуживания** или **платы за услуги**. В нем объясняется как:

- Подать апелляцию
- Попросить о проведении беспристрастного слушания в штате
- Подать жалобу

Чтобы получить помощь в получении услуг или задать вопросы о ваших льготах, позвоните в службу поддержки участников Medi-Cal по телефону **1-800-541-5555**.

## Что вам следует сделать, если лечение вашего ребенка отклоняется, задерживается, уменьшается или останавливается?

Если лечение вашего ребенка отклонено, задерживается, сокращено или остановлено, и вы не согласны с этим решением, как описано в вашем письменном уведомлении, вы можете попросить пересмотреть и отменить это решение.

Это делается для того, чтобы помочь вашему ребенку получить необходимое ему лечение и иметь право на получение помощи. Ваш ребенок имеет право подать **апелляцию**, попросить о проведении **беспристрастного слушания в штате** или подать **жалобу**. За совершение каких-либо из этих действий не взимается штраф.

Независимо от того, удовлетворятся ли ваша апелляция, беспристрастное слушание в штате либо жалоба или нет, страховка Medi-Cal вашего ребенка **не** закончится в связи с тем, что вы предприняли какие-либо из этих действий.

### Как подать апелляцию, попросить о проведении беспристрастных слушаний в штате или подать жалобу

**Прочитайте письменное уведомление.** Если план регулируемого медицинского обслуживания, DHCS (агентство штата по Medi-Cal) или лечебное учреждение отказывает, уменьшает или приостанавливает предоставление услуг для вашего ребенка, они должны отправить письменное Уведомление о действии (также называемое «Уведомление об отказе в предоставлении льгот») с их решением.

Вы должны получить это уведомление не менее чем за **10** дней до того, как лечение или обслуживание вашего ребенка будет сокращено или прекращено. В уведомлении поясняется:

- Почему и каким образом план регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка или DHCS приняли решение
- Права вашего ребенка
- Как подать апелляцию или попросить о проведении беспристрастных слушаний в штате.

**Если вы не согласны с этим решением**, важно подать апелляцию **до** прекращения оказания или сокращения услуг, чтобы они могли продолжаться во время апелляции или беспристрастного слушания в штате.

**Если вы не получили уведомление**, позвоните по номеру Альянса пациентов (Health Consumer Alliance, HCA) ниже. Вы, тем не менее, можете подать апелляцию, если вы не получили уведомления. Чтобы узнать, как подать апелляцию, попросить о проведении беспристрастного слушания в штате или подать жалобу, прочитайте следующие страницы.

**Апелляция** требует, чтобы план регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка проанализировал любой отказ в обслуживании, задержку, сокращение или остановку, чтобы установить, согласны ли они с вами.

**Беспристрастное слушание в штате** — это возможность выступить перед судьей, чтобы пересмотреть решение, принятое в рамках плана регулируемого медицинского обслуживания или DHCS (агентство штата по Medi-Cal) вашего ребенка, с которым вы не согласны.

**Жалоба** относится к любому вопросу, которым вы не удовлетворены или с которым не согласны, которые не охватываются апелляцией или беспристрастным слушанием в штате. Это относится к вопросам или проблемам с планом регулируемого медицинского обслуживания или DHCS вашего ребенка, которые не отклоняют, не задерживают, не уменьшают или не останавливают предоставление услуг.

## Как получить помощь

### Телефонная служба помощи участника Medi-Cal

Телефонная служба помощи участника Medi-Cal предоставляет бесплатную поддержку. Они могут связать вас с местным офисом Medi-Cal, вашим планом регулируемого медицинского обслуживания или с другими ресурсами Medi-Cal, чтобы помочь вам получить ответы на ваши вопросы о Medi-Cal.

- Телефон: 1-800-541-5555
- Онлайн: [www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal](http://www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal)

### Союз потребителей в области здравоохранения (Health Consumer Alliance, HCA)

HCA предоставляет бесплатный телефон или персональную помощь подписчикам Medi-Cal для решения проблем со здоровьем. Они также смогут связать вас с бесплатными ресурсами для решения юридических вопросов, связанных со здравоохранением.

- Телефон: 1-888-804-3536
- Онлайн: [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)

#### ТЕКСТОВАЯ РАМКА 2

#### Если вы считаете, что решение неверно.

Если вы считаете, что Medi-Cal вашего ребенка был ошибочно остановлен, или ваш ребенок был ошибочно признан таковым, что не имеет права на Medi-Cal:

- Следуйте инструкциям, приведенным в уведомлении, чтобы подать апелляцию, **или**
- Найдите свое местное окружное агентство социальной помощи по ссылке [dhcs.ca.gov/COL](http://dhcs.ca.gov/COL)



## Какие права вашего ребенка на регулируемое медицинское обслуживание Medi-Cal?

Следующая информация на страницах 5–8 относится ко всем системам регулируемого медицинского обслуживания в Medi-Cal. Большинство детей, включенных в Medi-Cal, получают лечение в рамках **плана регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal**. План предусматривает оказание услуг в сфере физического здоровья. Он также предназначен для ограниченных услуг в сфере психического здоровья, называемых «неспециализированными услугами в сфере психического здоровья».

Другие системы регулируемой медицинской помощи включают:

- **Специализированные услуги в сфере психического здоровья** для интенсивных услуг в сфере психического здоровья с помощью отдельного плана по охране психического здоровья.
- **Организованная система доставки лекарственных препаратов Medi-Cal** для лечения наркотической и алкогольной зависимости.
- **Стоматологическое регулируемое медицинское обслуживание** для стоматологической помощи в округах Лос-Анджелес и Сакраменто. См. **таблицу 1** на странице 8.

Если у вашего ребенка возникают проблемы с получением или сохранением услуги, которая, по вашему мнению, должна покрываться одним из перечисленных выше планов, должен охватывать, прочитайте ниже. Если ваш ребенок не является подписчиком плана, прочитайте о **плате за услуги** на странице 9.

### Что вы можете сделать, если лечение вашего ребенка отклоняется, задерживается, уменьшается или останавливается в рамках регулируемого медицинского обслуживания?

#### Подать апелляцию в рамках плана регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка

Вы должны начать с подачи **апелляции** в рамках плана регулируемого медицинского обслуживания. Чтобы найти свой план, перейдите по ссылке [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). Апелляция требует, чтобы план вашего ребенка проанализировал любой отказ в обслуживании, задержку, сокращение или остановку, чтобы установить, согласны ли они с вами. Вы должны подать апелляцию, прежде чем вы сможете попросить о проведении беспристрастного слушания в штате.

- После того как ребенок получит письменное Уведомление о действии от плана регулируемого медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию. Вы также можете подать апелляцию, если вы **не** получили Уведомления о действии.
- У вас есть **60** календарных дней после получения Уведомления о действии, чтобы подать апелляцию в рамках плана регулируемого медицинского обслуживания. Вы можете подать апелляцию в рамках плана в письменной форме, по телефону или онлайн. Контактные номера можно найти в **таблице 1** на странице 8.

#### ТЕКСТОВАЯ РАМКА 3

#### Как попросить о продолжении льгот в рамках регулируемого медицинского обслуживания



Если в уведомлении говорится, что услуга, которую ваш ребенок уже получает, будет остановлена или будет сокращена, вы также можете попросить о **продолжении льгот** (также называемом «Ожидание выплаты помощи») на время рассмотрения апелляции или беспристрастного слушания в штате.

- Вы должны подать апелляцию или попросить о проведении беспристрастного слушания в штате **до** того, как услуга будет остановлена или сокращена.
- План регулируемого медицинского обслуживания должен предоставить вам письменное уведомление не менее чем за **10** календарных дней до того, как они планируют приостановить или сократить обслуживание вашего ребенка.

- Если в Уведомлении о действии говорится, что услуга, которую ваш ребенок уже получает, будет остановлена или сокращена, вы также можете попросить, чтобы ваш ребенок продолжал получать услугу во время апелляции. Это называется **продолжением льгот**. Чтобы узнать, как попросить об этом, прочитайте **текстовую рамку 3**.
- План регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка должен подтвердить получение вашей апелляции в письменной форме в течение **5** календарных дней с даты получения апелляции. В плане также должно быть указано имя, номер телефона и адрес лица, которое работает в плане и может рассказать вам подробнее об апелляции и статусе ее рассмотрения. План должен отправить вам письменное решение в течение **30** календарных дней с момента подачи апелляции. Это называется Уведомлением о решении.
- Если ситуация вашего ребенка является срочной и ожидание в течение 30 дней усугубит его состояние, вы можете попросить об **ускоренном** (более быстром) принятии решения. Для этого прочитайте **текст в рамке 4**.
- Вы можете в любое время связаться с планом регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка с вопросами по поводу апелляции вашего ребенка. Контактные номера см. в **таблице 1** на странице 8.
- План регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка может включать в себя процесс, называемый Независимой экспертной медицинской комиссией. В Уведомлении о действии, полученном вашим ребенком, будет объяснена эта процедура. Если план регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка предусматривает этот процесс, он будет выполнен после того, как вы подадите апелляцию от имени вашего ребенка. Для получения более подробной информации о Независимой экспертной медицинской комиссии позвоните в Калифорнийский департамент управляемой медицинской помощи по телефону 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891). Или перейдите по ссылке <https://bit.ly/IMRCR>.

#### ТЕКСТОВАЯ РАМКА 4

### Ускоренное (более быстрое) рассмотрение апелляции или проведение беспристрастного слушания в штате



Если вашему ребенку необходимо **ускоренное** (более быстрое) рассмотрение апелляции или беспристрастное слушание в штате, поскольку жизнь, здоровье или способность к функционированию вашего ребенка находятся в опасности, позвоните по телефону **1-800-743-8525**.

Более подробную информацию о том, как запросить ускоренный процесс, можно найти в Справочнике участника программы.

### Попросите о проведении беспристрастного слушания в штате по Medi-Cal

Если процесс подачи апелляции в рамках план регулируемого медицинского обслуживания завершен и вы все еще не согласны с решением плана, вы можете попросить о проведении **беспристрастного слушания в штате** для вашего ребенка. Вы также можете попросить провести беспристрастное слушание в штате, если план регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка не направляет уведомление о праве вашего ребенка подать апелляцию или не отправляет его в разумные сроки.

Беспристрастное слушание в штате – это возможность выступить перед судьей, чтобы пересмотреть решение по плану регулируемого медицинского обслуживания, с которым вы не согласны. Судья работает в Калифорнийском департаменте социальных услуг (California Department of Social Services), а не в плане вашего ребенка.

- Вы должны попросить провести беспристрастное слушание в штате в течение **120** календарных дней с даты получения письменного решения по апелляции вашего ребенка в рамках плана регулируемого медицинского обслуживания. Беспристрастный судья рассмотрит дело вашего ребенка. Если решение, по поводу которого вы просили провести слушание, останавливает предоставление услуги, которую ваш ребенок уже получает, вы также можете попросить продолжить льготы для своего ребенка. Прочитайте **текстовую рамку 3** на странице 5.
- Вы можете попросить провести беспристрастные государственные слушания по телефону, почте, факсу или онлайн. Позвоните по номеру 1-800-743-8525. или перейдите на [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).

- Вы имеете право привести человека, который будет представлять вас на беспристрастном слушании в штате дела вашего ребенка. Вы можете привести с собой друга, родственника, адвоката или кого-либо, кого Вы выберете. Чтобы узнать, как получить бесплатную юридическую помощь, прочитайте раздел **«Как получить помощь»** на странице 4.
- Вам не нужно платить за беспристрастное государственное слушание. Это бесплатно.
- Штат имеет **90** календарных дней после даты подачи запроса вашего ребенка на проведение беспристрастного слушания в штате для принятия окончательного решения. Если вашему ребенку необходимо немедленно воспользоваться услугами и ожидание в течение 90 дней приведет к усугублению его состояния, вы можете попросить об **ускоренном** (более быстром) принятии решения. Прочитайте **текстовую рамку 4** выше.
- Для получения дополнительной помощи прочитайте уведомления от плана регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка. Или позвоните по телефону 1-800-743-8525. Или перейдите на [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

## Обратитесь к уполномоченному по правам человека

**Уполномоченный по правам человека** — это лицо, которое работает в DHCS (агентство штата Medi-Cal). Их работа заключается в том, чтобы помочь вам и вашему ребенку попытаться устранить разногласия с планом регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка. Вы можете позвонить уполномоченному по правам человека в любое время. Это включает ситуации, когда ваш ребенок получил уведомление, подал апелляцию, обратился с просьбой о беспристрастном слушании в штате или подал жалобу. Уполномоченный по правам человека предназначен только для лиц, включенных в план регулируемого медицинского обслуживания.

Вы можете связаться с уполномоченным по правам человека по:

- Телефон: 1-888-452-8609
- Электронная почта: [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)
  - » Не указывайте персональные данные о здоровье в сообщении электронной почты.

Для получения более подробной информации об уполномоченном по правам человека перейдите по ссылке [www.dhcs.ca.gov/ombudsman](http://www.dhcs.ca.gov/ombudsman).

## Что если вы не довольны лечением вашего ребенка, врачом или медицинским учреждением в рамках регулируемого медицинского обслуживания?

### Подать жалобу

Если врач плохо или грубо лечил вашего ребенка, или вы не удовлетворены качеством лечения, или вы не можете найти врача, вы можете подать **жалобу** от имени вашего ребенка. Жалоба предназначена для любых разногласий по поводу вопросов, не охватываемых апелляцией или беспристрастным слушанием в штате. Это относится к вопросам или проблемам, которые не отклоняют, не задерживают, не уменьшают или не останавливают какие-либо услуги для вашего ребенка.

- Вы можете подать жалобу от имени вашего ребенка в любое время. Вы можете отправить его по телефону, в письменной форме онлайн или по почте. Чтобы подать жалобу, обратитесь к плану регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка. Контактные номера см. в **таблице 1** на странице 8.
- План регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка должен подтвердить получение вашей жалобы в письменной форме в течение **5** календарных дней с даты ее получения. Это должно включать в себя имя, номер телефона и адрес лица, которое работает в плане и может рассказать вам больше о жалобе вашего ребенка и ее статусе.
- План регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка имеет **30** календарных дней с даты подачи жалобы для вынесения решения по жалобе вашего ребенка.

## К кому вам следует обращаться с вопросами?

ТАБЛИЦА 1.

### Обзор систем управляемой медицинской помощи и контактная информация

#### Регулируемое медицинское обслуживание Medi-Cal (MCMC)

Большинство детей получают большую часть этих услуг в рамках планов регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal:

- Потребности в области физического здоровья, такие как комплексное медицинское обследование ребенка и снимки
- Неспециализированные потребности в сфере психического здоровья, такие как терапия и лекарственное средство.
- Координация медицинской помощи

Если ваш ребенок не получает необходимых услуг или у него есть проблемы, позвоните в план регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal вашего ребенка. Номер телефона плана указан в идентификационной карте плана вашего ребенка. Его также можно найти на веб-сайте плана. Номер телефона можно также найти по ссылке [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). Или позвоните по телефону 916-449-5000.

#### Специализированные услуги в области психического здоровья (SMHS)

Некоторые дети, которым необходимы специализированные услуги в области психического здоровья, такие как лечение серьезных психических заболеваний, получают это лечение в рамках специализированных услуг в области психического здоровья. В каждом округе есть отделение плана психического здоровья.

Если ваш ребенок не получает необходимых услуг или у него есть проблемы, позвоните в окружное отделение плана психического здоровья вашего ребенка. Номер телефона см. по ссылке [www.dhcs.ca.gov/CMHP](http://www.dhcs.ca.gov/CMHP).

#### Система организованной доставки лекарственных препаратов Medi-Cal (DMC-ODS)

Дети, которым необходимы услуги в сфере употребления психоактивных веществ, таких как лечение от наркотической или алкогольной зависимости, включая консультирование и другие клинические процедуры, такие как стационарное лечение от наркотической или алкогольной зависимости, при необходимости, получают эту помощь в рамках организованной системы доставки Drug Medi-Cal. Каждый округ имеет план DMC-ODS или Drug Medi-Cal. Подробнее о Drug Medi-Cal см. в **таблице 2** на странице 11.

Если ваш ребенок не получает необходимых услуг или у него есть проблемы, позвоните в план DMC-ODS вашего ребенка. Найдите номер телефона по ссылке [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

#### Стоматологическое регулируемое медицинское обслуживание (Dental MC)

Некоторые дети, которые проживают в округе Лос-Анджелес или округе Сакраменто, получают стоматологические услуги, включая проверку и чистку зубов дважды в год и медицинское обслуживание полости рта, в рамках планов регулируемого стоматологического обслуживания. Дети, проживающие во всех других округах, получают стоматологическое обслуживание в рамках платы за стоматологическую услугу (Dental FFS). Подробнее о Dental FFS см. в **таблице 2** на странице 11.

Если вы живете в Лос-Анджелесе или Сакраменто, и ваш ребенок не получает необходимых услуг или у него есть проблемы, позвоните в план Dental MC вашего ребенка. Номер телефона указан в идентификационной карте стоматологического регулируемого медицинского обслуживания (Dental MC) вашего ребенка. Его также можно найти на веб-сайте стоматологического плана стоматологического регулируемого медицинского обслуживания (Dental MC) вашего ребенка. Или позвоните по телефону 1-800-322-6384. Номер телефона плана также можно найти по ссылке <https://bit.ly/DMC-Contact>.

## Каковы права вашего ребенка в рамках платы за услуги Medi-Cal?

Следующая информация на страницах 9–11 относится к плате за услуги (FFS) Medi-Cal. Некоторые дети, зарегистрированные в Medi-Cal, получают помощь через FFS. FFS также называется «обычным» Medi-Cal. Дети в FFS получают помощь через Департамент Здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS)(агентство штата Medi-Cal). План регулируемого медицинского обслуживания не задействован. FFS включает Medi-Cal FFS для оказания услуг в сфере физического здоровья и ограниченных услуг в сфере психического здоровья, называемых «неспециализированными услугами в сфере психического здоровья», Drug Medi-Cal для лечения наркотической и алкогольной зависимости, Dental FFS для стоматологического обслуживания и Medi-Cal Rx для лекарственных препаратов. Подробнее см. **таблицу 2** на странице 11.

Если у вашего ребенка возникли проблемы с получением или сохранением услуги, которая, по вашему мнению, должна покрываться DHCS, прочитайте ниже. Даже если ваш ребенок не подписан на план регулируемого медицинского обслуживания, если вашему ребенку необходимо лечение по поводу серьезного психического заболевания, он получит это лечение в рамках плана специализированных услуг в области психического здоровья. Чтобы узнать больше и узнать, куда обращаться за помощью по плану охраны психического здоровья в округе, см. **таблицу 1** на странице 8.

### Что вы можете сделать, если лечение вашего ребенка в рамках FFS задерживается, отклоняется, уменьшается или останавливается?

#### Попросите о проведении беспристрастного слушания в штате по Medi-Cal

**Беспристрастное слушание в штате** — это возможность обратиться к судье, чтобы пересмотреть решение DHCS, с которым вы не согласны. Это включает отказ в обслуживании, задержку, сокращение или остановку обслуживания. Судья работает в Калифорнийском департаменте социальных услуг (California Department of Social Services), а не в DHCS.

- После того, как ваш ребенок получит Уведомление о действии от DHCS, вы можете попросить о проведении беспристрастного слушания в штате. Вы также можете попросить провести честное беспристрастное слушание в штате, если вы не получили Уведомления о действии.
- Вы должны попросить о проведении беспристрастного слушания в штате в течение **90** календарных дней с даты получения письменного Уведомления о действии от DHCS. Беспристрастный судья рассмотрит дело вашего ребенка. Вы также можете попросить провести беспристрастное слушание в штате в любое время без Уведомления о действии. Если решение, по поводу которого вы просили провести слушание, останавливает услугу, которую ваш ребенок уже получает, вы можете попросить продолжить льготы для своего ребенка. Прочитайте **текстовую рамку 5** выше.
- Вы можете попросить провести беспристрастные государственные слушания по телефону, почте, факсу или онлайн. Позвоните по номеру 1-800-743-8525. или перейдите на [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).
- Вы имеете право привести человека, который будет представлять вас на слушании. Вы можете привести друга, родственника, адвоката или любое лицо, которое вы выберете. Для получения бесплатной юридической помощи см. раздел **«Как получить помощь»** на странице 4.

#### ТЕКСТОВАЯ РАМКА 5

##### Как попросить о продолжении льгот в рамках платы за услугу



Если в уведомлении говорится, что услуга, которую ваш ребенок уже получает, будет остановлена или будет сокращена, вы также можете попросить о **продолжении льгот** (также называемом «Ожидание выплаты помощи») на время беспристрастного слушания в штате.

- Вы должны попросить о проведении беспристрастного слушания в штате **до** того, как услуга будет остановлена или сокращена.
- DHCS должна предоставить вам письменное уведомление не менее чем за **10** календарных дней до того, как они планируют прекратить или сократить обслуживание вашего ребенка.

- Вам не нужно платить за беспристрастное государственное слушание. Это бесплатно.
- Государство имеет **90** календарных дней после даты подачи запроса вашего ребенка на проведение беспристрастного государственного слушания для принятия окончательного решения. Если вашему ребенку необходимо немедленно воспользоваться услугами и ожидание в течение 90 дней приведет к усугублению его состояния, вы можете попросить об **ускоренном** (более быстром) принятии решения. Прочитайте **текстовую рамку 6** выше.
- Для получения дополнительной помощи ознакомьтесь с уведомлениями, которые ваш ребенок получил от DHCS. Или позвоните по телефону 1-800-743-8525. Или перейдите на [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

#### ТЕКСТОВАЯ РАМКА 6

### Ускоренное (более быстрое) рассмотрение апелляции или проведение беспристрастного слушания в штате



Если вашему ребенку необходимо **ускоренное** (более быстрое) проведение беспристрастного слушания в штате, поскольку жизнь, здоровье или способность к функционированию вашего ребенка находятся в опасности, позвоните по телефону 1-800-743-8525.

## Что если вы не довольны лечением вашего ребенка, врачом или медицинским учреждением в FFS?

### Подать жалобу

Если врач плохо или грубо лечил вашего ребенка, или вы не удовлетворены качеством лечения, или вы не можете найти врача, вы можете подать **жалобу** от имени вашего ребенка. Жалоба предназначена для любых разногласий по поводу вопросов, не охватываемых беспристрастным слушанием в штате. Это относится к вопросам или проблемам, которые **не** отклоняют, не задерживают, не уменьшают или не останавливают какие-либо услуги для вашего ребенка.

- Вы можете в любое время подать жалобу от имени вашего ребенка на Drug Medi-Cal, Dental FFS или Medi-Cal Rx. Вы можете отправить его по телефону, в письменной форме онлайн или по почте. Чтобы подать жалобу, свяжитесь с Drug Medi-Cal, Dental FFS или Medi-Cal Rx. Контактные номера см. в **таблице 2** на странице 11. Процесс подачи жалоб для Medi-Cal FFS по поводу услуг в сфере физического здоровья и неспециализированных услуг в сфере психического здоровья **отсутствует**.
- DHCS должна подтвердить получение вашей жалобы в письменной форме в течение **5** календарных дней с даты ее получения. Это должно включать имя, номер телефона и адрес лица в DHCS, которое может рассказать вам больше о жалобе вашего ребенка и статусе ее рассмотрения.
- У DHCS есть **30** календарных дней с даты подачи жалобы на принятие решения по жалобе вашего ребенка в отношении Dental FFS и Medi-Cal Rx. Drug Medi-Cal имеет **90** календарных дней, чтобы принять решение по жалобе вашего ребенка.

## К кому следует обращаться с вопросами?

ТАБЛИЦА 2.

### Обзор платы за услуги и контактная информация

#### Плата за услугу Medi-Cal (Medi-Cal FFS)

Некоторые дети, такие как некоторые дети, находящиеся на патронажном воспитании, получают услуги в области физического здоровья через Medi-Cal FFS.

Если ваш ребенок не получает эти услуги или у него есть проблемы, позвоните по телефону 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077).

#### Лекарственный препарат Medi-Cal (DMC)

Дети, которым необходимы услуги в сфере употребления психоактивных веществ, таких как лечение от наркотической или алкогольной зависимости, включая консультирование и другие клинические процедуры, такие как стационарное лечение от наркотической или алкогольной зависимости, при необходимости, получают эту помощь в рамках Drug Medi-Cal. Каждый округ имеет план DMC-ODS или DMC. Подробнее о DMC-ODS см. в **таблице 1** на странице 8.

Если ваш ребенок не получает эти услуги или у него есть проблемы, позвоните в программу DMC вашего ребенка. Чтобы найти номер телефона, перейдите по ссылке [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

#### Плата за стоматологические услуги (Dental FFS)

Большинство детей получают стоматологические услуги Medi-Cal через Dental FFS. Это включает в себя общий осмотр и чистку зубов дважды в год, а также медицинское обслуживание ротовой полости.

Если ваш ребенок не получает эти услуги или у него есть проблемы, позвоните по телефону 1-800-322-6384. Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [smilecalifornia.org](http://smilecalifornia.org).

#### Medi-Cal Rx

Дети получают фармацевтические услуги Medi-Cal через Medi-Cal Rx. К ним относятся лекарства, отпускаемые по рецепту и без рецепта, средства для энтерального питания, такие как трубка для питания и материалы медицинского назначения.

Если ваш ребенок не получает эти услуги или у него есть проблемы, позвоните по телефону 1-800-977-2273. Дополнительные сведения см. на странице <https://bit.ly/3D1rQFV>.



## Pakitabi!

Mahalagang impormasyon para tulungan ang mga bata at kabataan hanggang sa edad na 21 makuha ang lahat ng pag-aalagang kailangan nila

## Nong mga serbisyo ang maaaring makuha ng mga bata at kabataan kung sila ay nasa Medi-Cal?

Sa ilalim ng batas ng California at pederal, lahat ng mga bata at kabataan hanggang edad na 21 na naka-enroll sa Medi-Cal ay may karapatan sa mga regular na **check-up** at mga ibang serbisyong **pang-iwas** at **paggamot** na kailangan para manatili o maging malusog.

Ang karapatang ito ay kilala sa pederal na bata bilang Maaga at Pana-panahong Pagsasala, Diyagnostiko at Paggamot (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment) (EPSDT) Sinisiguro nito na ang bawat batang naka-enroll sa Medi-Cal ay makakakuha ng pag-aalagang kailangan nila para lumaki nang kasing lusog nang posible. Sa California, ang EPSDT ay tinatawag na **Medi-Cal para sa Mga Bata at Teens**.

Ang mga serbisyo ay **libre**, maliban kung ang anak o kabataan ay nakitang mya Bahagi sa Gastos nung naging kuwalipikado sila para sa Medi-Cal.

## Dapat saklawan ng Medi-Cal para sa Mga Bata at Teens ang mga serbisyong ito kung kailangan, nang walang limitasyon:

- Mga pisikal na pangkalusugang serbisyo, kasama ang primary na pag-aalaga at mga pagbisita ng espesyalista
- Mga serbisyo sa paningin, kasama ang mga salamin
- Mga serbisyo sa pagdinig
- Mga dental na check-up at mga follow-up na serbisyo
- Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip at mga serbisyo sa pagkalulong sa droga o alkohol, kasama ang therapy
- Pisikal, occupational, at pagsasalita na therapy
- Mga medikal na kagamitan at supply, tulad ng mga wheelchair, kabilang ang matibay na kagamitang medikal
- Gamot, parehong over-the-counter at de-reseta
- Mga lab test, kabilang ang mga blood test para masuri ang mga lebel ng lead, at pagsusuri para sa sexually transmitted infection (STI) at anumang kailangang follow-up na pag-aalaga
- Mga serbisyo sa kalusugan sa tahanan, kabilang ang nursing na pag-aalaga
- Ospital at residensiyal na paggamot
- Mga serbisyong reproductive at seksuwal na kalusugan, tulad ng birth control at pag-aalaga sa pagpapalaglag
- Mga check-up sa pagbubuntis
- Pagsusuri at paggamot para sa COVID-19
- Koordinasyon sa pag-aalaga, kung naka-enroll sa planong Medi-Cal managed care.
- Lahat ng mga kailangang medikal na serbisyo na maaaring masaklawan sa ilalim ng Medi-Cal (kilala bilang “mga medikal na kailangang serbisyo”) ayon sa nadetermina ng medikal na tagapaglaan



Kung kailangan mo ng liham na ito o anumang materyales ng Medi-Cal sa isang alternatibong format tulad ng mas malaking font, audio format, CD, o braille, tumawag sa 1-833-284-0040.

## Ang mga bata at kabataan ay may karapatan sa mga libreng suporta para makakuha ng pag-aalaga, tulad ng:

- Pagkuha ng libreng sakay papunta sa at mula sa iyong appointment o para kumuha ng medikasyon, medikal na kagamitan, at mga supply
- Suporta sa paggawa ng mga medikal na appointment
- Tulong makahanap ng doktor o tagapaglaan sa pangangalaga ng kalusugan mo
- Mga serbisyo sapinterpretasyon ng wika (hindi mo kailangang magdala ng sarili mong interpreter sa isang medikal na appointment)

## Ano ang ibig sabihin ng “medikal na kailangan”?

Para sa mga bata at kabataan, ang ibig sabihin ng **medikal na kailangan** ay ang mga serbisyong kailangan para gamutin, itama, pamahalaan, o pabutihin ang sakit o pangkalusugang kundisyon.

Ang doktor o tagapaglaan sa pangangalaga ng kalusugan mo ay karaniwang nagpapasya kung may bagay na medikal na kailangan.

Maaaring kailanganin ng ilang mga serbisyo ng paunang pag-apruba. Kung ang mga serbisyo ay medikal na kailangan para sa mga bata o kabataan hanggang sa edad na 21, ang bilang ng mga serbisyo o paggamot ay hindi maaaring limitado. Halimbawa, ang anak ay hindi maaaring malimita sa isang pares ng salamin bawat dalawang taon. Kung ang bata ay may mga salamin pero nahihirapang makakita, maaari silang may karapatan sa bagong de-reseta at mga bagong salamin kung kailangan.

### KAHON 1

#### Ang Medi-Cal ng anak mo



Ang mga bata ay kabataan sa Medi-Cal ay nakakakuha ng mga benepisyo nila sa isa sa dalawang paraang ito:

1. **Pinamamahalaang pag-aalaga** ng plano ng pangkalusugang insurance, plano ng kalusugan ng pag-iisip, o plano ng kalusugang dental, o
2. **Fee for service** ng California Department of Health Care Services (DHCS), ang ahensiya ng Medi-Cal ng Estado

Ipinapaliwanag ng dokumentong ito kung ano ang gagawin kung ang naka-enroll na bata o kabataan ay hindi makakuha ng kailangang serbisyo sa pamamagitan ng **pinamamahalaang pag-aalaga o fee for service**. Pinapaliwanag nito kung paano:

- Magsampa ng apela
- Humingi ng Patas na Pagdinig sa Estado
- Magsumite ng hinaing

Para sa tulong para makakuha ng mga serbisyo o para sa mga tanong tungkol sa mga benepisyo mo, tumawag sa linya ng Tulong ng Miyembro ng Medi-Cal sa **1-800-541-5555**.

# Ano ang dapat mong gawin kung tinanggihan ang pag-aalaga ng anak mo, inantala, binawasan, o hininto?

Kapag tinanggihan, inantala, binawasan, o hininto ang pag-aalaga ng anak mo, at hindi ka pumayag sa desisyon ayon sa nakalarawan sa nakasulat mong paunawa, maaari mong hilinging iparepaso at mabaligtad ang desisyon.

Ito ay para suportahan ang anak mo para makuha ang pag-aalaga na kailangan nila at may karapatang makuha. May karapatan ang anak mong magsampa ng **apela**, humingi ng **Patas na Pagdinig sa Estado**, o magsumite ng **hinaing**. Walang multa para gawin ang alinman sa mga pagkilos na ito.

Ang iyo mang **apela**, **Patas na Pagdinig sa Estado**, o **hinaing** ay magtagumpay o hindi, ang Medi-Cal na coverage ng anak mo ay **hindi** matatapos dahil ginawa mo ang alinman sa mga pagkilos na ito.

Inaatasan ng **apela** ang plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mong repasuhin ang anumang pagtanggihan sa serbisyo, iantala, bawasan, o ihinto para malaman kung sumasang-ayon sila sa iyo.

Ang **Patas na Pagdinig sa Estado** ay pagkakataong magsalita sa harap ng huwes para repasuhin ang desisyon na ginawa ng plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo o DHCS (ang ahensiyang Medi-Cal ng Estado) na hindi mo sinasang-ayunan.

Ang **hinaing** ay para sa anumang usapin na hindi ka nasisiyahan o hindi ka sumasang-ayon na hindi nasasaklawan ng **apela** o **Patas na Pagdinig sa Estado**. Ito ay para sa mga isyu o alalahanin sa plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo o DHCS na hindi pagtanggihan, pag-antala, pagbawas, o paghinti ng mga serbisyo.

## Paano magsampa ng **apela**, humingi ng **Patas na Pagdinig sa Estado**, o magsumite ng **hinaing**

**Basahin ang nakasulat na paunawa.** Kung tinanggihan, binawasan, o hininto ng pinamamahalaang plano sa pag-aalaga, ang DHCS (ang Medi-Cal na ahensiya ng Estado), o tagapaglaan ang mga serbisyo ng anak mo, dapat silang magpadala ng nakasulat na Paunawa sa Pagkilos (tinatawag ding “Paunawa ng Salungat na Benepisyong Determinasyon”) sa desisyon nila.

Dapat mong makuha ang paunawang ito ng **10** araw man langh bago mabawasan o maihinto ang paggamot o serbisyo sa anak mo. Pinaliliwanag ng paunawang ito ang:

- Bakit at paano ginawa ng pinamamahalaang plano ng pag-aalaga ng anak mo o ng DHCS ang desisyon nito
- Ang mga karapatan ng anak mo
- Paano magsampa ng **apela** o humingi ng **Patas na Pagdinig sa Estado**

**Kung tumatanggi ka sa desisyon**, mahalagang mag-**apela** **bago** huminto ang mga serbisyo o binawasan para makapagpatuloy sila sa **apela** o **Patas na Pagdinig sa Estado**.

**Kung hindi ka nakakuha ng paunawa**, tumawag sa numero ng Health Consumer Alliance (HCA) sa ibaba. Kung hindi ka nakakuha ng paunawa, tumawag sa numero ng Health Consumer Alliance (HCA) sa ibaba. Paano matuto magsampa ng **apela**, humingi ng **Patas na Pagdinig sa Estado**, o magsumite ng **hinaing**, basahin ang mga pahina sa ibaba.

## Paano makakakuha ng tulong

### Linya ng Tulong ng Miyembro ng Medi-Cal

Nagbibigay ang Linya ng Tulong ng Miyembro ng Medi-Cal ng libreng suporta. Maaari ka nilang ikonekta sa iyong lokal na opisina ng Medi-Cal, sa iyong pinamamahalaang plano sa pangangalaga, o sa iba pang mapagkukunan ng Medi-Cal upang tumulong na sagutin ang iyong mga tanong tungkol sa Medi-Cal.

- Telepono: 1-800-541-5555
- Online: [www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal](http://www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal)

### Health Consumer Alliance (HCA)

Nagbibigay ang HCA ng libreng telepono o personal na tulong sa mga naka-enroll sa Medi-Cal upang malutas ang mga problema sa kalusugan. Maaari ka rin nilang maiugnay sa mga libreng mapagkukunan upang makatulong na matugunan ang mga legal na isyu na may kaugnayan sa pangangalagang pangkalusugan.

- Telepono: 1-888-804-3536
- Online: [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)

#### KAHON 2

### Kung sa palagay mo ay mali ang desisyon

Kung sa paniwala mo ang Medi-Cal ng anak mo ay maling hininto o ang anak mo ay maling nakitang hindi nararapat para sa Medi-Cal:

- Sundin ang mga tagubilin sa paunawa sa apela, 
- Hanapin ang iyong lokal na ahensiya ng mga serbisyo sa tao ng county moat [dhcs.ca.gov/COL](http://dhcs.ca.gov/COL)



# Ano ang mga karapatan ng anak mo sa pinamamahalaang pangangalaga ng Medi-Cal?

Ang sumusunod na impormasyon sa pahina 5-8 ay nalalapat sa lahat ng pinamamahalaang sistema ng pangangalaga sa Medi-Cal. Karamihan ng mga batang naka-enroll sa Medi-Cal ay nakakakuha ng pag-aalaga nila sa pamamagitan ng isang **planong Medi-Cal na pinamamahalaang pangangalaga**. Ang plano ay para sa mga pisikal na pangkalusugang serbisyo. Ito ay para sa mga limitadong serbisyo sa kalusugang pangkaisipan na tinatawag na “mga non-specialty na serbisyo sa kalusugang pangkaisipan.”

Kasama sa mga ibang sistema ng pinahahalagahang pag-aalaga ang:

- **Mga Specialty na Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali** para sa matinding mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali sa pamamagitan ng hiwalay na plano sa kalusugan ng pag-iisip.
- **Medi-Cal na Organized na Sistema ng Paghahatid ng Gamot** para sa paggamot ng pagkalulong sa droga at alkohol.
- **Pinamamahalaang Pag-aalagang Dental** para sa pangangalagang dental sa mga county ng Los Angeles at Sacramento. Basahin ang **Talahanayan 1** sa pahina 8.

Kung may problema ang anak mong makakuha o magpanatili ng serbisyo na sa palagay mo ay dapat saklawan ng isa sa mga plano sa ibaba, basahin sa ibaba. Kung wala sa plano ang anak mo, basahin ang tungkol sa **bayad para sa serbisyo** sa pahina 9.

## Ano ang maaari mong gawin kung tinanggi ang pag-aalaga ng anak mo, inantala, binawasan, o hininto sa pinamamahalaang pag-aalaga?

### Magsampa ng apela sa pinamamahalaang pag-aalagang plano ng anak mo

Dapat kang magsimula sa pamamagitan ng pagsampa ng **apela** sa plano ng pinamamahalaang pag-aalaga. Para mahanap ang plan mo, pumunta sa [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). Inaatasan ng apela ang plano ng anak mong repasuhin ang anumang pagtanggì sa serbisyo, iantala, bawasan, o ihinto para malaman kung sumasang-ayon sila sa iyo. Dapat mong isampa ang apela bago ka makahingi ng Patas na Pagdinig sa Estado.

- Matapos makuha ng anak mo ang nakasulat na Paunawa ng Pagkilos mula sa kanilang pinamamahalaang plano ng pag-aalaga, maaari kang magsampa ng apela. Maaari ka ring magsampa ng apela kung **hindi** ka nakakuha ng Paunawa ng Pagkilos.
- Mayroon kang **60** na araw ng kalendaryi makalipas mong makuha ang Paunawa ng Pagkilos para magsampa ng apela sa plano ng pinamamahalaang pag-aalaga. Maaari kang magsampa ng apela sa plano sa pamamagitan ng sulat, sa telepono, o online. Mahahanap mo ang mga numero ng pagkontak sa **Talahanayan 1** sa pahina 8.

### KAHON 3

#### Paano hihingi ng pagpapatuloy ng mga benepisyo sa pinamamahalaang pag-aalaga



Kung sinasabi ng paunawa na ang serbisyong nakukuha na ng anak mo ay ihiinto o babawasan, maaari mo ring hilingin ang **pagpapatuloy sa mga benepisyo** tinatawag ding “Aid Paid Pending”) para sa anak mo sa panahon ng apela o Patas na Pagdinig sa Estado.

- Dapat kang umapela o humingi ng Patas na Pagdinig ng Estado **bago** huminto o binawasan ang serbisyo.
- Dapat kang bigyan ng plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng nakasulat na paunawa ng **10** araw sa kalendaryo man lang bago sila magbalak na ihinto o bawasan ang serbisyo para sa anak mo.

- Kung sinasabi ng Paunawa ng Pagkilos na ang serbisyong nakukuha na ng anak mo ay ihihinto o babawasan, maaari mo ring hilingin na patuloy na makuha ng anak mo ang serbisyo sa panahon ng apela. Tinatawag itong **pagpapatuloy sa mga benepisyo**. Para matutunan kung paano hingin ito, basahin ang **Kahon 3**.
- Dapat kilalanin ng plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo ang apela sa pamamagitan ng sulat sa loob ng **5** araw ng kalendaryo ng petsa kung kailan nila nakuha ang apela. Dapat ding sabihin sa iyo ng plano ang pangalan, numero ng telepono, at address ng tao sa plano na makakapagsabi sa iyo ng mas marami pa tungkol sa apela at katayuan nito. Dapat ka ring padalhan ng plano ng nakasulat na desisyon sa loob ng **30** araw ng kalendaryo ng kahilingan sa apela. Tinatawag itong Paunawa sa Resolusyon.
- Kung minamadali ang sitwasyon ng anak mo at ang paghihintay ng 30 araw ay magpapalala sa kundisyon nila, maaari kang humingi ng **pinabilis** (mas mabilis) na desisyon. Para kung paano hingin ito, basahin ang **Kahon 4**.
- Makokontak mo ang plano sa pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo para sa mga tanong tungkol sa apela ng anak mo anumang oras. Para sa mga numero ng pagkontak, basahin ang **Talahanayan 1** sa pahina 8.
- Maaaring may kasama ang plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo ang prosesong tinatawag na Independiyenteng Lupon ng Medikal na Pagrepaso. Ipapaliwanag ng Paunawa ng Pagkilos ng anak mo ang prosesong ito. Kung hinahandog ng plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo ang prosesong ito, ito ay makalipas mo makumpleto ang apela ng anak mo. Para matuto pa tungkol sa Independiyenteng Lupon ng Medikal na Pagrepaso, tumawag sa California Department of Managed Health Care sa 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891). O, pumunta sa <https://bit.ly/IMRCR>.

#### KAHON 4

### Pinabilis (mas mabilis) na apela o Patas na Pagdinig sa Estado



Kung kailangan ng anak mo ng **pinabilis** (mas mabilis) na apela o Patas na Pagdinig ng Estado dahil ang buhay, kalusugan, o kakayan ng anak mong gumana ay nasa peligro, tumawag sa **1-800-743-8525**.

Maaari kang makabasa ng higit pa sa iyong Handbook ng Miyembro kung paano hihingi ng pinabilis na proseso.

#### Humingi ng Patas na Pagdinig sa Estado ng Medi-Cal:

Kung ang proseso ng apela ng plano sa pinamamahalaang pag-aalaga ay kumpleto at hindi ka pa rin sang-ayon sa desisyon ng plano, maaari kang humingi ng **Patas na Pagdinig sa Estado** para sa anak mo. Maaari ka ring humingi ng Patas na Pagdinig sa Estado kung hindi nagpadala ng paunawa ang iyong plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo tungkol sa karapatan ng anak mo sa apela o hindi ito ipinadala sa makatwirang oras.

Ang Patas na Pagdinig sa Estado ay pagkakataong magsalita sa harap ng huwes para repasuhin ang desisyon ng plano ng pinamamahalaang pag-aalaga na hindi mo sinasang-ayunan. Nagtatrabaho ang huwes para sa California Department of Social Services, hindi para sa plano ng anak mo.

- Dapat kang humingi ng Patas na Pagdinig sa Estado sa loob ng **120** araw ng kalendaryo sa petsa na nakuha mo ang nakasulat na pagpasya ng plano sa pinamamahalaang pag-aalaga sa apela ng anak mo. Rerepasuhin ng walang kinikilingang huwes ang kaso ng anak mo. Kung ang desisyong hiningi mo para sa pagdinig ay huminto sa serbisyong nakukuha na ng anak mo, maaari ka ring humingi ng pagpapatuloy ng mga benepisyo para sa anak mo. Basahin ang **Kahon 3** sa pahina 5.

- Maaari kang humingi ng Patas na Pagdinig sa Estado sa pamamagitan ng telepono, koreo, fax, o online. Tumawag sa 1-800-743-8525. O, pumunta sa [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).
- May karapatan kang magdala ng taong kakatawan sa iyo sa Patas na Pagdinig sa Estado ng anak mo. Maaari kang magdala ng kaibigan, kamag-anak, abogado, o sinumang napili mo. Para matuto kung paano makakuha ng libreng legal na tulong, basahin ang **Paano makakakuha ng tulong** sa pahina 4.
- Hindi mo kailangang magbayad para sa Patas na Pagdinig sa Estado Libre ito.
- Ang Estado ay may **90** araw sa kalendaryo makalipas ang kahilingan ng anak mo para sa Patas na Pagdinig sa Estado para gumawa ng panghuling desisyon. Kung kailangan agad ng anak mo ng mga serbisyo at ang paghihintay ng 90 araw ay magpapalala sa kundisyon nila, maaari kang humingi ng **pinabilis** (mas mabilis) na desisyon. Basahin ang **Kahon 4** sa itaas.
- Para sa higit pang tulong, basahin ang mga paunawa mula sa plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo. O, tumawag sa 1-800-743-8525. O, pumunta sa [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

### Kontakin ang Ombudsman

Ang **Ombudsman** ay isang tao na nagtatrabaho para sa DHCS (ang Medi-Cal na ahensiya ng Estado). Ang trabaho nila ay para tulungan ka at ang anak mong subukang ayusin ang mga hindi pagkakasundo sa plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo. Maaari kang tumawag sa Ombudsman anumang oras. Kabilang dito ang kapag nakatanggap ang anak mo ng paunawa, nagsampa ng apela, humingi ng Patas na Pagdinig sa Estado, o magsumite ng hinaing Ang Ombudsman ay para lang sa mga taong naka-enroll sa planong pinamamahalaang pag-aalaga.

Maaari mong kontakin ang Ombudsman sa:

- Telepono: 1-888-452-8609
- Email: [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)
  - » Huwag maglagay ng personal na pangkalusugang impormasyon sa isang email.

Pata matuto pa tungkol sa Ombudsman, pumunta sa [www.dhcs.ca.gov/ombudsman](http://www.dhcs.ca.gov/ombudsman).

## Paano kung hindi ka masaya sa pag-aalaga, doktor, o tagapaglaan ng pangangalaga sa kalusugan ng anak mo sa pinamamahalaang pag-aalaga?

### Magsumite ng hinaing

Kung masama o bastos ang pagtrato ng doktor sa anak mo, o hindi ka nasisiyahan sa kalidad ng pag-aalaga, o kung hindi ka makahanap ng doktor, maaari kang magsumite ng **hinaing** para sa anak mo. Ang hinaing ay para sa anumang hindi pagkakasundo sa anumang hindi nasasaklawan ng apela o Patas na Pagdinig sa Estado. Ito ay para sa mga isyu o alalahanin na hindi nagtatanggi, nag-aantala, nagbabawas, o nagpaapahinto sa alinman sa mga serbisyo ng anak mo.

- Dapat kang magsumite ng hinaing para sa anak mo anumang oras. Maaari mo itong isumite sa telepono, o nakasulat online o sa koreo. Para magsumite ng hinaingm kontakin ang plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo. Para sa mga numero ng pagkontak, basahin ang **Talahanayan 1** sa pahina 8.
- Dapat kilalanin ng plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo ang hinaing mo sa pamamagitan ng sulat sa loob ng **5** araw ng kalendaryo ng petsa kung kailan nila nakuha ito. Dapat ding kasama nito ang pangalan, numero ng telepono, at address ng tao sa plano na makakapagsabi sa iyo ng mas marami pa tungkol sa hinaing ng anak mo at katayuan nito.
- Ang plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo ay may **30** araw ng kalendaryo mula sa petsa ng pagsumite mo ng hinaing para malutas ang hinaing ng anak mo.

## Sino ang dapat mong kontakin para sa mga tanong?

### TALAHANAYAN 1

## Kabuuang pananaw sa mga sistema ng pinamamahalaang pag-aalaga at impormasyon sa pagkontak

### Medi-Cal Managed Care (MCMC)

Nakukuha ng karamihan ng mga bata ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng mga plano sa pinamamahalaang pag-aalaga ng Medi-Cal:

- Mga pangangailangan sa pisikal na kalusugan, tulad ng mga pagpapatingin sa well-child at iniksiyon
- Mga non-specialty na pangangailangan sa kalusugan sa pag-iisip, tulad ng therapy at medikasyon
- Koordinasyon ng pag-aalaga

Kung hindi nakukuha ng anak mo ang mga kailangang serbisyong ito o may mga alalahanin, tumawag sa plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng Medi-Cal ng anak mo. Ang numero ng teleponong ito ay nasa ID card ng plano ng anak mol. Ito ay nasa website din ng plano. Mahahanap mo din ang numero ng telepono nila sa [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). O, tumawag sa 916-449-5000.

### Specialty Mental Health Services (SMHS)

Ang ilang bata na kailangan ng mga specialty na serbisyo para sa kalusugan ng pag-iisip, tulad ng pag-aalaga para sa malalang kundisyon sa pag-aalaga ng pag-iisip, ay makukuha ang pag-aalagang ito sa pamamagitan ng Specialty Mental Health Services. Ang bawat county ay may plano sa kalusugan ng pag-iisip.

Kung hindi nakukuha ng anak mo ang mga kailangang serbisyong ito o may mga alalahanin, tumawag sa plano ng kalusugan ng pag-iisip ng county ng anak mo. Mahahanap mo ang numero ng telepono sa [www.dhcs.ca.gov/CMHP](http://www.dhcs.ca.gov/CMHP).

### Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS)

Ang mga batang kailangan ng mga serbisyo sa paggamit ng sangkap tulad ng paggamot sa droga o alkohol, kabilang ang pagpapayo at mga ibang klinikal na paggamot, tulad ng inpatient na residensiyal na paggamot sa droga o alkohol, kapag kailangan, ay makakakuha ng pag-aalagang ito sa pamamagitan ng Drug Medi-Cal Organized Delivery System. Ang bawat county ay may alinman sa planong DMC-ODS o nasa Drug Medi-Cal. Para matuto pa sa Drug Medi-Cal, basahin ang **Talahanayan 2** sa pahina 11.

Kung hindi nakukuha ng anak mo ang mga kailangang serbisyong ito o may mga alalahanin, tumawag sa plano ng DMC-ODS ng anak mo. Hanapin ang numero ng telepono sa [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

### Dental Managed Care (Dental MC)

Ang ilang mga batang nakatira sa Los Angeles County o Sacramento County ay nakakakuha ng mga serbisyong dental, kabilang ang mga dental na check-up at mga pagpapalinis dalawang beses bawat taon at pag-aalaga sa oral na kalusugan sa pamamagitan ng mga planong Pinamamahalaan ang Pag-aalagang Dental. Ang mga batang nakatira sa lahat ng ibang county ay makakakuha ng kanilang pangangalagang dental sa pamamagitan ng Dental Fee for Service (Dental FFS). Para matuto pa sa Dental FFS, basahin ang **Talahanayan 2** sa pahina 11.

Kung nakatita ka sa Los Angeles o Sacramento at hindi nakukuha ng anak mo ang mga kailangang serbisyong ito o may mga alalahanin, tumawag sa plano ng Dental MC ng anak mo. Ang numero ng telepono ay nasa ID card ng Dental MC ng anak mo. Ito ay nasa website din ng planong Dental MC ng anak mo. O, tumawag sa 1-800-322-6384. Mahahanap mo din ang numero ng telepono ng plano sa <https://bit.ly/DMC-Contact>.

# Ano ang mga karapatan ng anak mo sa Medi-Cal Fee For Service?

Ang sumusunod na impormasyon sa pahina 9-11 ay nalalapat sa Medi-Cal Fee For Service (FFS). Ang ilang batang naka-enroll sa Medi-Cal ay nakakakuha ng pag-aalaga nila sa pamamagitan ng FFS. Ang FFS ay tinatawag rin na “regular” Medi-Cal. Ang mga bata sa FFS ay makakakuha ng pag-aalaga nila sa pamamagitan ng DHCS (ang ahensiya ng Medi-Cal ng Estado). Walang planong pag-aalaga ng kalusugan ang kaugnay. Kasama ng FFS ang Medi-Cal FFS para sa mga serbisyo ng pisikal na kalusugan at limitadong set ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na tinatawag na “non-specialty na mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip,” Drug Medi-Cal para sa mga serbisyong paggamot ng droga at alkohol, Dental FFS para sa dental na pag-aalaga, at Medi-Cal Rx para sa mga gamot. Para matuto pa, basahin ang **Talahanayan 2** sa pahina 11.

Kung may problema ang anak mong makakuha o magpanatili ng serbisyo na sa palagay mo ay dapat saklawan ng DHCS, basahin sa ibaba. Kahit na wala ang anak mo sa plano ng pinamamahalaang pag-aalaga, kung kailangan ng anak mo ng pag-aalaga para sa seryosong kundisyon sa kalusugan ng pag-iisip, makukuha nila ang pag-aalagang ito sa pamamagitan ng plano ng kalusugan ng pag-iisip ng Specialty Mental Health Services. Para matuto pa at malaman kung saan tatawag para sa tulong mula sa plano sa kalusugan ng pag-iisip ng county, basahin ang **Talahanayan 1** sa pahina 8.

## Ano ang maaari mong gawin kung tinanggi, , inantala, binawasan, o hininto ang pag-aalaga ng anak mo sa FFS?

### Humingi ng Patas na Pagdinig sa Estado ng Medi-Cal:

Ang **Patas na Pagdinig sa Estado** ay pagkakataong magsalita sa harap ng huwes para repasuhin ang desisyon ng DHCS na hindi mo sinasang-ayunan. Kabilang dito ang anumang pagtanggì sa serbisyo, pag-antala, pagbawas, o paghintò. Nagtatrabaho ang huwes para sa California Department of Social Services, hindi para sa DHCS.

- Makalipas matanggap ng anak mo ang Paunawa ng Pagkilos mula sa DHCS, maaari kang humingi ng Patas na Pagdinig sa Estado. Maaari ka ring humingi ng Patas na Pagdinig sa Estado kung hindi ka nakakuha ng Paunawa ng Pagkilos.
- Dapat kang humingi ng Patas na Pagdinig sa Estado sa loob ng **90** araw sa kalendaryo sa petsa na nakuha mo ang nakasulat na Paunawa ng Pagkilos mula sa DHCS. Rerepasuhin ng walang kinikilingang huwes ang kaso ng anak mo. Maaari ka ring humingi ng Patas na Pagdinig sa Estado anumang oras nang walang Paunawa ng Pagkilos. Kung ang desisyong hiningi mo para sa pagdinig ay magpapahinto sa serbisyong nakukuha na ng anak mo, maaari ka ring humingi ng pagpapatuloy ng mga benepisyo para sa anak mo. Basahin ang **Kahon 5** sa itaas.

#### KAHON 5

### Paano hihingi ng pagpapatuloy ng mga benepisyo sa fee for service



Kung sinasabi ng paunawa na ang serbisyong nakukuha na ng anak mo ay ihihintò o babawasan, maaari mo ring hilingin ang **pagpapatuloy sa mga benepisyo** tinatawag ding “Aid Paid Pending”) sa panahon ng Patas na Pagdinig sa Estado.

- Dapat kang humingi ng Patas na Pagdinig ng Estado **bago** huminto o binawasan ang serbisyo.
- Dapat kang bigyan ng DHCS ng nakasulat na paunawa ng **10** araw sa kalendaryo man lang bago sila magbalak na ihinto o bawasan ang serbisyo para sa anak mo.

- Maaari kang humingi ng Patas na Pagdinig sa Estado sa pamamagitan ng telepono, koreo, fax, o online. Tumawag sa 1-800-743-8525. O, pumunta sa [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).
- May karapatan kang magdala ng taong kakatawan sa iyo sa pagdinig. Maaari kang magdala ng kaibigan, kamag-anak, abogado, o sinumang napili mo. Para sa libreng legal na tulong, basahin ang **Paano makakakuha ng tulong** sa pahina 4.
- Hindi mo kailangang magbayad para sa Patas na Pagdinig sa Estado Libre ito.
- Ang estado ay may **90** araw sa kalendaryo makalipas ang kahilingan ng anak mo para sa Patas na Pagdinig sa Estado para gumawa ng panghuling desisyon. Kung kailangan agad ng anak mo ng mga serbisyo at ang paghihintay ng 90 araw ay magpapalala sa kundisyon nila, maaari kang humingi ng **pinabilis** (mas mabilis) na desisyon. Basahin ang **Kahon 6** sa itaas.
- Para sa higit pang tulong, basahin ang mga paunawa na nakuha ng anak mo mula sa DHCS. O, tumawag sa 1-800-743-8525. O, pumunta sa [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

#### KAHON 6

### Pinabilis (mas mabilis) na apela o Patas na Pagdinig sa Estado



Kung kailangan ng anak mo ng **pinabilis** (mas mabilis) na Patas na Pagdinig ng Estado dahil ang buhay, kalusugan, o kakayan ng anak mong gumana ay nasa peligro, tumawag sa 1-800-743-8525.

## Paano kung hindi ka masaya sa pag-aalaga, doktor, o tagapaglaan ng pangangalaga sa kalusugan ng anak mo sa FFS?

### Magsumite ng hinaing

Kung masama o bastos ang pagtrato ng doktor sa anak mo, o hindi ka nasisiyahan sa kalidad ng pag-aalaga, o kung hindi ka makahanap ng doktor, maaari kang magsumite ng **hinaing** para sa anak mo. Ang hinaing ay para sa anumang hindi pagkakasundo sa anumang hindi nasasaklawan ng Patas na Pagdinig sa Estado. Ito ay para sa mga isyu o alalahanin na **hindi** nagtatanggì, nag-aantala, nagbabawas, o nagpaapahinto sa alinman sa mga serbisyo ng anak mo.

- Maaari kang magsumite ng hinaing para sa anak mo para sa Drug Medi-Cal, Dental FFS, o Medi-Cal Rx anumang oras. Maaari mo itong isumite sa telepono, o nakasulat online o sa koreo. Para magsumite ng hinaing, kontakín ang Drug Medi-Cal, Dental FFS, o Medi-Cal Rx. Para sa mga numero ng pagkontak, basahin ang **Talahanayan 2** sa pahina 11. **Walang** proseso ng hinaing para sa Medi-Cal FFS para sa mga serbisyo sa pisikal na kalusugan at mga non-specialty na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip.
- Dapat kilalanin ng DHCS ang hinaing mo sa pamamagitan ng sulat sa loob ng **5** araw ng kalendaryo ng petsa kung kailan nila nakuha ito. Dapat kasama nito ang pangalan, numero ng telepono, at address ng tao sa DHCS na makakapagsabi sa iyo ng mas marami pa tungkol sa hinaing ng anak mo at katayuan nito.
- Ang DHCS ay may **30** araw ng kalendaryo mula sa petsa ng pagsumite mo ng hinaing para malutas ang hinaing ng anak mo para sa Dental FFS at Medi-Cal Rx. Ang Drug Medi-Cal ay may **90** araw ng kalendaryo para malutas ang hinaing ng anak mo.

## Sino ang dapat mong kontakin para sa mga tanong?

### TALAHANAYAN 2

## Kabuuang pananaw sa fee for service at impormasyon sa pagkontak

### Medi-Cal Fee For Service (Medi-Cal FFS)

Ang ilang mga bata, tulad ng ilang mga bata sa foster na pag-aalaga, ay makakakuha ng kanilang mga pangkalusugang serbisyo sa pamamagitan ng Medi-Cal FFS.

Kung hindi nakukuha ng anak mo ang mga serbisyong ito o may mga alalahanin, tumawag sa 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077).

### Drug Medi-Cal (DMC)

Ang mga batang kailangan ng mga serbisyo sa paggamit ng sangkap tulad ng paggamot sa droga o alkohol, kabilang ang pagpapayo at mga ibang klinikal na paggamot, tulad ng inpatient na residensiyal na paggamot sa droga o alkohol, kapag kailangan, ay makakakuha ng pag-aalagang ito sa pamamagitan ng Drug Medi-Cal. Ang bawat county ay may alinman sa planong DMC-ODS o nasa DMC. Para matuto pa sa DMC-ODS, basahin ang **Talahanayan 1** sa pahina 8.

Kung hindi nakukuha ng anak mo ang mga serbisyong ito o may mga alalahanin, tumawag sa programang DMC ng anak mo. Para hanapin ang numero ng telepono, pumunta sa [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

### Dental Fee For Service (Dental FFS)

Kinukuha ng karamihan sa mga bata ang mga serbisyong dental nila sa Medi-Cal sa pamamagitan ng Dental FFS. Kabilang dito ang mga dental na check-up at mga pagpapalinis dalawang beses bawat taon at pag-aalaga sa oral na kalusugan.

Kung hindi nakukuha ng anak mo ang mga serbisyong ito o may mga alalahanin, tumawag sa 1-800-322-6384. Para matuto pa, pumunta sa [smilecalifornia.org](http://smilecalifornia.org).

### Medi-Cal Rx

Kinukuha ng mga bata ang mga serbisyong parmasya nila sa Medi-Cal sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx. Kasama dito ang mga de-reseta at over-the-counter na mga outpatient na gamot, enteral na nutrisyong produkto tulad ng feeding tube, at mga medikal na supply.

Kung hindi nakukuha ng anak mo ang mga serbisyong ito o may mga alalahanin, tumawag sa 1-800-977-2273. Matuto pa sa <https://bit.ly/3D1rQFV>.



## Vui lòng giữ lại!

Thông tin quan trọng  
để giúp trẻ em và  
thanh niên đến 21 tuổi  
nhận được tất cả  
sự chăm sóc mà  
họ cần

## Trẻ em và thanh thiếu niên có thể sử dụng những dịch vụ nào nếu họ tham gia Medi-Cal?

Theo luật California và liên bang, tất cả trẻ em và thanh thiếu niên đến 21 tuổi ghi danh vào Medi-Cal có quyền nhận **kiểm tra sức khỏe định kỳ** thường xuyên và các dịch vụ **phòng ngừa** và **chữa trị** khác cần thiết để duy trì hoặc hồi phục sức khỏe.

Quyền này được luật liên bang gọi là Tầm Soát, Chẩn Đoán, và Điều Trị Sớm và Theo Định Kỳ (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment - EPSDT). Nó đảm bảo rằng mọi trẻ em tham gia Medi-Cal đều nhận được sự chăm sóc cần thiết để lớn lên khỏe mạnh nhất có thể. Ở California, EPSDT được gọi là **Medi-Cal for Kids & Teens**.

Các dịch vụ là **miễn phí**, trừ khi trẻ hoặc thanh thiếu niên được xác định là có một khoản Chia sẻ Chi phí khi chúng được xét nhận Medi-Cal.

### Medi-Cal for Kids & Teens phải bao trả các dịch vụ này nếu cần, không giới hạn:

- Các dịch vụ sức khỏe thể chất, bao gồm chăm sóc ban đầu và thăm khám chuyên khoa
- Dịch vụ nhãn khoa, bao gồm kính đeo mắt
- Dịch vụ thính giác
- Khám răng và các dịch vụ kèm theo
- Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và cai nghiện ma túy hoặc rượu, bao gồm cả trị liệu
- Vật lý trị liệu, trị liệu kỹ năng, và trị liệu nói-nuốt
- Thiết bị và vật tư y tế, chẳng hạn như xe lăn, bao gồm cả thiết bị y tế lâu bền
- Thuốc, cả thuốc mua tự do và kê đơn
- Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, bao gồm xét nghiệm máu để kiểm tra mức độ chì và xét nghiệm bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI), và bất kỳ dịch vụ chăm sóc theo dõi cần thiết nào
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bao gồm chăm sóc điều dưỡng
- Bệnh viện và điều trị nội trú
- Các dịch vụ sức khỏe sinh sản và tình dục, chẳng hạn như tránh thai và chăm sóc phá thai
- Khám thai
- Xét nghiệm và điều trị COVID-19
- Điều phối chăm sóc, nếu tham gia vào một chương trình quản lý chăm sóc (managed care)
- Tất cả các dịch vụ y tế cần thiết khác có thể được bao trả theo Medi-Cal (được gọi là "các dịch vụ cần thiết về mặt y tế") theo quyết định của nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị



Nếu quý vị cần thư này hoặc bất kỳ tài liệu Medi-Cal nào ở định dạng thay thế như phông chữ lớn hơn, định dạng âm thanh, CD hoặc chữ nổi, hãy gọi 1-833-284-0040.

## Trẻ em và thanh thiếu niên có quyền được hỗ trợ miễn phí để được chăm sóc, chẳng hạn như:

- Được đưa đón miễn phí đến và về cuộc hẹn của quý vị hoặc nhận thuốc, thiết bị y tế và vật tư
- Hỗ trợ đặt lịch hẹn khám bệnh
- Giúp tìm bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- Dịch vụ thông dịch ngôn ngữ (quý vị không cần phải mang theo thông dịch viên của riêng mình đến cuộc hẹn khám bệnh)

## “Cần thiết về mặt y tế” có nghĩa là gì?

Đối với trẻ em và thanh thiếu niên, **cần thiết về mặt y tế** có nghĩa là các dịch vụ cần thiết để điều trị, khắc phục, quản lý hoặc cải thiện bệnh tật hoặc tình trạng sức khỏe.

Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con quý vị thường quyết định xem điều gì đó có cần thiết về mặt y tế hay không.

Một số dịch vụ có thể cần phê duyệt trước. Nếu các dịch vụ là cần thiết về mặt y tế cho trẻ em hoặc thanh thiếu niên đến 21 tuổi, số lượng các dịch vụ hoặc phương pháp điều trị không thể giới hạn. Ví dụ, một đứa trẻ không thể bị giới hạn một cặp kính mắt hai năm một lần. Nếu một đứa trẻ đeo kính nhưng gặp vấn đề về thị lực, chúng có quyền được kê toa kính mới và đeo kính mới khi cần thiết.

### HỘP 1

#### Quyền lợi Medi-Cal của con quý vị



Trẻ em và thanh thiếu niên trong Medi-Cal nhận quyền lợi theo một trong hai cách sau:

1. **Chương trình điều quản y tế (Managed care)** bởi một chương trình bảo hiểm y tế, chương trình sức khỏe tâm thần hoặc chương trình sức khỏe răng miệng, **hoặc**
2. **Dịch vụ thu phí (Fee for service - FFS)** bởi California Department of Health Care Services (DHCS), cơ quan Medi-Cal của Tiểu bang

Tài liệu này giải thích những việc cần làm nếu trẻ em hoặc thanh thiếu niên đã tham gia mà không nhận được dịch vụ cần thiết thông qua **chương trình quản lý chăm sóc** hoặc **dịch vụ thu phí**. Nó giải thích làm thế nào để:

- Gửi đơn kháng cáo
- Yêu cầu Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang
- Gửi đơn khiếu nại

Để được trợ giúp nhận các dịch vụ hoặc cho các câu hỏi về quyền lợi của quý vị, hãy gọi Đường dây Trợ giúp Hội viên Medi-Cal tại **1-800-541-5555**.

## Quý vị nên làm gì nếu dịch vụ chăm sóc của con quý vị bị từ chối, trì hoãn, cắt giảm hoặc dừng lại?

Nếu dịch vụ chăm sóc con quý vị bị từ chối, trì hoãn, cắt giảm hoặc dừng lại và quý vị không đồng ý với quyết định như được mô tả trong thông báo bằng văn bản của mình, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại và hủy bỏ quyết định đó.

Điều này là để hỗ trợ con quý vị nhận được sự chăm sóc mà chúng cần và có quyền nhận được. Con quý vị có quyền gửi **kháng cáo**, yêu cầu một phiên **Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang**, hoặc gửi một **đơn khiếu nại**. Không có hình phạt nào cho việc thực hiện bất kỳ hành động nào trong số này.

Cho dù kháng cáo, Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang hoặc đơn khiếu nại của quý vị có thành công hay không, bảo hiểm Medi-Cal của con quý vị sẽ **không** kết thúc vì quý vị đã thực hiện bất kỳ hành động nào trong số này.

**Kháng cáo** yêu cầu chương trình của con quý vị xem xét bất kỳ sự từ chối, trì hoãn, cắt giảm hoặc ngừng cung cấp dịch vụ nào để tìm hiểu xem họ có đồng ý với quý vị hay không.

**Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang** là cơ hội để nói trước thẩm phán để xem xét lại quyết định của chương trình quản lý chăm sóc hoặc DHCS (cơ quan Medi-Cal của Tiểu bang) của con quý vị mà quý vị không đồng ý.

**Khiếu nại** dành cho bất kỳ vấn đề nào quý vị không hài lòng hoặc không đồng ý với kháng cáo hoặc Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang không bao gồm. Nó dành cho các vấn đề hoặc mối lo ngại với chương trình quản lý chăm sóc của con quý vị hoặc DHCS mà không phải là sự từ chối, trì hoãn, cắt giảm hoặc ngừng các dịch vụ.

### Cách gửi kháng cáo, yêu cầu một Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang, hoặc gửi một đơn khiếu nại

**Đọc thông báo bằng văn bản.** Nếu một chương trình quản lý chăm sóc, DHCS (cơ quan Medi-Cal của Tiểu bang) hoặc nhà cung cấp từ chối, cắt giảm hoặc ngừng các dịch vụ dành cho con quý vị, họ phải gửi Thông báo Hành động bằng văn bản (còn gọi là "Thông báo về Quyết định Bất lợi cho Quyền lợi") cùng với quyết định của họ.

Quý vị phải nhận được thông báo này ít nhất **10** ngày trước khi việc điều trị hoặc dịch vụ của con quý vị bị cắt giảm hoặc ngừng lại. Thông báo giải thích:

- Tại sao và làm thế nào chương trình quản lý chăm sóc của con quý vị hoặc DHCS đưa ra quyết định của mình
- Quyền của con quý vị
- Cách gửi đơn kháng cáo hoặc yêu cầu Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang

**Nếu quý vị không đồng ý với quyết định**, điều quan trọng là phải kháng cáo **trước khi** các dịch vụ ngừng hoặc bị cắt giảm để chúng có thể tiếp tục trong thời gian kháng cáo hoặc Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang.

**Nếu quý vị đã không nhận được thông báo**, hãy gọi số của Liên Minh Sức Khỏe Người Tiêu Dùng (Health Consumer Alliance - HCA) dưới đây. Quý vị vẫn có thể gửi đơn kháng cáo nếu quý vị không nhận được thông báo. Để tìm hiểu cách gửi đơn kháng cáo, hãy yêu cầu một phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang, hoặc gửi khiếu nại, hãy đọc các trang bên dưới.

## Làm thế nào để được giúp đỡ

### Đường dây Trợ giúp Hội viên Medi-Cal

Đường dây Trợ giúp Hội viên Medi-Cal cung cấp hỗ trợ miễn phí. Họ có thể kết nối quý vị với văn phòng Medi-Cal tại địa phương, chương trình quản lý chăm sóc của quý vị hoặc với các nguồn lực Medi-Cal khác để giúp trả lời các câu hỏi của quý vị về Medi-Cal.

- Điện thoại: 1-800-541-5555
- Trực tuyến: [www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal](http://www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal)

### Liên Minh Sức Khỏe Người Tiêu Dùng (Health Consumer Alliance - HCA)

HCA cung cấp trợ giúp miễn phí qua điện thoại hoặc trực tiếp cho những người đăng ký Medi-Cal để giải quyết các vấn đề sức khỏe. Họ cũng có thể kết nối quý vị với các nguồn tài nguyên miễn phí để giúp giải quyết các vấn đề pháp lý liên quan đến chăm sóc sức khỏe.

- Điện thoại: 1-888-804-3536
- Trực tuyến: [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)

#### HỘP 2

#### Nếu quý vị nghĩ rằng một quyết định là sai

Nếu quý vị tin rằng Medi-Cal của con quý vị đã bị dừng nhầm hoặc con quý vị bị kết luận nhầm là không đủ điều kiện nhận Medi-Cal:

- Thực hiện theo các hướng dẫn trên thông báo để kháng cáo, **hoặc**
- Tìm cơ quan dịch vụ nhân sinh quận địa phương của quý vị tại [dhcs.ca.gov/COL](http://dhcs.ca.gov/COL)



# Quyền lợi của con quý vị là gì trong chương trình chăm sóc điều quản Medi-Cal?

Thông tin sau đây ở trang 5-8 áp dụng cho tất cả các hệ thống chương trình quản lý chăm sóc trong Medi-Cal. Hầu hết trẻ em ghi danh vào Medi-Cal đều được chăm sóc thông qua một **Chương trình quản lý chăm sóc Medi-Cal**. Chương trình này dành cho các dịch vụ sức khỏe thể chất. Nó cũng dành cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần hạn chế được gọi là “các dịch vụ sức khỏe tâm thần không chuyên khoa”.

Các hệ thống quản lý chăm sóc khác bao gồm:

- **Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa** cho các dịch vụ sức khỏe hành vi chuyên sâu thông qua một chương trình sức khỏe tâm thần riêng biệt.
- **Hệ Thống Phân Phối Thuốc Có Tổ Chức Medi-Cal** để điều trị nghiện ma túy và rượu.
- **Quản lý chăm sóc Nha Khoa** để được chăm sóc nha khoa ở các quận Los Angeles và Sacramento. Đọc **Bảng 1** tại trang 8.

Nếu con quý vị gặp khó khăn trong việc nhận hoặc duy trì một dịch vụ mà quý vị cho rằng một trong những chương trình ở trên sẽ chi trả, hãy đọc phần bên dưới. Nếu con quý vị không nằm trong chương trình, hãy đọc về **dịch vụ thu phí** tại trang 9.

## Quý vị có thể làm gì nếu việc chăm sóc cho con quý vị trong chương trình quản lý chăm sóc bị từ chối, trì hoãn, cắt giảm hoặc dừng lại?

### Gửi đơn kháng cáo với chương trình quản lý chăm sóc của con quý vị

Quý vị phải bắt đầu bằng cách gửi đơn **kháng cáo** với chương trình quản lý chăm sóc.

Để tìm chương trình của quý vị, hãy truy cập [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). Kháng cáo yêu cầu chương trình của con quý vị xem xét bất kỳ sự từ chối, trì hoãn, cắt giảm hoặc ngừng cung cấp dịch vụ nào để tìm hiểu xem họ có đồng ý với quý vị hay không. Quý vị phải gửi đơn kháng cáo trước khi quý vị có thể yêu cầu một phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang.

- Sau khi con quý vị nhận được Thông báo Hành động bằng văn bản từ chương trình quản lý chăm sóc của mình, quý vị có thể gửi đơn kháng cáo. Quý vị cũng có thể gửi đơn kháng cáo nếu quý vị đã **không** nhận được Thông báo Hành động.
- Quý vị có **60** ngày sau khi quý vị nhận được Thông báo Hành động để gửi đơn kháng cáo với chương trình quản lý chăm sóc. Quý vị có thể gửi đơn kháng cáo với chương trình bằng văn bản, qua điện thoại hoặc trực tuyến. Quý vị có thể tìm số liên lạc trong **Bảng 1** tại trang 8.

#### HỘP 3

### Làm thế nào để yêu cầu một tiếp tục hưởng lợi ích trong chương trình quản lý chăm sóc



Nếu thông báo nói rằng một dịch vụ mà con quý vị đã nhận được sẽ ngừng hoặc bị cắt giảm, quý vị có thể yêu cầu **tiếp tục hưởng lợi ích** (còn được gọi là “Trợ Cấp Khi Chờ Xử Lý”) cho con quý vị trong quá trình kháng cáo hoặc Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang.

- Quý vị phải kháng cáo hoặc yêu cầu một Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang **trước khi** dịch vụ dừng lại hoặc bị cắt giảm.
- Chương trình quản lý chăm sóc phải thông báo bằng văn bản cho quý vị ít nhất **10** ngày trước khi họ dự định ngừng hoặc cắt giảm dịch vụ của con quý vị.

- Nếu Thông báo Hành động nói rằng một dịch vụ mà con quý vị đã sử dụng sẽ ngừng hoặc bị cắt giảm, quý vị cũng có thể yêu cầu con quý vị tiếp tục sử dụng dịch vụ đó trong thời gian kháng cáo. Điều này gọi là **tiếp tục hưởng lợi ích**. Để biết cách yêu cầu điều này, hãy đọc **Hộp 3**.

- Chương trình quản lý chăm sóc của con quý vị phải thông báo đã nhận được kháng cáo bằng văn bản trong vòng **5** ngày kể từ ngày họ nhận được kháng cáo. Chương trình cũng phải cho quý vị biết tên, số điện thoại và địa chỉ của người trong chương trình mà có thể cho quý vị biết thêm về kháng cáo và tình trạng của nó. Chương trình phải gửi cho quý vị một quyết định bằng văn bản trong vòng **30** ngày kể từ khi có yêu cầu kháng cáo. Đây gọi là Thông báo Giải quyết (Notice of Resolution).

- Nếu trường hợp của con quý vị là khẩn cấp và việc chờ đợi 30 ngày sẽ khiến tình trạng của chúng trở nên tồi tệ hơn, quý vị có thể yêu cầu quyết định **cấp tốc** (nhanh hơn). Để biết cách yêu cầu điều này, hãy đọc **Hộp 4**.
- Quý vị có thể liên hệ với chương trình quản lý chăm sóc con quý vị nếu có thắc mắc về kháng cáo của con quý vị bất cứ lúc nào. Để có số liên lạc, đọc **Bảng 1** tại trang 8.
- Chương trình quản lý chăm sóc của con quý vị có thể bao gồm một quy trình được gọi là Hội đồng Đánh giá Y tế Độc lập. Thông báo Hành động của con quý vị sẽ giải thích quy trình này. Nếu chương trình quản lý chăm sóc của con quý vị cung cấp quy trình này, thì quy trình này sẽ được thực hiện sau khi quý vị hoàn tất đơn kháng cáo của con mình. Để tìm hiểu thêm về Hội đồng Đánh giá Y tế Độc lập, hãy gọi cho California Department of Managed Health Care tại số 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891). Hoặc truy cập <https://bit.ly/IMRCR>.

### **Yêu cầu Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang Medi-Cal**

Nếu quy trình kháng cáo của chương trình quản lý chăm sóc đã hoàn tất và quý vị vẫn không đồng ý với quyết định của chương trình, quý vị có thể yêu cầu **Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang** cho con quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang nếu chương trình quản lý chăm sóc của con quý vị không gửi thông báo về quyền kháng cáo của con quý vị hoặc không gửi thông báo đó trong thời gian hợp lý.

Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang là cơ hội để nói trước thẩm phán để xem xét lại quyết định của chương trình quản lý chăm sóc mà quý vị không đồng ý. Thẩm phán làm việc cho California Department of Social Services, không phải cho chương trình của con quý vị.

- Quý vị phải yêu cầu một phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang trong vòng **120** ngày kể từ ngày nhận được quyết định kháng cáo của con quý vị bằng văn bản của chương trình. Một thẩm phán sẽ duyệt xét hồ sơ sự vụ của con quý vị. Nếu quyết định yêu cầu điều trần của quý vị dừng một dịch vụ mà con quý vị đã nhận được, quý vị cũng có thể yêu cầu tiếp tục hưởng lợi ích cho con quý vị. Đọc **Bảng 3** tại trang 5.
- Quý vị có thể yêu cầu một phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang qua điện thoại, thư, fax hoặc trực tuyến. Hoặc hãy gọi số 1-800-743-8525. Hoặc truy cập [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).

#### **HỘP 4**

#### **Kháng cáo cấp tốc (nhanh hơn) hoặc Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang**



Nếu con quý vị cần một kháng cáo **cấp tốc** (nhanh hơn) hoặc Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang vì tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng hoạt động của con quý vị đang gặp nguy hiểm, hãy gọi **1-800-743-8525**.

Quý vị có thể đọc thêm trong Sổ tay Hội viên về cách yêu cầu một quy trình cấp tốc.

- Quý vị có quyền mời một người đại diện cho mình tại phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang của con quý vị. Quý vị có thể mang theo một người bạn, người thân, luật sư hoặc bất cứ ai quý vị chọn. Để tìm hiểu cách nhận trợ giúp pháp lý miễn phí, hãy đọc **Làm thế nào để được giúp đỡ** tại trang 4.
- Quý vị không phải trả tiền cho Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang. Nó hoàn toàn miễn phí.
- Tiểu Bang có **90** ngày sau ngày con quý vị yêu cầu tham gia Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang để đưa ra quyết định cuối cùng. Nếu con quý vị cần các dịch vụ ngay lập tức và việc 90 ngày sẽ làm cho tình trạng của chúng tồi tệ hơn, quý vị có thể yêu cầu một quyết định **cấp tốc** (nhANH hơn). Đọc **Bảng 4** ở trên.
- Để được trợ giúp thêm, hãy đọc các thông báo từ chương trình quản lý chăm sóc của con quý vị. Hoặc gọi số 1-800-743-8525. Hoặc truy cập [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

### Liên Hệ Thanh Tra:

Một **Thanh tra** là một người làm việc cho DHCS (cơ quan Medi-Cal của Tiểu bang). Công việc của họ là giúp quý vị và con quý vị cố gắng giải quyết những bất đồng với chương trình quản lý chăm sóc của con quý vị. Quý vị có thể gọi Thanh tra bất cứ lúc nào. Điều này bao gồm khi con quý vị nhận được thông báo, gửi đơn kháng cáo, yêu cầu Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang hoặc gửi đơn khiếu nại. Thanh tra chỉ dành cho những người đã đăng ký vào một chương trình quản lý chăm sóc.

Quý vị có thể liên hệ Thanh tra theo:

- Điện thoại: 1-888-452-8609
- Email: [MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov)
  - » Không đưa thông tin sức khỏe cá nhân vào email.

Để tìm hiểu thêm về Thanh tra, hãy truy cập [www.dhcs.ca.gov/ombudsman](http://www.dhcs.ca.gov/ombudsman).

### Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị không hài lòng với dịch vụ chăm sóc, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con quý vị trong chương trình quản lý chăm sóc?

#### Gửi đơn khiếu nại

Nếu bác sĩ hành xử tệ bạc hoặc thô lỗ với con quý vị, hoặc quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc, hoặc quý vị không thể tìm được bác sĩ, quý vị có thể gửi đơn **kiếu nại** cho con mình. Khiếu nại dành cho bất kỳ sự bất đồng nào về bất kỳ điều gì mà kháng cáo hoặc Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang không bao gồm. Nó dành cho các vấn đề hoặc mối quan tâm mà sẽ không từ chối, trì hoãn, cắt giảm hoặc ngừng bất kỳ dịch vụ nào của con quý vị.

- Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại cho con mình bất cứ lúc nào. Quý vị có thể gửi qua điện thoại, hoặc bằng văn bản trực tuyến hoặc qua đường bưu điện. Để gửi khiếu nại, hãy liên hệ với chương trình quản lý chăm sóc của con quý vị. Để có số liên lạc, đọc **Bảng 1** tại trang 8.
- Chương trình quản lý chăm sóc của con quý vị phải thừa nhận khiếu nại bằng văn bản trong vòng **5** ngày kể từ ngày họ nhận được khiếu nại. Chương trình cũng phải cho quý vị biết tên, số điện thoại và địa chỉ của người trong chương trình, người có thể cho quý vị biết thêm về khiếu nại và tình trạng của nó.
- Chương trình quản lý chăm sóc của con quý vị có **30** ngày kể từ ngày quý vị gửi khiếu nại để giải quyết khiếu nại của con quý vị.

## Quý vị nên liên hệ với ai khi có thắc mắc?

### BẢNG 1

## Tổng quan về hệ thống quản lý chăm sóc và thông tin liên hệ

### Quản lý chăm sóc Medi-Cal (MCMC)

Hầu hết trẻ em nhận được hầu hết các dịch vụ này thông qua các chương trình quản lý chăm sóc Medi-Cal:

- Nhu cầu sức khỏe thể chất, chẳng hạn như khám tổng quát định kỳ và tiêm phòng cho trẻ em
- Nhu cầu sức khỏe tâm thần không chuyên khoa, chẳng hạn như trị liệu và thuốc men
- Điều phối chăm sóc

Nếu con quý vị không nhận được các dịch vụ cần thiết hoặc có lo lắng, hãy gọi chương trình quản lý chăm sóc Medi-Cal của con quý vị. Số điện thoại này có trên thẻ hội viên chương trình của quý vị. Nó cũng có trên trang web của chương trình. Quý vị cũng có thể tìm thấy số điện thoại của họ tại [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). Hoặc gọi số 916-449-5000.

### Các Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa (SMHS)

Một số trẻ em cần các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa, chẳng hạn như chăm sóc cho tình trạng sức khỏe tâm thần nghiêm trọng, được chăm sóc này thông qua Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa. Mỗi quận có một chương trình sức khỏe tâm thần.

Nếu con quý vị không nhận được các dịch vụ cần thiết hoặc có lo lắng, hãy gọi chương trình sức khỏe tâm thần của quận của con quý vị. Bạn cũng có thể tìm thấy số điện thoại của họ tại [www.dhcs.ca.gov/CMHP](http://www.dhcs.ca.gov/CMHP).

### Hệ thống phân phối có tổ chức Medi-Cal về chất gây nghiện (DMC-ODS)

Trẻ em cần các dịch vụ cai chất gây nghiện như ma túy hay rượu, bao gồm tư vấn và các phương pháp điều trị lâm sàng khác, chẳng hạn như điều trị nội trú cai ma túy hoặc rượu, khi cần thiết, sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc này thông qua Hệ thống phân phối có tổ chức Medi-Cal về chất gây nghiện. Mỗi quận có chương trình DMC-ODS hoặc nằm trong Drug Medi-Cal. Để tìm hiểu thêm về Drug Medi-Cal, đọc **Bảng 2** tại trang 11.

Nếu con quý vị không nhận được các dịch vụ cần thiết hoặc có lo lắng, hãy gọi chương trình DMC-ODS của con quý vị. Quý vị có thể tìm thấy số điện thoại tại [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

### Dental Managed Care (Dental MC)

Một số trẻ em sống ở Quận Los Angeles hoặc Quận Sacramento nhận được các dịch vụ nha khoa, bao gồm khám và làm sạch răng hai lần một năm và chăm sóc sức khỏe răng miệng, thông qua các chương trình Dental Managed Care. Trẻ em sống ở tất cả các quận khác được chăm sóc nha khoa thông qua Dịch vụ thu phí Nha khoa (Dental FFS). Để tìm hiểu thêm về Dental FFS, đọc **Bảng 2** tại trang 11.

Nếu quý vị sống ở Los Angeles hoặc Sacramento và con quý vị không nhận được các dịch vụ cần thiết hoặc có lo lắng, hãy gọi cho chương trình Dental MC của con quý vị. Số điện thoại có trên thẻ hội viên chương trình Dental MC của con quý vị. Nó cũng có trên trang web của chương trình Dental MC của con quý vị. Hoặc gọi số 1-800-322-6384. Bạn cũng có thể tìm thấy số điện thoại của chương trình tại <https://bit.ly/DMC-Contact>.

# Quyền lợi của con quý vị là gì trong Dịch vụ thu phí Medi-Cal?

Thông tin sau đây ở trang 9-11 áp dụng cho Dịch vụ thu phí Medi-Cal (FFS). Một số trẻ em đăng ký Medi-Cal được chăm sóc thông qua FFS. FFS còn được gọi là Medi-Cal “thông thường”. Trẻ em trong FFS được chăm sóc thông qua DHCS (cơ quan Medi-Cal của Tiểu bang). Không có chương trình quản lý chăm sóc nào liên quan. FFS bao gồm Medi-Cal FFS cho các dịch vụ sức khỏe thể chất và một nhóm hạn chế các dịch vụ sức khỏe tâm thần được gọi là “các dịch vụ sức khỏe tâm thần không chuyên khoa,” Drug Medi-Cal cho các dịch vụ điều trị nghiện rượu và ma túy, Dental FFS cho chăm sóc nha khoa và Medi-Cal Rx cung cấp thuốc. Để tìm hiểu thêm, đọc **Bảng 2** tại trang 11.

Nếu con quý vị gặp khó khăn trong việc nhận hoặc duy trì một dịch vụ mà quý vị cho rằng DHCS nên chi trả, hãy đọc phần bên dưới. Ngay cả khi con quý vị không nằm trong chương trình quản lý chăm sóc, nếu con quý vị cần được chăm sóc vì tình trạng sức khỏe tâm thần nghiêm trọng, chúng sẽ nhận được sự chăm sóc này thông qua chương trình chăm sóc sức khỏe Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa. Để tìm hiểu thêm và tìm nơi gọi trợ giúp từ chương trình sức khỏe tâm thần của quận, đọc **Bảng 1** tại trang 8.

## Quý vị có thể làm gì nếu việc chăm sóc tại FFS của con quý vị bị từ chối, trì hoãn, cắt giảm hoặc dừng lại?

### Yêu cầu Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang Medi-Cal

Một phiên **Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang** là cơ hội để nói trước thẩm phán để xem xét lại quyết định của DHCS mà quý vị không đồng ý. Điều này bao gồm bất kỳ sự từ chối, trì hoãn, cắt giảm hoặc dừng dịch vụ nào. Thẩm phán làm việc cho California Department of Social Services, không phải cho DHCS.

- Sau khi con quý vị nhận được Thông báo Hành động từ DHCS, quý vị có thể yêu cầu Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang. Quý vị cũng có thể yêu cầu Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang nếu quý vị đã không nhận được Thông báo Hành động.
- Quý vị phải yêu cầu một phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang trong vòng **90** ngày kể từ ngày ghi trong Thông báo Hành động. Một thẩm phán sẽ duyệt xét hồ sơ sự vụ của con quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang bất cứ lúc nào mà không cần Thông báo Hành động. Nếu quyết định yêu cầu điều trần của quý vị dừng một dịch vụ mà con quý vị đã nhận được, quý vị cũng có thể yêu cầu tiếp tục hưởng lợi ích cho con quý vị. Đọc **Bảng 5** ở trên.
- Quý vị có thể yêu cầu một phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang qua điện thoại, thư, fax hoặc trực tuyến. Gọi số 1-800-743-8525. Hoặc truy cập [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).
- Quý vị có quyền mời một người đại diện cho mình tại buổi điều trần. Quý vị có thể mang theo một người bạn, người thân, luật sư hoặc bất cứ ai quý vị chọn. Để nhận trợ giúp pháp lý miễn phí, hãy đọc **Làm thế nào để được giúp đỡ** tại trang 4.

#### HỘP 5

### Làm thế nào để yêu cầu một tiếp tục hưởng lợi ích trong dịch vụ thu phí (FFS)



Nếu thông báo nói rằng một dịch vụ mà con quý vị đã sử dụng sẽ ngừng hoặc bị cắt giảm, quý vị có thể yêu cầu **tiếp tục hưởng lợi ích** (còn được gọi là “Trợ Cấp Khi Chờ Xử Lý”) cho con quý vị trong quá trình Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang.

- Quý vị phải yêu cầu một phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang **trước** khi dịch vụ dừng lại hoặc bị cắt giảm.
- DHCS phải thông báo bằng văn bản cho quý vị ít nhất **10** ngày trước khi họ dự định ngừng hoặc cắt giảm dịch vụ của con quý vị.

- Quý vị không phải trả tiền cho Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang. Nó hoàn toàn miễn phí.
- Tiểu Bang có **90** ngày sau ngày con quý vị yêu cầu Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang để đưa ra quyết định cuối cùng. Nếu con quý vị cần các dịch vụ ngay lập tức và việc đợi 90 ngày sẽ làm cho tình trạng của chúng tồi tệ hơn, quý vị có thể yêu cầu một quyết định **cấp tốc** (nhanh hơn). Đọc **Bảng 6** ở trên.
- Để được trợ giúp thêm, hãy đọc các thông báo từ DHCS của con quý vị. Hoặc gọi số 1-800-743-8525. Hoặc truy cập [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

#### HỘP 6

### Kháng cáo cấp tốc (nhanh hơn) hoặc Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang



Nếu con quý vị cần một kháng cáo **cấp tốc** (nhanh hơn) hoặc Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang vì tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng hoạt động của con quý vị đang gặp nguy hiểm, gọi 1-800-743-8525.

## Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị không hài lòng với việc chăm sóc, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con quý vị trong FFS?

### Gửi đơn khiếu nại

Nếu bác sĩ hành xử tệ bạc hoặc thô lỗ với con quý vị, hoặc quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc, hoặc quý vị không thể tìm được bác sĩ, quý vị có thể gửi đơn **kiếu nại** cho con mình. Khiếu nại dành cho bất kỳ sự bất đồng nào về bất kỳ điều gì mà Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang không bao gồm. Nó dành cho các vấn đề hoặc mối quan tâm mà sẽ **không** từ chối, trì hoãn, cắt giảm hoặc ngừng bất kỳ dịch vụ nào của con quý vị.

- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho con mình về Drug Medi-Cal, Dental FFS, hoặc Medi-Cal Rx bất cứ lúc nào. Quý vị có thể gửi qua điện thoại, hoặc bằng văn bản trực tuyến hoặc qua đường bưu điện. Để gửi khiếu nại, liên hệ Drug Medi-Cal, Dental FFS, hoặc Medi-Cal Rx. Để có số liên lạc, đọc **Bảng 2** tại trang 11. **Không** có quy trình khiếu nại đối với Medi-Cal FFS cho các dịch vụ sức khỏe thể chất và dịch vụ sức khỏe tâm thần không chuyên khoa.
- DHCS phải thông báo đã nhận được khiếu nại của quý vị bằng văn bản trong vòng **5** ngày kể từ ngày họ nhận được khiếu nại. Chương trình cũng phải cho quý vị biết tên, số điện thoại và địa chỉ của người trong DHCS mà có thể cho quý vị biết thêm về khiếu nại của con quý vị và tình trạng của nó.
- DHCS có **30** ngày kể từ ngày quý vị gửi khiếu nại để giải quyết khiếu nại của con quý vị đối với Dental FFS và Medi-Cal Rx. Drug Medi-Cal có **90** ngày kể từ ngày quý vị gửi khiếu nại để giải quyết khiếu nại của con quý vị.

## Quý vị nên liên hệ với ai khi có thắc mắc?

### BẢNG 2

#### Tổng quan về dịch vụ thu phí và thông tin liên hệ

##### **Dịch vụ thu phí Medi-Cal (Medi-Cal FFS)**

Một số trẻ em, chẳng hạn như một số trẻ em được chăm sóc thay thế (foster care), nhận được các dịch vụ sức khỏe thể chất thông qua Medi-Cal FFS.

Nếu con quý vị không nhận được các dịch vụ này hoặc có lo lắng, hãy gọi 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077).

##### **Dịch vụ cai nghiện Medi-Cal (DMC)**

Trẻ em cần các dịch vụ cai chất gây nghiện như ma túy hoặc rượu, bao gồm tư vấn và các phương pháp điều trị lâm sàng khác, chẳng hạn như điều trị nội trú cai ma túy hoặc rượu, khi cần thiết, được chăm sóc qua Medi-Cal. Mỗi quận có chương trình DMC-ODS hoặc nằm trong DMC. Để tìm hiểu thêm về DMC-ODS, đọc **Bảng 1** tại trang 8.

Nếu con quý vị không nhận được các dịch vụ này hoặc có lo lắng, hãy gọi chương trình DMC của con quý vị. Để tìm số điện thoại, hãy truy cập [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

##### **Dịch vụ thu phí Nha khoa (Dental FFS)**

Hầu hết trẻ em nhận được các dịch vụ nha khoa Medi-Cal thông qua Dental FFS. Điều này bao gồm kiểm tra và làm sạch răng hai lần một năm và chăm sóc sức khỏe răng miệng.

Nếu con quý vị không nhận được các dịch vụ này hoặc có lo lắng, hãy gọi 1-800-322-6384. Để tìm hiểu thêm, truy cập [smilecalifornia.org](http://smilecalifornia.org).

##### **Thuốc theo toa Medi-Cal (Medi-Cal Rx)**

Trẻ em nhận các dịch vụ nhà thuốc Medi-Cal thông qua Medi-Cal Rx. Chúng bao gồm thuốc điều trị ngoại trú theo toa và không theo toa, các sản phẩm dinh dưỡng đường ruột như ống truyền thức ăn và vật tư y tế.

Nếu con quý vị không nhận được các dịch vụ này hoặc có lo lắng, hãy gọi 1-800-977-2273. Tìm hiểu thêm tại <https://bit.ly/3D1rQFV>.