



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 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 Hearing**, or submit a **grievance**. There is no penalty for taking any of these actions.

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

How to file an appeal, ask for a State 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 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 Hearing.

If you did not get a notice, call the Health Consumer Alliance (HCA) number on page 4. You can still file an appeal if you did not get a notice. To learn how to file an appeal, ask for a State Hearing, or submit a grievance, read the remaining pages.

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 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 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.

You may also submit a grievance to your child's managed care plan for complaints related to your child's covered services, including quality of care or access to care.

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

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

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



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. 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 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** on this page.

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 Hearing.

- You must appeal or ask for a State 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** on this page.
- 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 Hearing



If your child needs an **expedited** (faster) appeal or State 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 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 Hearing** for your child. You can also ask for a State 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 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 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 Hearing by phone, mail, fax, or online. Call 1-800-743-8525. Or, go to www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- You have the right to bring a person to represent you at your child's State 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 Hearing. It is free.

- The State has **90** calendar days after the date of your child's request for a State 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** on page 6.
- 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.

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 work with your child's managed care plan. They will listen and help answer your questions. They also review problems, explain benefits, and suggest options with you. You can call the Ombudsman at any time. This includes when your child got a notice, filed an appeal, asked for a State 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
 - » Do not put personal health information in an email.

To learn more about the Ombudsman, go to 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 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 also submit a grievance to your child's managed care plan for complaints related to your child's covered services, including quality of or access to care.

- 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. 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.

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.

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 Hearing

A **State 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 Hearing. You may also ask for a State Hearing if you did not get a Notice of Action.
- You must ask for a State 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 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** on this page.
- You may ask for a State Hearing by phone, mail, fax, or online. Call 1-800-743-8525. Or, go to 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 Hearing.

- You must ask for the State 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 Hearing. It is free.
- The state has **90** calendar days after the date of your child's request for a State 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** on this page.
- 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.

BOX 6

Expedited (faster) appeal or State Hearing



If your child needs an **expedited** (faster) State 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 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.

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.

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>.



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 1-833-284-0400



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 بزواج 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 سببًا في إنهاء تغطية Medi-Cal لطفلك لأنك اتخذت أيًا من هذه الإجراءات.

كيفية تقديم استئناف أو طلب جلسة استماع رسمية أو تقديم تظلم

يمكنك قراءة الإشعار الكتابي. إذا رفضت إحدى خطط الرعاية المُدارة أو DHCS (وكالة State Medi-Cal) أو أحد مقدمي الخدمة توفير الخدمات لطفلك أو تقليصها أو إيقافها، فيجب عليهم إرسال إشعار إجراء كتابي (يُسمى 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 المُدارة 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 يتمكنوا من الاستمرار في تقديم الخدمة أثناء الاستئناف أو نظر جلسة الاستماع الرسمية.

إذا لم تتلق إشعارًا، فيمكنك الاتصال برقم HCA (Health Consumer Alliance) على الصفحة 4. 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 المتبقية.

يتطلب **الاستئناف** معرفة خطة الرعاية المُدارة 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 المُدارة 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 المُدارة لطفلك أو DHCS التي لا تمثل رفضًا أو تأخيرًا أو تقليصًا أو إيقافًا للخدمات.

يمكنك أيضًا تقديم تظلم إلى خطة الرعاية المُدارة لطفلك من أجل الشكاوى المتعلقة بخدمات طفلك المغطاة، بما في ذلك جودة الرعاية أو إتاحة الرعاية.

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

(HCA) Health Consumer Alliance

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

• هاتف: 1-888-804-3536

• الموقع الإلكتروني: 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

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 Los Angeles و Sacramento. 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 مدرجاً 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 استئنافاً 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. 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 أيضاً 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 أيضاً 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** على هذه الصفحة.



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 أيضاً "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 إشعاراً كتابياً 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** على هذه الصفحة.

- 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 للتحدث 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 المعايدين 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.

• 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** في الصفحة 6.
- 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.

التواصل مع Ombudsman

Ombudsman هو شخص يعمل لصالح DHCS (وكالة State Medi-Cal). وظيفته هي مساعدتك أنت وطفلك على العمل مع خطة الرعاية المُدارة الخاصة بطفلك. سوف يستمع إليك ويساعدك في الإجابة على أسئلتك. كما يراجع أيضًا المشكلات ويشرح المزايا ويقترح عليك الخيارات. يمكنك التواصل مع Ombudsman في أي وقت. ويتضمن ذلك وقت حصول طفلك على إشعار، أو عند تقديم استئناف، أو طلب 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

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

للتعرف على المزيد عن Ombudsman، يمكنك الانتقال إلى 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 أيضًا تقديم تظلم إلى خطة الرعاية المُدارة الخاصة بطفلك للشكاوى المتعلقة بخدمات طفلك المغطاة بما في ذلك جودة الرعاية أو إتاحة الرعاية.

• 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 تقرر 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 المدارة 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. 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.

(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.

(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.

إذا كنت تعيش في Los Angeles أو Sacramento ولم يكن طفلك يحصل على الخدمات اللازمة أو كانت لديه مخاوف، فاتصل بخطة Dental MC الخاصة بطفلك. رقم الهاتف مدون على بطاقة هوية الطفل الخاصة بـ Dental MC. وهو موجود أيضًا عبر موقع الويب الخاص بخطة Dental MC المسجل بها الطفل. أو اتصل على 1-800-322-6384. يمكنك أيضًا التعرف على أرقام الهاتف من خلال <https://bit.ly/DMC-Contact>.

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

تنطبق المعلومات التالية الواردة في الصفحات 9-11 على Medi-Cal Fee For Service (FFS). 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.



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 التقليل، 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 تقليلها.
- يجب أن تقدم لك DHCS إشعارًا كتابيًا قبل **10** أيام تقويمية على الأقل من إيقاف الخدمات المقدمة للطفل أو تقليلها.

ما الذي يجب عليك فعله إذا تم تأخير تقديم الرعاية المُدرجة لطفلك في FFS أو رفضها أو تقليلها 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 تقليل 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** تقويميًا 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** على هذه الصفحة.

- 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.

- 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 6

إستئناف 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** على هذه الصفحة.

• 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.

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 بتسلم 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 Medi-Cal Rx و Dental FFS. 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.

(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.

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 **բուժկանխարգելիչ**
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 բուժսպասարկումը 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 Ձեզ 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:

Կարելի է նաեւ գանգատ ներկայացնել Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրի գանգատների մասին, որ վերաբերում են Ձեր երեխայի ծառայություններին, ներառելով խնամքի որակ կամ խնամքի մատչելիություն:

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) էջ 5-ում 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

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

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

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**՝ 13-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՝ 13-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: 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** այս էջում:
- 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** այս էջում:

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:
- 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** էջ 9-ում:
- 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:

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
 - » Էլեկտրոնային հաղորդագրության մեջ անձնական առողջապահական տեղեկություններ մի նշեք:

Օմբուդսմանի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք 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: արելի է նաեւ գանգատ ներկայացնել Ձեր երեխայի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրի գանգատների մասին, որ վերաբերում են Ձեր երեխայի ծառայություններին, ներառելով խնամքի որակ կամ խնամքի մատչելիություն:

- 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:

ՈՐՄ դիմել հարցերի դեպքում

ԱՂՅՈՒՍԱԿ 1

Կառավարվող բուժսպասարկման համակարգը՝ նկարագրությունը և կոնտակտային տվյալները

«Medi-Cal» կառավարվող բուժսպասարկումը (MCMC)

Երեխաների մեծամասնությունը ստորև նշված ծառայությունների մեծ մասը ստանում է «Medi-Cal»-ի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրերի միջոցով.

- ֆիզիկական առողջության ծառայություններ, օրինակ՝ «առողջ երեխա» ընթացիկ ստուգումներ և պատվաստումներ
- հոգեկան առողջության չմասնագիտացված ծառայություններ, օրինակ՝ բուժում և դեղեր
- բուժսպասարկման համակարգում

Եթե Ձեր երեխան չի ստանում իրեն անհրաժեշտ ծառայությունները կամ դրանց հետ կապված մտահոգություններ ունի, զանգահարեք Ձեր երեխայի «Medi-Cal»-ի կառավարվող բուժսպասարկման ծրագիր: Ծրագրի հեռախոսահամարը նշված է Ձեր երեխայի ID քարտի վրա: Այն կա նաև տվյալ ծրագրի կայքում: Ծրագրի հեռախոսահամարը կարող եք գտնել՝ այցելելով www.dhcs.ca.gov/mmchpd: Կամ զանգահարեք 916-449-5000:

Հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունները (SMHS)

Որոշ երեխաներ, որոնք հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունների կարիք ունեն, օրինակ՝ որևէ լուրջ հոգեկան խնդրի համար տրամադրվող բուժօգնության, այդ բուժօգնությունը ստանում են «Հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունների» միջոցով: Յուրաքանչյուր շրջան հոգեկան առողջության ծրագիր ունի:

Եթե Ձեր երեխան չի ստանում իրեն անհրաժեշտ ծառայությունները կամ դրանց հետ կապված մտահոգություններ ունի, զանգահարեք Ձեր շրջանի հոգեկան առողջության ծրագիր: Հեռախոսահամարը կարող եք գտնել՝ այցելելով www.dhcs.ca.gov/CMHP:

«Drug Medi-Cal»-ի կազմակերպված տրամադրման համակարգը (DMC-ODS)

Այն երեխաները, որոնց անհրաժեշտ են կախվածության, օրինակ՝ թմրանյութերից կամ ալկոհոլից կախվածության հետ կապված ծառայություններ, այդ թվում՝ խորհրդատվություն և այլ կարգի կլինիկական բուժում, ինչպես՝ ստացիոնար բուժում թմրանյութային կամ ալկոհոլային կախվածությունից, անհրաժեշտության դեպքում՝ բուժօգնություն են ստանում «Drug Medi-Cal»-ի կազմակերպված տրամադրման համակարգի միջոցով: Յուրաքանչյուր շրջանում գործում է կա՛մ որևէ DMC-ODS ծրագիր, կա՛մ շրջանը «Drug Medi-Cal»-ի համակարգում է ընդգրկված: «Drug Medi-Cal»-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք **Աղյուսակ 2-ը**՝ 17-րդ էջում:

Եթե Ձեր երեխան չի ստանում իրեն անհրաժեշտ ծառայությունները կամ դրանց հետ կապված մտահոգություններ ունի, զանգահարեք Ձեր երեխայի DMC-ODS ծրագիր: Հեռախոսահամարը գտնելու համար այցելեք www.dhcs.ca.gov/sud-cal:

Ատամնաբուժական կառավարվող բուժսպասարկումը (Ատամնաբուժական MC)

Los Angeles-ի շրջանում կամ Sacramento-ի շրջանում ապրող որոշ երեխաներ ատամնաբուժական ծառայություններ են ստանում, այդ թվում՝ ատամնաբուժական ստուգումներ և մաքրումներ՝ տարեկան երկու անգամ, և բերանի խոռոչի խնամք, Ատամնաբուժական կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրերի միջոցով: Մնացած բոլոր շրջաններում ապրող երեխաներն իրենց ատամնաբուժական օգնությունը ստանում են Ատամնաբուժական «Վճարում ծառայության համար» (Dental FFS) համակարգի միջոցով: Dental FFS-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք **Աղյուսակ 2-ը**՝ 17-րդ էջում:

Եթե Դուք ապրում եք Los Angeles-ի կամ Sacramento-ի շրջանում, և Ձեր երեխան չի ստանում իրեն անհրաժեշտ ծառայությունները կամ դրանց հետ կապված մտահոգություններ ունի, զանգահարեք Ձեր երեխայի Ատամնաբուժական MC ծրագիր: Հեռախոսահամարը նշված է Ձեր երեխայի Ատամնաբուժական MC-ի ID քարտի վրա: Այն կա նաև Ձեր երեխայի Ատամնաբուժական MC ծրագրի կայքում: Կամ զանգահարեք 1-800-322-6384: Ծրագրի հեռախոսահամարը կարող եք գտնել՝ այցելելով <https://bit.ly/DMC-Contact>:

Որո՞նք են Ձեր երեխայի իրավունքները «Medi-Cal»-ի «Վճարում ծառայության դիմաց» համակարգում

14-17-րդ էջերում շարադրվածը վերաբերում է «Medi-Cal»-ի «Վճարում ծառայության դիմաց» (FFS) համակարգին: «Medi-Cal»-ում ընդգրկված որոշ երեխաներ FFS-ի միջոցով են բուժսպասարկում ստանում: FFS-ը կոչվում է նաև «սովորական» «Medi-Cal»: FFS-ում ընդգրկված երեխաները DHCS-ի (նահանգային «Medi-Cal» գործակալության) միջոցով են բուժսպասարկում ստանում: Դրան կառավարվող բուժսպասարկման որևէ ծրագիր չի մասնակցում: FFS-ը ներառում է «Medi-Cal» FFS-ը՝ ֆիզիկական առողջության ծառայությունների և հոգեկան առողջության սահմանափակ թվով ծառայությունների համար, որոնք կոչվում են «հոգեկան առողջության չմասնագիտացված ծառայություններ», «Drug Medi-Cal»-ը՝ թմրանյութերից և ալկոհոլից կախվածությունը բուժելու ծառայությունների համար, Ատամնաբուժական FFS-ը՝ ատամնաբուժական օգնության համար և «Medi-Cal» Rx-ը՝ դեղերի համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք **Աղյուսակ 2-ը**՝ 17-րդ էջում:

Եթե Ձեր երեխան խնդիրներ ունի որևէ ծառայություն ստանալու կամ պահպանելու համար, որը Ձեր կարծիքով՝ DHCS-ը պարտավոր է տրամադրել, կարդացեք ստորև: Եթե անգամ Ձեր երեխան կառավարվող բուժսպասարկման ոչ մի ծրագրում ընդգրկված չէ, երբ նրան բուժօգնություն անհրաժեշտ լինի որևէ լուրջ հոգեկան խնդրի համար, նա կստանա այդ օգնությունը «Հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայություններ» տրամադրող որևէ հոգեկան առողջության ծրագրի միջոցով: Լրացուցիչ տեղեկությունների և պարզելու համար, թե ուր զանգահարել՝ շրջանի հոգեկան առողջության ծրագրից օգնություն ստանալու համար, կարդացեք **Աղյուսակ 1-ը**՝ 12-րդ էջում:

Ի՞նչ կարող եք Դուք անել, եթե Ձեր երեխայի բուժսպասարկումը FFS-ում ուշացնում են, մերժում, կրճատում կամ դադարեցնում

«Medi-Cal»-ի նահանգային անկողմնակալ դատավարություն պահանջեք

Նահանգային անկողմնակալ դատավարությունը Ձեզ հնարավորություն է տալիս դատավորին ներկայացնելու Ձեր գործը, որպեսզի նա վերանայի DHCS-ի որոշումը, որի հետ Դուք համաձայն չեք: Դա կարող է լինել ցանկացած ծառայության մերժում, ուշացում, կրճատում կամ դադարեցում: Դատավորն աշխատում է Կալիֆոռնիայի Սոցիալական ծառայությունների դեպարտամենտում, այլ ղչ DHCS-ում:

ՊԱՏՈՒՀԱՆ 5

Ինչպես նպաստների շարունակում խնդրել «Վճարում ծառայության դիմաց» 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 նահանգային անկողմնակալ դատավարության ընթացքում (այն կոչվում է նաև «Aid Paid Pending»):

- Դուք պետք է նահանգային անկողմնակալ դատավարություն պահանջեք **նախքան** տվյալ ծառայության դադարեցումը կամ կրճատումը:

- Այն բանից հետո, երբ Ձեր երեխան DHCS-ից ստանա «Գործողության մասին ծանուցումը», Դուք կարող եք դիմել Նահանգային անկողմնակալ դատավարության համար: Նահանգային անկողմնակալ դատավարության համար կարելի է դիմել նաև այն դեպքում, եթե Դուք «Գործողության մասին ծանուցում» չեք ստացել:

- DHCS-ը պարտավոր է Ձեզ գրավոր ծանուցում ուղարկել Ձեր երեխայի ծառայությունը դադարեցնելուց կամ կրճատելուց առնվազն **10** օրացուցային օր առաջ:

- Նահանգային անկողմնակալ դատավարության հայցը հարկավոր է ներկայացնել Ձեր երեխայի բողոքարկման կապակցությամբ DHCS-ի գրավոր «Գործողության մասին ծանուցումը» ստանալու օրվանից հետո **90** օրացուցային օրվա ընթացքում: Անկողմնակալ դատավորը կքննի Ձեր երեխայի գործը: Նահանգային անկողմնակալ դատավարության համար կարելի է դիմել նաև ցանկացած ժամանակ՝ առանց «Գործողության մասին ծանուցման»: Եթե այն որոշումը, որի կապակցությամբ Դուք դատավարություն եք պահանջել, դադարեցնելու է որևէ ծառայություն, որ Ձեր երեխան արդեն ստանում է, Դուք կարող եք նպաստների շարունակում խնդրել Ձեր երեխայի համար: ՎԱյս էջում կարդացեք **Պատուհան 5-ը**:

- Նահանգային անկողմնակալ դատավարությունը կարող եք պահանջել հեռախոսով, նամակով, ֆաքսով կամ առցանց: Զանգահարեք 1-800-743-8525: Կամ այցելեք www.cdss.ca.gov/hearing-requests:

- Դուք իրավունք ունեք Ձեզ հետ որևէ մեկին բերելու, որը կներկայացնի Ձեզ 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:

- Նահանգը պետք է Ձեր երեխայի կողմից Նահանգային անկողմնակալ դատավարության հայց ներկայացնելու օրվանից հետո **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: Այս էջում կարդացեք **Պատուհան 6-ը**:

ՊԱՏՈՒՀԱՆ 6

Շտապ (ավելի արագ) բողոքարկումը կամ Նահանգային անկողմնակալ դատավարությունը



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

- Լրացուցիչ օգնության համար կարդացեք DHCS-ի կողմից Ձեր երեխային ուղարկված ծանուցումները: Կամ զանգահարեք 1-800-743-8525: Կամ այցելեք www.dhcs.ca.gov/fair-hearing:

Ի՞նչ անել, եթե Դուք գոհ չեք Ձեր երեխայի բուժսպասարկումից, բժշկից կամ առողջապահական սպասարկողից՝ FFS-ում

Գանգատ ներկայացրեք

Եթե բժիշկը Ձեր երեխային վատ կամ կոպիտ է վերաբերվել, կամ Դուք դժգոհ եք բուժսպասարկման մակարդակից, կամ եթե չեք կարողանում բժիշկ գտնել, Դուք իրավունք ունեք **գանգատ** ներկայացնելու Ձեր երեխայի համար: Գանգատը նախատեսված է այնպիսի տարաձայնության կամ խնդրի համար, որի դեպքում հնարավոր չէ 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 «Drug Medi-Cal»-ի, Ատամնաբուժական FFS-ի կամ «Medi-Cal» Rx-ի հետ կապված գանգատ ներկայացնել Ձեր երեխայի համար: Գանգատը կարելի է ներկայացնել հեռախոսով կամ գրավոր՝ առցանց կամ փոստով: Գանգատը ներկայացնելու համար կապվեք «Drug Medi-Cal»-ի, Ատամնաբուժական FFS-ի կամ «Medi-Cal» Rx-ի հետ: Կոնտակտային համարները կգտնեք **Աղյուսակ 2-ում**՝ 17-րդ էջում: Գանգատ ներկայացնելու գործընթաց նախատեսված **չէ** «Medi-Cal» FFS-ի ֆիզիկական առողջության ծառայությունների և հոգեկան առողջության չմասնագիտացված ծառայությունների համար:
- DHCS-ը պետք է գանգատը ստանալուց հետո **5** օրացուցային օրվա ընթացքում գրավոր կերպով հաստատի դրա ստացումը: Ծանուցման մեջ պետք է նշվի նաև DHCS-ի այն աշխատակցի անունը, հեռախոսի համարը և հասցեն, որը կարող է Ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել Ձեր երեխայի գանգատի և դրա կարգավիճակի մասին:
- DHCS-ը պարտավոր է գանգատը ներկայացնելու օրվանից հետո **30** օրացուցային օրվա ընթացքում լուծում տալ Ատամնաբուժական FFS-ի և «Medi-Cal» Rx-ի հետ կապված՝ Ձեր երեխայի գանգատին: «Drug Medi-Cal»-ը պետք է **90** օրացուցային օրվա ընթացքում լուծել Ձեր երեխայի գանգատը:

ՈՐՄ դիմել հարցերի դեպքում

ԱՂՅՈՒՍԱԿ 2

«Վճարում ծառայության դիմաց»՝ նկարագրությունը և կոնտակտային տվյալները

«Medi-Cal»-ի «Վճարում ծառայության դիմաց» (Medi-Cal FFS)

Որոշ երեխաներ, օրինակ՝ հոգեծնողների խնամքի տակ գտնվող որոշ երեխաներ, իրենց ֆիզիկական առողջության ծառայությունները «Medi-Cal» FFS-ի միջոցով են ստանում:

Եթե Ձեր երեխան այդ ծառայությունները չի ստանում կամ մտահոգություններ ունի այդ կապակցությամբ, զանգահարեք 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077):

«Drug Medi-Cal» (DMC)

Այն երեխաները, որոնց անհրաժեշտ են կախվածության, օրինակ՝ թմրանյութային կամ ալկոհոլային կախվածության հետ կապված ծառայություններ, այդ թվում՝ խորհրդատվություն և այլ կարգի կլինիկական բուժում, ինչպես՝ ստացիոնար բուժում թմրանյութային կամ ալկոհոլային կախվածությունից, անհրաժեշտության դեպքում՝ այդ բուժօգնությունը ստանում են «Drug Medi-Cal»-ի միջոցով: Յուրաքանչյուր շրջանում գործում է կա՛մ որևէ DMC-ODS ծրագիր, կամ շրջանը DMC-ի համակարգում է ընդգրկված: DMC-ODS-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք **Աղյուսակ 1-ը**՝ 12-րդ էջում:

Եթե Ձեր երեխան չի ստանում այդ ծառայությունները կամ դրանց հետ կապված մտահոգություններ ունի, զանգահարեք Ձեր երեխայի DMC ծրագիր: Հեռախոսահամարը գտնելու համար այցելեք www.dhcs.ca.gov/sud-cal:

Ատամնաբուժական «Վճարում ծառայության դիմաց» (Ատամնաբուժական FFS)

Երեխաների մեծ մասն իրենց ատամնաբուժական օգնությունը ստանում են Ատամնաբուժական FFS-ի միջոցով: Դրանք են՝ ատամնաբուժական ստուգումները և մաքրումները՝ տարեկան երկու անգամ, և բերանի խոռոչի խնամքը:

Եթե Ձեր երեխան այդ ծառայությունները չի ստանում կամ մտահոգություններ ունի այդ կապակցությամբ, զանգահարեք 1-800-322-6384: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք smilecalifornia.org:

«Medi-Cal» Rx

Երեխաները «Medi-Cal»-ի իրենց դեղատնային ծառայությունները «Medi-Cal» Rx-ի միջոցով են ստանում: Դրանց թվում են՝ երթևեկ հիվանդներին դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի տրվող դեղերը, ադիքային սնուցման առարկաները, օրինակ՝ սնուցման խողովակները և բժշկական պարագաները:

Եթե Ձեր երեխան այդ ծառայությունները չի ստանում կամ մտահոգություններ ունի այդ կապակցությամբ, զանգահարեք 1-800-977-2273: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք <https://bit.ly/3D1rQFV>:



请记住!

重要信息帮助儿童
和21岁以下的年轻人得
到他们所需要的一
切照护服务

如果儿童和青少年参保 Medi-Cal, 他们能得到什么服务?

根据加利福尼亚州和联邦法律, 所有21岁以下参保 Medi-Cal 的儿童和青少年有权进行定期 **检查** 和其它保持和获得健康所需的**预防性**和**治疗**服务。

在联邦法律中, 该权利称为早期和定期筛查、诊断和治疗 (EPSDT) 要求。它确保每个参保登记Medi-Cal的儿童都能得到他们所需的照护, 以尽可能让他们健康地成长。在加利福尼亚, EPSDT 被称为 **Medi-Cal for Kids & Teens**。

这些服务是**免费**的, 除非儿童或青少年在获得Medi-Cal资格时被发现有分摊费用。

Medi-Cal for Kids & Teens 必须在需要时无限制地提供以下服务:

- 身体健康服务, 包括初级保健和专科就诊
- 视力服务, 包括眼镜
- 听力服务
- 牙科检查和随访服务
- 心理健康和药物或酒精成瘾服务, 包括治疗
- 物理、职业和言语治疗
- 医疗设备和用品 (如轮椅), 包括耐用医疗设备
- 非处方药和处方药
- 实验室测试, 包括检查铅含量的血液测试和性传播感染 (STI) 测试, 以及任何需要的后续护理
- 家庭健康服务, 包括护理服务
- 医院和住院治疗
- 生殖和性健康服务, 如节育和流产护理
- 妊娠检查
- 新冠肺炎检测和治疗
- 护理协调, 如果参保登记了 Medi-Cal Managed Care 计划。
- 您的医疗提供者确定的Medi-Cal可涵盖的所有其他所需医疗服务 (“医疗必要服务”)



如果您需要这封信或其他格式的Medi-Cal材料, 如大字体、音频格式、CD或盲文, 请致电1-833-284-0040。

儿童和青年有权获得免费支持以获得照护, 例如:

- 免费接送您进行预约就诊或取药、医疗设备和用品
- 预约就诊支持
- 帮助寻找医生或健康护理提供者
- 语言口译服务(您不需要为预约就诊带自己的口译员)

“医疗必需”是什么意思?

对于儿童和青少年, **医疗必需** 指治疗、纠正、管理或改善疾病或健康状况所需的服务。

您孩子的医生或健康护理提供者通常会决定是否有医疗必要。

某些服务可能需要预先批准。如果21岁以下的儿童或青少年需要医疗服务, 则不能限制服务或治疗的次数。例如, 不能限制孩子每两年戴一副眼镜。如果孩子有眼镜但视力不好, 他们有权在必要时获得新处方和新眼镜。

方框1

您孩子的 Medi-Cal



参保登记Medi-Cal的儿童和青少年通过以下两种方式之一获得福利:

1. 通过健康保险计划、心理健康计划或牙科健康计划获得**托管式护理**, 或
2. 通过州Medi-Cal机构——加利福尼亚医疗保健服务部获得**收费服务**

如果已参保的儿童或青少年未通过**托管式护理**或**收费服务**获得所需服务, 本文给予了解释。它解释了如何:

- 提出上诉
- 要求州公平听证会
- 提交申诉

有关获得服务的帮助或有关您福利的问题, 请致电Medi-Cal会员帮助热线:**1-800-541-5555**。

如果您对您的护理服务被拒绝、延迟、减少或停止,您应该怎么做?

如果您对您的护理服务被拒绝、延迟、减少或停止,并且您不同意书面通知中所述的决定,您可以要求审查并撤销该决定。

这是为了支持儿童获得他们需要并有权利获得的护理服务。您孩子有权利提起 **上诉**,要求**州公平听证会**,或提交**申诉**。任何这些行为都不会受到惩罚。

无论您的上诉、州公平听证或申诉是否成功,您孩子的Medi-Cal保险都 **不会** 因为您的这些行为而终止。

如何提出上诉、要求州公平听证或提交申诉

阅读书面通知。如果托管式护理计划、DHCS (州Medi-Cal机构) 或医疗提供者拒绝、减少或停止对您孩子的服务,他们必须发出书面行动通知(也称为“不利福利决定通知”)及其决定。

您须在您孩子的治疗或服务减少或停止前至少**10** 天收到此通知。通知说明:

- 您孩子的托管式护理计划或DHCS因何以及如何做出决定
- 您孩子的权利
- 如何提起上诉或要求州公平听证

如果您不同意该决定,在服务停止或减少**之前** 进行上诉是很重要的,以便在上诉或州公平听证会期间继续进行这些服务。

如果您没有收到通知,请拨打第 4 页健康消费者联盟(HCA)电话。如果您没有收到通知,您仍可以提起上诉。要了解如何提出上诉、要求举行州听证会或提交申诉,请阅读其余页面。

上诉要求您孩子式的托管护理计划审查任何被拒绝、延迟、减少或停止的服务,以了解他们是否同意您的意见。

州公平听证会是一个在法官面前发言的机会,旨在审查您孩子的托管医疗计划或DHCS (州 Medi-Cal 机构) 作出的您并不同意的决定。

申诉是指上诉或州公平听证未涵盖的您不满意或不同意的任何事项。它针对的是与对您孩子的托管护理计划或DHCS相关的问题或担忧,而不是服务的拒绝、延迟、减少或停止。

您也可向您孩子的托管护理计划提交关于您孩子的承保服务之投诉的申诉,包括护理质量或护理服务的获取。

如何获取帮助

Medi-Cal会员帮助热线

Medi-Cal会员帮助热线提供免费服务。他们可以帮助您联系当地的Medi-Cal办公室、您的托管护理计划或其他Medi-Cal资源,为您回答有关Medi-Cal的问题。

- 电话:1-800-541-5555
- 在线: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

健康消费者联盟(HCA)

HCA为Medi-Cal参保者提供免费电话或当面帮助,以解决健康问题。他们还可以为您联系免费资源,帮助解决与医疗保健相关的法律问题。

- 电话:1-888-804-3536
- 在线: healthconsumer.org

方框2

如果您认为决定是错误的

如果你认为您孩子的Medi-Cal被错误地停止或错误发现您孩子不符合Medi-Cal资格:

- 遵循上诉通知上的说明,或
- 登录dhcs.ca.gov/COL查找您当地的县人力服务机构



您孩子在托管式护理计划中的权利有哪些？

以下第5-8页中的信息适用于Medi-Cal的所有托管式护理系统。大多数参保登记Medi-Cal的儿童通过 **Medi-Cal 托管式护理计划** 获得护理服务。该计划适用于身体健康服务。它还适用于有限的心理健康服务，称为“非专业心理健康服务”。

其他托管式护理系统包括：

- **专业心理健康服务** 通过单独的心理健康计划提供强化健康行为及心理服务。
- **Medi-Cal有组织的药物输送系统** 适用于药物和酒精成瘾治疗。
- **牙科托管式护理** 适用于洛杉矶和萨克拉门托县的牙科护理。阅读第8页表 1。

如果您孩子在获得或保持服务(你认为以上一个计划应该涵盖)方面有问题，请阅读下面的内容。如果您孩子不在计划中，请阅读第9页 **收费服务**。

如果您孩子在托管式护理计划中的服务被拒绝、延迟、减少或停止，您应该怎么做？

请向您孩子的托管式护理计划提出上诉。

您必须开始向托管式护理计划提出**上诉**。要查找您的计划，请访问 www.dhcs.ca.gov/mmchpd。上诉要求您孩子的计划审查任何拒绝、延迟、减少或停止服务的情况，以确定他们是否同意您的意见。您必须提出上诉，然后才能要求州公平听证。

- 在您孩子从托管式护理计划获得书面行动通知后，您才可以提起上诉。如果您 **没有**收到行动通知，您也可以提起上诉。
- 您在收到行动通知的**60**个日历日后，您可以向托管护理计划提出上诉。您可以通过书面、电话或在线方式对计划提出上诉。您可以在第8页表 1中找到联系人电话号码。
- 如果行动通知告知将停止或减少您孩子已经获得的服务，您也可以要求您孩子在上诉期间继续获得服务。这被称为**福利延续**。想要了解如何要求，请阅读本页**方框3**。
- 您孩子的托管式护理计划必须在他们收到上诉后的**5**个日历日内以书面形式确认上诉。该计划还必须告知您在计划中并可告诉您有关上诉及其状态的更多信息的人员的名字、电话号码和地址。该计划必须在收到上诉请求后的**30**个日历日内向您发送书面决定。这被称为决议通知。

方框3

如何要求托管式护理福利的延续



如果通知告知您的孩子已经获得的服务将停止或减少，您可以要求让您孩子在上诉和州公平听证会期间**福利延续**（也称为“待支付援助”）。

- 您必须在服务停止或减少**之前**提起上诉或要求州公平听证会。
- 托管式护理计划必须在他们计划停止或减少对您孩子的服务之前至少**10**个日历日书面通知您。

- 如果您孩子的情况比较紧急,等待30天后会使病情恶化,您可以要求**加急 (快速)**决定。想要了解如何这样做,请阅读本页**方框4**。
- 您可以随时联系您孩子的托管式护理计划,询问与您孩子上诉有关的问题。您可以在第8页**表 1**中找到联系人电话号码。
- 您孩子的托管式管理计划可能包括独立审查委员会这个流程。您孩子的行动通知将会解释这一流程。如果您孩子的托管式护理计划提供了这一流程,那么它将在您完成您孩子的上诉后进行。想要了解更多关于独立医疗审查委员会的信息,请致电1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891) 与加州管理医疗部联系。或访问 <https://bit.ly/IMRCR>。

方框4

加急 (快速) 上诉或州公平听证会



如果您孩子因生命、健康或功能处于之危险中,需要**加急 (快速)**上诉或州公平听证会,请致电**1-800-743-8525**。

您可以在会员手册中阅读更多关于如何申请快速流程的内容。

要求 Medi-Cal 州公平听证

如果托管式护理计划的上诉流程已完成,但您仍不同意该计划的决定,您可以要求为您孩子举行**州公平听证会**。如果您孩子的托管式护理计划没有发送关于您孩子上诉权利的通知,或者没有在合理时间内发送通知,您可以要求举行州公平听证会。

州公平听证会是一个在法官面前发言的机会,旨在审查托管医疗计划作出的您并不同意的决定。法官为加州社会服务部工作,而不是为您孩子的计划工作。

- 您必须在收到托管式护理计划对您孩子上诉的书面决定之日后的**120**个日历日内要求举行州公平听证会。一名公正的法官将审查您孩子的案件。如果您要求听证的决定停止了您孩子已经获得的服务,您也可以要求继续为您孩子提供福利。阅读第5页**方框3**。
- 您可以通过电话、邮件、传真或在线方式请求州公平听证会请致电1-800-743-8525。或访问 www.cdss.ca.gov/hearing-requests。
- 您有权在您孩子的州公平听证会上带一个可代表您的人。您可以带上朋友、亲戚、律师或任何您选择的人。欲了解如何获得免费法律帮助,请阅读第4页**如何获得帮助**。
- 您无需为州公平听证会支付费用。该听证会是免费的。
- 在您孩子请求州公平听证会后,该州有**90**个日历日做出最终决定。如果您孩子立即需要服务,等待90天后会使病情恶化,您可以要求**加急 (快速)**决定。请阅读第6页**方框4**。
- 想要获得更多帮助,请阅读您孩子托管式护理计划的通知。或致电1-800-743-8525。或访问 www.dhcs.ca.gov/fair-hearing。

联系监察员

监察员是为 DHCS (州 Medi-Cal 机构) 工作的人员。他们的工作,是帮助您和孩子使用您孩子的管理式护理计划。他们会倾听并帮助回答您的问题。他们还会审查问题,解释福利并为您建议选择。您可以随时致电监察员。这包括当您的孩子收到通知、提出上诉、要求举行州听证会或提交申诉时。监察员仅为参保了管理式护理计划的人员提供服务。

您可以联系监察员

- 电话:1-888-452-8609
- 电子邮件:MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
 - » 不要将个人健康信息放在电子邮件中。

欲了解更多有关监察员的信息,请访问www.dhcs.ca.gov/ombudsman。

如果您对托管式护理的服务、医生、或医疗保健提供者不满意怎么办?

提交申诉

如果医生对您孩子治疗不当或粗暴治疗,或者您对护理质量不满意,或者您找不到医生,您可以为您孩子提交 **申诉**。申诉是指对上诉或州公平听证未涵盖的任何事项提出的任何异议。它针对的问题或担忧不会拒绝、延迟、减少或停止对您孩子的任何服务。您也可向您孩子的托管护理计划提交关于您孩子的承保服务之投诉的申诉,包括护理质量或护理的获取。

- 您可以随时为您孩子提交申诉。您可以通过电话、在线方式或邮件提交。请联系您孩子的托管式护理计划提交申诉。您可以在第8页**表 1**中找到联系人的电话号码。
- 您孩子的托管式护理计划必须在他们收到您的申诉后的**5**个日历日内以书面形式对其进行确认。该申诉必须包含在计划中且可告知您更多有关您孩子申诉及其状况的人员的姓名、电话号码和地址。
- 您孩子的托管式护理计划在您提交申诉之日起**30**个日历日内解决您孩子的申诉。

出现问题时, 你应该联系谁?

表1

托管护理系统概述和联系信息

Medi-Cal 托管式护理 (MCMC)

大多数儿童通过Medi-Cal托管式护理计划获得其中大部分服务:

- 身体健康需求, 如儿童健康检查和注射
- 非专业心理健康需求, 如治疗和用药
- 护理协调

如果您孩子没有得到所需服务或存有疑虑, 请致电您孩子的Medi-Cal 托管式护理计划。该计划的电话号码在您孩子的计划身份卡上。该电话号码也在该计划的网站上。您也可以可以在www.dhcs.ca.gov/mmchpd上找到他们的电话号码。或拨打 916-449-5000。

专业心理健康服务(SMHS)

一些需要专业心理健康服务的儿童, 如严重心理健康状况的护理, 可以通过专业心理健康服务获得此类护理。每个郡县都有一个心理健康计划。

如果您孩子没有得到所需服务或存有疑虑, 请致电您孩子所在郡县的心理健康计划。您可以在www.dhcs.ca.gov/CMHP上找到该计划的电话号码。

Medi-Cal有组织的药物输送系统 (DMC-ODS)

需要药物或酒精治疗等药物使用服务(包括咨询和其他临床治疗)的儿童, 如住院药物或酒精住院治疗, 在必要时可通过Medi-Cal有组织的药物输送系统获得此类护理。每个郡县要么有DMC-ODS计划, 要么在Drug Medi-Cal中。阅读第11页表 2了解更多关于Drug Medi-Cal的信息。

如果您孩子没有得到所需服务或存有疑虑, 请致电您孩子的DMC-ODS计划。要查找电话号码, 请访问www.dhcs.ca.gov/sud-cal。

托管式牙科护理 (Dental MC)

一些住在洛杉矶县或萨克拉门托县的儿童通过Dental Managed Care计划获得牙科服务, 包括每年两次的牙科检查和清洁以及口腔保健。在所有其他郡县居住的儿童通过牙科收费服务(Dental FFS)获得牙科护理服务。阅读第11页表 2了解更多信息。

如果您住在洛杉矶县或萨克拉门托县, 且您孩子没有得到所需服务或存有疑虑, 请致电您孩子的Dental MC计划。该计划的电话号码在您孩子的Dental MC身份卡上。该电话号码也在Dental MC计划的网站上。或拨打1-800-322-6384。您也可以可以在<https://bit.ly/DMC-Contact>上找到该计划的电话号码。

您孩子在Medi-Cal 收费服务中的权利是什么？

以下第9-11页中的信息适用于Medi-Cal 收费服务 (FFS)。一些参保登记Medi-Cal的儿童通过FFS获得护理服务。FFS也称为“常规”Medi-Cal。参与FFS的儿童通过DHCS (州Medi-Cal机构) 获得护理服务。不涉及托管式护理计划。FFS包括用于身体健康服务和一系列有限的心理健康服务 (“非专业心理健康服务”) 的Medi-Cal FFS, 用于药物和酒精治疗服务的Drug Medi-Cal, 用于牙科护理的Dental FFS, 以及用于药物的Medi-CalRx。阅读第11页**表 2**了解更多信息。

如果您孩子在获得或保持你认为DHCS应该涵盖的服务方面有问题, 请阅读下面的内容。即使您的孩子不在托管式护理计划中, 如果您孩子因严重的心理健康状况需要护理, 他们也会通过专业心理健康服务心理健康计划获得护理。要了解更多信息以及如何寻求县心理健康计划的帮助, 请阅读第8页 **表1**。

如果您孩子在FFS中的护理服务被拒绝、延迟、减少或停止, 您应该怎么做？

要求 Medi-Cal 州公平听证

州公平听证会 是一个在法官面前发言的机会, 旨在审查您不同意的DHCS决定。这包括任何对服务的任何拒绝、延迟、减少或停止。法官为加州社会服务部工作, 而不是为DHCS工作。

- 在您孩子收到DHCS的行动通知后, 您可以请求州公平听证会。如果您没有收到行动通知, 您也可以要求州公平听证会。
- 您必须在收到DHCS的书面行动通知之日后的**90个**日历日内要求州公平听证会。一名公正的法官将审查您孩子的案件。您也可以在还没有收到行动通知的情况下随时要求州公平听证会。如果您要求听证的决定会停止您孩子已获得的服务, 您可以要求为您孩子延续福利。请阅在本页**方框 5**。
- 您可以通过电话、邮件、传真或在线方式要求州公平听证会。请致电1-800-743-8525。或访问 www.cdss.ca.gov/hearing-requests。
- 您有权在听证会上带一个可代表您的人。您可以带上朋友、亲戚、律师或任何您选择的人。欲了解如何获得免费法律帮助, 请阅读第4页**如何获得帮助**。
- 您无需为州公平听证会支付费用。该听证会是免费的。
- 在您孩子请求州公平听证会后, 该州有**90个**日历日做出最终决定。如果您孩子立即需要服务, 等待90天后会使病情恶化, 您可以要求**加急 (快速)**决定。请阅读本页**方框6**。
- 想获得帮助, 请阅读您孩子从DHCS收到的通知。或致电1-800-743-8525。或访问 www.dhcs.ca.gov/fair-hearing。

方框5

如果要求收费服务中的福利延续



如果通知告知将停止或减少您孩子已经获得的服务, 您也可以要求您孩子在州公平听证会期间**福利延续** (也“待支付援助”)。

- 你必须在服务停止或减少**之前**要求州公平听证会。
- DHCS必须在他们计划停止或减少对您孩子的服务之前至少**10个**日历日书面通知您。

方框6

加急 (快速) 上诉或州公平听证会



如果您孩子因生命、健康或功能处于之危险中, 需要**加急 (快速)**州公平听证会, 请致电1-800-743-8525。

如果您对FFS的服务、医生、或医疗保健提供者不满意怎么办？

提交申诉

如果医生对您孩子治疗不当或粗暴治疗，或者您对护理质量不满意，或者您找不到医生，您可以为您孩子提交**申诉**。申诉是指对州公平听证未涵盖的任何事项提出的任何异议。它针对的问题或担忧**不会**拒绝、延迟、减少或停止对您孩子的任何服务。

- 您可以随时为您孩子提交 Drug Medi-Cal、Dental FFS或 Medi-Cal Rx 申诉。你可以通过电话、在线方式或邮件提交。联系Drug Medi-Cal、Dental FFS或 Medi-Cal Rx 提交申诉。您可以在第11页**表 2**中找到联系人的电话号码。Medi-Cal FFS**没有**针对身体健康服务和非专业心理健康服务的申诉流程。
- DHCS 必须在他们收到您的申诉后的**5**个日历日内以书面形式对其进行确认。该申诉必须包含在DHCS中且可告知您更多有关您孩子申诉及其状况的人员的姓名、电话号码和地址。
- 自您提交申诉之日起，DHCS在**30**个日历日内解决您孩子的Dental FFS和Medi-Cal Rx 申诉。Drug Medi-Cal在**90** 个日历日内解决您孩子的申诉。

出现问题时, 你应该联系谁?

表2

服务收费概述和联系信息

Medi-Cal 收费服务 (Medi-Cal FFS)

一些儿童(如寄养儿童)通过Medi-Cal FFS获得身体健康服务。

如果您孩子没有得到这些服务或存有疑虑, 请致电 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077)。

Drug Medi-Cal (DMC)

需要药物或酒精治疗等药物使用服务(包括咨询和其他临床治疗)的儿童, 如住院用药或酒精住院治疗, 在必要时可通过Drug Medi-Cal获得此类护理服务。每个郡县要么有DMC-ODS计划, 要么在DMC中。阅读第8页表 1了解更多关于DMC-ODS的信息。

如果您孩子没有得到这些服务或存有疑虑, 请致电您孩子的DMC计划。要查找电话号码, 请访问 www.dhcs.ca.gov/sud-cal。

牙科收费服务 (Dental FFS)

大多数儿童通过Dental FFS获得Medi-Cal牙科服务。这包括每年两次的牙齿检查和清洁以及口腔保健。

如果您孩子没有得到这些服务或存有疑虑, 请致电1-800-322-6384。

要了解更多信息, 请访问smilecalifornia.org。

Medi-Cal Rx

儿童通过Medi-Cal Rx获得Medi-Cal药事服务。其中包括处方药和非处方门诊药物、肠内营养产品(如饲管)和医疗用品。

如果您孩子没有得到这些服务或存有疑虑, 请致电 1-800-977-2273。

欲了解更多信息, 请访问<https://bit.ly/3D1rQFV>。



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
- 要求進行州聽證會
- 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**州聽證會**，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、州聽證會或申訴成功與否，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。

如何提出上訴、要求州聽證會或提交申訴

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聽證會

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，以便在上訴或州聽證會期間繼續提供服務。

如果您沒有收到通知，請致電第四頁上的健康消費者聯盟 (HCA) 號碼。如果您沒有收到通知，您仍然可以提出上訴。要瞭解如何提出上訴、要求州聽證會或提交申訴，請閱讀其餘頁面。

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。

州聽證會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聽證會未提供的任何事項。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。

您也可以向您的兒童的管理式護理計畫提交申訴，進行與您的兒童的承保服務相關的投訴，包括護理品質或獲得護理的機會。

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

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

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 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。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，然後才能要求州聽證會。

- 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，請閱讀本頁上的**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，請閱讀第 6 頁上的**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，您可以在上訴或州聽證會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聽證會。
- 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)上訴或州聽證會



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)**提出上訴或進行州聽證會，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 州聽證會

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**州聽證會**。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聽證會。

州聽證會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聽證會。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聽證會。請致電 1-800-743-8525。或者，訪問 www.cdss.ca.gov/hearingrequests。
- 您有權在您的兒童的州聽證會時帶一個人代表您。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**。
- 您不必為州聽證會付費。它是免費的。
- 州在您的兒童請求進行州聽證會的日期後有 **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。請閱讀第 6 頁上的**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。

聯繫監察員

監察員即為 DHCS (州 Medi-Cal 機構) 工作的人員。他們的工作是幫助您和您的孩子使用您的孩子的管理式護理計畫。他們會傾聽並幫助回答您的問題。他們還會審查問題，解釋福利並為您建議選擇。您可以隨時致電監察員。這包括當您的孩子收到通知、提出上訴、要求州聽證會或提交申訴時。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：MMCDOmbudsmanOffice@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。

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聽證會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。您也可以向您的兒童的管理式護理計畫提交申訴，進行與您的兒童的承保服務相關的投訴，包括護理品質或獲得護理的機會。

- 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。這必須包括該計畫的人員的姓名、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 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 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 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 州聽證會

州聽證會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，您可以要求進行州聽證會。如果您沒有收到行動通知，您也可以要求進行州聽證會。
- 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聽證會。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聽證會。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。請閱讀本頁上的方框 5。
- 您可以通過電話、郵件、傳真或線上方式要求進行州聽證會。請致電 1-800-743-8525。或者，訪問 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，您也可以州聽證會期間要求**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**要求進行州聽證會。
- 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。

- 您不必為州聽證會付費。它是免費的。
- 州在您的兒童請求進行州聽證會的日期後有 **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。請閱讀本頁上的**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。

方框 6

加快(更快)上訴或州聽證會



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**。申訴是指對州聽證會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。

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。

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

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 درمانی که برای درمانی که برای 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 میکند که هر کودکی که در Medi-Cal ثبت نام میشود، مراقبتهایی را که برای رشد هر چه سالمتر نیاز دارد، دریافت کند. در کالیفرنیا برای کودکان و نوجوانان Medi-Cal EPSDT نامیده می شود.

این سرویسها 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 1

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 میدهد که اگر یک کودک یا نوجوان ثبتنام 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 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 رسیدگی ایالتی، یا ارائه شکایت را داشته باشد. هیچ مجازاتی برای انجام هر یک از این اقدامات وجود ندارد.

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.

نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر، درخواست رسیدگی ایالتی یا ارائه شکایت

اطلاعیه کتبی را بخوانید. اگر یک طرح مراقبت مدیریت شده، DHCS (آژانس دولتی Medi-Cal)، یا ارائه دهنده، خدمات فرزند شما را رد کند، کاهش دهد یا قطع نماید، باید با تصمیم آنها یک اخطار اقدام کند. نامطلوب» نیز نامیده میشود)

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 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 ایالتی ادامه دهند.

اگر اخطار دریافت **نکردید**، با شماره اتحاد مصرف کنندگان (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 ایالتی یا ارائه شکایت، صفحات باقیمانده بخوانید.

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 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 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.

همچنین می توانید شکواییه ای به طرح مراقبت مدیریت شده فرزندان در مورد شکایتهای مربوط به خدمات پوشش دهنده فرزندان از جمله کیفیت ارائه مراقبت و یا دسترسی به مراقبتها ارائه کنید.

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

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



کادر 2

اگر فکر می کنید یک تصمیم اشتباه است

اگر فکر میکنید 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 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 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 ایالتی کنید، باید درخواست تجدیدنظر بدهید.



کادر 3

نحوه درخواست ادامه مزایا در مراقبت مدیریت شده

اگر اخطار میگوید خدماتی که فرزندان قبلاً دریافت میکنند متوقف میشود یا کاهش مییابد، می توانید در طول درخواست تجدیدنظر یا دادرسی ایالتی برای ادامه مزایا (که همچنین «کمکهای پرداخت شده در انتظار» نامیده میشود) درخواست دهید.

- شما باید قبل از اینکه سرویس متوقف شود یا کاهش یابد، درخواست تجدیدنظر یا درخواست رسیدگی 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.

- 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 4

درخواست تجدیدنظر فوری (سریعتر) یا دادرسی ایالتی

اگر فرزندان به تجدیدنظر فوری (سریعتر) یا رسیدگی 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 به طور کتبی تأیید کند. این طرح همچنین باید نام، شماره تلفن و آدرس فردی را که در طرح است که می تواند 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 می گویند.
- اگر وضعیت فرزندان اورژانسی است و 30 روز انتظار وضعیت آن را بدتر می کند، می توان یک تصمیم درخواست کرد **فوری** (سریعتر) کنید. برای چگونگی انجام این کار، **کادر 4** را بخوانید.

- می توانید 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 می دهد، 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 ایالت Medi-Cal

اگر روند تجدیدنظر طرح مراقبت مدیریت شده کامل شده است و شما همچنان با تصمیم این طرح مخالف هستید، می توانید برای فرزندان **دادرسی 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، می توانید درخواست دادرسی 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 می کند، 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 می کنید، درخواست دادرسی 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 می کند متوقف کند، می توانید ادامه مزایای فرزندان را نیز بخواهید. **کادر 3** را در صفحه 5 بخوانید.
- شما می توانید از طریق تلفن، پست، فکس یا آنلاین درخواست رسیدگی ایالتی کنید. با شماره **1-800-743-8525** تماس بگیرید. یا، به www.cdss.ca.gov/hearing-requests رجوع کنید.
- شما این حق را دارید که شخصی را به نمایندگی از خود در جلسه دادرسی ایالتی فرزندان بیاورید. می توانید دوست، خویشاوند، وکیل یا هرکسی را که انتخاب می کنید بیاورید. برای آشنایی با نحوه دریافت کمک حقوقی رایگان، **نحوه دریافت کمک** را در صفحه 4 بخوانید.
- شما مجبور نیستید برای رسیدگی ایالتی هزینه ای بپردازید. رایگان است.

- ایالت 90 روز تقویمی پس از تاریخ درخواست رسیدگی ایالتی 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 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 با برنامه مراقبت مدیریت شده فرزندان کار کنید. آنها به سوالات شما گوش و پاسخ می دهند. آنها همچنین مشکلات را بررسی می کنند، مزایا را توضیح می دهند و گزینه هایی را به شما پیشنهاد می کنند. شما می توانید در هر زمان با Ombudsman تماس بگیرید. این شامل زمانی است که فرزند شما خطراتی دریافت کرده، درخواست تجدیدنظر ارائه داده، درخواست رسیدگی ایالتی کرده یا شکایتی ارائه نموده 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: MMCOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov

« اطلاعات سلامت شخصی را در ایمیل قرار ندهید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره Ombudsman، به www.dhcs.ca.gov/ombudsman رجوع کنید.

اگر از مراقبت، پزشک یا ارائه مراقبتهای بهداشتی فرزندان در مراقبتهای 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 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. همچنین می توانید شکایات مربوط به خدمات پوشش دهنده فرزندان، از جمله کیفیت یا دسترسی به خدمات مراقبتی، را توسط شکواییه ای به طرح مراقبت مدیریت شده فرزندان ارائه دهید.

- 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 مت 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 میتوانید شماره تلفن آنها را در 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. میتوانید شماره تلفن را در 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 مراقبتها را از طریق سیستم تحویل سازمان یافته Drug Medi-Cal دریافت میکنند. 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 پیدا کنید.

مراقبت های مدیریت شده دندان (Dental MC)

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

اگر در لس آنجلس یا ساکرامنتو زندگی میکنید و فرزندتان خدمات مورد نیاز را دریافت نمیکند یا نگرانیهایی 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 میتوانید 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 5

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

اگر اخطار میگوید خدماتی که فرزندتان قبلاً دریافت میکند متوقف میشود یا کاهش مییابد، میتوانید در طول درخواست تجدیدنظر یا دادرسی ایالتی برای ادامه مزایا (که همچنین «کمکهای پرداخت شده در انتظار» نامیده میشود) درخواست دهید.

- شما باید برای رسیدگی 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 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 ایالتی کنید. همچنین می توانید در صورت عدم دریافت اطلاعیه اقدام، درخواست دادرسی ایالتی کنید.
- شما باید ظرف 90 روز تقویمی از تاریخی که اخطار کتبی اقدام توسط DHCS را دریافت می کنید، درخواست دادرسی کنید. یک قاضی بی طرف پرونده فرزند شما را بررسی خواهد کرد. همچنین می توانید در هر زمان بدون اطلاعیه اقدام، درخواست رسیدگی 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. کادر 5 در همین صفحه را بخوانید.

- شما می توانید از طریق تلفن، پست، فکس یا آنلاین درخواست رسیدگی ایالتی کنید. با شماره 1-800-743-8525 تماس بگیرید. یا، به 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 6

درخواست تجدیدنظر فوری (سریعتر) یا دادرسی 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 ایالتی هزینه ای بپردازید. رایگان است.
- ایالت 90 روز تقویمی پس از تاریخ درخواست فرزند شما برای رسیدگی 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. لطفاً کادر 6 در همین صفحه 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 رجوع کنید.

اگر از مراقبت، پزشک، یا ارائهدهنده مراقبتهای 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 نگرانیهایی است که خدمات فرزند شما را رد نمیکند، به تأخیر نمیاندازد، کاهش نمیدهد یا متوقف نمیکند.

- 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 مراقبتها را از طریق Drug Medi-Cal دریافت میکنند. 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 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 نمیکند یا نگرانیهایی دارد، با شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به 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.



कृपया रखें!

बच्चों और 21 वर्ष की आयु तक के युवाओं को उनकी जरूरत की सभी देखभाल प्राप्त करने में मदद करने के लिए महत्वपूर्ण जानकारी

बच्चे और युवा यदि वे Medi-Cal में हैं तो उन्हें कौन-सी सेवाएँ मिल सकती हैं?

कैलिफोर्निया और संघीय कानून के तहत, Medi-Cal में नामांकित 21 वर्ष की आयु तक के सभी बच्चों और युवाओं को स्वस्थ रहने या स्वस्थ रहने के लिए आवश्यक नियमित **चेक-अप** और अन्य **निवारक** और **उपचार** सेवाएं का अधिकार है।

यह अधिकार संघीय कानून में प्रारंभिक और आवधिक जांच, निदान और उपचार (EPSDT) आवश्यकता के रूप में जाना जाता है। यह सुनिश्चित करता है कि Medi-Cal में नामांकित प्रत्येक बच्चे को यथासंभव स्वस्थ रहने के लिए आवश्यक देखभाल मिले। कैलिफोर्निया में, EPSDT को **बच्चों और किशोरों के लिए Medi-Cal** कहा जाता है।

सेवाएं **मुफ्त** हैं, जब तक कि बच्चे या युवा के पास Medi-Cal के योग्य होने पर लागत का हिस्सा नहीं पाया जाता।

बच्चों और किशोरों के लिए Medi-Cal को बिना किसी सीमा के जरूरत पड़ने पर इन सेवाओं को कवर करना चाहिए:

- प्राथमिक देखभाल और विशेषज्ञ के दौरे सहित शारीरिक स्वास्थ्य सेवाएं
- चश्मे सहित दृष्टि सेवाएं
- श्रवण सेवाएं
- डेंटल चिकित्सा जांच और अनुवर्ती सेवाएं
- चिकित्सा सहित मानसिक स्वास्थ्य और नशीली दवाओं या शराब की लत सेवाएं
- शारीरिक, व्यावसायिक और बोली चिकित्सा
- टिकाऊ चिकित्सा उपकरण सहित व्हीलचेयर जैसे चिकित्सा उपकरण और आपूर्ति
- दवा, ओवर-द-काउंटर और निर्धारित दोनों
- सीसा स्तर और यौन संचारित संक्रमण (STI) परीक्षण, और किसी भी आवश्यक अनुवर्ती देखभाल की जांच के लिए रक्त परीक्षण सहित प्रयोगशाला परीक्षण
- नर्सिंग देखभाल सहित गृह स्वास्थ्य सेवाएं
- अस्पताल और आवासीय उपचार
- प्रजनन और यौन स्वास्थ्य सेवाएं, जैसे जन्म नियंत्रण और गर्भपात देखभाल
- गर्भावस्था की जांच
- COVID-19 परीक्षण और उपचार
- देखभाल समन्वय, यदि प्रबंधित देखभाल योजना में नामांकित हैं
- आपके चिकित्सा प्रदाता द्वारा निर्धारित अन्य सभी आवश्यक चिकित्सा सेवाएं जिन्हें Medi-Cal ("चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाओं" के रूप में जाना जाता है) के तहत कवर किया जा सकता है



यदि आपको इस पत्र या किसी वैकल्पिक प्रारूप जैसे बड़े फ़ॉन्ट, ऑडियो प्रारूप, सीडी, या ब्रेल में किसी भी Medi-Cal सामग्री की आवश्यकता है, तो 1-833-284-0040 पर कॉल करें।

बच्चों और युवाओं को देखभाल प्राप्त करने के लिए निःशुल्क सहायता प्राप्त करने का अधिकार है, जैसे:

- अपने अपॉइंटमेंट पे आने-जाने या दवा, चिकित्सा उपकरण और आपूर्ति लेने के लिए निःशुल्क सवारी प्राप्त करना
- चिकित्सा अपॉइंटमेंट्स करने में सहायता
- डॉक्टर या स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता खोजने में सहायता
- भाषा व्याख्या सेवाएं (आपको चिकित्सा मुलाकात के लिए अपना स्वयं का दुभाषिया लाने की आवश्यकता नहीं है)

“चिकित्सीय रूप से आवश्यक” का क्या अर्थ है?

बच्चों और युवाओं के लिए, **चिकित्सीय रूप से आवश्यक** का अर्थ है किसी बीमारी या स्वास्थ्य स्थिति के उपचार, सुधार, प्रबंधन या सुधार के लिए आवश्यक सेवाएं।

आपके बच्चे का डॉक्टर या स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता आमतौर पर यह तय करता है कि चिकित्सकीय रूप से कुछ आवश्यक है या नहीं।

कुछ सेवाओं को पूर्व-अनुमोदन की आवश्यकता हो सकती है। यदि सेवाएं 21 वर्ष की आयु तक के बच्चों या युवाओं के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक हैं, तो सेवाओं या उपचारों की संख्या को सीमित नहीं किया जा सकता है। उदाहरण के लिए, एक बच्चे को हर दो साल में एक जोड़ी चश्मे तक सीमित नहीं रखा जा सकता है। यदि किसी बच्चे के पास चश्मा है, लेकिन देखने में परेशानी है, तो उसे आवश्यकता पड़ने पर नए नुस्खे और नए चश्मे का अधिकार है।

बॉक्स 1

आपके बच्चे का Medi-Cal



Medi-Cal में बच्चे और युवा इन दो तरीकों में से किसी एक में अपना लाभ प्राप्त करते हैं:

1. **प्रबंधित देखभाल** एक स्वास्थ्य बीमा योजना, मानसिक स्वास्थ्य योजना, या डेंटल स्वास्थ्य योजना द्वारा, या
2. **सेवा के लिए शुल्क** कैलिफ़ोर्निया डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ केयर सर्विसेज (DHCS), स्टेट Medi-Cal एजेंसी द्वारा

यह दस्तावेज़ बताता है कि अगर किसी नामांकित बच्चे या युवा को **प्रबंधित देखभाल** या **सेवा के लिए शुल्क** के माध्यम से आवश्यक सेवा नहीं मिलती है तो क्या करना चाहिए। यह बताता है कि कैसे:

- एक अपील दायर करें
- स्टेट हियरिंग के लिए पूछें
- शिकायत दर्ज करें

सेवाएँ प्राप्त करने में सहायता के लिए या अपने लाभों के बारे में प्रश्नों के लिए, **1-800-541-5555** पर Medi-Cal सदस्य सहायता लाइन पर कॉल करें।

यदि आपके बच्चे की देखभाल से इनकार किया जाता है, देरी की जाती है, कम की जाती है, या बंद कर दिया जाता है, तो आपको क्या करना चाहिए?

यदि आपके बच्चे की देखभाल से इनकार किया जाता है, देरी की जाती है, कम किया जाता है, या बंद कर दिया जाता है और आप अपने लिखित नोटिस में वर्णित निर्णय से सहमत नहीं हैं, तो आप निर्णय की समीक्षा करने और उसे वापस लेने के लिए कह सकते हैं।

यह आपके बच्चे को आवश्यक देखभाल प्राप्त करने में सहायता करने के लिए है और उसे प्राप्त करने का अधिकार है। आपके बच्चे को **अपील** दायर करने, **स्टेट हियरिंग** के लिए पूछने, या **शिकायत** जमा करने का अधिकार है। इनमें से किसी भी कार्रवाई को करने के लिए कोई दंड नहीं है।

चाहे आपकी अपील, स्टेट हियरिंग, या शिकायत सफल हो या नहीं, आपके बच्चे का Medi-Cal कवरेज समाप्त **नहीं** होगा क्योंकि आपने इनमें से कोई भी कार्रवाई की है।

अपील कैसे दायर करें, स्टेट हियरिंग के लिए पूछें, या शिकायत कैसे दर्ज करें

लिखित सूचना पढ़ें। यदि कोई प्रबंधित देखभाल योजना, DHCS (स्टेट Medi-Cal एजेंसी), या प्रदाता आपके बच्चे की सेवाओं को अस्वीकार करता है, कम करता है, या बंद करता है, तो उन्हें उनके निर्णय के साथ कार्रवाई की एक लिखित सूचना (जिसे "प्रतिकूल लाभ निर्धारण की सूचना" भी कहा जाता है) भेजनी होगी।

आपके बच्चे के उपचार या सेवा को कम या बंद करने से कम से कम **10** दिन पहले आपको यह सूचना मिलनी चाहिए। नोटिस में बताया गया है:

- आपके बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना या DHCS ने क्यों और कैसे अपना निर्णय लिया
- आपके बच्चे के अधिकार
- अपील कैसे दायर करें या स्टेट हियरिंग के लिए कैसे पूछें

यदि आप निर्णय से असहमत हैं, सेवाओं को रोकने या कम करने से पहले अपील करना महत्वपूर्ण है ताकि वे अपील या स्टेट हियरिंग के दौरान जारी रह सकें।

अगर आपको नोटिस नहीं मिला है, तो पृष्ठ 4 पर दिए गए हेल्थ कंज्यूमर एलायंस (HCA) नंबर पर कॉल करें। यह जानने के लिए कि अपील कैसे दायर करनी है, राज्य द्वारा सुनवाई की मांग करें, या शिकायत प्रस्तुत करें, बाकी पृष्ठों को पढ़ें।

एक **अपील** के लिए आपके बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना की आवश्यकता होती है कि किसी भी सेवा से इनकार, विलंब, कमी, या रोक की समीक्षा करें ताकि यह पता लगाया जा सके कि वे आपसे सहमत हैं या नहीं।

स्टेट हियरिंग आपके बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना या DHCS (स्टेट Medi-Cal एजेंसी) के निर्णय की समीक्षा करने के लिए जज के सामने बोलने का मौका है जिससे आप असहमत हैं।

एक **शिकायत** किसी भी ऐसे मामले के लिए है जिससे आप संतुष्ट नहीं हैं या इससे सहमत नहीं हैं कि अपील या स्टेट हियरिंग में शामिल नहीं है। यह आपके बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना या DHCS से संबंधित समस्याओं या चिंताओं के लिए है जो सेवाओं का इनकार, विलंब, कमी या रोक नहीं है।

आप देखभाल की गुणवत्ता या देखभाल तक पहुंच सहित अपने बच्चे की कवर की गई सेवाओं से संबंधित शिकायतों के लिए अपने बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना में भी शिकायत दर्ज कर सकते हैं।

सहायता कैसे प्राप्त करें

Medi-Cal सदस्य हेल्प लाइन

Medi-Cal सदस्य हेल्प लाइन निःशुल्क सहायता प्रदान करती है। Medi-Cal के बारे में आपके प्रश्नों के उत्तर देने में सहायता के लिए वे आपको आपके स्थानीय Medi-Cal कार्यालय, आपकी प्रबंधित देखभाल योजना, या अन्य Medi-Cal संसाधनों से जोड़ सकते हैं।

- फ़ोन: 1-800-541-5555
- ऑनलाइन: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

स्वास्थ्य उपभोक्ता गठबंधन (HCA)

स्वास्थ्य समस्याओं के समाधान के लिए HCA Medi-Cal में नामांकित व्यक्तियों को निःशुल्क फोन या व्यक्तिगत रूप से सहायता प्रदान करता है। वे स्वास्थ्य देखभाल से संबंधित कानूनी मुद्दों को हल करने में सहायता के लिए आपको मुफ्त संसाधनों से जोड़ने में भी सक्षम हो सकते हैं।

- फ़ोन: 1-888-804-3536
- ऑनलाइन: healthconsumer.org

बॉक्स 2

अगर आपको लगता है कि कोई फैसला गलत है



अगर आपको लगता है कि आपके बच्चे का Medi-Cal गलत तरीके से रोका गया था या आपका बच्चा गलत तरीके से Medi-Cal के योग्य नहीं पाया गया था:

- अपील करने के लिए नोटिस पर दिए गए निर्देशों का पालन करें, **या**
- dhcs.ca.gov/COL पर अपनी स्थानीय काउंटी मानव सेवा एजेंसी खोजें

Medi-Cal Managed Care में आपके बच्चे के क्या अधिकार हैं?

पृष्ठ 5-8 पर दी गई निम्नलिखित जानकारी Medi-Cal में सभी प्रबंधित देखभाल प्रणालियों पर लागू होती है। Medi-Cal में नामांकित अधिकांश बच्चे **Medi-Cal Managed Care योजना** के माध्यम से अपनी देखभाल प्राप्त करते हैं। योजना शारीरिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए है। यह सीमित मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए भी है, जिन्हें "गैर-विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं" कहा जाता है।

अन्य प्रबंधित देखभाल प्रणालियों में शामिल हैं:

- **विशेष मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं** एक अलग मानसिक स्वास्थ्य योजना के माध्यम से गहन व्यवहारिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए।
- **नशीली दवाओं और शराब की लत के उपचार के लिए Drug Medi-Cal Organized Delivery System** ।
- **Dental Managed Care** लॉस एंजिल्स और सैक्रामेंटो काउंटियों में डेंटल केयर के लिए। पृष्ठ 8 पर **तालिका 1** पढ़ें।

यदि आपके बच्चे को कोई सेवा प्राप्त करने या रखने में समस्या हो रही है, आपको लगता है कि उपरोक्त योजनाओं में से किसी एक को कवर करना चाहिए, नीचे पढ़ें। अगर आपके बच्चे के पास कोई योजना नहीं है, तो पृष्ठ 9 पर **सेवा के लिए शुल्क** के बारे में पढ़ें।

यदि आपके बच्चे की देखभाल से इनकार किया जाता है, देरी की जाती है, कम की जाती है, या प्रबंधित देखभाल में बंद कर दिया जाता है, तो आप क्या कर सकते हैं?

अपने बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना के साथ अपील दर्ज करें

आपको प्रबंधित देखभाल योजना के साथ एक **अपील** दायर करके प्रारंभ करना चाहिए। अपनी योजना खोजने के लिए, www.dhcs.ca.gov/mmchpd पर जाएं। एक अपील के लिए यह आवश्यक है कि आपके बच्चे की किसी भी सेवा इनकार, विलंब, कटौती, या रोक की समीक्षा करने की योजना यह पता लगाने के लिए कि क्या वे आपसे सहमत हैं। स्टेट हियरिंग की मांग करने से पहले आपको अपील फाइल करनी होगी।

- आपके बच्चे को उनकी प्रबंधित देखभाल योजना से कार्रवाई की लिखित सूचना मिलने के बाद, आप अपील दायर कर सकते हैं। अगर आपको कार्रवाई की सूचना **नहीं** मिली है, तो आप अपील भी दायर कर सकते हैं।
- प्रबंधित देखभाल योजना के साथ अपील दायर करने के लिए कार्रवाई की सूचना मिलने के बाद आपके पास **60** कैलेंडर दिन हैं। आप लिखित रूप में, फोन द्वारा या ऑनलाइन योजना के साथ अपील दायर कर सकते हैं। आप पृष्ठ 8 पर **तालिका 1** में संपर्क नंबर प्राप्त कर सकते हैं।
- यदि नोटिस ऑफ एक्शन में कहा गया है कि आपके बच्चे को पहले से मिल रही सेवा बंद हो जाएगी या कम हो जाएगी, तो आप यह भी कह सकते हैं कि अपील के दौरान आपके बच्चे को सेवा मिलती रहे। इसे **लाभों की निरंतरता** कहा जाता है। यह पूछने का तरीका जानने के लिए, इस पृष्ठ पर **बॉक्स 3** पढ़ें।

बॉक्स 3

प्रबंधित देखभाल में लाभों की निरंतरता के लिए कैसे पूछें



अगर नोटिस में कहा गया है कि आपके बच्चे को पहले से मिल रही सेवा बंद हो जाएगी या कम हो जाएगी, तो आप अपील या स्टेट हियरिंग के दौरान अपने बच्चे के लिए **लाभों को जारी रखने** (जिन्हें "सहायता भुगतान लंबित" भी कहा जाता है) की मांग कर सकते हैं।

- सेवा के बंद होने या कम होने से **पहले** आपको स्टेट हियरिंग के लिए अपील करनी चाहिए या अनुरोध करना चाहिए।
- प्रबंधित देखभाल योजना को आपके बच्चे के लिए सेवा बंद करने या कम करने की योजना बनाने से कम से कम **10** कैलेंडर दिन पहले आपको लिखित सूचना देनी चाहिए।

- आपके बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना को अपील मिलने की तारीख से **5** कैलेंडर दिनों के भीतर लिखित में अपील की पावती देनी होगी। योजना में आपको उस व्यक्ति का नाम, फोन नंबर और पता भी बताना चाहिए जो आपको अपील और उसकी स्थिति के बारे में अधिक बता सकता है। अपील अनुरोध के **30** कैलेंडर दिनों के भीतर योजना को आपको एक लिखित निर्णय भेजना होगा। इसे समाधान की सूचना कहा जाता है।
- अगर आपके बच्चे की स्थिति अत्यावश्यक है और 30 दिनों तक प्रतीक्षा करने से उसकी स्थिति और खराब हो जाएगी, तो आप **शीघ्र (तेज़)** निर्णय लेने के लिए कह सकते हैं। यह कैसे करें, इसके लिए इस पृष्ठ पर **बॉक्स 4** पढ़ें।

बॉक्स 4

शीघ्र (तेज़) अपील या स्टेट हियरिंग



यदि आपके बच्चे को **शीघ्र (तेज़)** अपील या स्टेट हियरिंग की आवश्यकता है क्योंकि आपके बच्चे का जीवन, स्वास्थ्य, या कार्य करने की क्षमता खतरे में है, तो **1-800-743-8525** पर कॉल करें।

शीघ्र प्रक्रिया के लिए कैसे पूछें, इस बारे में आप अपनी सदस्य पुस्तिका में अधिक पढ़ सकते हैं।

- आप किसी भी समय अपने बच्चे की अपील के बारे में प्रश्नों के साथ अपने बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना से संपर्क कर सकते हैं। संपर्क नंबरों के लिए, पृष्ठ 8 पर **तालिका 1** पढ़ें।
- आपके बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना में स्वतंत्र चिकित्सा समीक्षा बोर्ड नामक एक प्रक्रिया शामिल हो सकती है। आपके बच्चे का नोटिस ऑफ एक्शन इस प्रक्रिया को समझाएगा। यदि आपके बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना इस प्रक्रिया की पेशकश करती है, तो यह आपके बच्चे की अपील को पूरा करने के बाद होगी। इंडिपेंडेंट मेडिकल रिव्यू बोर्ड के बारे में अधिक जानने के लिए, कैलिफ़ोर्निया डिपार्टमेंट ऑफ़ मैनेज्ड हेल्थ केयर को 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891) पर कॉल करें। या, <https://bit.ly/IMRCR> पर जाएं।

Medi-Cal स्टेट हियरिंग के लिए पूछें

यदि प्रबंधित देखभाल योजना की अपील प्रक्रिया पूरी हो गई है और आप अभी भी योजना के निर्णय से असहमत हैं, तो आप अपने बच्चे के लिए **स्टेट हियरिंग** की मांग कर सकते हैं। यदि आपके बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना अपील करने के आपके बच्चे के अधिकार के बारे में नोटिस नहीं भेजती है या इसे उचित समय में नहीं भेजती है, तो आप स्टेट हियरिंग के लिए भी कह सकते हैं।

स्टेट हियरिंग प्रबंधित देखभाल योजना के उस निर्णय की समीक्षा करने के लिए जज के सामने बोलने का अवसर है जिससे आप असहमत हैं। जज कैलिफ़ोर्निया के सामाजिक सेवा विभाग के लिए काम करते हैं, आपके बच्चे की योजना के लिए नहीं।

- आपको अपने बच्चे की अपील पर प्रबंधित देखभाल योजना का लिखित निर्णय मिलने की तारीख से **120** कैलेंडर दिनों के भीतर स्टेट हियरिंग के लिए अनुरोध करना चाहिए। एक निष्पक्ष न्यायाधीश आपके बच्चे के मामले की समीक्षा करेगा। अगर सुनवाई के लिए आपके द्वारा मांगा गया निर्णय आपके बच्चे को पहले से मिल रही सेवा बंद कर देता है, तो आप अपने बच्चे के लिए लाभों को जारी रखने के लिए भी कह सकते हैं। पेज 5 पर **बॉक्स 3** पढ़ें।
- आप फोन, मेल, फैक्स या ऑनलाइन द्वारा स्टेट हियरिंग के लिए अनुरोध कर सकते हैं। 1-800-743-8525 पर कॉल करें। या, www.cdss.ca.gov/hearing-requests पर जाएं।
- आपके पास अपने बच्चे की स्टेट हियरिंग में अपना प्रतिनिधित्व करने के लिए किसी व्यक्ति को लाने का अधिकार है। आप किसी दोस्त, रिश्तेदार, वकील, या अपनी पसंद के किसी भी व्यक्ति को ला सकते हैं। मुफ्त कानूनी सहायता कैसे प्राप्त करें, यह जानने के लिए पृष्ठ 4 पर **सहायता कैसे प्राप्त करें** पढ़ें।
- आपको स्टेट हियरिंग के लिए भुगतान करने की आवश्यकता नहीं है। ये मुफ्त हैं।

- अंतिम निर्णय लेने के लिए स्टेट हियरिंग के लिए आपके बच्चे के अनुरोध की तारीख के बाद राज्य के पास **90** कैलेंडर दिन हैं। अगर आपके बच्चे को तुरंत सेवाओं की आवश्यकता है और 90 दिनों तक प्रतीक्षा करने से उनकी स्थिति और खराब हो जाएगी, तो आप **शीघ्र** (तेज़) निर्णय लेने के लिए कह सकते हैं। पृष्ठ 6 पर **बॉक्स 4** पढ़ें।
- अधिक सहायता के लिए, अपने बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना के नोटिस पढ़ें। या, 1-800-743-8525 पर कॉल करें। या, www.dhcs.ca.gov/fair-hearing पर जाएं।

लोकपाल से संपर्क करें

लोकपाल वह व्यक्ति होता है, जो DHCS (राज्य की Medi-Cal एजेंसी) के लिए काम करता है। उनका काम आपके बच्चे के प्रबंधित देखभाल योजना के साथ काम करने में आपकी और आपके बच्चे की मदद करना है। वे आपके सवाल सुनेंगे और उनका जवाब देने में मदद करेंगे। वे आपके साथ समस्याओं की समीक्षा करेंगे, लाभों के बारे में विस्तार से समझाएंगे और विकल्पों का सुझाव भी देंगे। आप किसी भी समय लोकपाल को कॉल कर सकते हैं। इसमें शामिल है, जब आपके बच्चे को नोटिस मिला हो, अपील दायर की हो, राज्य द्वारा सुनवाई की मांग की हो, या शिकायत प्रस्तुत की हो। लोकपाल केवल एक प्रबंधित देखभाल योजना में नामांकित लोगों के लिए ही है।

आप लोकपाल से संपर्क कर सकते हैं:

- फ़ोन: 1-888-452-8609
- ईमेल: MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
- » ईमेल में व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी न डालें।

लोकपाल के बारे में अधिक जानने के लिए www.dhcs.ca.gov/ombudsman पर जाएं।

क्या होगा यदि आप प्रबंधित देखभाल में अपने बच्चे की देखभाल, डॉक्टर या स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से खुश नहीं हैं?

शिकायत दर्ज करें

अगर किसी डॉक्टर ने आपके बच्चे के साथ बुरा व्यवहार किया या अशिष्टता की, या आप देखभाल की गुणवत्ता से संतुष्ट नहीं हैं, या आपको कोई डॉक्टर नहीं मिल रहा है, तो आप अपने बच्चे के लिए **शिकायत** जमा कर सकते हैं। अपील या स्टेट हियरिंग में शामिल न होने वाली किसी भी बात पर असहमति के लिए शिकायत है। यह उन मुद्दों या चिंताओं के लिए है जो आपके बच्चे की किसी भी सेवा को अस्वीकार, विलंबित, कम या बंद नहीं करते हैं। आप अपने बच्चे की कवर की गई सेवाओं से संबंधित शिकायतों के लिए अपने बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना में शिकायत भी दर्ज कर सकते हैं, जिसमें देखभाल की गुणवत्ता या पहुंच भी शामिल है।

- आप किसी भी समय अपने बच्चे के लिए शिकायत दर्ज करा सकते हैं। आप इसे फोन द्वारा, या लिखित रूप में ऑनलाइन या मेल द्वारा जमा कर सकते हैं। शिकायत दर्ज करने के लिए, अपने बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना से संपर्क करें। संपर्क नंबरों के लिए, पृष्ठ 8 पर **तालिका 1** पढ़ें।
- आपके बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना को आपकी शिकायत **5** कैलेंडर दिनों के भीतर लिखित में मिलनी चाहिए। इसमें योजना के उस व्यक्ति का नाम, फोन नंबर और पता शामिल होना चाहिए जो आपको आपके बच्चे की शिकायत और उसकी स्थिति के बारे में अधिक बता सके।
- आपके बच्चे की प्रबंधित देखभाल योजना में आपके बच्चे की शिकायत को हल करने के लिए शिकायत जमा करने की तारीख से **30** कैलेंडर दिन होते हैं।

आपको सवालों के साथ किससे संपर्क करना चाहिए?

तालिका 1

प्रबंधित देखभाल प्रणाली अवलोकन और संपर्क जानकारी

Medi-Cal Managed Care (MCMC)

अधिकांश बच्चे इन सेवाओं में से अधिकांश को Medi-Cal Managed Care योजनाओं के माध्यम से प्राप्त करते हैं:

- शारीरिक स्वास्थ्य की ज़रूरतें, जैसे अच्छे बच्चे की जाँच और टीके
- गैर-विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य आवश्यकताएं, जैसे चिकित्सा और दवा
- देखभाल समन्वय

यदि आपके बच्चे को आवश्यक सेवाएं नहीं मिल रही हैं या उसे कोई चिंता है, तो अपने बच्चे के Medi-Cal Managed Care योजना पर कॉल करें। योजना का फ़ोन नंबर आपके बच्चे के योजना आईडी कार्ड पर है। यह योजना की वेबसाइट पर भी है। आप उनका फ़ोन नंबर www.dhcs.ca.gov/mmchpd पर भी प्राप्त कर सकते हैं। या, 916-449-5000 पर कॉल करें।

विशेष मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं (SMHS)

कुछ बच्चे जिन्हें विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की आवश्यकता होती है, जैसे गंभीर मानसिक स्वास्थ्य स्थिति की देखभाल, यह देखभाल विशेष मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के माध्यम से प्राप्त करते हैं। प्रत्येक काउंटी में एक मानसिक स्वास्थ्य योजना है।

यदि आपके बच्चे को आवश्यक सेवाएं नहीं मिल रही हैं या उसे कोई चिंता है, तो अपने बच्चे के काउंटी मानसिक स्वास्थ्य योजना को कॉल करें। आप www.dhcs.ca.gov/CMHP पर फ़ोन नंबर प्राप्त कर सकते हैं।

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

जिन बच्चों को नशीले पदार्थों या अल्कोहल उपचार जैसी पदार्थ उपयोग सेवाओं की आवश्यकता होती है, जिसमें परामर्श और अन्य नैदानिक उपचार, जैसे कि रोगी दवा या अल्कोहल आवासीय उपचार, आवश्यक होने पर, Drug Medi-Cal Organized Delivery System के माध्यम से यह देखभाल प्राप्त करते हैं। प्रत्येक काउंटी के पास या तो DMC-ODS योजना है या Drug Medi-Cal में है। Drug Medi-Cal के बारे में अधिक जानने के लिए, पृष्ठ 11 पर **तालिका 2** पढ़ें।

यदि आपके बच्चे को आवश्यक सेवाएं नहीं मिल रही हैं या उसे कोई चिंता है, तो अपने बच्चे की DMC-ODS योजना पर कॉल करें। www.dhcs.ca.gov/sud-cal पर फ़ोन नंबर प्राप्त करें।

Dental Managed Care (डेंटल MC)

कुछ बच्चे जो लॉस एंजिल्स काउंटी या सैक्रामेंटो काउंटी में रहते हैं, डेंटल चिकित्सा देखभाल योजनाओं के माध्यम से डेंटल चिकित्सा जांच और साल में दो बार सफाई और मौखिक स्वास्थ्य देखभाल सहित डेंटल चिकित्सा सेवाएं प्राप्त करते हैं। जो बच्चे अन्य सभी देशों में रहते हैं, वे डेंटल चिकित्सा सेवा के लिए शुल्क (डेंटल FFS) के माध्यम से अपनी डेंटल चिकित्सा देखभाल प्राप्त करते हैं। डेंटल FFS के बारे में अधिक जानने के लिए, पृष्ठ 11 पर **तालिका 2** पढ़ें।

यदि आप लॉस एंजिल्स या सैक्रामेंटो में रहते हैं और आपके बच्चे को आवश्यक सेवाएं नहीं मिल रही हैं या उसे कोई चिंता है, तो अपने बच्चे के डेंटल MC प्लान को कॉल करें। फोन नंबर आपके बच्चे के डेंटल MC आईडी कार्ड पर है। यह आपके बच्चे के डेंटल MC प्लान की वेबसाइट पर भी है। या, 1-800-322-6384 पर कॉल करें। आप योजना का फ़ोन नंबर <https://bit.ly/DMC-Contact> पर भी प्राप्त कर सकते हैं।

आपके बच्चे के सेवा के लिए Medi-Cal शुल्क में क्या अधिकार हैं?

पृष्ठ 9-11 पर दी गई निम्नलिखित जानकारी Medi-Cal Fee For Service (FFS) पर लागू होती है। Medi-Cal में नामांकित कुछ बच्चे FFS के माध्यम से अपनी देखभाल प्राप्त करते हैं। FFS को "नियमित" Medi-Cal भी कहा जाता है। FFS में बच्चे DHCS (स्टेट Medi-Cal एजेंसी) के माध्यम से अपनी देखभाल प्राप्त करते हैं। कोई प्रबंधित देखभाल योजना शामिल नहीं है। FFS में शारीरिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए Medi-Cal FFS और "गैर-विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं" नामक मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं का एक सीमित सेट, ड्रग और अल्कोहल उपचार सेवाओं के लिए Drug Medi-Cal, डेंटल चिकित्सा देखभाल के लिए डेंटल चिकित्सा FFS, और दवाओं के लिए Medi-Cal Rx शामिल हैं। अधिक जानने के लिए, पृष्ठ 11 पर **तालिका 2** पढ़ें।

यदि आपके बच्चे को ऐसी सेवा प्राप्त करने या रखने में समस्या हो रही है जो आपको लगता है कि DHCS को कवर करनी चाहिए, तो नीचे पढ़ें। यहां तक कि अगर आपका बच्चा प्रबंधित देखभाल योजना में नहीं है, अगर आपके बच्चे को गंभीर मानसिक स्वास्थ्य स्थिति के लिए देखभाल की आवश्यकता है, तो उन्हें विशेष मानसिक स्वास्थ्य सेवा मानसिक स्वास्थ्य योजना के माध्यम से यह देखभाल मिलेगी। अधिक जानने के लिए और यह पता लगाने के लिए कि काउंटी की मानसिक स्वास्थ्य योजना से सहायता के लिए कहां कॉल करें, पृष्ठ 8 पर **तालिका 1** पढ़ें।

यदि FFS में आपके बच्चे की देखभाल में देरी होती है, मना किया जाता है, कम किया जाता है, या बंद कर दिया जाता है, तो आप क्या कर सकते हैं?

Medi-Cal स्टेट हियरिंग के लिए पूछें

एक **स्टेट हियरिंग** DHCS के उस फैसले की समीक्षा करने के लिए जज के सामने बोलने का मौका है जिससे आप असहमत हैं। इसमें कोई भी सेवा खंडन, विलंब, कमी या रोक शामिल है। जज कैलीफोर्निया डिपार्टमेंट ऑफ सोशल सर्विसेज के लिए काम करता है, DHCS के लिए नहीं।

- आपके बच्चे को DHCS से कार्रवाई की सूचना मिलने के बाद, आप स्टेट हियरिंग की मांग कर सकते हैं। यदि आपको कार्रवाई का नोटिस नहीं मिला है तो आप स्टेट हियरिंग की मांग भी कर सकते हैं।
- आपको DHCS द्वारा कार्रवाई की लिखित सूचना प्राप्त होने की तारीख से **90** कैलेंडर दिनों के भीतर स्टेट हियरिंग के लिए अनुरोध करना चाहिए। एक निष्पक्ष न्यायाधीश आपके बच्चे के मामले की समीक्षा करेगा।

आप कार्रवाई की सूचना के बिना किसी भी समय स्टेट हियरिंग की मांग कर सकते हैं। अगर सुनवाई के लिए आपके द्वारा मांगे गए निर्णय से आपके बच्चे को पहले से मिल रही सेवा बंद हो जाती है, तो आप अपने बच्चे के लिए लाभों को जारी रखने के लिए कह सकते हैं। इस पृष्ठ पर **बॉक्स 5** पढ़ें।

- आप फोन, मेल, फैक्स या ऑनलाइन द्वारा स्टेट हियरिंग के लिए अनुरोध कर सकते हैं। 1-800-743-8525 पर कॉल करें। या, www.cdss.ca.gov/hearing-requests पर जाएं।
- आपको सुनवाई में अपना प्रतिनिधित्व करने के लिए किसी व्यक्ति को लाने का अधिकार है। आप एक मित्र, रिश्तेदार, वकील, या अपनी पसंद के किसी भी व्यक्ति को ला सकते हैं। मुफ्त कानूनी सहायता के लिए, पृष्ठ 4 पर **सहायता कैसे प्राप्त करें** पढ़ें।

बॉक्स 5

सेवा के शुल्क में लाभों की निरंतरता के लिए कैसे पूछें



अगर नोटिस में कहा गया है कि आपके बच्चे को पहले से मिल रही सेवा बंद हो जाएगी या कम हो जाएगी, तो आप स्टेट हियरिंग के दौरान **लाभों को जारी रखने** (जिन्हें "सहायता भुगतान लंबित" भी कहा जाता है) की मांग कर सकते हैं।

- सेवा के बंद होने या कम होने से **पहले** आपको स्टेट हियरिंग के लिए अनुरोध करना चाहिए।
- आपके बच्चे के लिए सेवा बंद करने या कम करने की योजना बनाने से पहले DHCS को आपको कम से कम **10** कैलेंडर दिनों में लिखित नोटिस देना चाहिए।

- आपको स्टेट हियरिंग के लिए भुगतान करने की आवश्यकता नहीं है। ये मुफ्त है।
- अंतिम निर्णय लेने के लिए स्टेट हियरिंग के लिए आपके बच्चे के अनुरोध की तारीख के बाद राज्य के पास **90** कैलेंडर दिन हैं। अगर आपके बच्चे को तुरंत सेवाओं की आवश्यकता है और 90 दिनों तक प्रतीक्षा करने से उनकी स्थिति और खराब हो जाएगी, तो आप **शीघ्र (तेज़)** निर्णय लेने के लिए कह सकते हैं। इस पृष्ठ पर **बॉक्स 6** पढ़ें।
- अधिक सहायता के लिए, आपके बच्चे को DHCS से मिले नोटिस पढ़ें। या, 1-800-743-8525 पर कॉल करें। या, www.dhcs.ca.gov/fair-hearing पर जाएं।

बॉक्स 6

शीघ्र (तेज़) अपील या स्टेट हियरिंग



यदि आपके बच्चे को **शीघ्र (तेज़)** स्टेट हियरिंग की आवश्यकता है क्योंकि आपके बच्चे का जीवन, स्वास्थ्य, या कार्य करने की क्षमता खतरे में है, तो 1-800-743-8525 पर कॉल करें।

क्या होगा यदि आप FFS में अपने बच्चे की देखभाल, डॉक्टर, या स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से खुश नहीं हैं?

शिकायत दर्ज करें

यदि किसी डॉक्टर ने आपके बच्चे के साथ खराब या अशुभ व्यवहार किया है, या आप देखभाल की गुणवत्ता से संतुष्ट नहीं हैं, या आपको कोई डॉक्टर नहीं मिल रहा है, तो आप अपने बच्चे के लिए **शिकायत** जमा कर सकते हैं। शिकायत किसी भी बात पर असहमति के लिए होती है जिसे स्टेट हियरिंग में शामिल नहीं किया जाता है। यह उन मुद्दों या चिंताओं के लिए है जो आपके बच्चे की किसी भी सेवा को अस्वीकार, विलंबित, कम या बंद **नहीं** करते हैं।

- आप अपने बच्चे के लिए Drug Medi-Cal, चिकित्सकीय FFS, या Medi-Cal Rx के लिए किसी भी समय शिकायत दर्ज कर सकते हैं। आप इसे फोन द्वारा, या लिखित रूप में ऑनलाइन या मेल द्वारा जमा कर सकते हैं। शिकायत दर्ज करने के लिए Drug Medi-Cal, डेंटल FFS, या Medi-Cal Rx से संपर्क करें। संपर्क नंबरों के लिए, पृष्ठ 11 पर **तालिका 2** पढ़ें। शारीरिक स्वास्थ्य सेवाओं और गैर-विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए Medi-Cal FFS के लिए कोई शिकायत प्रक्रिया **नहीं** है।
- DHCS को आपकी शिकायत मिलने की तारीख से **5** कैलेंडर दिनों के भीतर लिखित रूप में उसकी पावती देनी चाहिए। इसमें DHCS में उस व्यक्ति का नाम, फोन नंबर और पता शामिल होना चाहिए जो आपको आपके बच्चे की शिकायत और उसकी स्थिति के बारे में अधिक बता सके।
- डेंटल FFS और Medi-Cal Rx के लिए अपने बच्चे की शिकायत को हल करने के लिए DHCS के पास आपके द्वारा शिकायत दर्ज करने की तारीख से **30** कैलेंडर दिन हैं। आपके बच्चे की शिकायत को हल करने के लिए Drug Medi-Cal के पास **90** कैलेंडर दिन हैं।

आपको सवालों के साथ किससे संपर्क करना चाहिए?

तालिका 2

सेवा अवलोकन और संपर्क जानकारी के लिए शुल्क

सेवा के लिए Medi-Cal शुल्क (Medi-Cal FFS)

कुछ बच्चे, जैसे पालक देखभाल में कुछ बच्चे, Medi-Cal FFS के माध्यम से अपनी शारीरिक स्वास्थ्य सेवाएँ प्राप्त करते हैं।

अगर आपके बच्चे को ये सेवाएँ नहीं मिल रही हैं या उसे कोई चिंता है, तो 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) पर कॉल करें।

Drug Medi-Cal (DMC)

जिन बच्चों को नशीली दवाओं या अल्कोहल उपचार जैसी पदार्थ उपयोग सेवाओं की आवश्यकता होती है, जिसमें परामर्श और अन्य नैदानिक उपचार, जैसे कि रोगी दवा या अल्कोहल आवासीय उपचार, जब आवश्यक हो, Drug Medi-Cal के माध्यम से यह देखभाल प्राप्त करते हैं। प्रत्येक काउंटी के पास या तो DMC-ODS योजना है या DMC में है। DMC-ODS पर अधिक जानने के लिए, पृष्ठ 8 पर **तालिका 1** पढ़ें।

यदि आपके बच्चे को ये सेवाएँ नहीं मिल रही हैं या उसे कोई चिंता है, तो अपने बच्चे के DMC कार्यक्रम में कॉल करें। फ़ोन नंबर ढूँढने के लिए, www.dhcs.ca.gov/sud-cal पर जाएं।

सेवा के लिए डेंटल शुल्क (डेंटल FFS)

अधिकांश बच्चे डेंटल FFS के माध्यम से अपनी Medi-Cal डेंटल चिकित्सा सेवाएँ प्राप्त करते हैं। इसमें दांतों की जांच और साल में दो बार सफाई और मुँह की स्वास्थ्य देखभाल शामिल है।

अगर आपके बच्चे को ये सेवाएँ नहीं मिल रही हैं या उसे कोई चिंता है, तो 1-800-322-6384 पर कॉल करें। ज़्यादा जानने के लिए, smilecalifornia.org पर जाएं।

Medi-Cal Rx

बच्चे Medi-Cal Rx के माध्यम से अपनी Medi-Cal फ़ार्मसी सेवाएँ प्राप्त करते हैं। इनमें प्रिस्क्रिप्शन और ओवर-द-काउंटर आउट पेशेंट दवाएँ, एंटरल न्यूट्रिशन उत्पाद जैसे कि फीडिंग ट्यूब और मेडिकल सप्लाय शामिल हैं।

अगर आपके बच्चे को ये सेवाएँ नहीं मिल रही हैं या उसे कोई चिंता है, तो 1-800-977-2273 पर कॉल करें। <https://bit.ly/3D1rQFV> पर अधिक जानें।



Thov khaws!

Cov ntaub ntawv tseem ceeb txhawm rau pab cov me nyuam yaus thiab cov tub ntxhais hluas uas muaj hnub nyoog txog 21 xyos kom tau txais tag nrho cov kev saib xyuas kho mob uas lawv xav tau

Cov me nyuam yaus thiab cov tub ntxhais hluas tuaj yeem tau txais cov kev pab cuam dab tsi yog hais tias lawv nyob hauv Medi-Cal?

Raws li xeev California thiab tsoom fwm teb chaws txoj kev cai lij choj, tag nrho cov me nyuam yaus thiab cov tub ntxhais hluas uas muaj hnub nyoog txog 21 xyos uas tau rau npe hauv Medi-Cal muaj cai los **kuaj mob hauv lub cev** li ib txwm thiab lwm cov kev pab cuam **tiv thaiv** thiab **kev kho mob** uas xav tau rau kev ua neej nyob los sis kom muaj kev noj qab nyob zoo.

Txoj cai no yog raws li paub nyob rau hauv tsoom fwm teb chaws txoj cai lij choj raws li qhov yuav tsum tau muaj Kev Kuaj Xyuas Tus Mob Thaum Ntxov thiab Ua Ntu Zus, Kev Tshuaj Xyuas Kom Paub Tus Mob, thiab Kev Kho Mob (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT). Nws ua kom ntseeg tau tias txhua tus me nyuam uas tau rau npe hauv Medi-Cal tau txais kev saib xyuas uas lawv xav tau kom loj hlob noj qab nyob zoo raws li qhov ua tau. Nyob rau hauv California, EPSDT yog hu ua **Medi-Cal rau Cov Me Nyuam Yaus thiab Cov Tub Ntxhais Hluas**.

Cov kev pab cuam no yog **pab dawb**, tshwj tsis yog pom tias tus me nyuam los sis tus tub ntxhais hluas muaj ib Tus Nqi Sib Koom Them thaum lawv tsim nyog tau txais Medi-Cal.

Medi-Cal rau Cov Me Nyuam Yaus thiab Cov Tub Ntxhais Hluas yuav tsum tau them nqi rau cov kev pab cuam no yog hais tias xav tau, yam tsis muaj kev txwv:

- Cov kev pab cuam ntsig txog kev noj qab haus huv ntawm lub cev, muab xam nrog kev saib xyuas kho mob thaum xub thawj thiab kev mus ntsib kws kho mob tshwj xeeb
- Cov kev pab cuam kho qhov muag, xam nrog cov tsom iav looj qhov muag
- Cov kev pab cuam rau kev tsis hnob lus
- Cov kev pab cuam kuaj mob hniav thiab kev taug qab xyuas tus mob
- Kev pab cuam ntsig txog kev nyuaj siab ntxov plawv thiab kev siv yeeb tshuaj los sis dej cawv, suav nrog kev kho mob
- Kev kho lub cev, kev ua hauj lwm, thiab kev hais lus
- Cov cuab yeej siv kho mob thiab cov khoom siv, xws li lub rooj zaum muaj log, xam nrog rau cov khoom siv kho mob ruaj khov kav ntev
- Cov tshuaj, uas yuav yus mus yuav tau ntawv tsee muag tshuaj thiab cov uas kws kho mob sau ntawv yuav
- Cov kev sim kuaj hauv chav kuaj kab mob, xam nrog rau kev kuaj ntshav txhawm rau kuaj theem hmoov txhuas thiab kev kuaj kab mob sib kis los ntawm kev sib deev (sexually transmitted infection, STI), thiab kev taug qab xyuas txhua qhov kev saib xyuas kho mob uas xav tau
- Kev pab cuam kho mob hauv tsev, suav nrog kev saib xyuas neeg mob
- Kev kho mob nyob hauv tsev kho mob thiaj hauv vaj tsev nyob
- Cov kev pab cuam kev noj qab haus huv ntsig txog kev muaj me nyuam thiab kev sib deev, xws li kev tswj kom txhob muaj taus me nyuam thiab kev nqus me nyuam tawm



Yog tias koj xav tau daim ntawv no los sis txhua cov ntaub ntawv Medi-Cal ua lwm hom ntawv xws li cov ntawv sau loj, hom ua suab lus, CD, los sis ua tus ntawv Su Rau Neeg Dig Muag (Braille), ces hu rau tus xov tooj 1-833-284-0040.



- Kev kuaj xyuas lub cev xeeb tub
- Kev kuaj thiab kev kho tus kab mob COVID-19
- Kev sib koom tes saib xyuas kho mob, yog tias tau rau npe rau hauv ib daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm
- Tag nrho lwm cov kev pab cuam kho mob uas xav tau uas tuaj yeem raug them nqi raws li Medi-Cal (hu ua "cov kev pab cuam tsim nyog rau fab kev kho mob") raws li tau txiav txim los ntawm koj tus kws kho mob

Cov me nyuam yaus thiab cov tub ntxhais hluas uas muaj cai tau txais kev txhawb nqa tsis tau them nqi txhawm rau kom tau txais kev saib xyuas, xws li:

- Tau caij tseeb dawb thaum mus thiab rov los ntawm koj qhov kev teem caij mus ntsib kws kho mob los sis mus nqa tshuaj, cuab yeej siv kho mob, thiab tej khoom siv
- Pab txhawb nqa hauv kev teem caij mus kho mob
- Pab nrhiav ib tus kws kho mob los sis tus kws muab kev pab kho mob
- Cov kev pab cuam ntsig txog kev pab txhais lus (koj tsis tas yuav coj koj tus kheej tus neeg pab txhais lus tuaj rau ntawm qhov kev teem caij kho mob)

Qhov “kev tsim nyog rau fab kev kho mob” txhais tau li cas?

Txog rau cov me nyuam yaus thiab cov tub ntxhais hluas, **kev tsim nyog rau fab kev kho mob** txhais tau tias yog cov kev pab cuam uas xav tau los kho, hloov kho, tswj hwm, los sis txhim kho kev mob nkeeg los sis txheej xwm kev noj qab haus huv.

Koj tus me nyuam tus kws kho mob los sis tus kws muab kev pab kho mob keev yog tus txiav txim siab tias puas muaj kev tsim nyog rau fab kev kho mob los tsis muaj.

Tej zaum qee cov kev pab cuam yuav tsum tau kev pom zoo ua ntej. Yog hais tias cov kev pab cuam yog kev tsim nyog rau fab kev kho mob rau cov me nyuam yaus los sis cov tub ntxhais hluas hnuv nyoo txog 21 xyoos, cov kev pab cuam los sis cov kev kho mob yuav tsis tuaj yeem txwv tau. Piv txwv

LUB NPOV (BOX) 1

Koj tus me nyuam qhov Medi-Cal



Cov me nyuam yaus thiab cov tub ntxhais hluas nyob hauv Medi-Cal tau txais lawv cov nyiaj pab hauv ib ntawm ob txoj hau kev no:

1. **Kev saib xyuas kho mob uas muaj kev tswj hwm** los ntawm ib daim phiaj is saws las pov hwm kho mob, daim phiaj kh mob rau fab kev puas siab puas ntsws, los sis daim phiaj kho hniav, **los sis**
2. **Tus nqi them rau kev pab cuam** los ntawm California Department of Health Care Services (DHCS), lub koom haum Medi-Cal ntawm Xeev

Daim ntawv no piav qhia tias yuav ua li cas yog tias tus me nyuam los sis tus tub ntxhais hluas uas tau rau npe lawm tiam sis ho tsis tau txais ib qho kev pab cuam uas xav tau los ntawm **kev saib xyuas kho mob uas muaj kev tswj hwm** los sis **tus nqi them rau kev pab cuam**. Nws piav qhia txog txoj kev los:

- Ua ib daim ntawv thov kom rov qab sib hais dua
- Thov ib Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev
- Xa ib daim ntawv teev lus tsis txaus siab

Rau kev pab kom tau txais cov kev pab cuam los sis rau cov lus nug txog koj cov nyiaj pab, ces hu rau tus xov tooj muab Kev Pab Tswv Cuam ntawm Medi-Cal ntawm **1-800-541-5555**.

li, ib tug me nyuam tsis tuaj yeem raug txwv rau ib nkawm tsom iav qhov muag txhua txhua ob lub xyooos. Yog hais tias tus me nyuam muaj daim tsom iav qhov muag tab sis ntsia tsis pom kev, nws muaj cai kom tau txais ib daim ntawv uas kws kho mob sau yuav tshuaj tshiab thiab daim tsom iav tshiab thaum tsim nyog.

Koj yuav tsum tau ua li cas yog hais tias koj tus me nyuam txoj kev saib xyuas raug tsis kam lees, raug ncuu, raug muab txo, los sis raug tso tseg lawm?

Yog tias koj tus me nyuam txoj kev saib xyuas raug tsis kam lees, raug ncuu, raug muab txo, los sis raug tso tseg thiab koj tsis pom zoo nrog qhov kev txiav txim siab raws li tau piav qhia hauv koj daim ntawv ceeb toom, koj tuaj yeem thov kom rov tshuaj xyuas thiab thim qhov kev txiav txim siab.

Qhov no yog los txhawb nqa koj tus me nyuam kom tau txais kev saib xyuas uas lawv xav tau thiab muaj cai tau txais. Koj tus me nyuam muaj cai los ua ib daim **ntawv thov rov sib hais dua**, thov ib **Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev**, los sis xa ib **daim ntawv teev lus tsis txaus siab**. Tsis muaj kev rau txim rau kev ua txhua yam ntawm cov cwj pwm kev ua no.

Tab txawm hais tias koj qhov kev thov kom rov sib hais dua, Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev, los sis daim ntawv teev lus tsis txaus siab yuav ua tiav lawm los sis tsis tau tiav los xij, koj tus me nyuam qhov kev pab them nqi ntawm Medi-Cal yuav **tsis** xaus vim koj rau nqis tes ua cov nod lawm.

Daim **ntawv thov rov sib hais dua** yuav tsum hais kom koj tus me nyuam daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm los tshuaj xyuas ib qho kev tsis kam lees muab kev pab cuam, ncuu sij hawm, kev txo, los sis kev tso tseg kom paub tias lawv pom zoo nrog koj.

Ib **Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev** yog ib lub hwm tsam los hais lus rau kias ntawm tus kws txiav txim plaub ntug hauv ntej txhawm rau kom tshuaj xyuas qhov kev txiav txim siab uas koj tus me nyuam daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm los sis DHCS (lub koom haum Medi-Cal ntawm Xeev) uas koj tsis pom zoo nrog.

Qhov **kev tsis txaus siab** yog rau txhua qhov teeb meem uas koj tsis txaus siab nrog los sis tsis pom zoo nrog uas thov kom rov qab sib hais dua los sis Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev uas tsis pab them nqi rau. Nws yog rau cov teeb meem los sis cov kev txhawj xeeb ntsig txog koj tus me nyuam daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm los sis DHCS uas tsis yog qhov tsis kam lees, ncuu sij hawm, txo qis, los sis tso tseg cov kev pab cuam.

Koj los kuj xa tau daim ntawv tsis zoo siab mus rau koj tus me nyuam lub phiaj xwm saib xyuas raug tswj rau cov lus tsis txaus siab cuam tshuam koj tus me nyuam li kev pab cuam uas tau pab them rau, suav nrog rau kev saib xyuas zoo los sis mus siv tau kev saib xyuas.

Yuav ua ib daim ntawv thov rov sib hais dua, thov ib Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev, los sis xa ib daim ntawv teev lus tsis txaus siab li cas.

Nyeem daim ntawv ceeb toom. Yog hais tias daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm, DHCS (lub koom haum Medi-Cal ntawm Xeev), los sis tus kws muab kev pab kho mob tsis kam lees, txo, los sis tso tseg koj tus me nyuam cov kev pab cuam, lawv yuav tsum tau xa Tsab Ntawv Ceeb Toom txog Kev Ua Hauj Lwm (kuj tseem hu ua "Daim Ntawv Ceeb Toom Txog Kev Txiaj Txim Qhov Txiaj Ntsig Pab Tsis Zoo") nrog rau lawv qhov kev txiav txim siab.

Koj yuav tsum tau txais daim ntawv ceeb toom no yam tsawg kawg **10** hnuv ua ntej koj tus me nyuam qhov kev kho mob los sis kev pab cuam yuav raug muab txo los sis raug tso tseg. Daim ntawv ceeb toom piav qhia:

- Vim li cas thiab koj tus me nyuam daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm los sis DHCS tau txiav txim siab li cas
- Koj cov cai Medi-Cal

- Yuav ua ib daim ntawv thov rov sib hais dua los sis thov ib Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev li cas

Yog hais tias koj tsis pom zoo rau qhov kev txiav txim siab, nws yog ib qho tseem ceeb uas yuav tau thov kom rov sib hais dua **ua ntej** cov kev pab cuam yuav tso tseg los sis raug muab txo kom lawv thiaj li muaj peev xwm ua tau txuas ntxiv thaum lub sijhawm thov kom rov qab sib hais dua los sis thov Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev.

Yog hais tias koj tsis tau txais daim ntawv ceeb toom, ces hu rau Health Consumer Alliance (HCA) tus naj npawb nyob rau nplooj ntawv 4. Koj tseem tuaj yeem ua ib daim ntawv thov kom rov qab sib hais dua yog hais tias koj tsis tau txais daim ntawv ceeb toom. Txhawm rau kawm paub txog txoj hau kev sau ntawv thov kom rov txiav txim dua, thov rau ib Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev, los sis xa daim ntawv tsis txaus siab, nyeem cov nplooj ntawv ntxiv.

Yuav tau txais kev pab li cas

Medi-Cal Tus Xov Tooj Hu Muab Kev Pab Tswv Cuab

Medi-Cal Tus Xov Tooj Hu Muab Kev Pab Tswv Cuab muab kev pab txhawb nqa pub dawb. Lawv tuaj yeem txuas koj mus rau lub chaw hauj lwm Medi-Cal hauv koj lub zos, koj daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm, los sis lwm cov chaw muab kev pab Medi-Cal los pab teb koj cov nqe lus nug txog Medi-Cal.

- Tus xov tooj: 1-800-541-5555
- Hauv online: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

Health Consumer Alliance (HCA)

HCA muab kev pab hauv xov tooj los sis kiag ntawm tus kheej pub dawb rau cov neeg uas tau rau npe hauv Medi-Cal txhawm rau kom daws tau cov teeb meem kev noj qab haus huv. Lawv kuj tseem tuaj yeem txuas koj nrog cov chaw muab kev pab pub dawb los pab daws teeb meem kev cai lij choj ntsig txog kev saib xyuas kev noj qab haus huv.

- Tus xov tooj: 1-888-804-3536
- Hauv online: healthconsumer.org

LUB NPOV (BOX) 2

Yog hais tias koj xav tias qhov kev txiav txim siab tsis raug lawm

Yog hais tias koj ntseeg tias koj tus me nyuam qhov Medi-Cal tau tso tseg yam tsis raug los sis koj tus me nyuam tau pom tias tsis muaj cai tau txais Medi-Cal yam tsis raug lawm:

- Ua raws li cov lus qhia nyob hauv daim ntawv ceeb toom los ua ntawv thov kom rov qab sib hais dua, **los sis**
- Nrhiav lub koom haum pab cuam tib neeg hauv lub nroog uas koj nyob tau ntawm dhcs.ca.gov/COL



Koj tus me nyuam txoj cai nyob hauv kev saib xyuas uas muaj kev tswj hwm ntawm Medi-Cal yog dab tsi?

Cov ntaub ntawv qhia nram qab no nyob ntawm nplooj ntawv 5-9 siv rau tag nrho cov laj npauv kev saib xyuas kho mob uas muaj kev tswj hwm nyob hauv Medi-Cal. Cov me nyuam yauss feem coob uas tau rau npe hauv Medi-Cal tau txais lawv qhov kev saib xyuas kho mob los ntawm **Medi-Cal daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm**. Daim phiaj yog rau cov kev pab cuam kho mob rau lub cev. Dua li ntawd lawm nws kuj tseem yog rau cov kev pab cuam kho mob rau fab kev kev puas siab puas ntsws uas muaj tsawg hu ua "cov kev pab cuam kho mob rau fab kev puas siab puas ntsws uas tsis yog tshwj xeeb."

Lwm yam laj npauv kev saib xyuas kho mob uas muaj kev tswj hwm muaj xws li:

- **Cov Kev Pab Cuam Kho Mob Rau Fab Kev Puas Siab Puas Ntsws Tshwj Xeeb** rau cov kev pab cuam kev coj tus cwj pwm hnyav dhau los ntawm ib txoj phiaj xwm npaj kho mob puas siab puas ntsws uas nws muaj nws.
- **Laj Npauv Xa Tshuaj Uas Tau Tsa Los Ntawm Medi-Cal** rau kev kho tus quav yeeb tshuaj thiab dej cawv.
- **Kev Saib Xyuas Uas Muaj Kev Tswj Hwm Fab Kev Kho Hniav** rau kev saib xyuas kho hniav nyob hauv lub nroog Los Angeles thiab nroog Sacramento. Nyeem **Lub Kem (Table) 1** nyob hauv nplooj ntawv 9.

Yog hais tias koj tus me nyuam muaj teeb meem tau txais los sis khaws ib qho kev pab cuam uas koj xav tias yuav tsum tau them nqi rau ib qho ntawm cov phiaj kho mob saum toj no, ces nyeem hauv qab no. Yog hais tias koj tus me nyuam tsis nyob hauv ib daim phiaj kho mob, ces nyeem qhov hais txog **nqi kev pab cuam** nyob hauv nplooj ntawv 10.

Koj yuav ua li cas yog hais tias koj tus me nyuamtxoj kev saib xyuas raug tsis kam lees, raug ncu, raug muab txo, los sis raug tso tseg lawm nyob rau hauv kev saib xyuas kho mob uas muaj kev tswj hwm?

Xa ib daim ntawv thov kom rov sib hais dua mus rau koj tus me nyuam daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm

Koj yuav tsum pib los ntawm kev sau ib **daim ntawv thov rov sib hais dau** mus rau daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm. Txhawm rau nrhiav koj daim phiaj, mus rau www.dhcs.ca.gov/mmchpd. Daim ntawv thov rov sib hais dua yuav tsum hais kom koj tus me nyuam daim phiaj kho mob los tshuaj xyuas ib qho kev tsis kam lees muab kev pab cuam, ncu, sij hawm, kev txo, los sis kev tso tseg kom paub tias lawv pom zoo nrog koj. Koj yuav tsum ua daim ntawv thov kom rov sib hais dua ua ntej tso mas koj thiaj tuaj yeem thov rau ib Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev tau.

LUB NPOV (BOX) 3

Txoj kev los thov rau qhov nyiaj pab txuas ntxiv mus nyob hauv kev saib xyuas kho mob uas muaj kev tswj hwm



Yog hais tias Daim Ntawv Ceeb Toom Txog Kev Nqis Tes Ua hais tias qhov kev pab cuam uas koj tus me nyuam twb tau txais lawm ntawd yuav tso tseg los sis raug txo qis, ces koj tuaj yeem thov rau qhov **nyiaj pab txuas ntxiv mus** (kuj tseem hu ua "Tseem Tos Kev Pab Them Nqi (Aid Paid Pending)") kom koj tus me nyuam tau txais qhov kev pab cuam thaum lub sij hawm thov kom rov sib hais dua los sis thaum thov Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev.

- Koj yuav tsum tau ua ib daim ntawv thov rov sib hais dua los sis thov ib Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev **ua ntej** qhov kev pab cuam yuav tso tseg los sis yuav raug muab txo qis.
- Daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm yuav tsum muab daim ntawv ceeb toom rau koj yam tsawg kawg **10** hnub ua ntej lawv daim phiaj yuav tso tseg los sis txo qis qhov kev pab cuam rau koj tus me nyuam.

- Tom qab koj tus me nyuam tau txais Daim Ntawv Ceeb Toom Txog Kev Nqis Tes Ua tuaj ntawm nws daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm lawm, koj thiaj tuaj yeem ua ntawv thov kom rov sib hais dua tau. Tej zaum koj kuj tseem tuaj yeem ua ib daim ntawv thov kom rov qab sib hais dua yog hais tias koj **tsis** tau txais Daim Ntawv Ceeb Toom Txog Kev Nqis Tes Ua.
- Koj yuav muaj sij hawm **60** hnuv tom qab koj tau txais Daim Ntawv Ceeb Toom Txog Kev Nqis Tes Ua txhawm rau ua daim ntawv thov kom rov sib hais dua mus rau daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm. Koj tuaj yeem ua ib daim ntawv thov kom rov sib hais dua xa mus rau daim phiaj kho mob hauv kev sau ntawv, hauv xov tooj, los sis hauv online. Koj tuaj yeem nrhiav cov naj npawb tiv tauj nyob hauv **Lub Kem (Table) 1** nyob hauv nplooj ntawv 8.
- Yog hais tias Daim Ntawv Ceeb Toom Txog Kev Nqis Tes Ua hais tias qhov kev pab cuam uas koj tus me nyuam twb tau txais lawm ntawd yuav tso tseg los sis raug txo qis, ces koj tuaj yeem thov kom koj tus me nyuam tau txais qhov kev pab cuam thaum lub sij hawm thov kom rov sib hais dua. Qhov no yog hu ua **kev txuas ntxiv ntawm cov nyiaj pab**. Txhawm rau kawm paub txog kev los thov rau qhov no, nyeem **Lub Npov (Box) 3** nyob rau nplooj ntawv no.
- Koj tus me nyuam daim phiaj kho mob yuav tsum paub daim ntawv thov kom rov sib hais dua uas sau ua ntawv tsis pub dhau **5** hnuv txij li hnuv tim uas lawv tau txais daim ntawv thov kom rov sib hais dua. Daim phiaj kho mob yuav tsum qhia lub npe, tus xov tooj, thiab chaw nyob ntawm tus neeg nyob ntawm daim phiaj kho mob rau koj uas tuaj yeem qhia koj ntxiv txog qhov kev thov kom rov sib hais dua thiab nws cov xwm txheej. Daim phiaj yuav tsum xa ib daim ntawv txiav txim siab tuaj rau koj tsis pub dhau **30** hnuv ntawm daim ntawv thov kom rov sib hais dua. Qhov no yog hu ua Daim Ntawv Ceeb Toom Txog Kev Txiav Txim.
- Yog hais tias koj tus me nyuam qhov xwm txheej kev mob yog mob ceev thiab kev tos 30 hnuv yuav ua rau nws tus mob haj yam phem tuaj, koj tuaj yeem thov rau qhov kev txiav txim siab **maj ceev** (nrawm tshaj). Rau kev ua qhov no li cas, nyeem **Lub Npov (Box) 4** nyob rau nplooj ntawv no.
- Koj tuaj yeem tiv tauj mus rau koj tus me nyuam daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm thaum muaj cov lus nug txog koj tus me nyuam qhov kev thov kom rov qab sib hais dua tau txhua lub sij hawm. Rau cov naj npawb tiv tauj, nyeem **Lub Kem (Table) 1** nyob hauv nplooj ntawv 8.
- Koj tus me nyuam daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm tej zaum yuav muaj xws li qhov txheej txheem hu ua Pawg Thawj Coj Tshuaj Xyuas Kev Kho Mob Ywj Pheej (Independent Medical Review Board). Koj tus me nyuam Daim Ntawv Ceeb Toom Txog Kev Nqis Tes Ua yuav piav txog qhov txheej txheem no. Yog hais tias koj tus me nyuam daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm muaj cov txheej txheem no, nws yuav yog tom qab koj ua tiav koj tus me nyuam qhov kev thov kom rov sib hais dua lawm tso. Txhawm rau kawm paub txog Pawg Thawj Coj Tshuaj Xyuas Kev Kho Mob Ywj Pheej (Independent Medical Review Board), ces hu rau California Department of Managed Health Care ntawm tus xov tooj 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891). Los sis, mus rau <https://bit.ly/IMRCR>.

LUB NPOV 4



Maj ceev (nrawm heev) thov kom rov qab sib hais dua los sis thov Lub Rooj Sib Hais Kev Ncaj Ncees Hauv Xeev

Yog hais tias koj tus me nyuam xav tau qhov kev **maj ceev** (nrawm heev) los thov kom rov qab sib hais dua los sis thov Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev vim koj tus me nyuam txoj sia, kev noj qab haus huv, los sis rab peev xwm rau kev ua hauj lwmm yog nyob rau hauv kev phom sij, hu rau tus xov tooj **1-800-743-8525**.

Koj tuaj yeem nyeem ntxiv nyob hauv koj Phau Ntawv Qhia Tswv Cuab txog kev thov rau ib tus txheej txheem maj ceev.

Thov ib Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev ntawm Medi-Cal

Yog hais tias cov txheej txheem kev thov kom rov qab sib hais dua ntawm daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm tau muab lis tiav tag lawm thiab koj tseem tsis pom zoo rau daim phiaj kho mob

txoj kev txiav txim siab, koj tuaj yeem thov ib Lub **Rooj Sib Hais Hauv Xeev** rau koj tus me nyuam. Koj tseem tuaj yeem thov kom ib Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev tau yog hais tias koj tus me nyuam daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm tsis tau xa tsab ntawv ceeb toom hais txog koj tus me nyuam txoj cai thov kom rov qab sib hais dua los sis tsis xa tuaj raws lub sij hawm uas tsim nyog.

Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev yog ib lub hwm tsam los hais lus rau kias ntawm tus kws txiav txim plaub ntug hauv ntej txhawm rau kom tshuaj xyuas qhov kev txiav txim siab ntawm daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm uas koj tsis pom zoo nrog. Tus kws txiav txim plaub ntug ua hauj lwm rau California Department of Social Services, tsis yog rau koj tus me nyuam daim phiaj kho mob.

- Koj yuav tsum thov ib Lub Rooj Sib Hais Kev Ncaj Ncees Hauv Xeev tsis pub dhau **120** hnuv txij li hnuv tim koj tau txais daim ntawv txiav txim siab ntawm daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm ntsig txog koj tus me nyuam qhov kev thov kom rov qab sib hais dua. Tus kws txiav txim plaub ntug ua tus nyob nruab nrab yuav tshuaj xyuas koj tus me nyuam qhov teeb meem. Yog hais tias qhov kev txiav txim siab uas koj tau thov kom muaj lub rooj sib hais txog qhov tso tseg qhov kev pab cuam uas koj tus me nyuam twb tau txais lawm, koj yuav tuaj yeem thov kom tau cov nyiaj pab txuas ntxiv rau koj tus me nyuam. Nyeem **Lub Npov (Box) 3** nyob hauv nplooj ntawv 5.
- Tej zaum koj yuav tuaj yeem thov Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev los ntawm kev hu xov tooj, xa ntawv, fax, los sis hauv online. Hu rau tus xov tooj 1-800-743-8525. Los sis, mus rau www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- Koj muaj cai coj ib tug neeg tuaj ua tus sawv cev rau koj nyob ntawm koj tus me nyuam Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev. Koj tuaj yeem coj ib tus phooj ywg, tus neeg txheeb ze, tus kws lij choj, los sis leej twg los tau uas yog tus koj xaiv. Yog xav paub txog kev thov kom tau txais kev pab fab kev cai lij choj uas tsis tau them nqi, nyeem **Kev thov kom tau txais kev pab** nyob hauv nplooj ntawv 4.
- Koj tsis tas yuav them nyiaj rau Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev. Nws yog pab dawb xwb.
- Lub Xeev muaj sij hawm li **90** hnuv tom qab hnuv tim uas koj tus me nyuam qhov kev thov rau Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev txhawm rau ua kev txiav txim siab zaum kawg nkaus. Yog hais tias koj tus me nyuam xav tau cov kev pab cuam kias tam sim ntawd thiab kev tos 90 hnuv yuav ua rau nws tus mob haj yam phem tuaj, koj tuaj yeem thov rau qhov kev txiav txim siab **maj ceev** (nrawm tshaj). Nyeem **Lub Npov (Box) 4** nyob rau nplooj ntawv 6.
- Rau kev pab ntau ntxiv, nyeem cov ntawv ceeb toom tuaj ntawm koj tus me nyuam daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm. Los sis, hu rau tus xov tooj 1-800-743-8525. Los sis, mus rau www.dhcs.ca.gov/fair-hearing.

Tiv tauj mus rau tus Kws Pab Tswv Yim Rau Pej Xeev (Ombudsman)

Tus **Ombudsman** yog ib tus neeg ua hauj lwm rau DHCS (lub chaw hauj lwm Medi-Cal hauv Xeev). Lawv txoj hauj lwm yog pab koj thiab koj tus me nyuam ua hauj lwm nrog koj tus me nyuam txoj phiaj xwm saib xyuas uas tau tswj tseg. Lawv yuav mloog thiab pab teb koj rau cov lus nug. Tsis tas li ntawd, lawv kuj tseem yuav tshuaj xyuas cov teeb meem, piav qhia cov txiaj ntsig, thiab qhia cov kev xaiv rau koj thiab. Koj tuaj yeem hu xov tooj rau tus Ombudsman tau txhua lub sij hawm. Qhov no suav nrog thaum koj tus me nyuam tau txais tsab ntawv ceeb toom, ua ntawv thov kom rov txiav txim dua, thov rau ib Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev, los sis xa daim ntawv tsis txaus siab. Tus Ombudsman yog tsuas yog raucov neeg uas tau rau npe rau hauv ib daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm

Koj tuaj yeem tiv tauj mus rau tus Kws Pab Tswv Yim Rau Pej Xeev (Ombudsman) los ntawm:

- Tus xov tooj: 1-888-452-8609
- Email: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
 - » Tsis txhob sau cov ntaub ntawv qhia txog kev noj qab haus huv ntawm tus kheej rau hauv tus email.

Yog xav paub ntau ntxiv txog tus Ombudsman, mus rau www.dhcs.ca.gov/ombudsman.

Yuav ua li cas yog hais tias koj tsis txaus siab rau koj tus me nyuam txoj kev saib xyuas kho mob, tus kws kho mob, los sis tus kws muab kev pab kho mob nyob hauv qhov kev saib xyuas kho mob uas muaj kev tswj hwm?

Xa ib daim ntawv teev lus tsis txaus siab

Yog hais tias tus kws kho mob kho koj tus me nyuam tsis zoo los sis tsis txaus siab, los sis koj tsis txaus siab rau qhov ua tau zoo ntawm kev saib xyuas kho mob, los sis koj tsis tuaj yeem nrhiav tau ib tus kws kho mob, koj tuaj yeem xa ib **daim ntawv teev lus tsis txais siab** tam rau koj tus me nyuam. Kev tsis txaus siab yog rau txhua qhov kev tsis pom zoo rau txhua yam kev thov kom rov qab sib hais dua los sis Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev uas tsis pab them nqi rau. Nws yog rau cov teeb meem los sis cov kev txhawj xeeb uas tsis kam lees, ncu, txo qis, los sis tso tseg ib qho twg ntawm koj tus me nyuam cov kev pab cuam. Koj los kuj xa tau daim ntawv tsis zoo siab mus rau koj tus me nyuam lub phiaj xwm saib xyuas raug tswj rau cov lus tsis txaus siab cuam tshuam koj tus me nyuam li kev pab cuam uas tau pab them rau, suav nrog rau kev.

- Koj tuaj yeem xa ib daim ntawv teev lus tsis txaus siab tam rau koj tus me nyuam tau txhua lub sij hawm. Koj tuaj yeem xa daim ntawv teev lus tsis txaus siab raws hauv xov tooj, los sis kev sau ntawv hauv online los sis raws hauv chaw xa ntawv. Txhawm rau xa ib daim ntawv teev lus tsis txaus siab, tiv tauj mus rau koj tus me nyuam daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm. Rau cov naj npawb tiv tauj, nyeem **Lub Kem (Table) 1** nyob hauv nplooj ntawv 9.
- Koj tus me nyuam daim phiaj kho mob yuav tsum paub koj daim ntawv teev lus tsis txaus siab uas sau ua ntawv tsis pub dhau **5** hnuv txij li hnuv tim uas lawv tau txais daim ntawv teev lus tsis txaus siab. Qhov no yuav tsum muaj lub npe, tus xov tooj, thiab chaw nyob ntawm tus neeg nyob ntawm daim phiaj kho mob rau koj uas tuaj yeem qhia koj ntiv txog koj tus me nyuam qhov kev tsis txaus siab thiab nws cov xwm txheej.
- Koj tus me nyuam daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm muaj sij hawm **30** hnuv txij li hnuv tim uas koj xa daim ntawv teev lus tsis txaus siab kom daws koj tus me nyuam qhov kev tsis txaus siab.

Koj yuav tsum tiv tauj rau leej twg thaum muaj lus nug?

LUB KEM 1

Lub ntsiab hais txog cov laj npaov kev saib xyuas kho mob uas muaj kev tswj hwm thiab cov ntaub ntawv tiv toj

Kev Saib Xyuas Kho Mob Uas Muaj Kev Tswj Hwm Ntawm Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care, MCMC)

Cov me nyuam yaus feem coob tau txais cov kev pab cuam no feem ntau los ntawm Medi-Cal cov phiaj khom mob uas muaj kev hwm:

- Cov kev xav tau kom lub cev txhob muaj mob, xws li kuaj xyuas me nyuam kev noj qab nyob zoo thiab txhaj tshuaj
- Cov kev xav tau rau fab kev kho mob puas siab puas ntsws uas tsis yog tshwj xeeb, xws li kev kho mob thiab tshuaj noj
- Kev koom tes saib xyuas kho mob

Yog hais tias koj tus me nyuam tsis tau txais cov kev pab cuam uas xav tau los sis muaj tej kev txhawj xeeb, ces hu rau koj tus me nyuam daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm ntawm

Medi-Cal. Tus naj npawb xov tooj ntawm daim phiaj kho mob yog nyob ntawm koj tus me nyuam daim npav ID. Nws kuj tseem muaj nyob hauv daim phiaj kho mob lub website. Koj kuj ntseem nrhiav tau lawv tus naj npawb xov tooj nyob ntawm www.dhcs.ca.gov/mmchpd. Los sis, hu rau tus xov tooj 916-449-5000.

Cov Kev Pab Cuam Kho Mob Fab Kev Puas Siab Puas Ntsws Tshwj Xeeb (Specialty Mental Health Services, SMHS)

Ib txhia me nyuam yaus uas xav tau cov kev pab cuam kho mob rau fab kev puas siab puas ntsws tshwj xeeb, xws li kev saib xyuas kho mob rau kev mob puas siab puas ntsws loj, tau txais qhov kev saib xyuas no los ntawm Cov Kev Pab Cuam Kho Mob Fab Kev Puas Siab Puas Ntsws Tshwj Xeeb. Txhua lub nroog muaj ib daim phiaj kho mob rau fab kev puas siab puas ntsws.

Yog hais tias koj tus me nyuam tsis tau txais cov kev pab cuam uas xav tau los sis muaj tej kev txhawj xeeb, ces hu rau koj tus me nyuam daim phiaj kho mob rau fab kev puas siab puas ntsws ntawm lub nroog. Koj tuaj yeem nrhiav tau tus naj npawb xov tooj nyob ntawm www.dhcs.ca.gov/CMHP.

Laj Npauv Xa Tshuaj Uas Tau Tsa Los Ntawm Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS)

Cov me nyuam yaus uas xav tau cov kev pab cuam rau kev siv tshuaj muaj yees xws li kev kho kev quav yeeb tshuaj los sis dej cawv, suav nrog kev pab tswv yim thiab lwm cov kev kho mob hauv chaw kuaj mob, xws li kev kho mob rau neeg mob pw hauv tsev kho mob uas quav yeeb tshuaj los sis quav dej cawv nyob hauv vaj tsev, thaum tsim nyog, tau txais qhov kev saib xyuas no los ntawm lub Drug Medi-Cal Organized Delivery System. Txhua lub nroog muaj daim phiaj DMC-ODS los sis nyob hauv Drug Medi-Cal. Yog xav paub ntau ntiv txog Drug Medi-Cal, nyeem **Lub Kem (Table) 2** nyob hauv nplooj ntawv 12.

Yog hais tias koj tus me nyuam tsis tau txais cov kev pab cuam uas xav tau los sis muaj tej kev txhawj xeeb, ces hu rau koj tus me nyuam daim phiaj kho mob DMC-ODS. Nrhiav tau tus naj npawb xov tooj nyob ntawm www.dhcs.ca.gov/sud-cal

Kev Saib Xyuas Kho Hniav Uas Muaj Kev Tswj Hwm (Dental Managed Care, Dental MC)

Ib txhia me nyuam yaus uas nyob hauv Lub Nroog Los Angeles los sis Lub Nroog Sacramento tau txais cov kev pab cuam kho hniav, muaj xam nrog kev kuaj hniav thiab kev tu ntuvav hniav kom txhob muaj mob ob zaug toj ib xyos thiab kev saib xyuas lub qhov ncauj kom txhob muaj mob, los ntawm cov phiaj kho Kho Hniav Uas Muaj Kev Tswj Hwm. Cov me nyuam yaus uas nyob hauv tag nrho lwm cov nroog yuav tau txais lawm qhov kev saib xyuas kho hniav los ntawm Dental Tus Nqi Them Rau Kev Pab Cuam (Dental FFS) Yog xav paub ntau ntiv txog Dental FFS, nyeem **Lub Kem (Table) 2** nyob hauv nplooj ntawv 12.

Yog hais tias koj nyob hauv nroog Los Angeles los sis Sacramento thiab koj tus me nyuam tsis tau txais cov kev pab cuam uas xav tau los sis muaj tej kev txhawj xeeb, ces hu rau koj tus me nyuam daim phiaj kho mob Dental MC. Tus naj npawb xov tooj yog nyob ntawm koj tus me nyuam daim npav ID Dental MC. Nws kuj tseem muaj nyob hauv koj tus me nyuam daim phiaj kho hniav Dental MC lub website. Los sis, hu rau tus xov tooj 1-800-322-6384. Koj kuj ntseem nrhiav tau tus naj npawb xov tooj ntawm daim phiaj kho hniav nyob ntawm <https://bit.ly/DMC-Contact>.

Koj tus me nyuam txoj cai nyob hauv Medi-Cal Muaj Nqi Them Rau Kev Pab Cuam (Medi-Cal Fee For Service) yog dab tsi?

Cov ntaub ntawv qhia nram qab no nyob ntawm nplooj ntawv 10-12 siv rau Medi-Cal Muaj Nqi Them Rau Kev Pab Cuam (Medi-Cal Fee For Service, FFS). Ib txhia me nyuam yaus uas tau rau npe hauv Medi-Cal tau txais lawv qhov kev saib xyuas kho mob los ntawm FFS. FFS kuj tseem hu ua Medi-Cal "li ib txwm muaj". Cov me nyuam yaus nyob hauv FFS yuav tau txais lawv txoj kev saib xyuas kho mob los ntawm DHCS (Lub koom haum Medi-Cal ntawm Xeev). Tsis muaj daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm uas muaj feem cuam tshuam nrog. FFS suav nrog Medi-Cal FFS rau cov kev pab cuam kev noj qab haus huv ntawm lub cev thiab cov kev pab cuam kev puas siab puas ntsws muaj tsawg uas hu ua "cov kev pab cuam kev puas siab puas ntsws uas tsis yog tshwj xeeb," Tshuaj Medi-Cal rau cov kev pab cuam kev kho cov quav yeeb tshuaj thiab quav dej cawv, Dental FFS rau kev kho hniav, thiab Medi-Cal Rx rau cov tshuaj. Yog xav paub ntau ntawv, nyeem **Lub Kem (Table) 2** nyob hauv nplooj ntawv 12.

Yog hais tias koj tus me nyuam muaj teeb meem tau txais los sis khaws ib qho kev pab cuam uas koj xav tias DHCS yuav tsum tau them nqi rau, nyeem hauv qab no. Tab txawm hais tias koj tus me nyuam tsis nyob hauv daim phiaj kho mob uas muaj kev tswj hwm, yog hais tias koj tus me nyuam xav tau kev saib xyuas kho mob rau kev mob puas siab puas ntsws loj, nws yuav tau txais qhov kev saib xyuas no los ntawm daim phiaj kho mob rau kev mob puas siab puas ntsws Cov Kev Pab Cuam Kho Mob Fab Kev Puas Siab Puas Ntsws Tshwj Xeeb. Xav paub ntau ntawv thiab nrhiav tias yuav thov kev pab los ntawm lub nroog daim phiaj kho mob rau kev puas siab puas ntsws nyob rau qhov twg, nyeem **Lub Kem (Table) 1** nyob hauv nplooj ntawv 8.

Koj yuav ua li cas yog hais tias koj tus me nyuam txoj kev saib xyuas nyob hauv FFS raug ncu, raug tsis kam lees, raug ncu, raug muab txo, los sis raug tso tseg lawm?

Thov ib Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev ntawm Medi-Cal

Ib **Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev** yog ib lub hwm tsam los hais lus rau kiag ntawm tus kws txiav txim plaub ntug hauv ntej txhawm rau kom tshuaj xyuas qhov kev txiav txim siab los ntawm DHCS uas koj tsis pom zoo nrog. Qhov no suav nrog ib qho kev pab cuam twg uas tsis kam lees, ncu, txo qis, los sis tso tseg. Tus kws txiav txim plaub ntug ua hauj lwm rau California Department of Social Services, tsis yog rau DHCS.

- Tom qab koj tus me nyuam tau txais Daim Ntawv Ceeb Toom Txog Kev Nqis Tes Ua tuaj ntawm DHCS lawm, tej zaum koj yuav tuaj yeem thov Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev. Tej zaum koj kuj tseem tuaj yeem thov ib Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev tau yog hais tias koj tsis tau txais Daim Ntawv Ceeb Toom Txog Kev Nqis Tes Ua.
- Koj yuav tsum thov ib Lub Rooj Sib Hais Kev Ncaj Ncees Hauv Xeev tsis pub dhau **90** hnub txij li hnub tim koj tau txais Daim Ntawv Ceeb Toom Txog Kev Nqis Tes Ua los ntawm DHCS. Tus kws txiav txim plaub ntug ua tus nyob nruab nrab yuav tshuaj xyuas koj tus me nyuam qhov teeb meem. Tej zaum koj kuj tseem tuaj yeem thov ib Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev tau txhua lub sij hawm yam tsis yuav tau txais Daim Ntawv Ceeb Toom Txog Kev Nqis Tes Ua. Yog

LUB NPOV 5

Txoj kev los thov rau qhov nyiaj pab txuas ntxiv mus nyob hauv tus nqi them rau kev pab cuam



Yog hais tias Daim Ntawv Ceeb Toom Txog Kev Nqis Tes Ua hais tias qhov kev pab cuam uas koj tus me nyuam twb tau txais lawm ntawd yuav tso tseg los sis raug txo qis, tej zaum koj kuj tseem yuav thov rau qhov **nyiaj pab txuas ntxiv mus** (kuj tseem hu ua "Tseem Tos Kev Pab Them Nqi (Aid Paid Pending)") thaum lub sij hawm thov Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev.

- Koj yuav tsum tau thov ib Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev **ua ntej** qhov kev pab cuam yuav tso tseg los sis yuav raug muab txo qis.
- DHCS yuav tsum muab daim ntawv ceeb toom rau koj yam tsawg kawg **10** hnub ua ntej lawv daim phiaj yuav tso tseg los sis txo qis qhov kev pab cuam rau koj tus me nyuam.

hais tias qhov kev txiav txim siab uas koj tau thov kom muaj lub rooj sib hais yuav tso tseg qhov kev pab cuam uas koj tus me nyuam twb tau txais lawm, koj yuav thov kom tau cov nyiaj pab txuas ntxiv rau koj tus me nyuam. Nyeem **Lub Npov (Box) 5** nyob rau nplooj ntawv no.

- Tej zaum koj yuav tuaj yeem thov Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev los ntawm kev hu xov tooj, xa ntawv, fax, los sis hauv online. Hu rau tus xov tooj 1-800-743-8525. Los sis, mus rau www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- Koj muaj cai coj ib tug neeg tuaj ua tus sawv cev rau koj nyob ntawm lub rooj sib hais. Koj tuaj yeem coj ib tus phooj ywg, tus neeg txheeb ze, tus kws lij choj, los sis leej twg los tau uas yog tus koj xaiv. Rau kev pab fab kev cai lij choj uas tsis tau them nqi, nyeem **Kev thov kom tau txais kev pab** nyob hauv nplooj ntawv 4.
- Koj tsis tas yuav them nyiaj rau Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev. Nws yog pab dawb xwb.
- Lub xeev muaj sij hawm li **90** hnuv tom qab hnuv tim uas koj tus me nyuam qhov kev thov rau Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev txhawm rau ua kev txiav txim siab zaum kawg nkaus. Yog hais tias koj tus me nyuam xav tau cov kev pab cuam kias tam sim ntawd thiab kev tos 90 hnuv yuav ua rau nws tus mob haj yam phem tuaj, koj tuaj yeem thov rau qhov kev txiav txim siab **maj ceev** (nrawm tshaj). Nyeem **Lub Npov (Box) 6** nyob rau nplooj no.
- Rau kev pab ntau ntxiv, nyeem cov ntawv ceeb toom uas koj tus me nyuam tau txais los ntawm DHCS. Los sis, hu rau tus xov tooj 1-800-743-8525. Los sis, mus rau www.dhcs.ca.gov/fair-hearing.

Yuav ua li cas yog hais tias koj tsis txaus siab rau koj tus me nyuam txoj kev saib xyuas kho mob, tus kws kho mob, los sis tus kws muab kev pab kho mob nyob hauv FFS?

Xa ib daim ntawv teev lus tsis txaus siab

Yog hais tias tus kws kho mob kho koj tus me nyuam tsis zoo los sis tsis txaus siab, los sis koj tsis txaus siab rau qhov ua tau zoo ntawm kev saib xyuas kho mob, los sis koj tsis tuaj yeem nrhiav tau ib tus kws kho mob, koj yuav xa ib **daim ntawv teev lus tsis txais siab** tam rau koj tus me nyuam. Kev tsis txaus siab yog rau txhua qhov kev tsis pom zoo rau txhua yam uas Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev uas tsis pab them nqi rau. Nws yog rau cov teeb meem los sis cov kev txhawj xeeb uas **tsis** kam lees, ncua, txo qis, los sis tso tseg ib qho twg ntawm koj tus me nyuam cov kev pab cuam.

- Koj tuaj yeem xa ib daim ntawv teev lus tsis txaus siab tam rau koj tus me nyuam mus rau Drug Medi-Cal, Dental FFS, or Medi-Cal Rx tau txhua lub sij hawm. Koj tuaj yeem xa daim ntawv teev lus tsis txaus siab raws hauv xov tooj, los sis kev sau ntawv hauv online los sis raws hauv chaw xa ntawv. Txhawm rau xa ib daim ntawv teev lus tsis txaus siab, tiv tauj mus rau Drug Medi-Cal, Dental FFS, or Medi-Cal Rx. Rau cov naj npawb tiv tauj, nyeem **Lub Kem (Table) 2** nyob hauv nplooj ntawv 12. Qhov no **tsis muaj** cov txheej txheem ua ntawv teev lus tsis txaus siab rau Medi-Cal FFS rau cov kev pab cuam kho mob rau lub cev thiab cov kev pab cuam kho mob rau fab kev puas siab puas ntsws uas tsis yog tshwj xeeb.
- DHCS yuav tsum paub koj daim ntawv teev lus tsis txaus siab uas sau ua ntawv tsis pub dhau **5** hnuv txij li hnuv tim uas lawv tau txais daim ntawv teev lus tsis txaus siab. Nws yuav tsum muaj lub npe, tus xov tooj, thiab chaw nyob ntawm tus neeg nyob ntawm DHCS uas tuaj yeem qhia koj ntxiv txog koj tus me nyuam qhov kev tsis txaus siab thiab nws cov xwm txheej.
- DHCS muaj sij hawm **30** hnuv txij li hnuv tim uas koj xa daim ntawv teev lus tsis txaus siab kom daws koj tus me nyuam qhov kev tsis txaus siab rau Dental FFS thiab Medi-Cal Rx. Drug Medi-Cal muaj sij hawm **90** hnuv los daws koj tus me nyuam qhov kev tsis txaus siab.

LUB NPOV 6

Maj ceev (nrawm heev) thov kom rov qab sib hais dua los sis thov Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev



Yog hais tias koj tus me nyuam xav tau qhov kev **maj ceev** (nrawm heev) los thov Lub Rooj Sib Hais Hauv Xeev vim koj tus me nyuam txoj sia, kev noj qab haus huv, los sis rab peev xwm rau kev ua hauj lwm yog nyob rau hauv kev phom sij, hu rau tus xov tooj 1-800-743-8525.

Koj yuav tsum tiv tauj rau leej twg thaum muaj lus nug?

LUB KEM 2

Tus nqi them rau kev pab cuam lub ntsiab thiab cov ntaub ntawv tiv toj

Medi-Cal Tus Nqi Them Rau Kev Pab Cuam (Medi-Cal FFS)

Ib txhia me nyuam yaus, xws li ib txhia me nyuam yaus uas nyob hauv niam qhuav txiv qhuav kev saib xyuas, tau txais lawv cov kev pab cuam kho mob rau lub cev los ntawm Medi-Cal FFS.

Yog hais tias koj tus me nyuam tsis tau txais cov kev pab cuam nod los sis muaj tej kev txhawj xeeb, ces hu rau tus xov tooj 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077).

Drug Medi-Cal (DMC)

Cov me nyuam yaus uas xav tau cov kev pab cuam rau kev siv tshuaj muaj yees xws li kev kho kev quav yeeb tshuaj los sis dej cawv, suav nrog kev pab tswv yim thiab lwm cov kev kho mob hauv chaw kuaj mob, xws li kev kho mob rau neeg mob pw hauv tsev kho mob uas quav yeeb tshuaj los sis quav dej cawv nyob hauv vaj tsev, thaum tsim nyog, tau txais qhov kev saib xyuas no los ntawm Medi-Cal. Txhua lub nroog muaj daim phiaj DMC-ODS los sis nyob hauv DMC. Yog xav paub ntau ntxiv txog DMC-ODS, nyeem **Lub Kem (Table) 1** nyob hauv nplooj ntawv 8.

Yog hais tias koj tus me nyuam tsis tau txais cov kev pab cuam nod los sis muaj tej kev txhawj xeeb, ces hu rau koj tus me nyuam lub khoos kas DMC. Txhawm rau nrhiav tus naj npawb xov tooj, mus rau www.dhcs.ca.gov/sud-cal.

Dental Tus Nqi Them Rau Kev Pab Cuam (Dental FFS)

Cov me nyuam yaus feem coob uas tau txais lawv cov kev pab cuam kho hniav ntawm Medi-Cal los ntawm Dental FFS. Qhov no suav nrog kev kuaj hniav thiab kev tu ntxuav hniav kom txhob muaj mob ob zaug toj ib xyos thiab kev saib xyuas lub qhov ncauj kom txhob muaj mob.

Yog hais tias koj tus me nyuam tsis tau txais cov kev pab cuam no los sis muaj tej kev txhawj xeeb, ces hu rau tus xov tooj 1-800-322-6384. Txhawm rau kawm paub ntau ntxiv, mus rau smilecalifornia.org.

Medi-Cal Rx

Cov me nyuam yaus uas tau txais lawv cov kev pab cuam tsev muag tshuaj ntawm Medi-Cal los ntawm Medi-Cal Rx. Cov no suav nrog cov tshuaj noj uas kws kho mob sau ntawv yuav thiab mus yuav tau ntawv tsee muag tshuaj rau tus neeg mob tsis pw hauv tsev kho mob, cov khoom noj khoom haus zoo xws li lub raj pub mov mus rau hauv plab, thiab khoom siv kho mob.

Yog hais tias koj tus me nyuam tsis tau txais cov kev pab cuam nod los sis muaj tej kev txhawj xeeb, ces hu rau tus xov tooj 1-800-977-2273. Kawm paub ntau ntxiv nyob ntawm <https://bit.ly/3D1rQFV>.



保管してください!

子供や21歳以下の若者が必要
な全てのケアが得られる
ための重要な情報

子供や若者がMedi-Calに加入している場合、 どのようなサービスを受けることができるので しょうか?

カリフォルニア州法及び連邦法により、Medi-Calに加入している21歳以下の
全ての子供は健康維持のための定期検診やその他予防医療や治療サービス
を受ける権利があります。

この権利は連邦法において、早期・定期検診、診断及び治療 (EPSDT) 要件として知られています。これ
は、Medi-Calに加入している全ての子供がより健康に成長することができるよう、必要なケアを受ける
ことができるのを保証するものです。カリフォルニア州においてEPSDTは**Medi-Cal for Kids & Teens**と
呼ばれています。

このサービスは、子供や若者がMedi-Calの資格を得た際に負担分担を要求された場合を除いて**無料**
となっています。

Medi-Cal for Kids & Teensは、必要な場合、以下のサービスを限定なしで受けるこ とができます:

- かかりつけ医や専門医による診察を含む健康診断
- メガネを含む眼科医診断
- 聴覚診断
- 歯の定期診断およびフォローアップ
- メンタルヘルス、薬物またはアルコール依存診断ならびに治療
- 理学、作業および言語療法
- 車いすなど耐久医療機器を含む医療機器・用品
- 市販薬、処方箋薬
- 鉛レベル測定のための血液検査、性感染症 (STI) 検査を含む臨床試験や必要なフォローアップケア
- 介護を含む在宅医療サービス
- 病院及び療養施設の使用
- 避妊や中絶を含む生殖や性的健康に関する診療
- 妊娠検査
- COVID-19テストや治療
- マネージドケアプラン加入の場合、ケアのコーディネート
- その他、Medi-Cal がカバーし (治療上必要なサービスとして知られている)、あなたの医療提供者
により決定された、必要に応じたすべての医療サービス



この文書またはMedi-Cal関連書類を大きな文字、音声、CD、点字など、他の書式で必要
な場合は、1-833-284-0040までお問い合わせください。

子供や若者は以下のサービスを無料で受ける権利があります：

- 受診、処方箋、医療器具・用品を受け取るのための無料送迎
- 診療予約の補助
- 医師や医療提供者検索の補助
- 通訳サービス（診療のため自分で通訳を見つける必要はありません）

“医療上必要なこと”とはどういう意味ですか？

子供や若者における**医療上必要なこと**とは、疾患や健康状態への治療、矯正、維持、向上のためのサービスを意味します。

あなたやお子さんの医師または医療提供者が医療上必要かどうかを判断します。

サービスの中には事前承認が必要なものがあります。サービスが子供や21歳以下の若者に対する医療上必要なものである場合、サービスや治療が受けられる回数の上限はありません。例えば、子供が2年毎に得られる眼鏡の上限はありません。仮に眼鏡を掛けている子供で視力に問題がある場合、その子供は新しい処方箋と眼鏡を必要な際に得られる資格があります。

ボックス1

あなたのお子さんのMedi-Cal



Medi-Calに加入している子供や若者は、以下の2つの方法のうちのいずれかの方法で給付を得ます：

1. **マネージドケア**医療保険プラン、メンタルヘルスプラン、または歯科ヘルスプランによるもの、または
2. **個別払い**California Department of Health Care Services (DHCS)、State Medi-Cal agencyによるもの

この書類には加入済みの子供や若者が**マネージドケア**または**個別払い**を通して必要なサービスが得られなかった際に何をすべきかが説明されています。以下の内容が説明されています：

- 不服申し立ての申請方法
- 州法による公平審査の申請方法
- 苦情の申請方法

サービスを得られるための補助やあなたの給付に関する質問は、Medi-Calメンバーヘルプライン**1-800-541-5555**までお問い合わせください。

もし子供に対するケアが拒否、延滞、削減、または停止された場合、どうすればいいですか？

もしあなたのお子さんに対するケアが拒否、延滞、削減、または停止され、これらの決定を示す書類の内容に不服の場合は、決定の再検討と変更を申請することができます。

これはあなたのお子さんが必要なケアが得られるようサポートするためであり、あなたはその資格を有しています。あなたのお子さんは**不服申し立て**の申請、**州法に基づく公平審査**、あるいは**苦情**を申請する権利があります。これらの行動をとることに対する罰則はありません。

不服申し立ての提出、州法に基づく公平審査の要求、あるいは苦情申請の有無に関わらず、あなたのお子さんのMedi-Calの給付がこれらの行動によって終了することは**ありません**。

不服申し立て、州法に基づく公平審査、苦情の申請方法

通知書類をご参照ください。もしマネージドケア

プラン、DHCS (the State Medi-Cal agency)、あるいは医療提供者があなたのお子さんへのサービスを拒否または停止した場合、その決定を書面による通知であるNotice of Action (またはNotice of Adverse Benefit Determination) として送付する必要があります。

あなたはこの通知をあなたのお子さんに対する治療やサービスの削減や停止が行われる**10日前**に受け取る必要があります。通知には以下が説明されています：

- あなたのお子さんのマネージドケアプランまたはDHCSが下した決定の理由
- あなたのお子さんが有する権利
- 不服申し立てや州法に基づく公平審査請求の方法

あなたが決定に同意しない場合、サービスの停止や削減が行われる**前**に不服を申請し、不服申請や州法に基づく公平審査中にもサービスが受けられるようにすることが重要です。

万が一通知を受けとらなかった場合、4ページのHealth Consumer Alliance (HCA)までお電話でお問い合わせください。不服申し立て、州の公聴会の要請、苦情の申請を行う方法は、以下のページをお読みください。

不服申し立ては、あなたのお子さんのマネージドケアに対し、今なるサービスの拒否、延滞、削減、または停止を審査し、あなたの主張との同意の有無を検討します。

州法による公平審査 は、あなたが同意しないあなたのお子さんのマネージドケアプランまたはDHCS (the State Medi-Cal agency)による決定を裁判官に直接訴える機会です。

苦情内容には、不服申し立てや州法による公平審査では対象外の、すべての不同意事項が含まれます。これはお子さんのマネージドケアプランまたはDHCSによるサービスの拒否、延滞、削減、停止に関する問題や懸念のためのものです。

ケアの品質やケアへのアクセスを含む、お子様がカバーされているサービスに関連したマネージドケアプランに苦情を申請することもできます。

サポートを得る方法

Medi-Cal Member Help Line

Medi-Cal Member Help Line は無料でサポートを提供します。あなたがお住いのMedi-Calオフィスやマネージドケアプランの紹介、その他Medi-Cal情報をご提供し、Medi-Calに関するご質問にお答えします。

- 電話: 1-800-541-5555
- オンライン: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

Health Consumer Alliance (HCA)

HCAはMedi-Cal加入者に対し健康に関する問題解決のための無料電話や対面による相談を受け付けています。HCAはまた医療に関する法的問題を解決するための無料援助をご紹介します。

- 電話: 1-888-804-3536
- オンライン: healthconsumer.org

ボックス2

決定が不当であると思う場合

おこさんのMedi-Calは不当にサービスを停止した、あるいはお子さんは不当にMedi-Cal加入資格がないと判断されたとおあなたが思った場合:

- 不服申し立て通知内にある説明に従う、**あるいは**
- dhcs.ca.gov/COLにてお住まいのカウンティにある福祉課をお探してください。



あなたのお子さんが有するMedi-Cal マネージドケアに関する権利は何？

5〜8ページに記載されている以下の情報は、Medi-Calのすべてのマネージドケアシステムに該当します。Medi-Calに加入しているほとんどの子供は、**Medi-Cal マネージドケアプラン**を通してケアを受けています。プランは身体健康サービスのためのものです。これには「non-specialty mental health services」と呼ばれるメンタルヘルスサービスの一部が含まれています。

その他のマネージドケアシステムには以下が含まれます：

- **Specialty Mental Health Services** 個別のメンタルヘルスプランを通じた集中的な問題行動の医療サービス
- **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 薬物、アルコール依存症治療。
- **Dental Managed Care** ロスアンゼルス郡とサクラメント郡における歯科治療8ページの**テーブル1**をご参照ください。

上記サービスをあなたのお子さんが受けるのに問題が生じた場合は、以下をお読みください。あなたのお子さんがプランに加入していない場合は、9ページに記載されている**利用料金**をご参照ください。

もし子供に対するマネージドケアが拒否、延滞、削減、または停止された場合、どうすればいいですか？

あなたのお子さんのマネージドケアプランに対して不服申し立てを申請してください。

マネージドケアプランに対する**不服申し立て**の申請から始める必要があります。プランはwww.dhcs.ca.gov/mmchpdをご参照ください。不服申し立てにより、あなたのお子さんのプランはすべての拒否、延滞、削減、または停止を審査し、あなたによる同意の有無を検討します。州法による公平審査の前に、プランに不服申し立てを申請しなければなりません。

- あなたのお子さんが書面による通知をマネージドケアプランから受理した後、あなたは**不服申し立てを申請**します。また、通知を**受理しなかった場合**でも**不服申し立てを申請**することができます。
- あなたは通知の受理後**60**暦日以内にマネージドケアプランに**不服申し立てを申請**する必要があります。不服申し立ての申請は書面、電話、オンラインで行うことができます。連絡先は**8ページのテーブル1**をご参照ください。
- 通知内において、あなたのお子さんが既に受けているサービスの停止または削減されると記載されている場合でも、あなたのお子さんは**不服申し立て中も引き続いてサービスを受ける**ことができます。これは**continuation of benefits**と呼ばれています。これに関する質問は**このページのボックス3**をご覧ください。

ボックス3

マネージドケアの 給付の継続の申請方法



通知書にあなたのお子さんが既に受けているサービスが停止または削減されると記載されている場合、**不服申し立て**や**州法による公平審査の申請中における給付の継続**（別名「Aid Paid Pending」）を申請することができます。

- サービスが停止または給付される**前**に**不服申し立て**または**州法による公平審査を申請**する必要があります。
- マネージドケアプランは書面による通知をお子さんへのサービスが停止または削減される**10**暦日前までにあなたに送付する必要があります。

- あなたのお子さんのマネージドケアプランは、不服申し立てを受理してから**5**暦日までに不服申し立てを認知する必要があります。プランはまた、不服申し立ての状況をあなたに通知する担当者の名前、電話番号、住所をあなたに知らせる必要があります。プランは不服申し立てがされてから**30**暦日以内に決定事項を書面にてあなたに通知する必要があります。これは Notice of Resolution と呼ばれています。
- あなたのお子さんの状況が緊急を要する場合や30日間待つと病状が悪化すると思われる場合は、**優先的 (早急的)** 決定を要求することができます。その方法に関しては**このページのボックス4**をご覧ください。

ボックス4

優先的 (早急的) 不服申し立てまたは 州法による公平審査



お子さんの生活、健康、または行動機能に危険が及ぶために**優先的 (早急的)** 不服申し立てまたは州法による公平審査が必要な場合は、**1-800-743-8525**にお問い合わせください。

メンバーハンドブック内に優先的プロセスの詳細が記載されています。

- 不服申し立てに関する質問は、いつでもあなたのお子さんのマネージドケアプランに問い合わせをすることができます。お問い合わせの番号は8ページにある**テーブル1**をご覧ください。
- あなたのお子さんのマネージドケアプランはIndependent Medical Review Board (独立医療審査委員会) のプロセスを含んでいる場合があります。あなたのお子さんへの通知には、このプロセスに関する説明が含まれています。あなたのお子さんのマネージドケアプランがこのプロセスを行う場合は、あなたの不服申し立てが完了した後に行われます。独立医療審査委員会に関する詳細は、California Department of Managed Health Care、電話1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891) までお問い合わせください。または <https://bit.ly/IMRCR> をご覧ください。

Medi-Cal 州法による公平審査 の要求

もしマネージドケアプランによる不服申し立てのプロセスが完了してもその結果に同意しない場合、あなたはお子さんに代わり**州法による公平審査**を要求することができます。さらに、あなたのお子さんのマネージドケアプランがあなたのお子さんが有する不服申し立てに関する権利に関する通知を送付しなかったり、その送付が遅れて送付された場合でも、州法による公平審査を要求することができます。

州法による公平審査は、あなたが同意しないマネージドケアプランの決定を裁判官に直接訴える機会です。裁判官はCalifornia Department of Social Servicesに属しており、お子さんのプランには属していません。

- 州法による公平審査の申し立ては、マネージドケアプランからの書面による決定書の日付から**120**暦日以内に行う必要があります。公平な裁判官がお子さんのケースを審議します。お子さんが既に受けているサービスの停止決定に対する不服申し立てをする場合、お子さんに対する給付継続を要求することもできます。5ページの**ボックス3**をお読みください。
- 州法による公平審査は電話、郵送、ファックス、またはオンラインで申請することができます。電話1-800-743-8525。あるいはwww.cdss.ca.gov/hearing-requestsをご覧ください。
- あなたは、州法による公平審査に対し代表者を立てる権利があります。友人、親戚、弁護士など、だれでもあなたが選ぶことができます。無料法律相談は、4ページにある**支援を得る方法**をご覧ください。

- 州法による公平審査に対する支払い義務はありません。無料です。
- 州があなたからの州法による公平審査の申請を受理してから最終決定を行うのに有する期間は**90** 暦日以内です。あなたのお子さんの状況が緊急を要する場合や90日間待つと病状が悪化すると思われる場合は、**優先的**（早急的）決定を要求することができます。6ページの**ボックス4**をお読みください。
- さらなる詳細は、お子さんのマネージドケアプランから送付された通知をご覧ください。または電話 1-800-743-8525までお問い合わせください。またはwww.dhcs.ca.gov/fair-hearingをご覧ください。

オンブズマンへの問い合わせ

オンブズマンは、DHCS (州のMedi-Cal提供機関)に属しています。その業務は、お子さんのマネージドケアプランに関して、あなたとお子さんのお手伝いをすることです。オンブズマンは、ご質問を聞き、お答えしていきます。また、問題を確認し、給付について説明し、ご利用いただけるオプションについて助言いたします。オンブズマンへの問い合わせはいつでも可能です。例えば、お子さんが通知を受理したとき、不服を申し立てたとき、州の公聴会を要請したとき、苦情を申請したとき等があります。オンブズマンを利用できるのはマネージドケアプラン加入者のみとなります。

オンブズマンへの問い合わせ:

- 電話: 1-888-452-8609
- メール: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
 - » メールに個人医療情報を含めないようにしてください。

オンブズマンに関する詳細はwww.dhcs.ca.gov/ombudsmanをご覧ください。

マネージドケア内のお子さんの担当医や医療提供者に不満がある場合はどうすればいいですか？

苦情を申請してください。

医師によるお子さんへの治療が十分でない場合や態度に問題がある場合、また提供されたサービスの質に問題がある場合、また医師を見つけることができない場合はお子さんのために**苦情**を申請することができます。苦情内容には、不服申し立てや州法による公平審査では対象外の、すべての不同意が含まれます。この苦情申請によってお子さんへの医療サービスが拒否、延滞、削減、または停止されることはありません。ケアの品質やケアへのアクセスを含む、お子様がカバーされているサービスに関連したマネージドケアプランに苦情を申請することもできます。

- 苦情はいつでも申請することができます。申請は電話、オンライン、郵送で行うことができます。苦情申請に関しては、お子さんのマネージドケアプランにご連絡ください。問い合わせ電話番号は8ページにある**テーブル1**をご覧ください。
- お子さんのマネージドケアプランは、苦情を受理してから**5**暦日以内に苦情を認知する必要があります。プランはまた、不服申し立ての状況をあなたに通知する担当者の名前、電話番号、住所をあなたに知らせる必要があります。
- お子さんのマネージドケアプランは苦情を受理してから**30**暦日以内に苦情を解決する必要があります。

質問がある場合は誰に連絡すればいいですか？

テーブル1

マネージドケアシステムの概要と連絡先

Medi-Cal Managed Care (MCMC)

多くの子供はほとんどのサービスをMedi-Calマネージドケアプランを通して得ています：

- 定期検診や予防接種など身体健康維持に必要なもの
- セラピーや投薬など非専門的メンタルヘルスに必要なもの
- ケア調整

もしあなたのお子さんが必要なサービスを受けていない場合や質問がある場合は、お子さんが加入しているMedi-Calマネージドケアプランまで電話でお問い合わせください。プランの電話番号はお子さんのプランIDカードに記載されています。また各プランのウェブサイトに記載されています。またwww.dhcs.ca.gov/mmchpdでご確認できます。または電話 916-449-5000までお問い合わせください。

Specialty Mental Health Services (SMHS)

深刻な精神障害がある場合など、専門精神健康サービスが必要な子供は専門メンタルヘルスサービスを通してケアを受けることができます。各カウンティにはそれぞれメンタルヘルスプランがあります。

もしあなたのお子さんが必要なサービスを受けていない場合は、お子さんが在住しているカウンティのメンタルヘルスプランまで電話でお問い合わせください。電話番号はwww.dhcs.ca.gov/CMHPでご確認いただけます。

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

カウンセリングやその他施設での臨床治療を含む薬物・アルコール治療など、依存症に対する治療が必要な子供は、必要に応じてこれらに対するケアをDrug Medi-Cal Organized Delivery Systemを通して得ることができます。各カウンティにはDMC-ODSプランがあるか、あるいはDrug Medi-Cal内に含まれています。Drug Medi-Calに関する詳細は11ページの**テーブル2**をお読みください。

もしあなたのお子さんが必要なサービスを受けていない場合や質問がある場合は、お子さんのDMC-ODSプランまで電話でお問い合わせください。電話番号はwww.dhcs.ca.gov/sud-calでご確認いただけます。

Dental Managed Care (Dental MC)

ロサンゼルス郡やサクラメント郡に住む子供は、年に2度の歯科定期健診やクリーニング、口内ヘルスケアを含む歯科サービスを、Dental Managed Careプランを通して得ることができます。その他のカウンティに住む子供はDental Fee For Service (Dental FFS)を通して歯科ケアを得ます。Dental FFSの詳細は11ページの**テーブル2**をお読みください。

もしロサンゼルス郡あるいはサクラメント郡に住むあなたのお子さんが必要なサービスを受けていない場合や質問がある場合は、お子さんのDental MCプランまで電話でお問い合わせください。プランの電話番号はお子さんのDental MC IDカードに記載されています。またDental MCプランのウェブサイトに記載されています。または、電話 1-800-322-6384までお問い合わせください。電話番号は<https://bit.ly/DMC-Contact>でもご確認いただけます。

あなたのお子さんが有するMedi-Cal個別払いに関する権利は何ですか？

9～11ページにはMedi-Cal個別払い (FFS)に関する情報が記載されています。Medi-Calに加入している子供の中には、FFSを通じてMedi-Calによるケアを受ける子供がいます。FFSは「標準 (Regular)」Medi-Calとも呼ばれています。FFSに加入している子供はDHCS (州Medi-Cal機関) を通してケアを受けます。マネージドケアプランは関与しません。FFSには、身体的健康サービスのためのMedi-Cal FFS、「非専門メンタルヘルスサービス」と呼ばれるメンタルヘルスサービス、薬物やアルコール依存治療サービスのためのDrug Medi-Cal、歯科治療のためのDental FFS、処方箋のためのMedi-Cal Rxが含まれています。詳細は11ページの**テーブル2**をお読みください。

あなたのお子さんがDHCSのサービスを受けるのに問題が生じた場合は、以下をお読みください。お子さんがマネージドケアプランに加入していない場合でも、もしお子さんが深刻な精神障害がある場合は、専門精神健康サービス、精神健康プランを受けることができます。お住いのカウンティにおけるメンタルヘルスプランについてのご相談は8ページの**テーブル1**をご覧ください。

もし子供に対するFFSによるケアが拒否、延滞、削減、または停止された場合、どうすればいいですか？

Medi-Cal 州法による公平審査の要求

州法による公平審査は、あなたが同意しないDHCSの決定を裁判官に直接訴える機会です。これにはいかなるサービスの拒否、延滞、削減、または停止が含まれています。裁判官はCalifornia Department of Social Servicesに属しており、DHCSには属していません。

- お子さんがDHCSから通知を受理した後、州法による公平審査を申請することができます。また、通知を受けとらなかった場合でも州法による公平審査を申請することができます。
- 州法による公平審査は、通知を受理した日から**90**暦日以内に申請しなければなりません。公平な裁判官がお子さんのケースを審議します。また、通知を受けとらなかった場合でも、いつでも州法による公平審査を申請することができます。その決定がお子さんが既に受けているサービスの停止に関する場合であっても、お子さんに対する給付継続を要求することができます。このページの**ボックス5**をお読みください。
- 州法による公平審査は電話、郵送、ファックス、またはオンラインで申請することができます。電話1-800-743-8525。あるいはwww.cdss.ca.gov/hearing-requestsをご覧ください。
- あなたは公聴会において代表者を立てる権利があります。友人、親戚、弁護士など、だれでもあなたが選ぶことができます。無料法律相談は、4ページにある**援助を得る方法**をご覧ください。

ボックス5

個別払いにおける給付の継続の申請方法



通知書にあなたのお子さんが既に受けているサービスが停止または削減されると記載されている場合、不服申し立てや州法による公平審査の申請中における**給付の継続** (別名「Aid Paid Pending」)を申請することができます。

- サービスの停止または削減が生じる**前に**州法による公平審査を申請する必要があります。
- DHCSは書面による通知をお子さんへのサービスが停止または削減される**10**暦日前までにあなたに送付する必要があります。

- 州法による公平審査に対する支払い義務はありません。無料です。
- 州があなたからの州法による公平審査の申請を受理してから最終決定を行うのに有する期間は**90** 暦日以内です。あなたのお子さんの状況が緊急を要する場合や90日間待つと病状が悪化すると思われる場合は、**優先的**（早急的）決定を要求することができます。このページの**ボックス6**をお読みください。
- さらなる詳細は、お子さんのDHCSから送付された通知をご覧ください。または電話1-800-743-8525までお問い合わせください。またはwww.dhcs.ca.gov/fair-hearingをご覧ください。

ボックス6

優先的 (迅速な) 不服申し立てまたは州法による公平審査



お子さんの生活、健康、または行動機能に危険が及ぶために**優先的** (早急的) 不服申し立てまたは州法による公平審査が必要な場合は、1-800-743-8525にお問い合わせください。

FFSが提供する子供の担当医や医療提供者に不満がある場合はどうすればいいですか？

苦情を申請してください。

医師によるお子さんへの治療が十分でない場合や態度に問題がある場合、また提供されたサービスの質に問題がある場合、また医師を見つけることができない場合はお子さんのために**苦情**を申請することができます。苦情内容には、州法による公平審査では対象外のすべての意見相違が含まれます。この苦情申請によってお子さんへの医療サービスが拒否、延滞、削減、または停止されることは**ありません**。

- お子さんのDrug Medi-Cal、Dental FFS、Medi-Cal Rxへの苦情はいつでも申請することができます。申請は電話、オンライン、郵送で行うことができます。苦情の申請は、Drug Medi-Cal、Dental FFS、またはMedi-Cal Rxにお問い合わせください。お問い合わせの電話番号は11ページにある**テーブル2**をご覧ください。身体的健康サービスや非専門的メンタルヘルスサービスに対する苦情のプロセスは**ありません**。
- DHCSは、苦情を受理してから**5** 暦日以内に苦情を認知する必要があります。DHCSはまた、苦情の状況をあなたに通知する担当者の名前、電話番号、住所をあなたに知らせる必要があります。
- お子さんのDHCSは苦情を受理してから**30** 暦日以内にDental FFSとMedi-Cal Rxに対する苦情を解決する必要があります。Drug Medi-Calは苦情を受理してから**90** 暦日以内に苦情を解決する必要があります。

質問がある場合は誰に連絡すればいいですか？

テーブル2

個別払いの概要と連絡先

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

フォスターケアなど子供の中には身体的健康サービスをMedi-Cal FFSを通じて受ける場合があります。

もしあなたのお子さんがサービスを受けていない場合や質問がある場合は電話 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077)までお問い合わせください。

Drug Medi-Cal (DMC)

カウンセリングや薬物・アルコール治療施設での治療などその他の臨床治療を含む薬物・アルコール依存症に対する治療が必要な子供は、必要に応じてこれらに対するケアをDrug Medi-Calを通して得ることができます。各カウンティにはDMC-ODSプランがあるか、あるいはDMC内に含まれています。DMC-ODSに関する詳細は8ページの**テーブル1**をお読みください。

もしあなたのお子さんがサービスを受けていない場合や質問がある場合は、お子さんが加入しているDMCプログラムまで電話でお問い合わせください。電話番号は www.dhcs.ca.gov/sud-cal をご参照ください。

Dental Fee For Service (Dental FFS)

多くの子供はDental FFSを通してMedi-Cal歯科サービスを受けています。これには年に2度の歯科定期健診やクリーニング、口内ヘルスケアが含まれています。

もしあなたのお子さんがサービスを受けていない場合や質問がある場合は、1-800-322-6384までお問い合わせください。詳細はsmilecalifornia.orgをご覧ください。

Medi-Cal Rx

子供はMedi-Cal Rxを通してMedi-Cal薬局サービスを受けます。これには処方箋、市販薬、栄養チューブ含む経腸栄養剤、医療用品が含まれます。

もしあなたのお子さんがサービスを受けていない場合や質問がある場合は、1-800-977-2273までお問い合わせください。詳細は、<https://bit.ly/3D1rQFV> を参照してください。



សូមរក្សាទុក!

ព័ត៌មានដ៏មានសារៈសំខាន់ ដើម្បីជួយ កុមារ និង យុវជនរហូតដល់អាយុ 21 ឆ្នាំឱ្យទទួលបានរាល់ការថែទាំដែលពួកគេត្រូវការ

តើសេវាកម្មអ្វីខ្លះដែលកុមារ និងយុវជនអាច ទទួលបានប្រសិនបើពួកគេស្ថិតក្នុង Medi-Cal?

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

សិទ្ធិនេះត្រូវបានគេស្គាល់នៅក្នុងច្បាប់សហព័ន្ធជាជាការពិនិត្យរាវរកជំងឺ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលឱ្យបានលឿនពីដើមទី និងម្តងម្កាល(EPSDT)។ សិទ្ធិនេះធានាថា កុមារគ្រប់រូបដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal ទទួលបានការថែទាំដែលពួកគេត្រូវការ ដើម្បីលូតលាស់ប្រកបដោយសុខភាពល្អតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ នៅក្នុងរដ្ឋ California គេហៅ EPSDT ថាជា **Medi-Cal សម្រាប់កុមារ និងក្មេងជំទង់**។

សេវាកម្មទាំងនេះ **ឥតគិតថ្លៃ** លុះត្រាតែកុមារ ឬយុវជនត្រូវបានរកឃើញថាមានចំណែកនៃថ្លៃចំណាយ នៅពេលដែលពួកគេមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ 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
- ការពិនិត្យផ្ទៃពោះ
- ការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាលជំងឺ COVID-19
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំ ប្រសិនបើបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង
- រាល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោម Medi-Cal (ដែលគេស្គាល់ថាជា “សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ”) ដូចដែលបានកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។



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

កុមារ និងយុវជនមានសិទ្ធិទទួលបានការគាំទ្រដោយមិនគិតថ្លៃ ដើម្បីទទួលបានការថែទាំ ដូចជា៖

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

តើ “ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ” មានន័យដូចម្តេច?

សម្រាប់កុមារ និងយុវជន ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ មានន័យថាជាសេវាដែលចាំបាច់ក្នុងការព្យាបាល កែតម្រូវគ្រប់គ្រង ឬកែលម្អជំងឺ ឬស្ថានភាពសុខភាព។

វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់កូនអ្នក ជាធម្មតាសម្រេចចិត្តថាតើមានអ្វីមួយចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ។

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

ប្រអប់ទី 1

Medi-Cal របស់កូនអ្នក



កុមារ និងយុវជននៅក្នុង Medi-Cal ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ពួកគេតាមវិធីមួយក្នុងចំណោមវិធីទាំងពីរនេះ៖

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

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

- ដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍
- សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ
- ដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ

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

តើអ្នកគួរធ្វើដូចម្តេច ប្រសិនបើ មានការបដិសេធ ពន្យារពេល កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការថែទាំកូន របស់អ្នក?

ប្រសិនបើមានការបដិសេធ ពន្យារពេល កាត់បន្ថយ ឬ បញ្ឈប់ការថែទាំកូនរបស់អ្នក ហើយអ្នកមិនយល់ស្រប ជាមួយនឹងការសម្រេចចិត្តដូចដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុង សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក នោះ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញ និងច្រានចោល សេចក្តីសម្រេចនោះ។

នេះគឺដើម្បីកាត់ទ្រង់កូនរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានការថែទាំ ដែលគេត្រូវការ និងមានសិទ្ធិទទួលបាន។ កូនរបស់អ្នកមាន សិទ្ធិដាក់ពាក្យ **បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍** ស្នើសុំ **សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ** ឬដាក់បញ្ជូន **បណ្តឹងសាទុក្ខ** ។ មិនមានការ ផាត់ពិន័យចំពោះការចាត់វិធានការណាមួយទាំងនេះទេ។

មិនថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ ឬ បណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកទទួលបានជោគជ័យ ឬអត់នោះទេ ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់កូនអ្នកនឹង **មិន** បញ្ឈប់ទេ ដោយសារអ្នកបានវិធានការណាមួយទាំងនេះ។

របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ស្នើសុំសវនាការ យុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ ឬដាក់បញ្ជូនបណ្តឹងសាទុក្ខ

អានសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ប្រសិនបើ

គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង DHCS (ទីភ្នាក់ងារ Medi-Cal របស់រដ្ឋ) ឬអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធ កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ សេវាកម្មរបស់កូនអ្នក ពួកគេត្រូវតែធ្វើ សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (ក៏ត្រូវបានគេហៅផងដែរថា “សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការកំណត់អត្ថប្រយោជន៍អវិជ្ជមាន”) ជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេ។

អ្នកត្រូវតែទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល **10** ថ្ងៃមុនពេលព្យាបាល ឬបើមិនដូច្នោះទេ សេវាកម្មរបស់កូនអ្នកនឹងត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់។ សេចក្តីជូនដំណឹងពន្យល់អំពី៖

- មូលហេតុ និងរបៀបដែលគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នក ឬ DHCS បានធ្វើសេចក្តីសម្រេចរបស់ខ្លួន
- សិទ្ធិរបស់អ្នក
- របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងសេចក្តីសម្រេចនោះ វាជារឿងសំខាន់ក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ **មុនពេល** ដែលសេវាកម្ម បញ្ឈប់ ឬត្រូវបានកាត់បន្ថយ ដើម្បីឱ្យពួកគេអាចបន្តក្នុងអំឡុងពេលនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ។

ប្រសិនបើអ្នក មិន ទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងទេ ចូរទូរសព្ទទៅលេខរបស់ សម្ពន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព (HCA) ដែលមាននៅទំព័រ 4។ អ្នកនៅតែអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹង។ ដើម្បី ស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ឬដាក់បញ្ជូនបណ្តឹងសាទុក្ខ ចូរអានទំព័រដែលនៅសល់។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ តម្រូវឱ្យគម្រោងថែទាំក្រោម ការគ្រប់គ្រងរបស់កូនរបស់អ្នកដើម្បីពិនិត្យមើល ការបដិសេធ ការពន្យារពេល ការកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់សេវាកម្មណាមួយ ដើម្បីរកមើល ថាតើពួកគេ យល់ស្របជាមួយអ្នកដែរឬអត់។

សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ គឺជាឱកាសមួយក្នុង ការនិយាយនៅចំពោះមុខចៅក្រម ដើម្បីពិនិត្យមើល ការសម្រេចចិត្តដែលគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង របស់កូនអ្នក ឬ DHCS (ទីភ្នាក់ងារ Medi-Cal របស់ រដ្ឋ) បានធ្វើឡើង ដែលអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយ។

បណ្តឹងសាទុក្ខ គឺសម្រាប់បញ្ហាណាមួយដែលអ្នក មិនពេញចិត្ត ឬមិនយល់ស្របជាមួយ ដែលប ណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋមិនគ្រប ដណ្តប់។ វាគឺសម្រាប់បញ្ហា ឬក្តីកង្វល់ជាមួយនឹង គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នក ឬ DHCS ដែលមិនមែនជាការបដិសេធ ការពន្យារពេល ការកាត់បន្ថយ ឬការបញ្ឈប់សេវាកម្មនោះទេ។

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខទៅកាន់គម្រោង គ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់កូនអ្នកផងដែរ សម្រាប់ បណ្តឹងទាក់ទងនឹងសេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រងរបស់ កូនអ្នក រួមទាំងគុណភាពនៃការថែទាំ ឬសិទ្ធិទទួល បានការថែទាំផងដែរ។

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

សម្ភារអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព (HCA)

HCA ផ្តល់ជំនួយតាមរយៈទូរសព្ទ ឬដោយផ្ទាល់ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកចុះឈ្មោះរបស់ Medi-Cal ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាព។ ពួកគេក៏អាចភ្ជាប់អ្នកទៅកាន់ធនធានដែលឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីជួយដោះស្រាយបញ្ហាផ្លូវច្បាប់ទាក់ទងនឹងការថែទាំសុខភាពផងដែរ។

- ទូរសព្ទ៖ 1-888-804-3536
- អនឡាញ៖ healthconsumer.org

ប្រអប់ទី 2

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាសេចក្តីសម្រេចមានភាពខុសឆ្គង



ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា Medi-Cal របស់កូនអ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់ដោយភាពខុសឆ្គង ឬកូនរបស់អ្នកត្រូវបានរកឃើញថាមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ដោយភាពខុសឆ្គង៖

- ចូរអនុវត្តតាមការណែនាំនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬ
- ស្វែងរកទីភ្នាក់ងារសេវាមនុស្សជាតិប្រចាំខោនធីនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកតាមរយៈគេហទំព័រ dhcs.ca.gov/COL

តើសិទ្ធិរបស់កូនអ្នកក្នុងការថែទាំដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal មានអ្វីខ្លះ?

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

ប្រព័ន្ធថែទាំដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងផ្សេងទៀតរួមមាន៖

- **សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស** សម្រាប់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលពឹងផ្អែកខ្លាំង តាមរយៈគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តដាច់ដោយឡែក។
- **ប្រព័ន្ធចែកចាយឱសថដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal** សម្រាប់ការព្យាបាលការញៀនគ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹង។
- **ការថែទាំសុខភាពធ្មេញស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រង** សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពធ្មេញនៅក្នុងខោនធី Los Angeles និងខោនធី Sacramento។ អាន **តារាងទី 1** នៅទំព័រទី 8។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបាន ឬការបន្តសេវាកម្មដែលអ្នកគិតថាគម្រោងណាមួយខាងលើគួរតែរាប់រងចូរអានចំណុចខាងក្រោម។ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង ចូរអានអំពី **ថ្ងៃសេវាកម្ម** នៅទំព័រទី 9។

តើអ្នកអាចធ្វើអ្វីបានប្រសិនបើមានការបដិសេធ ពន្យារពេល កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការថែទាំកូនរបស់អ្នកនៅក្នុងការថែទាំដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រង?

ដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នក។

អ្នកត្រូវតែចាប់ផ្តើមតាមរយៈការដាក់ពាក្យ **បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍** ជាមួយគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង។ ដើម្បីស្វែងរកគម្រោងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.dhcs.ca.gov/mmchpd។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តម្រូវឱ្យគម្រោងរបស់កូនអ្នកត្រួតពិនិត្យការបដិសេធ ការពន្យារពេល ការកាត់បន្ថយ ឬការបញ្ឈប់សេវាកម្មណាមួយដើម្បីស្វែងយល់ថា តើពួកគេយល់ព្រមជាមួយអ្នកឬអត់។ 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 ឬស្នើសុំឱ្យមាន សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ **មុនពេល** សេវាកម្មបញ្ឈប់ ឬត្រូវបានកាត់បន្ថយ។
- គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងត្រូវតែផ្តល់ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល **10** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន មុនពេលពួកគេមានគម្រោងបញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយសេវាកម្មសម្រាប់កូនរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការនិយាយថា សេវាកម្មដែលកូនរបស់អ្នកទទួលបានរួចហើយនឹងបញ្ឈប់ ឬត្រូវបានកាត់បន្ថយ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យកូនរបស់អ្នកបន្ត ទទួលបានសេវាកម្មក្នុងអំឡុងពេលនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា **ការបន្តនៃអត្ថប្រយោជន៍**។ ដើម្បី ស្វែងយល់អំពីរបៀបក្នុងការស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍នេះ ចូរអាន **ប្រអប់ទី 3** នៅលើទំព័រនេះ។
- គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នកត្រូវតែ ទទួលស្គាល់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ក្នុងរយៈពេល **5** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលពួកគេ ទទួលបានពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ គម្រោងនេះក៏ត្រូវតែប្រាប់ អ្នកពីឈ្មោះ លេខទូរសព្ទ និងអាសយដ្ឋានរបស់បុគ្គលនៅក្នុង គម្រោងដែលអាចប្រាប់អ្នកបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និង ស្ថានភាពនៃបណ្តឹងផងដែរ។ គម្រោងនេះត្រូវតែធ្វើសេចក្តី ម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល **30** ថ្ងៃតាម ប្រតិទិននៃការស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ នេះត្រូវបានគេហៅថាសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយ។
- ប្រសិនបើស្ថានភាពរបស់កូនអ្នកមានភាពបន្ទាន់ ហើយការរង់ចាំរយៈពេល 30 ថ្ងៃនឹងធ្វើឱ្យស្ថានភាពរបស់គេកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេច **រហ័ស** (លឿនជាងនេះ)។ សម្រាប់របៀបនៃការស្នើសុំនេះ ចូរអាន **ប្រអប់ទី 4** នៅលើទំព័រនេះ។
- អ្នកអាចទាក់ទងទៅគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នកជាមួយនឹងសំណួរអំពីការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់កូនអ្នកនៅពេល ណាក៏បាន។ សម្រាប់លេខទំនាក់ទំនង ចូរអាន **តារាងទី 1** នៅទំព័រទី 8។
- គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នកអាចរួមបញ្ចូលដំណើរការដែលគេហៅថា ក្រុមប្រឹក្សាត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឯករាជ្យ។ សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការរបស់កូនអ្នកនឹងពន្យល់ពីដំណើរការនេះ។ ប្រសិនបើគម្រោងថែទាំក្រោម ការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នកផ្តល់នូវដំណើរការនេះ វានឹងកើតឡើងបន្ទាប់ពីអ្នកបញ្ចប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់កូនអ្នក។ ដើម្បី ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីក្រុមប្រឹក្សាត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ចូរទូរសព្ទទៅក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891)។ ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <https://bit.ly/IMRCR>។

ប្រអប់ទី 4

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬសវនាការ យុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋរហ័ស (លឿនជាងនេះ)



ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកត្រូវការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬ សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋរហ័ស (លឿនជាង នេះ) ព្រោះតែអាយុជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាព ដំណើរការរបស់កូនអ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ ចូរ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-743-8525** ។

អ្នកអាចអានបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅណែនាំ សមាជិករបស់អ្នកអំពីរបៀបក្នុងការស្នើសុំ ដំណើរការរហ័ស។

សវនាការថ្នាក់រដ្ឋរបស់ Medi-Cal

ប្រសិនបើដំណើរការនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងត្រូវបានបញ្ចប់ ហើយអ្នកនៅតែមិន យល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់គម្រោង នោះអ្នកអាចស្នើសុំ **សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ** សម្រាប់កូនរបស់អ្នក។ អ្នក ក៏អាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ ប្រសិនបើគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នកមិនធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពី សិទ្ធិរបស់កូនអ្នកក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬមិនធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះក្នុងពេលវេលាមួយដ៏សមស្រប។

សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋគឺជាឱកាសមួយក្នុងការនិយាយនៅចំពោះមុខចៅក្រមដើម្បីពិនិត្យមើលសេចក្តីសម្រេចរបស់ គម្រោងថែទាំក្រោមគ្រប់គ្រងដែលអ្នកមិនយល់ស្រប។ ចៅក្រមដែលធ្វើការឱ្យក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ចនៃរដ្ឋ California មិនមែនសម្រាប់គម្រោងរបស់កូនអ្នកទេ។

- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋក្នុងរយៈពេល **120** ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកទទួលបាន សេចក្តីសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់កូនអ្នក។ ចៅក្រម ដែលមិនលំអៀងនឹងពិនិត្យលើករណីរបស់កូនអ្នក។ ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចដែលអ្នកបានស្នើសុំសវនាការបញ្ឈប់ សេវាកម្មដែលកូនរបស់អ្នកទទួលបានរួចហើយ អ្នកក៏អាចស្នើសុំការបន្តនៃអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់កូនរបស់អ្នកផង ដែរ។ ចូរអាន **ប្រអប់ទី 3** នៅទំព័រទី 5។
- អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋបានតាមរយៈទូរសព្ទ សំបុត្រ ទូរសារ ឬតាមអនឡាញ។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525។ ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ 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 **រហ័ស** (លឿនជាងនេះ)។ ចូរអាន **ប្រអប់ទី 4** នៅលើទំព័រទី 6។
- សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ចូរអានសេចក្តីជូនដំណឹងពីគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នក។ ឬ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525 ឬ ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.dhcs.ca.gov/fair-hearing។

ទាក់ទងទៅ Ombudsman

Ombudsman គឺជាបុគ្គលដែលធ្វើការឱ្យ DHCS (ភ្នាក់ងារ Medi-Cal របស់រដ្ឋ)។ ការងាររបស់គេគឺជួយអ្នក និងកូនរបស់អ្នកឱ្យធ្វើការជាមួយគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នក។ ពួកគេនឹងស្តាប់និងជួយឆ្លើយសំណួរនានារបស់អ្នក។ ពួកគេក៏នឹងពិនិត្យមើលបញ្ហារបស់អ្នក ពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងណែនាំអំពីជម្រើសនានាជាមួយនឹងអ្នក។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់ Ombudsman នៅពេលណាក៏បាន។ នេះរាប់បញ្ចូលទាំងពេលដែលកូនរបស់អ្នកបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹង ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ឬបានដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ។ Ombudsman គឺសម្រាប់តែអ្នកដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកអាចទាក់ទងទៅ Ombudsman តាមរយៈ៖

- ទូរសព្ទ៖ 1-888-452-8609
- អ៊ីមែល៖ MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
» កុំទុកព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងអ៊ីមែល។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមទៀតអំពី Ombudsman សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.dhcs.ca.gov/ombudsman។

ចុះប្រសិនបើអ្នកមិនសប្បាយចិត្តនឹងការថែទាំរបស់កូនអ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង?

ដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ

ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតបានព្យាបាលកូនរបស់អ្នកមិនល្អ ឬខ្លីខ្លា ឬអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ឬអ្នកមិនអាចរកវេជ្ជបណ្ឌិតបានទេ អ្នកអាចដាក់បញ្ជូនពាក្យ **បណ្តឹងសាទុក្ខ** សម្រាប់កូនរបស់អ្នកបាន។ បណ្តឹងសាទុក្ខគឺសម្រាប់ភាពមិនយល់ស្របលើអ្វីដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋមិនគ្របដណ្តប់។ បណ្តឹងសាទុក្ខគឺសម្រាប់បញ្ហា ឬកង្វល់ដែល មិន បដិសេធ ពន្យារពេល កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់សេវាកម្មណាមួយរបស់កូនអ្នក។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខទៅកាន់គម្រោងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់កូនអ្នកផងដែរ សម្រាប់បណ្តឹងទាក់ទងនឹងសេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រងរបស់កូនអ្នក រួមទាំងគុណភាពនៃការថែទាំ ឬសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំផងដែរ។

- អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខសម្រាប់កូនរបស់អ្នកបានគ្រប់ពេលវេលា។ អ្នកអាចដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខតាមទូរសព្ទ ឬសរសេរតាមឡាញ ឬតាមប្រៃសណីយ៍។ ដើម្បីដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ ចូរទាក់ទងគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នក។ សម្រាប់លេខទំនាក់ទំនង ចូរអាន **តារាងទី 1** នៅទំព័រទី 8។
- គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នកត្រូវតែទទួលស្គាល់បណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល **5** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលគម្រោងទទួលបានពាក្យបណ្តឹង។ នេះត្រូវតែរួមបញ្ចូលឈ្មោះលេខទូរសព្ទ និងអាសយដ្ឋានរបស់បុគ្គលនៅក្នុងគម្រោង ដែលអាចប្រាប់អ្នកបន្ថែមអំពីបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់កូនអ្នក និងស្ថានភាពនៃបណ្តឹងនោះ។
- គម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់កូនអ្នកមានរយៈពេល **30** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ ដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់កូនអ្នក។

តើអ្នកគួរទាក់ទងទៅអ្នកណាសម្រាប់សំណួរ?

តារាងទី 1

ទិដ្ឋភាពទូទៅ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងអំពីប្រព័ន្ធចែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង

ការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal (MCMC)

កុមារភាគច្រើនទទួលបានសេវាទាំងនេះភាគច្រើនតាមរយៈគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង៖

- តម្រូវការសុខភាពរាងកាយ ដូចជាការពិនិត្យសុខភាព និងការចាក់ថ្នាំកូន
- តម្រូវការសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលមិនមែនឯកទេស ដូចជាការព្យាបាល និងប្រើប្រាស់ឱសថ
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំ

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនទទួលបានសេវាចាំបាច់ ឬមានកង្វល់ណាមួយ ចូរទូរសព្ទទៅគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងនៃ Medi-Cal របស់កូនអ្នក។ លេខទូរសព្ទរបស់គម្រោងគឺមាននៅលើបណ្ណសម្គាល់នៃគម្រោងរបស់កូនអ្នក។ លេខទូរសព្ទក៏មាននៅលើគេហទំព័ររបស់គម្រោងផងដែរ។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកលេខទូរសព្ទរបស់ពួកគេតាមរយៈគេហទំព័រ www.dhcs.ca.gov/mmchpd បានផងដែរ។ ឬ ទូរសព្ទទៅលេខ 916-449-5000។

សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស (SMHS)

កុមារមួយចំនួនដែលត្រូវការសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស ដូចជាការថែទាំស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ ទទួលបានការថែទាំនេះតាមរយៈសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស។ ខោនធីនីមួយៗមានគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្ត។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនទទួលបានសេវាចាំបាច់ ឬមានកង្វល់ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីរបស់កូនអ្នក។ អ្នកអាចស្វែងរកលេខទូរសព្ទតាមរយៈគេហទំព័រ www.dhcs.ca.gov/CMHP។

ប្រព័ន្ធចែកចាយឱសថដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal (DMC-ODS)

កុមារដែលត្រូវការសេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ដូចជាការព្យាបាលការញៀនគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង រួមទាំងការប្រឹក្សា និងការព្យាបាលតាមគ្លីនិកផ្សេងទៀត ដូចជាការព្យាបាលតាមគេហដ្ឋាននៃការញៀនគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល នៅពេលចាំបាច់ ទទួលបានការថែទាំនេះតាមរយៈប្រព័ន្ធចែកចាយឱសថដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal។ ខោនធីនីមួយៗមានគម្រោង DMC-ODS ឬស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង Drug Medi-Cal។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី Drug Medi-Cal ចូរអាន **តារាងទី 2** នៅទំព័រទី 11។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនទទួលបានសេវាចាំបាច់ ឬមានកង្វល់ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង DMC-ODS របស់កូនអ្នក។ ស្វែងរកលេខទូរសព្ទតាមរយៈគេហទំព័រ www.dhcs.ca.gov/sud-cal។

ការថែទាំសុខភាពធ្មេញក្រោមការគ្រប់គ្រង (Dental MC)

កុមារមួយចំនួនដែលរស់នៅក្នុងខោនធី Los Angeles ឬខោនធី Sacramento ទទួលបានសេវាសុខភាពធ្មេញ រួមទាំងការពិនិត្យ និងសម្អាតធ្មេញពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ និងការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ តាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពធ្មេញក្រោមការគ្រប់គ្រង។ កុមារដែលរស់នៅក្នុងខោនធីផ្សេងទៀតទាំងអស់ទទួលបានការថែទាំសុខភាពធ្មេញរបស់ពួកគេតាមរយៈថ្លៃឈ្នួលតាមការប្រើប្រាស់សេវាសម្រាប់សុខភាពធ្មេញ (Dental FFS)។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី Dental FFS ចូរអាន **តារាងទី 2** នៅទំព័រទី 11។

ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងខោនធី Los Angeles ឬខោនធី Sacramento ហើយកូនរបស់អ្នកមិនទទួលបានសេវាដែលត្រូវការ ឬមានកង្វល់ណាមួយ ចូរទូរសព្ទទៅគម្រោង Dental MC របស់កូនអ្នក។ លេខទូរសព្ទក៏មាននៅលើបណ្ណសម្គាល់ 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 ក៏ត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជា Medi-Cal “ធម្មតា”។ កុមារនៅក្នុង FFS ទទួលបានការថែទាំរបស់ពួកគេតាមរយៈ DHCS (ទីភ្នាក់ងារ Medi-Cal របស់រដ្ឋ)។ មិនមានការចូលរួមពីគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងនោះទេ។ FFS រួមបញ្ចូល Medi-Cal FFS សម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវកាយ និងសំណុំនៃសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តមានកំណត់ដែលត្រូវបានគេហៅថា “សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តមិនឯកទេស” Drug Medi-Cal សម្រាប់សេវាព្យាបាលការញៀនគ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹង Dental FFS សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពធ្មេញ និង Medi-Cal Rx សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម ចូរអាន **តារាងទី 2** នៅទំព័រទី 11។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបាន ឬបន្តសេវាកម្មដែលអ្នកគិតថា DHCS គួរតែរ៉ាប់រង ចូរអានចំណុចខាងក្រោម។ ទោះបីជាកូនរបស់អ្នកមិនស្ថិតក្នុងគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងក៏ដោយ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកត្រូវការការថែទាំសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តឆ្លងឆ្នាំ កូនរបស់អ្នកនឹងទទួលបានការថែទាំនេះតាមរយៈគម្រោងសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម និងស្វែងរកកន្លែងដែលត្រូវហៅរកជំនួយពីគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខោនធី ចូរអាន **តារាងទី 1** នៅទំព័រទី 8។

តើអ្នកអាចធ្វើអ្វីបាន ប្រសិនបើការថែទាំកូនរបស់អ្នកនៅក្នុង FFS ត្រូវបានពន្យារពេល បដិសេធ កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់?

សវនាការថ្នាក់រដ្ឋរបស់ 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** នៅលើទំព័រនេះ។
- អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋបានតាមរយៈទូរសព្ទ សំបុត្រ ទូរសារ ឬតាមអនឡាញ។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525។ ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.cdss.ca.gov/hearing-requests។

ប្រអប់ទី 5

របៀបស្នើសុំ ការបន្តនៃអត្ថប្រយោជន៍ នៅក្នុងថ្លៃឈ្នួលតាមការប្រើប្រាស់សេវា



ប្រសិនបើការជូនដំណឹងនេះនិយាយថាសេវាដែលកូនរបស់អ្នកទទួលបានរួចហើយនឹងបញ្ឈប់ ឬត្រូវបានកាត់បន្ថយ អ្នកក៏អាចស្នើសុំ **ការបន្តនៃអត្ថប្រយោជន៍** (ក៏ហៅផងដែរថា “ការរង់ចាំជំនួយដែលបានបង់”) ក្នុងអំឡុងពេលនៃសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ។

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

- អ្នកមានសិទ្ធិនាំយកមនុស្សម្នាក់មកតំណាងឱ្យអ្នកនៅក្នុងសវនាការបាន។ អ្នកអាចនាំមិត្ត ភាគីសាច់ញាតិ មេធាវី ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកជ្រើសរើស។ សម្រាប់ជំនួយផ្លូវច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ ចូរអាន **របៀបទទួលបានជំនួយ** នៅទំព័រទី 4។
- អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋទេ។ សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋគឺឥតគិតថ្លៃ។
- រដ្ឋមានរយៈពេល **90 ថ្ងៃ**តាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ ថ្នាក់រដ្ឋរបស់កូនអ្នកដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកត្រូវការសេវាកម្មភ្លាមៗ ហើយការរង់ចាំរយៈពេល 90 ថ្ងៃនឹងធ្វើឱ្យស្ថានភាពរបស់គេកាន់តែអាក្រក់ទៅ អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេច **រហ័ស** (លឿនជាងនេះ)។ ចូរអាន **ប្រអប់ទី 6** នៅលើទំព័រនេះ។
- សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ចូរអានសេចក្តីជូនដំណឹងដែលកូនរបស់អ្នកទទួលបានពី DHCS។ ឬ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525។ ឬ ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.dhcs.ca.gov/fair-hearing។

ប្រអប់ទី 6

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋរហ័ស (លឿនជាងនេះ)

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



ចុះប្រសិនបើអ្នកមិនសប្បាយចិត្តនឹងការថែទាំរបស់កូនអ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការថែទាំនៅក្នុង FFS?

ដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ

ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតបានព្យាបាលកូនរបស់អ្នកមិនល្អ ឬខ្លីខ្លា ឬអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ឬអ្នកមិនអាចរកវេជ្ជបណ្ឌិតបានទេ អ្នកអាចដាក់បញ្ជូនពាក្យ **បណ្តឹងសាទុក្ខ** សម្រាប់កូនរបស់អ្នកបាន។ បណ្តឹងសាទុក្ខគឺសម្រាប់ភាពមិនយល់ស្របលើអ្វីដែលសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋមិនគ្របដណ្តប់។ បណ្តឹងសាទុក្ខគឺសម្រាប់បញ្ហា ឬកង្វល់ដែល **មិន** បដិសេធ ពន្យារពេល កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់សេវាកម្មណាមួយរបស់កូនអ្នក។

- អ្នកអាចដាក់បញ្ជូនបណ្តឹងសាទុក្ខសម្រាប់កូនរបស់អ្នកសម្រាប់ Drug Medi-Cal, Dental FFS ឬ Medi-Cal Rx បានគ្រប់ពេលវេលា។ អ្នកអាចដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខតាមទូរសព្ទ ឬសរសេរតាមឡាញ ឬតាមប្រៃសណីយ៍។ ដើម្បីដាក់បញ្ជូនបណ្តឹងសាទុក្ខ ចូរទាក់ទងទៅ Drug Medi-Cal, Dental FFS ឬ Medi-Cal Rx។ សម្រាប់លេខទំនាក់ទំនង ចូរអាន **តារាងទី 2** នៅទំព័រទី 11។ **មិនមាន** ដំណើរការសាទុក្ខសម្រាប់ Medi-Cal FFS សម្រាប់សេវាសុខភាពរាងកាយ និងសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលមិនមែនឯកទេសនោះទេ។
- DHCS ត្រូវតែទទួលស្គាល់បណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល **5 ថ្ងៃ**តាមប្រតិទិន គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលគម្រោងទទួលបានពាក្យបណ្តឹង។ វាត្រូវតែរួមបញ្ចូលឈ្មោះ លេខទូរសព្ទ និងអាសយដ្ឋានរបស់បុគ្គលនៅ DHCS ដែលអាចប្រាប់អ្នកបន្ថែមអំពីបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់កូនអ្នក និងស្ថានភាពនៃបណ្តឹងនោះ។
- DHCS មានរយៈពេល **30 ថ្ងៃ**តាមប្រតិទិន ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ ដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់កូនអ្នកសម្រាប់ Dental FFS និង Medi-Cal Rx។ Drug Medi-Cal មានរយៈពេល **90 ថ្ងៃ**តាមប្រតិទិនដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់កូនអ្នក។

តើអ្នកគួរទាក់ទងទៅអ្នកណាសម្រាប់សំណួរ?

តារាងទី 2

ទិដ្ឋភាពទូទៅ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងអំពីថ្លៃឈ្នួលតាមការប្រើប្រាស់សេវា

ថ្លៃឈ្នួលតាមការប្រើប្រាស់សេវារបស់ Medi-Cal (Medi-Cal FFS)

កុមារមួយចំនួន ដូចជាកុមារខ្លះនៅក្នុងការថែទាំកូនចិញ្ចឹម ទទួលបានសេវាសុខភាពរាងកាយរបស់ពួកគេតាមរយៈ Medi-Cal FFS។

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

Drug Medi-Cal (DMC)

កុមារដែលត្រូវការសេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ដូចជាការព្យាបាលការញៀនគ្រឿងញៀន ឬ គ្រឿងស្រវឹង រួមទាំងការប្រឹក្សា និងការព្យាបាលតាមគ្លីនិកផ្សេងទៀត ដូចជាការព្យាបាលតាមគេហដ្ឋាននៃការញៀន គ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងសម្រាប់អ្នកជំងឺស្លាក់ព្យាបាល នៅពេលចាំបាច់ ទទួលបានការថែទាំនេះតាមរយៈ Drug Medi-Cal។ ខោនធីនីមួយៗមានគម្រោង DMC-ODS ឬស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង DMC។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី DMC-ODS ចូរអាន **តារាងទី 1** នៅទំព័រទី 8។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះទេ ឬមានការព្រួយបារម្ភ ចូរទូរសព្ទទៅកម្មវិធី DMC របស់ កូនអ្នក។ ដើម្បីស្វែងរកលេខទូរសព្ទ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.dhcs.ca.gov/sud-cal។

ថ្លៃឈ្នួលតាមការប្រើប្រាស់សេវាសម្រាប់សុខភាពធ្មេញ (Dental FFS)

កុមារភាគច្រើនទទួលបានសេវាសុខភាពធ្មេញនៃ Medi-Cal របស់ពួកគេតាមរយៈ Dental FFS។ សេវានេះ រួមបញ្ចូលទាំងការពិនិត្យ និងសម្អាតធ្មេញពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ និងការថែទាំសុខភាពធ្មេញ។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនទទួលបានសេវាទាំងនេះ ឬមានកង្វល់ណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-322-6384។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ smilecalifornia.org។

Medi-Cal Rx

កុមារទទួលបានសេវាឱសថស្ថាននៃ Medi-Cal របស់ពួកគេតាមរយៈ Medi-Cal Rx។ ទាំងនេះរួមមានឱសថមាន វេជ្ជបញ្ជា និងឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្លាក់ព្យាបាល ផលិតផលអាហារូបត្ថម្ភបញ្ចូលតាម ពោះវៀន ដូចជាបំពង់បញ្ចូលអាហារ និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះទេ ឬមានការព្រួយបារម្ភ ចូរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-977-2273។ ស្វែងយល់បន្ថែមតាមរយៈគេហទំព័រ <https://bit.ly/3D1rQFV>។



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**를 요청하거나 **고충 민원**을 제출할 권리가 있습니다. 이러한 조치를 취하는 데 따른 불이익은 없습니다.

이러한 항소, 주정부 공정 심리 또는 고충 민원 제기의 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 4페이지에 명시된 전화번호로 HCA(Health Consumer Alliance)에 전화해 문의하시기 바랍니다. 통지서를 받지 않았더라도 항소할 수 있습니다. 항소 방법, 주 청문회 요청 또는 불만 제기 방법을 알아보려면 나머지 페이지를 읽어주세요.

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

고충 민원은 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.

또한 진료의 질 또는 진료에 대한 접근성을 포함하여 자녀의 보장 서비스 관련 고충에 대해 자녀의 Managed Care 플랜에 고충민원을 제출할 수도 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

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

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/COL에서 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/mmchpd를 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 이 페이지의 **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 이 페이지의 **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 심리가 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 날로부터 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**를 읽어보십시오.
- 전화, 우편, 팩스 또는 온라인으로 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 1-800-743-8525로 전화하십시오. 또는 www.cdss.ca.gov/hearing-requests를 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. 6페이지의 **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-hearing을 방문하십시오.

옴부즈맨에게 연락하기

옴부즈맨은 DHCS(주 Medi-Cal 기관)에서 근무하는 사람들로, 귀하와 귀하의 자녀가 Managed Care 플랜과 협력할 수 있도록 지원하는 역할을 하고 있습니다. 옴부즈맨은 귀하가 질문에 대한 답을 얻을 수 있도록 지원하며, 문제를 검토하고, 혜택을 설명하며, 다양한 선택지를 제안해 드립니다 언제든지 옴부즈맨에 전화하실 수 있습니다. 자녀가 통지를 받은 경우, 항소를 제기한 경우, 주 청문회를 요청했거나 불만을 제기한 경우 등이 이에 해당합니다. 옴부즈맨은 Managed Care 플랜 가입자만을 위해 일합니다.

다음 연락처로 옴부즈맨에게 연락할 수 있습니다.

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

옴부즈맨에 대해 자세히 알아보려면 www.dhcs.ca.gov/ombudsman을 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. 또한 진료의 질 또는 진료에 대한 접근성을 포함하여 자녀의 보장 서비스 관련 고충에 대해 자녀의 Managed Care 플랜에 고충민원을 제출할 수도 있습니다.

- 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/mmchpd에서도 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/CMHP에서 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-cal에서 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 2를 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 1을 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. 이 페이지의 **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-requests를 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. 이 페이지의 **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-hearing을 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-cal을 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.org를 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.



ກະລຸນາຮັກສາ!

ຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນເພື່ອຊ່ວຍເດັກນ້ອຍແລະ
ໄວໜຸ່ມເຖິງອາຍຸ 21 ໄດ້ຮັບການດູແລ
ງທົດທີ່ເຂົາເຈົ້າຕ້ອງການ

ມີການບໍລິການປະເພດໃດແດ່ທີ່ເດັກນ້ອຍ ແລະ ຊາວໜຸ່ມ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບ ເມື່ອເຂົາເຈົ້າເຖິງກະສຽນອາຍຸທີ່ໄດ້ຮັບນະໂຍບາຍ Medi-Cal?

ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ, ເດັກນ້ອຍ ແລະ ຊາວໜຸ່ມທຸກຜູ້ທີ່ມີກະສຽນ
ອາຍຸເຖິງ 21 ປີ ຈະຕ້ອງໄດ້ລົງທະບຽນຮັບນະໂຍບາຍ Medi-Cal ຈຶ່ງຈະມີສິດທີ່ຈະກວດພະຍາດ ແລະ ການປ້ອງກັນ
ແລະ ອື່ນໆເປັນປົກກະຕິ. ການບໍລິການ ການປິ່ນປົວພະຍາດ ທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອການເປັນຢູ່ ຫຼື ມີສຸຂະພາບດີ.

ສິດທິດັ່ງກ່າວນີ້ແມ່ນເປັນທີ່ຮູ້ຈັກກັນໃນເຊິ່ງກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງໂດຍເປັນເງື່ອນໄຂທາງດ້ານການກວດ, ການວິນິດໄສ ແລະ ການປິ່ນປົວທີ່ເກີດຂຶ້ນກ່ອນ
ກຳນົດ ແລະ ເປັນໄລຍະ (EPSDT). ໂດຍຮັບປະກັນວ່າເດັກນ້ອຍທຸກຄົນທີ່ລົງທະບຽນໃນໂຍບາຍ Medi-Cal ຈະໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຕາມທີ່ເຂົາເຈົ້າຕ້ອງການ
ເພື່ອເຕີບໃຫຍ່ໂດຍໃຫ້ມີສຸຂະພາບດີເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້. ໃນລັດ ຄາລິຟໍເນຍ, EPSDT ຖືກຮຽກວ່າ **Medi-Cal ສໍາລັບເດັກ ແລະ ໄວລຸ່ນ**.

ເປັນການບໍລິການ **ໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ**, ຈົນກວ່າວ່າລູກ ຫຼື ຄົນໜຸ່ມສາວເຫຼົ່ານັ້ນສາມາດແຊຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໄດ້ ເມື່ອພວກເຂົາມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ນະໂຍບາຍ Medi-Cal.

ນະໂຍບາຍ Medi-Cal ສໍາລັບເດັກນ້ອຍ ແລະ ໄວລຸ່ນຕ້ອງກວມເອົາການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຖ້າມີຄວາມຈໍາເປັນ, ໂດຍບໍ່ຈໍາກັດ:

- ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງດ້ານກາຍະພາບ, ລວມທັງການດູແລປະຖົມພະຍາບານເບື້ອງຕົ້ນ ແລະ ການໄປພົບທ່ານໝໍຜູ້ຊ່ຽວຊານ
- ບໍລິການດ້ານສາຍຕາ, ລວມທັງແວ່ນຕາ
- ບໍລິການໄດ້ຍິນສຽງ
- ບໍລິການ ກວດເຊັກ ແລະ ຕິດຕາມສຸຂະພາບແຂ້ວ
- ການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດ ແລະ ສິ່ງເສບຕິດ ຫຼື ການຕິດເຫຼົ້າ, ລວມທັງການປິ່ນປົວ
- ການປິ່ນປົວທາງດ້ານກາຍະພາບ, ອາຊີບ, ແລະ ການປາກເວົ້າ
- ອຸປະກອນການແພດ ແລະ ການສະໜອງອຸປະກອນທາງການແພດ, ເຊັ່ນ: ຕັງເລື່ອນ, ລວມທັງອຸປະກອນການແພດທີ່ໃຊ້ເປັນໄລຍະ
- ການໃຊ້ຢາ, ທັງການຮັບຢາທີ່ເຄົາຕີ ແລະ ຮັບຢາຕາມໃບສັ່ງ
- ການກວດໃນຫ້ອງທົດລອງ, ລວມທັງການກວດເລືອດເພື່ອກວດລະດັບສານສານຕົກຄ້າງ ແລະ ການກວດເຊື້ອພະຍາດຕິດເຊື້ອທາງເພດສໍາພັນ (STI) ແລະ
ຕິດຕາມດູແລທີ່ຈໍາເປັນ.
- ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢູ່ທີ່ບ້ານ, ລວມທັງການດູແລດ້ານພະຍາບານ
- ການປິ່ນປົວໃນໂຮງຫມໍ ແລະ ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວຕ່າງໆ
- ການບໍລິການສຸຂະພາບດ້ານຈະເລີນພັນ ແລະ ທາງເພດສໍາພັນ ເຊັ່ນ: ການຄຸມກຳເນີດ ແລະ ການທຳແທ້ງ
- ກວດເຊັກການຖືພາ
- ກວດເຊັກ ແລະ ໃຫ້ການປິ່ນປົວ COVID-19
- ການປະສານງານກັບຄະນະໃຫ້ການດູແລ, ຖ້າລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນນະໂຍບາຍໃຫ້ການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ
- ການບໍລິການທາງການແພດທີ່ຈໍາເປັນຕ່າງໆທັງໝົດທີ່ສາມາດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ນະໂຍບາຍ Medi-Cal (ຮຽກວ່າ “ການບໍລິການທີ່ມີ
ຄວາມຈໍາເປັນທາງການແພດ”) ຕາມການກຳນົດໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ.



ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຈົດໝາຍສະບັບນີ້ ຫຼື ເອກະສານກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍ Medi-Cal ໃນຮູບແບບອື່ນ ເຊັ່ນ: ຕົວອັກສອນທີ່ໃຫຍ່
ກວ່າ, ສຽງ, CD, ຫຼື ຕົວອັກສອນນູນ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-833-284-0040.

ເດັກນ້ອຍ ແລະ ຊາວໜຸ່ມມີສິດໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງ, ເຊັ່ນ:

- ການຂີ່ລົດ ໄປ-ມາ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕາມນັດໝາຍ ຫຼື ໄປຮັບຢ່າ, ອຸປະກອນການແພດ ແລະ ການສະໜອງ
- ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນໃນການນັດໝາຍທາງດ້ານການແພດ
- ຊ່ວຍຊອກຫາທ່ານຫມໍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ
- ການບໍລິການແປພາສາ (ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເອົານາຍແປພາສາຂອງທ່ານໄປ ເອງ ໃນການໄປພົບນາຍແພດ)

ຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ“ໝາຍເຖິງຫຍັງ”?

ສຳລັບເດັກນ້ອຍ ແລະ ຊາວໜຸ່ມ, ຈຳເປັນທາງດ້ານການແພດ ໝາຍເຖິງການບໍລິການປິ່ນປົວທີ່ຈຳເປັນ, ແກ້ໄຂ, ຈັດການ ຫຼື ຟື້ນຟູ ສະພາບການເຈັບເປືອຍ ຫຼື ດ້ານສຸຂະພາບ.

ປົກກະຕິແລ້ວທ່ານໝໍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ການດູດ້ານແລສຸຂະພາບຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານຈະພິຈາລະນາເຖິງທີ່ທີ່ຕ້ອງການທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດ.

ບາງບໍລິການອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ. ຖ້າຫາກການບໍລິການນັ້ນມີຄວາມຈຳເປັນທາງດ້ານການປິ່ນປົວສຳລັບເດັກນ້ອຍ ຫຼື ໄວໜຸ່ມໃນໃນເກນອາຍຸ 21 ປີ, ຈຳນວນການບໍລິການ ຫຼື ການປິ່ນປົວບໍ່ສາມາດຖືກຈຳກັດ. ຍົກຕົວຢ່າງ, ເດັກນ້ອຍຈະບໍ່ຖືກຈຳກັດພຽງແຕ່ແວຕາຄູ່ໜຶ່ງຕໍ່ທຸກໆສອງປີ. ຖ້າຫາກເດັກນ້ອຍນັ້ນມີແຜ່ນຢູ່ແຕ່ຍັງມີບັນຫາໃນການເບິ່ງເຫັນ, ເຂົາເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບໃບສັງຈາກແພດຄືນໃໝ່ ແລະ ໄດ້ຮັບແຜ່ນຕາໃໝ່ເມື່ອເຫັນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນ.

ຫ້ອງທີ 1

Medi-Cal ຂອງລູກທ່ານ



ເດັກນ້ອຍ ແລະ ໄວໜຸ່ມໃນນະໂຍບາຍ Medi-Cal ຈະໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດຂອງຕົນໃນສອງວິທີນີ້ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1. **ການດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ** ໂດຍແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ແຜນດູແລດ້ານສຸຂະພາບຈິດ, ຫຼື ແຜນດູແລສຸຂະພາບແຂ້ວ, ຫຼື
2. **ຄຳບໍລິການ** ໂດຍພະແນກບໍລິການການດູແລສຸຂະພາບຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ (DHCS), ອົງການຄຸ້ມຄອງແຜນນະໂຍບາຍ Medi-Cal ຂອງລັດ

ເອກະສານນີ້ອະທິບາຍວ່າຈະເຮັດແນວໃດຖ້າເດັກ ຫຼື ໄວໜຸ່ມທີ່ລົງທະບຽນແລ້ວບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນໂດຍຜ່ານ **ການດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຄຳບໍລິການ**. ອະທິບາຍວິທີການ:

- ການຍື່ນອຸທອນ
- ການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ
- ສົ່ງຄຳຮ້ອງທຸກ

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຮັບການບໍລິການ ຫຼື ຄຳຖາມກ່ຽວກັບສິດທິປະໂຫຍດຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາສາຍດ່ວນເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສະມາຊິກຄະນະຄຸ້ມຄອງນະໂຍບາຍ Medi-Cal ທີ່ເບີ **1-800-541-5555**.

ທ່ານຄວນເຮັດແນວໃດຖ້າຫາກການດູແລລູກຂອງທ່ານ ຖືກປະຕິເສດ, ຊັກຊ້າ, ຫຼຸດລົງ, ຫຼື ຖືກຢຸດເຊົາ?

ຖ້າຫາກການດູແລລູກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ, ຊັກຊ້າ, ຫຼຸດລົງ, ຫຼື ຖືກຢຸດເຊົາ ແລະ ທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນຫນັງສືແຈ້ງການຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດສະເໜີໃຫ້ມີການທົບທວນຄືນ ແລະ ຍົກເລີກການຕັດສິນໃຈດັ່ງກ່າວ.

ນີ້ແມ່ນເພື່ອເປັນການສະຫນັບສະຫນູນລູກຫຼານຂອງທ່ານເພື່ອທີ່ຈະໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລຕາມທີ່ພວກເຂົາຕ້ອງການ ແລະ ມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບ. ລູກຫຼານຂອງທ່ານມີສິດຍື່ນຄໍາອຸທອນ, ຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີ **ການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ**, ຫຼື **ສົ່ງ ຄໍາຮ້ອງທຸກ**. ບໍ່ມີການລົງໂທດໃດໆສໍາລັບການດໍາເນີນການເຫຼົ່ານີ້.

ບໍ່ວ່າຈະເປັນການອຸທອນຂອງທ່ານ, ການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ, ຫຼື ການຮ້ອງທຸກຈະສໍາເລັດ ຫຼື ບໍ່, ການຄຸ້ມຄອງດ້ານນະໂຍບາຍ Medi-Cal ຂອງລູກຫຼານທ່ານຈະ ບໍ່ ສິ້ນສຸດເພາະວ່າທ່ານໄດ້ດໍາເນີນການຕ່າງໆເຫຼົ່ານີ້.

ວິທີການຍື່ນອຸທອນ, ຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ, ຫຼື ຈັດສົ່ງຄໍາຮ້ອງທຸກ

ອ່ານຫນັງສືແຈ້ງການ. ຖ້າຫາກແຜນນະໂຍບາຍການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ, DHCS (ອົງການ Medi-Cal ຂອງພາກລັດ), ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະຕິເສດ, ຫຼຸດລົງ, ຫຼື ຢຸດການບໍລິການແກ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານ, ເຂົາເຈົ້າຈະຕ້ອງສົ່ງແຈ້ງການການປະຕິບັດດັ່ງກ່າວເປັນລາຍລັກອັກສອນ (ຍັງຮຽກວ່າ “ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການໍາຈາລະນາດ້ານຜົນປະໂຫຍດທາງລົບ”) ກັບການຕັດສິນໃຈຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບແຈ້ງການນີ້ຢ່າງໜ້ອຍ**10** ມື້ກ່ອນທີ່ການປິ່ນປົວ ຫຼື ການບໍລິການຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານຈະຖືກຫຼຸດລົງ ຫຼື ຖືກຢຸດເຊົາ. ແຈ້ງການໄດ້ອະທິບາຍວ່າ:

- ເປັນຫຍັງ ແລະ ເຫດໃດ ທີ່ແຜນໃນການດູແລທີ່ຄຸ້ມຄອງຂອງລູກຫຼານທ່ານ ຫຼື DHCS ຈຶ່ງຖືກພິຈາລະນາ
- ສິດທິລູກຂອງທ່ານ
- ວິທີການຍື່ນອຸທອນ ຫຼື ຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນ, ເປັນສິ່ງສໍາຄັນທີ່ຈະຕ້ອງໄດ້ຍື່ນອຸທອນ **ກ່ອນ** ການບໍລິການຖືກຢຸດເຊົາ ຫຼື ຖືກຫຼຸດລົງເພື່ອໃຫ້ເຂົາເຈົ້າສາມາດສືບຕໍ່ໃນລະຫວ່າງການອຸທອນ ຫຼື ລະຫວ່າງການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ.

ບໍ່ຖ້າທ່ານ ໄດ້ ໄດ້ຮັບແຈ້ງການ, ໂທຫາ ໜ່ວຍງານຮັບຜິດຊອບຜູ້ຊົມໃຊ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ (HCA) ຕາມເບີໂທໃນໜ້າທີ 4. ທ່ານຍັງສາມາດປະກອບຄໍາຮ້ອງເພື່ອຍື່ນອຸທອນໄດ້ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບແຈ້ງການ. ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີຍື່ນອຸທອນ, ຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ ຫຼື ສົ່ງຄໍາຮ້ອງທຸກ, ອ່ານໜ້າທີ່ເຫຼືອ.

ການອຸທອນ ຕ້ອງການແຜນການດູແລລູກຫຼານຂອງທ່ານເພື່ອທົບທວນຄືນຕໍ່ກັບການປະຕິເສດການບໍລິການ, ການຊັກຊ້າ, ການຫຼຸດຜ່ອນ ຫຼື ການຢຸດເຊົາການບໍລິການເພື່ອຊອກຮູ້ ສາເຫດວ່າພວກເຂົາເຫັນດີກັບທ່ານຫຼືບໍ່.

ການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ ຈະເປັນໂອກາດມີການປຶດສາຫຼັກກັບຜູ້ພິພາກສາເພື່ອທົບທວນຄືນການຕັດສິນຕໍ່ກັບແຜນການດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຄະນະຄຸ້ມຄອງແຜນ DHCS (ອົງການຄຸ້ມຄອງແຜນນະໂຍບາຍ Medi-Cal ຂອງພາກລັດ) ຕາມທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີນໍາ.

ຄໍາຮ້ອງທຸກ ແມ່ນຈະໃຊ້ສະເພາະເລື່ອງຕ່າງໆທີ່ທ່ານບໍ່ພໍໃຈ ຫຼື ບໍ່ເຫັນດີກັບການອຸທອນ ຫຼື ການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດແຜນນະໂຍບາຍບໍ່ໄດ້ກວມເອົາ. ໝາຍເຖິງບັນຫາ ຫຼື ຄວາມກັງວົນໃຈກ່ຽວກັບແຜນການດູແລທີ່ໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ ຫຼື DHCS ທີ່ບໍ່ໄດ້ທໍາການການປະຕິເສດ, ການຊັກຊ້າ, ການຫຼຸດຜ່ອນ ຫຼື ມີການຢຸດເຊົາໃຫ້ການບໍລິການ.

ທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງຄໍາຮ້ອງທຸກໃຫ້ແຜນການດູແລທີ່ມີການຈັດການຂອງລູກຫຼານເພື່ອສະແດງຄວາມບໍ່ພໍໃຈທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງຂອງລູກທ່ານ, ລວມທັງຄຸນນະພາບການດູແລ ຫຼື ການເຂົ້າເຖິງການດູແລ.

ວິທີການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ

ສາຍຕົງເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສະມາຊິກ Medi-Cal

ສາຍຊ່ວຍເຫຼືອສະມາຊິກ Medi-Cal ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຟຣີ. ເຂົາເຈົ້າສາມາດເຊື່ອມໂຍງທ່ານກັບຫ້ອງການ Medi-Cal ປະຈຳຢູ່ທີ່ຖິ່ນຂອງທ່ານ, ແຜນການດູແລທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ, ຫຼື ກັບຊັບພະຍາກອນ Medi-Cal ອື່ນໆເພື່ອຊ່ວຍຕອບຂໍ້ຊັກຖາມຂອງທ່ານກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍ Medi-Cal.

- ໂທລະສັບ: 1-800-541-5555
- ຜ່ານທາງອອນລາຍ: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

ຄະນະຄຸ້ມຄອງຜູ້ໃຊ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ (HCA)

ຄະນະ HCA ຈະໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງໂທລະສັບ ຫຼື ດ້ວຍຕົນເອງໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າແກ່ຜູ້ລົງທະບຽນ Medi-Cal ເພື່ອແກ້ໄຂບັນຫາສຸຂະພາບ. ພວກເຂົາຍັງອາດຈະເຊື່ອມໂຍງທ່ານກັບຊັບພະຍາກອນທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຊ່ວຍແກ້ໄຂບັນຫາທາງດ້ານກົດໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລສຸຂະພາບ.

- ໂທລະສັບ: 1-888-804-3536
- ຜ່ານອິນເຕີເນັດ healthconsumer.org

ຫ້ອງທີ 2

ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າການຕັດສິນມີຄວາມຜິດພາດ

ຖ້າເຈົ້າເຊື່ອວ່ານະໂຍບາຍ Medi-Cal ຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານຖືກຢຸດເຊົາບໍລິການດ້ວຍຄວາມຜິດພາດ ຫຼື ລູກຂອງທ່ານຖືກພົບເຫັນວ່າເປັນການບໍ່ຖືກຕ້ອງໂດຍມີການຕັດສິນທີ່ຄວນໄດ້ໄດ້ຮັບຈາກນະໂຍບາຍ Medi-Cal ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ປະຕິບັດຕາມຄໍາແນະນຳໃນແຈ້ງການເພື່ອອຸທອນ, ຫຼື
- ຄົ້ນຫາອົງການບໍລິການດ້ານສິດທິມະນຸດຂອງເມືອງປະຈຳທີ່ຖືກຖິ້ມຂອງທ່ານໄດ້ທີ່ dhcs.ca.gov/COL



ສິດທິຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ' ຈະຢູ່ໃນການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຈາກນະໂຍບາຍ Medi-Cal ແມ່ນຫຍັງ?

ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ເກົ່າແກ່ຢູ່ໃນໜ້າທີ 5-8 ການນຳໃຊ້ກັບທຸກລະບົບການດູແລທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງໃນນະໂຍບາຍ Medi-Cal. ເດັກນ້ອຍສ່ວນໃຫຍ່ທີ່ລົງທະບຽນຢູ່ໃນນະໂຍບາຍ Medi-Cal ທີ່ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຂອງເຂົາເຈົ້າຜ່ານ **ແຜນການດູແລທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medi-Cal**. ແຜນນະໂຍບາຍແມ່ນສໍາລັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງດ້ານຮ່າງກາຍ. ມັນຍັງສໍາລັບການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດທີ່ຖືກຈຳກັດທີ່ເອີ້ນວ່າ "ການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດແບບບໍ່ຈຳເພາະ."

ລະບົບການດູແລຕ່າງໆທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງລວມມີ:

- **ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດແບບຈຳເພາະສໍາລັບການບໍລິການສຸຂະພາບທາງດ້ານພຶດຕິກຳທີ່ເຂັ້ມງວດ** ໂດຍຜ່ານແຜນນະໂຍບາຍດ້ານສຸຂະພາບຈິດຈະຖືກແຍກອອກຕ່າງຫາກ.
- **ລະບົບການສົ່ງມອບການການຮັບຢາຕາມນະໂຍບາຍ Medi-Cal** ສໍາລັບການປິ່ນປົວການຕິດຢາເສບຕິດ ແລະ ຕິດເຫຼົ້າ.
- **ການຄຸ້ມຄອງການດູແລດ້ານທັນຕະແພດ**ສໍາລັບການດູແລແຂ້ວໃນເມືອງ Los Angeles ແລະ Sacramento. ອ່ານ **ຕາຕະລາງ 1** ໃນໜ້າ 8.

ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບທຶນສາການບໍລິການທີ່ທ່ານຄິດວ່າຫນຶ່ງໃນແຜນການຂ້າງເທິງຄວນຈະກວມເອົາ, ຈົ່ງອ່ານຂ້າງຂໍ້ຄວາມລຸ່ມນີ້. ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານບໍ່ຢູ່ໃນແຜນນະໂຍບາຍ, ກະລຸນາອ່ານກ່ຽວກັບ**ຄໍາບໍລິການ ໃນໜ້າ 9**.

ທ່ານຄວນຈະເຮັດແນວໃດຖ້າຫາກການດູແລລູກຂອງທ່ານ' ຖືກປະຕິເສດ, ຊັກຊ້າ, ຫຼຸດລົງ, ຫຼື ຖືກຢຸດເຊົາ ການຈັດການ?

ຍິ່ນໄຟລອດອນກັບແຜນການດູແລທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງແກ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານ

ທ່ານຕ້ອງເລີ່ມຕົ້ນໂດຍການຍິ່ນ **ການອຸທອນ** ກັບແຜນນະໂຍບາຍການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ. ເພື່ອຄົ້ນຫາແຜນຂອງທ່ານ, ໄປທີ່ www.dhcs.ca.gov/mmchpd. ການຍິ່ນຄໍາອຸທອນຮຽກຮ້ອງແຜນນະໂຍບາຍແກ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານ ເພື່ອໄດ້ຮັບການທົບທວນຄືນຈາກການປະຕິເສດໃນການໃຫ້ການບໍລິການ, ການຊັກຊ້າ, ການຫຼຸດຜ່ອນ ຫຼື ການຖືກຢຸດເຊົາເພື່ອຮູ້ວ່າເຂົາເຈົ້າເຫັນດີກັບທ່ານຫຼືບໍ່. ທ່ານຕ້ອງຍິ່ນຫນັງສືອຸທອນກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄດ້ສວນຂຶ້ນລັດ.

- ຫຼັງຈາກທີ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານໄດ້ຮັບໃບແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກແຜນການດູແລທີ່ຄຸ້ມຄອງຂອງເຂົາເຈົ້າ, ທ່ານກໍ່ສາມາດຍິ່ນອຸທອນໄດ້. ທ່ານອາດຈະຍິ່ນອຸທອນໄດ້ຖ້າຫາກທ່ານ **ບໍ່** ໄດ້ຮັບແຈ້ງການໃນການດໍາເນີນການ.
- ທ່ານມີ **60** ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການດໍາເນີນການເພື່ອຍິ່ນອຸທອນກັບແຜນດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ. ທ່ານສາມາດຍິ່ນອຸທອນກັບແຜນນະໂຍບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ຜ່ານທາງໂທລະສັບ, ຫຼື ຜ່ານທາງອອນໄລນ໌. ທ່ານສາມາດຄົ້ນຫາເບີຕິດຕໍ່ໄດ້ໃນ **ຕາຕະລາງ 1** ໃນໜ້າ 8.
- ຖ້າຫາກແຈ້ງການໃນພາກປະຕິບັດງານໃຫ້ຮູ້ວ່າການບໍລິການທີ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວຈະຢຸດເຊົາ ຫຼື ຖືກຫຼຸດລົງ, ທ່ານອາດສະເໜີຂໍໃຫ້ລູກຫຼານຂອງທ່ານສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການໃນລະຫວ່າງການອຸທອນ. ເຊິ່ງຮຽກວ່າ**ການສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດ**. ຮຽນຮູ້ວິທີການສະເໜີສິ່ງດັ່ງກ່າວນີ້, ຈົ່ງອ່ານ **ຫ້ອງທີ 3**.

ຫ້ອງທີ 3

ວິທີການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການສືບຕໍ່ສິດທິປະໂຫຍດໃນການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ



ຖ້າແຈ້ງການບົງບອກເຖິງການບໍລິການທີ່ລູກຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບນັ້ນຈະຖືກຢຸດເຊົາ ຫຼື ຖືກຫຼຸດລົງ, ທ່ານສາມາດຂໍ **ສືບຕໍ່ສິດທິປະໂຫຍດ** (ຍັງຮຽກວ່າ "ການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຍັງຄ້າງຢູ່") ສໍາລັບລູກຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການອຸທອນ ຫຼື ການໄດ້ສວນຂຶ້ນລັດ.

- ທ່ານຕ້ອງຍິ່ນອຸທອນ ຫຼື ສະເໜີຍັງພາກລັດໃຫ້ມີ ການໄດ້ສວນຂຶ້ນລັດ **ກ່ອນການຢຸດໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ຖືກຕິໃຫ້ບໍລິການລົງ**.
- ແຜນການດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈະຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເປັນລາຍລັກອັກສອນຢ່າງຫນ້ອຍ**10** ວັນປະຕິທິນກ່ອນທີ່ເຂົາເຈົ້າຈະມີແຜນຢຸດ ຫຼື ຫຼຸດໃຫ້ການບໍລິການແກ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານ.

- ແຜນຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານຈະຕ້ອງຖືກຮັບຮູ້ການອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນ 5 ວັນປະຕິທິນຂອງວັນທີ່ເຂົາເຈົ້າຍື່ນອຸທອນ. ແຜນຍັງຈະຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮັບຊາບຊື່, ເບີໂທລະສັບ ແລະທີ່ຢູ່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນແຜນທີ່ສາມາດບົ່ງບອກທ່ານເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການອຸທອນ ແລະ ສະຖານະຂອງມັນ. ແຜນນະໂຍບາຍດັ່ງກ່າວແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮັບຊາບກ່ຽວກັບການພິຈາລະນາເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນ 30 ວັນປະຕິທິນຂອງການຍື່ນໃບອຸທອນ. ເຊິ່ງຮຽກວ່າ ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການແກ້ໄຂ.
- ຖ້າຫາກສະຖານະການລູກຫຼານຂອງທ່ານໃນສະຖານະການສຸກເສີນ ແລະ ລືຖ້າ 30 ວັນຈະເຮັດໃຫ້ສະພາບຂອງເຂົາເຈົ້າຮ້າຍແຮງຂຶ້ນ, ທ່ານສາມາດສະເໜີໃຫ້ມີການຕັດສິນໃຈແບບເລັ່ງດ່ວນ (ໄວຂຶ້ນ). ຈະດຳເນີນການດັ່ງກ່າວນີ້ດ້ວຍວິທີໃດ, ຈຶ່ງອ່ານ **ຫ້ອງ 4** ໃນໜ້ານີ້.
- ທ່ານສາມາດເຊື່ອມໂຍງແຜນນະໂຍບາຍການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຂອງລູກຫຼານທ່ານດ້ວຍຄຳຖາມກ່ຽວກັບການອຸທອນໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ. ສຳລັບນ້ຳເບີຕິດຕໍ່, ອ່ານ **ຕາຕະລາງ 1** ໃນໜ້າທີ 8.
- ແຜນການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງລູກຫຼານຂອງທ່ານອາດຈະລວມເອົາທັງຂະບວນການທີ່ຮຽກວ່າຄະນະກວດເຊັກການແພດເອກະລາດ. ແຈ້ງການຖືກດຳເນີນຕາມຂະບວນການຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານຈະຖືກອະທິບາຍໄວ້ໃນຂະບວນການດັ່ງກ່າວນີ້. ຖ້າແຜນການດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານສະເໜີຕາມຂັ້ນຕອນດັ່ງກ່າວນີ້, ມັນຈະຖືກດຳເນີນການຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານປະກອບຂໍ້ມູນການອຸທອນຂອງລູກຫຼານທ່ານຢ່າງຄົບຖ້ວນ. ເພື່ອສຶກສາເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຄະນະພິຈາລະນາທາງການແພດເອກະລາດ, ໃຫ້ໂທຫາພະແນກການດູແລດ້ານສຸຂະພາບທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍທີ່ເບີ 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891). ຫຼື, ໄປຍັງ <https://bit.ly/IMRCR>.

ຫ້ອງ 4:

ເລັ່ງລັດ(ໄວຂຶ້ນ) ການອຸທອນ ຫຼືຍຸກການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ



ຖ້າຫາກລູກຫຼານຂອງທ່ານຕ້ອງການການອຸທອນ ແບບເລັ່ງດ່ວນ (ໄວຂຶ້ນ) ໃນການຍື່ນອຸທອນເພື່ອການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ ອັນເນື່ອງມາຈາກສະຖານະພາບຂອງຊີວິດ, ສຸຂະພາບ, ຫຼື ຄວາມສາມາດໃນການເຮັດວຽກຂອງອະໄວຍະວະຂອງລູກຂອງທ່ານຕົກຢູ່ໃນສະຖານະການອັນຕະລາຍ, ຈຶ່ງໂທຫາ **[1-800-743-8525]**.

ທ່ານສາມາດອ່ານເພີ່ມເຕີມໃນຄູ່ມືສຳລັບສະມາຊິກຂອງທ່ານກ່ຽວກັບວິທີການຍື່ນຄຳຮ້ອງສະເໜີໃຫ້ມີຂະບວນການເລັ່ງລັດ.

ສະເໜີໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍ Medi-Cal

ຖ້າຂັ້ນຕອນການອຸທອນຂອງແຜນການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຄົບຖ້ວນແລ້ວ ແລະ ທ່ານຍັງບໍ່ເຫັນດີກັບການພິຈາລະນາຕາມແຜນ, ທ່ານສາມາດສະເໜີໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ ສຳລັບລູກຫຼານຂອງທ່ານຄືນໃໝ່. ທ່ານຍັງສາມາດສະເໜີໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດໄດ້ ຖ້າແຜນການດູແລທີ່ຄຸ້ມຄອງຂອງລູກຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບແຈ້ງການກ່ຽວກັບສິດທິຂອງລູກຫຼານທ່ານໃນການອຸທອນ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ສັ່ງຕາມກາລະເວລາອັນຄວນ.

ການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດແມ່ນເປັນໂອກາດໃຫ້ທ່ານໄດ້ສະເໜີຕໍ່ຜູ້ພິພາກສາກ່ອນການເພື່ອທົບທວນຄືນແຜນການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ເຫັນດີ. ຜູ້ພິພາກສາຈະເຮັດວຽກກັບກົມບໍລິການສັງຄົມປະຈຳລັດຄາລິຟໍເນຍ, ໂດຍຈະບໍ່ແມ່ນພາກສ່ວນຮັດຜິດແຜນນະໂຍບາຍຂອງລູກຫຼານທ່ານໂດຍກົງ.

- ທ່ານຕ້ອງຍື່ນການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດພາຍໃນ **120** ວັນປະຕິທິນຂອງວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາເປັນລາຍລັກອັກສອນຕາມແຜນການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງລູກຫຼານທ່ານ. ຜູ້ພິພາກສາທີ່ເປັນຄົນກາງທີ່ຈະທົບທວນສຳນວນຄະດີຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກການພິຈາລະນາທີ່ທ່ານສະເໜີໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີຢຸດການບໍລິການທີ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວ, ທ່ານອາດຈະສະເໜີໃຫ້ມີການໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດຕໍ່ເນື່ອງສຳລັບລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ອ່ານ **ຫ້ອງ 3** ໃນໜ້າທີ 5.
- ທ່ານອາດຈະຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດຜ່ານທາງໂທລະສັບ, ຜ່ານທາງໄປສະນີ, ແຟັກ, ຫຼື ຜ່ານທາງອອນໄລນ໌. ໂທເບີ 1-800-743-8525. ຫຼື, ໄປຍັງ www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- ທ່ານມີສິດທິຈະນຳບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ເປັນຕົວແທນຂອງຕົນມາຮັບຟັງການໄຕ່ສວນເພື່ອຂໍການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດແທນລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດພາໝູ່ມາໄດ້, ຍາດພີ່ນ້ອງ, ທະນາຍຄວາມ, ຫຼື ໃຜກໍຕາມທີ່ທ່ານເລືອກ. ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ, ກະລຸນາອ່ານ **ວິທີຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ** ຢູ່ໜ້າ 4.
- ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍສຳລັບການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ. ມັນບໍ່ເສຍຄ່າ.

- ລະບຸ **90** ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກວັນທີລູກຂອງທ່ານການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ ການໄຕ່ສວນເພື່ອຕັດສິນຂັ້ນສຸດທ້າຍ. ຖ້າຫາກສະຖານະການລູກຫຼານຂອງທ່ານໃນສະຖານະການສຸກເສີນ ແລະ ກຳລັງລໍຖ້າ 90ວັນຈະເຮັດໃຫ້ສະພາບຂອງເຂົາເຈົ້າຮ້າຍແຮງຂຶ້ນ, ສາມາດສະເໜີໃຫ້ມີການພິຈາລະນາແບບເລັ່ງດ່ວນ **ແບບເລັ່ງດ່ວນ** (ໄວຂຶ້ນ). ຈົ່ງອ່ານ **ຫ້ອງທີ 4** ໃນໜ້າທີ 6.
- ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ, ຈົ່ງອ່ານແຈ້ງການຈາກແຜນການດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ຫຼື, ໂທເບີ 1-800-743-8525. ຫຼື, ໄປຍັງ www.dhcs.ca.gov/fair-hearing.

ຕິດຕໍ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ

Ombudsman ແມ່ນບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກສຳລັບ DHCS (ໜ່ວຍງານ Medi-Cal ຂອງລັດ). ວຽກຂອງພວກເຂົາແມ່ນເພື່ອຊ່ວຍທ່ານ ແລະ ລູກຂອງທ່ານດຳເນີນການແຜນການດູແລແບບມີການຈັດການຂອງລູກຂອງທ່ານ. ພວກເຂົາຈະຮັບຟັງ ແລະ ຊ່ວຍຕອບຄຳຖາມຂອງທ່ານ. ພວກເຂົາຍັງກວດສອບບັນຫາ, ອະທິບາຍສິດທິປະໂຫຍດ ແລະ ແນະນຳຕົວເລືອກຕ່າງໆໃຫ້ກັບທ່ານ. ທ່ານສາມາດໂທຫາ Ombudsman ໄດ້ທຸກເວລາ. ສິ່ງນີ້ລວມເຖິງ ເມື່ອລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງເຕືອນ, ໄດ້ຍື່ນການອຸທອນ, ຮ້ອງຂໍ ການໄຕ່ສວນຂັ້ນລັດ ຫຼື ສົ່ງຄຳຮ້ອງທຸກ. Ombudsman ແມ່ນສຳລັບຄົນທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນໃນແຜນການດູແລແບບມີການຈັດການ.

ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາເຈົ້າໜ້າທີ່ໄດ້ໂດຍ:

- ໂທລະສັບ: 1-888-452-8609
- Email: MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
» ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງສ່ວນບຸກຄົນລົງໃນອີເມວ.

ເພື່ອສຶກສາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ໄປທີ່ www.dhcs.ca.gov/ombudsman.

ຈະເຮັດແນວຖ້າຫາກບໍ່ພໍໃຈກ່ຽວກັບການດູແລດ້ານສຸຂະພາບຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ, ທ່ານຫມໍ, ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທຶນອນຢູ່ໃນການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ?

ສົ່ງຄຳຮ້ອງທຸກ

ຖ້າທ່ານຫມໍປະຕິບັດຕໍ່ລູກຂອງທ່ານບໍ່ດີ ຫຼື ຫຍາບຄາຍ, ຫຼື ທ່ານຫາກບໍ່ພໍໃຈຕໍ່ກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລ, ຫຼື ທ່ານບໍ່ສາມາດຄົ້ນຫາທ່ານຫມໍ, ທ່ານສາມາດສົ່ງ **ຄຳຮ້ອງທຸກ** ສຳລັບລູກຫຼານຂອງທ່ານໄດ້. ການຮ້ອງທຸກສຳລັບຄວາມບໍ່ເຫັນດີກ່ຽວກັບຂໍ້ຂ້ອງໃຈໃດໜຶ່ງທີ່ມີການອຸທອນ ຫຼື ຂໍຄວາມຍຸຕິທຳ ຈາກພາກລັດບໍ່ໄດ້ກວມເອົາ. ນັ້ນແມ່ນບັນຫາ ຫຼື ຄວາມກັງວົນໃຈທີ່ບໍ່ອາດປະຕິເສດໄດ້, ການຊັກຊ້າ, ຫຼຸດຜ່ອນ, ຫຼື ການຢຸດໃຫ້ການບໍລິການຕ່າງໆແກ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງຄຳຮ້ອງທຸກໃຫ້ແຜນການດູແລທີ່ມີການຈັດການຂອງລູກຫຼານເພື່ອສະແດງຄວາມບໍ່ພໍໃຈທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງຂອງລູກຫຼານ. ລວມທັງຄຸນນະພາບການດູແລ ຫຼື ການເຂົ້າເຖິງການດູແລ.

- ທ່ານສາມາດສົ່ງຄຳຮ້ອງທຸກແກ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ທຸກເວລາ. ທ່ານສາມາດສົ່ງຜ່ານທາງໂທລະສັບ, ຫຼື ເປັນລາຍລັກອັກສອນຜ່ານອອນໄລນ໌ ຫຼື ຜ່ານທາງໄປສະນີ. ເພື່ອຈັດສົ່ງຄຳຮ້ອງທຸກ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ແຜນນະໂຍບາຍດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງແກ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ສຳລັບນ້ຳເບີຕິດຕໍ່, ອ່ານ **ຕາຕະລາງ 1** ໃນໜ້າທີ 8.
- ແຜນການດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານຈະຕ້ອງຮັບແຈ້ງຄວາມຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນ**5** ວັນປະຕິທິນຂອງວັນທີທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບແຈ້ງຄວາມ. ເຊິ່ງຈະລວມເອົາຊື່, ເບີໂທລະສັບ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນແຜນທີ່ສາມາດບົ່ງບອກທ່ານເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກ ແລະ ສະຖານະພາບຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ.
- ແຜນນະໂຍບາຍດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານມີ **30**ວັນປະຕິທິນນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີທີ່ທ່ານສົ່ງຄຳຮ້ອງທຸກເພື່ອແກ້ໄຂຂໍ້ຂັດຂ້ອງແກ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານ.

ທ່ານຄວນຕິດຕໍ່ກັບໃຜເມື່ອມີຄໍາຖາມ?

ຕາຕະລາງ 1

ລະບົບຄຸ້ມຄອງການແຜນດູແລສະຊພາບໂດຍລວມ ແລະ ຂໍ້ມູນໃນການຕິດຕໍ່

ຄະນະຄຸ້ມຄອງແຜນດູແລສະຊພາບຜ່ານນະໂຍບາຍ Medi-Cal (MCMC)

ເດັກນ້ອຍສ່ວນໃຫຍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຜ່ານແຜນນະໂຍບາຍດູແລທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medi-Cal:

- ຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບທາງຮ່າງກາຍ, ເຊັ່ນ: ກວດສຸຂະພາບເດັກ ແລະ ການສັກຢາ
- ຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບຈິດແບບບໍ່ຈຳເພາະ, ເຊັ່ນ: ການປິ່ນປົວ ແລະ ວາງຢາ
- ການປະສານງານເພື່ອການດູແລ

ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນ ຫຼື ທ່ານຍັງມີຄວາມກັງວົນ, ໃຫ້ໂທຫາຄະນະຄຸ້ມຄອງແຜນການດູແລທີ່ໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medi-Cal ແກ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ເບີໂທລະສັບຂອງແຜນແມ່ນຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງແຜນສຳລັບລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ພ້ອມນັ້ນຍັງມີຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງແຜນນະໂຍບາຍ. ທ່ານຍັງສາມາດຄົ້ນຫາເບີໂທລະສັບຂອງພວກເຂົາໄດ້ທີ່ www.dhcs.ca.gov/mmchpd. ຫຼື, ໂທເບີ 916-449-5000.

ບໍລິການສຸຂະພາບຈິດແບບສະເພາະ (SMHS)

ເດັກນ້ອຍບາງຄົນຕ້ອງການການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດແບບສະເພາະ, ເຊັ່ນ: ການດູແລສຸຂະພາບຈິດທີ່ຮ້າຍແຮງ, ຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລດັ່ງກ່າວນີ້ຜ່ານການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດແບບພິເສດ. ແຕ່ລະເມືອງຈະມີຄະນະຮັບຜິດແຜນນະໂຍບາຍດ້ານສຸຂະພາບຈິດ.

ຖ້າຫາກລູກຫຼານຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນ ຫຼື ທ່ານຍັງມີຄວາມກັງວົນໃຈ, ຈົ່ງໂທຫາຄະນະຄຸ້ມຄອງແຜນສຸຂະພາບຈິດປະຈຳເມືອງແກ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຄົ້ນຫາເບີໂທລະສັບໄດ້ທີ່ www.dhcs.ca.gov/CMHP.

ລະບົບການຈັດສົ່ງຢາ Medi-Cal ຈັດຂຶ້ນ (DMC-ODS)

ເດັກນ້ອຍທີ່ຕ້ອງການການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການໃຊ້ສານເສບຕິດເຊັ່ນ: ຢາໃຊ້ປິ່ນປົວຜູ້ເສບຢາເສບຕິດ ຫຼື ຕິດເຫຼົ້າ, ລວມທັງການໃຫ້ຄໍາປຶກສາ ແລະ ການປິ່ນປົວທາງດ້ານຄລິນິກອື່ນໆ, ເຊັ່ນ: ການໃຊ້ຢາໃນຄົນເຈັບ ຫຼື ການປິ່ນປົວຜູ້ຕິດເຫຼົ້າຢູ່ທີ່ສະຖານທີ່ພັກພາອາໄສ, ເມື່ອມີຄວາມຈຳເປັນ, ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງນີ້ຜ່ານລະບົບການຈັດສົ່ງທີ່ຈັດໂດຍນະໂຍບາຍ Drug Medi-Cal. ແຕ່ລະເມືອງຈະມີຄະນະຕູ້ມຄອງແຜນນະໂຍບາຍ DMC-ODS ຫຼື ຢູ່ໃນນະໂຍບາຍ Drug Medi-Cal. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍ Drug Medi-Cal ມີ ຈົ່ງອ່ານ **ຕາຕະລາງ 2** ໃນໜ້າທີ 11.

ຖ້າລູກຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ທ່ານມີຄວາມກັງວົນໃຈ, ຈົ່ງໂທຫາຄະນະຮັບຜິດຊອບແຜນນະໂຍບາຍ DMC-ODS ຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ເພື່ອຄົ້ນຫາເບີໂທລະສັບໄດ້ທີ່ www.dhcs.ca.gov/sud-cal.

ການດູແລດ້ານຫົນຕະກຳທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ (Dental MC)

ເດັກນ້ອຍບາງຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນລັດ Los Angeles County ຫຼື ເມືອງ Sacramento ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການດູແລດ້ານຫົນຕະກຳ, ລວມທັງການກວດແຂ້ວ ແລະ ທຳຄວາມສະອາດແຂ້ວສອງຄັ້ງຕໍ່ປີ ແລະ ການດູແລສຸຂະພາບຊ່ອງປາກ, ຜ່ານແຜນນະໂຍບາຍ ດູແລດ້ານຫົນຕະກຳທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ເດັກນ້ອຍທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເມືອງອື່ນໆທັງໝົດຈະໄດ້ຮັບການດູແລແຂ້ວຂອງເຂົາເຈົ້າຜ່ານຄ່າບໍລິການດ້ານຫົນຕະກຳ (FFS Dental). ເພື່ອສຶກສາເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍ Dental FFS, ອ່ານ **ຕາຕະລາງ 2** ໃນໜ້າທີ 11.

ຖ້າທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເມືອງ Los Angeles ຫຼື ເມືອງ Sacramento ແລະ ລູກຫຼານຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນຫຼື ທ່ານມີຄວາມກັງວົນໃຈ, ຈົ່ງໂທຫາແຜນນະໂຍບາຍ Dental MC ຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ເບີໂທລະສັບຈະຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງລູກຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຮັບນະໂຍບາຍ Dental MC. ມັນຍັງຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງແຜນນະໂຍບາຍ Dental MC ຂອງລູກທ່ານ. ຫຼື, ໂທເບີ 1-800-322-6384. ທ່ານຍັງສາມາດຄົ້ນຫາເບີໂທລະສັບຂອງແຜນໄດ້ທີ່ <https://bit.ly/DMC-Contact>.

ສິດທິປະໂຫຍດຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ' ຈະຢູ່ໃນການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຈາກນະໂຍບາຍ Medi-Cal ມີຫຍັງແດ່?

ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ຢູ່ໃນໜ້າ 9-11 ນຳໃຊ້ກັບຄຳບໍລິການນະໂຍບາຍ Medi-Cal (FFS). ເດັກນ້ອຍບາງຄົນທີ່ລົງທະບຽນຢູ່ໃນນະໂຍບາຍ Medi-Cal ຈະໄດ້ຮັບນະໂຍບາຍໃນການດູແລສຸຂະພາບຂອງຕົນຜ່ານ FFS. FFS ຍັງຮຽກວ່າ “ນະໂຍບາຍປົກກະຕິ” ຂອງ Medi-Cal. ເດັກນ້ອຍທີ່ນອນໃນ FFS ຈະໄດ້ຮັບການດູແລຂອງຕົນຜ່ານ DHCS (ອົງການ Medi-Cal ຂອງພາກລັດ). ແຜນການດູແລສຸຂະພາບທີ່ມີບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງມີສ່ວນຮ່ວມ. FFS ຈະປະກອບມີ Medi-Cal FFS ສຳລັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງຮ່າງກາຍ ແລະ ຊຸດຂອງການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດທີ່ຖືກຈຳກັດທີ່ຮຽກວ່າ “ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດທີ່ບໍ່ຈຳເພາະ”, ນະໂຍບາຍດ້ານຢາ Medi-Cal ສຳລັບການບໍລິການປິ່ນປົວຢາເສບຕິດ ແລະ ຕິດເຫຼົ້າ, FFS ສຳລັບການດູແລແຂ້ວ, ແລະ Medi-Cal Rx ສຳລັບການໃຊ້ຢາ. ເພື່ອສຶກສາເພີ່ມເຕີມ, ຈົ່ງອ່ານ **ຕາຕະລາງ 2** ໃນໜ້າທີ່ 11.

ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບ ຫຼື ຮັກສາການບໍລິການທີ່ທ່ານຄິດວ່າຫນຶ່ງໃນແຜນທີ່ກ່າວມາຂ້າງເທິງຄວນຈະກວມເອົາ, ຈົ່ງອ່ານຂ້າງຂໍ້ຄວາມລຸ່ມນີ້. ເຖິງແມ່ນວ່າລູກຫຼານຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນແຜນການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ, ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານຕ້ອງການການດູແລດ້ານສຸຂະພາບຈິດທີ່ຮ້າຍແຮງ, ເຂົາເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບການດູແລນີ້ໂດຍຜ່ານແຜນການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດສະເພາະ. ຈົ່ງສຶກສາເພີ່ມເຕີມ ແລະ ຄົ້ນຫາບ່ອນທີ່ຈະໂທເພື່ອນຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກແຜນດ້ານສຸຂະພາບຈິດຂອງເມືອງ, ຈົ່ງອ່ານ **ຕາຕະລາງ 1** ໃນໜ້າ 8.

ທ່ານສາມາດເຮັດຫຍັງໄດ້ແດ່ຖ້າຫາກການດູແລລູກຫຼານຂອງທ່ານໃນ FFS ຖືກຊັກຊ້າ, ຖືກປະຕິເສດ, ຫຼຸດລົງ, ຫຼືຖືກຢຸດເຊົາ?

ສະເໜີໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຂໍ້ຄວາມຍຸຕິທຳຂອງພາກລັດລັດກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍ Medi-Cal

ການພິຈາລະນາຂໍ້ຄວາມເປັນທຳຂອງລັດ ແມ່ນເປັນໂອກາດໃຫ້ທ່ານໄດ້ສະເໜີຕໍ່ຜູ້ພິພາກສາກ່ອນການເພື່ອທົບທວນຄືນແຜນການດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ DHCS ທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ເຫັນດີ. ນີ້ລວມມີການປະຕິເສດການບໍລິການ, ການຊັກຊ້າ, ການຫຼຸດຜ່ອນ, ຫຼືການຢຸດເຊົາ. ຜູ້ພິພາກສາເຮັດວຽກໃຫ້ພະແນກບໍລິການສັງຄົມຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ, ບໍ່ແມ່ນ DHCS.

- ຫຼັງຈາກທີ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການການປະຕິບັດຈາກ DHCS, ເຈົ້າອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບຍຸຕິທຳຂອງລັດ. ທ່ານອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳຂອງລັດຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບແຈ້ງການປະຕິບັດງານ.
- ທ່ານຕ້ອງຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳຂອງລັດພາຍໃນ **90** ວັນປະຕິທິນຂອງວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫນັງສືແຈ້ງການການປະຕິບັດໂດຍ DHCS. ຜູ້ພິພາກສາທີ່ເປັນຄົນກາງທີ່ຈະທົບທວນສຳນວນຄະດີຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳຂອງລັດໄດ້ທຸກເວລາໂດຍບໍ່ມີການແຈ້ງການດຳເນີນການ. ຖ້າຫາກການພິຈາລະນາທີ່ທ່ານສະເໜີໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີຢຸດການບໍລິການທີ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວ, ທ່ານອາດຈະສະເໜີໃຫ້ມີການໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດຕໍ່ເນື່ອງສຳລັບລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ອ່ານ **ຫ້ອງ 5** ໃນໜ້ານີ້.
- ທ່ານອາດຈະຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຂອງລັດຜ່ານທາງໂທລະສັບ, ຜ່ານທາງໄປສະນີ, ແຟັກ, ຫຼື ຜ່ານທາງອອນໄລນ໌. ໂທເບີ 1-800-743-8525. ຫຼື, ໄປຍັງ www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- ທ່ານມີສິດທິຈະນຳບຸກຄົນໃດຫນຶ່ງມາເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານຢູ່ໃນການໄຕ່ສວນ. ທ່ານສາມາດນຳ ໝູ່, ຍາດພີ່ນ້ອງ, ທະນາຍຄວາມ, ຫຼື ຜູ້ໃດກໍ່ຕາມທີ່ທ່ານເລືອກ. ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍໂດຍບໍ່ໄດ້ຄິດຄ່າ, ກະລຸນາອ່ານ **ວິທີຂໍ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ** ຢູ່ໜ້າ 4.
- ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍສຳລັບການໄຕ່ສວນເພື່ອຂໍ້ຄວາມເປັນທຳຂອງພາກລັດ. ມັນບໍ່ເສຍຄ່າ.

ຫ້ອງທີ 5:

ວິທີການສະເໜີ ສິບຕໍ່ດ້ານສິດປະໂຫຍດໃນຄຳທຳນຽມການບໍລິການ



ຖ້າຫາກມີແຈ້ງການບັງບອກເຖິງການບໍລິການທີ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານໄດ້ຮັບທີ່ຢູ່ແລ້ວນັ້ນຈະຖືກຢຸດເຊົາ ຫຼື ຖືກຫຼຸດລົງ, ທ່ານອາດຈະຮ້ອງສະເໜີໃຫ້ມີ **ການສິບຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດ** (ຍັງຮຽກວ່າ “ການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຍັງຄ້າງຢູ່”) ໃນລະຫວ່າງການໄຕ່ສວນຂໍ້ຄວາມເປັນທຳໃນພາກລັດ.

- ທ່ານຕ້ອງຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳຂອງພາກລັດກ່ອນບໍລິການຖືກຢຸດ ຫຼື ຖືກຫຼຸດລົງ.
- ຄະນະຮັບຜິດຊອບ DHCS ແຜນການດູແລຈະຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເປັນລາຍລັກອັກສອນຢ່າງໜ້ອຍ**10** ວັນປະຕິທິນກ່ອນທີ່ເຂົາເຈົ້າຈະມີແຜນຢຸດ ຫຼື ຫຼຸດໃຫ້ການບໍລິການແກ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານ.

- ລະບຸ **90**ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກວັນທີ່ລູກຂອງທ່ານສະເໜີມາຍັງພາກລັດ ການໄຕ່ສວນເພື່ອຕັດສິນຂັ້ນສຸດທ້າຍ. ຖ້າຫາກສະຖານະການລູກຫຼານຂອງທ່ານໃນສະຖານະການສຸກເສີນ ແລະ ກຳລັງລໍຖ້າ 90ວັນ ຈະເຮັດໃຫ້ສະພາບຂອງເຂົາເຈົ້າຮ້າຍແຮງຂຶ້ນ, ສາມາດສະເໜີໃຫ້ມີການພິຈາລະນາແບບເລັ່ງດ່ວນ **ແບບເລັ່ງດ່ວນ** ດັ່ງກ່າວມາຂ້າງເທິງ. ອ່ານ **ຫ້ອງ 6** ໃນໜ້ານີ້.
- ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ, ຈົ່ງອ່ານແຈ້ງການທີ່ໄດ້ຮັບຈາກ DHCS ເຖິງລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ຫຼື, ໂທເບີ 1-800-743-8525. ຫຼື, ໄປຍັງ www.dhcs.ca.gov/fair-hearing.

ຫ້ອງທີ 6:

ເລັ່ງລັດ(ໄວຂຶ້ນ) ການອອກອາໄສ ທີ່ຍຸດຕິທຳຂອງລັດ ກ່ຽວກັບໄຕ່ສວນ



ຖ້າລູກຂອງທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການ **ເລັ່ງດ່ວນ** (ໄວຂຶ້ນ) ໃນການດຳເນີນຂະບວນຂໍຄວາມເປັນຍຸຕິທຳຂອງລັດອັນເນື່ອງຈາກວ່າວ່າຊີວິດ, ສຸຂະພາບ, ຫຼື ຄວາມສາມາດໃນການພາວະສຸຂະພາບຂອງລູກຫຼານທ່ານຢູ່ໃນພາວະອັນຕະລາຍ, ຈົ່ງໂທຫາ 1-800-743-8525.

ຈະເຮັດແນວຖ້າຫາກບໍ່ພໍໃຈກ່ຽວການດູແລດ້ານສຸຂະພາບຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ'ທ່ານຫມໍ, ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ທີ່ນອນຢູ່ໃນການດູແລ FFS?

ສົ່ງຄຳຮ້ອງທຸກ

ຖ້າທ່ານຫມໍປະຕິບັດຕໍ່ລູກຂອງທ່ານບໍ່ດີ ຫຼື ຫາຍາບຄາຍ, ຫຼື ທ່ານຫາກບໍ່ພໍໃຈຕໍ່ກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລ, ຫຼື ທ່ານບໍ່ສາມາດຄົ້ນຫາທ່ານຫມໍ, ທ່ານສາມາດສົ່ງ **ຄຳຮ້ອງທຸກ** ສຳລັບລູກຫຼານຂອງທ່ານໄດ້. ການຮ້ອງທຸກສຳລັບຄວາມບໍ່ເຫັນດີກ່ຽວກັບຂໍ້ຂ້ອງໃຈໃດໜຶ່ງທີ່ມີການຂໍຄວາມຍຸຕິທຳ ຈາກພາກລັດບໍ່ໄດ້ກວມເອົາ. ນັ້ນແມ່ນບັນຫາ ຫຼື ຄວາມກັງວົນໃຈ **ທີ່ບໍ່** ອາດປະຕິເສດໄດ້, ການຊັກຊ້າ, ຫຼຸດຜ່ອນ, ຫຼື ການຢຸດໃຫ້ການບໍລິການຕ່າງໆແກ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານ.

- ເຈົ້າສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນແກ່ລູກຫຼານຂອງທ່ານສຳລັບ ນະໂຍບາຍດ້ານຢາ Medi-Cal, Dental FFS, ຫຼື Medi-Cal Rx ໄດ້ທຸກເວລາ. ທ່ານສາມາດສົ່ງຜ່ານທາງໂທລະສັບ, ຫຼື ເປັນລາຍລັກອັກສອນຜ່ານອອນໄລນ໌ ຫຼື ຜ່ານທາງໄປສະນີ. ເພື່ອສົ່ງຄຳຮ້ອງທຸກ, ຈົ່ງຕິດຕໍ່ຫາຄະຣັບຜິດຊອບ Drug Medi-Cal, Dental FFS, ຫຼື Medi-Cal Rx. ສຳລັບນ້ຳເບີຕິດຕໍ່, ອ່ານ **ຕາຕະລາງ 2** ໃນໜ້າທີ 11. ຈະ **ບໍ່ມີ** ຂະບວນການຮ້ອງທຸກສຳລັບນະໂຍບາຍ Medi-Cal FFS ສຳລັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງດ້ານຮ່າງກາຍ ແລະ ການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດແບບບໍ່ຈຳເພາະ.
- DHCS ຈະຕ້ອງໄດ້ເຮັດການແຈ້ງຮັບຮູ້ການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນ **5**ວັນປະຕິທິນນັ້ນແຕ່ງວັນທີ່ພວກເຂົາໄດ້ຮັບ. ເຊິ່ງຈະລວມເອົາຊື່, ເບີໂທລະສັບ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນແຜນ DHCS ທີ່ສາມາດບົ່ງບອກທ່ານເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສະຖານະພາບຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ.
- DHCS ມີ **30**ວັນຕາມວັນປະຕິທິນນັບຈາກວັນທ່ານໄດ້ສົ່ງຄຳຮ້ອງທຸກເພື່ອແກ້ໄຂທ່ານສຳລັບລູກຫຼານຂອງທ່ານ ກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍ Dental FFS ແລະ Medi-Cal Rx. ນະໂຍບາຍກ່ຽວກັບຢາ Medi-Cal ມີກຳນົດ **90** ວັນຕາມປະຕິທິນສຳລັບຂະບວນການແກ້ໄຂຂໍ້ຂ້ອງໃຈຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ.

ທ່ານຄວນຕິດຕໍ່ຫາໃຜແດ່ເມື່ອມີຄໍາຖາມ?

ຕາຕະລາງ 2

ຄໍາບໍລິການໃນພາບລວມ ແລະ ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່

ຄໍາບໍລິການສໍາລັບນະໂຍບາຍ Medi-Cal (Medi-Cal FFS)

ເດັກນ້ອຍບາງຄົນ, ເຊັ່ນເດັກນ້ອຍບາງຄົນຢູ່ໃນການດູແລແບບອຸປະຖໍາ, ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງດ້ານຮ່າງກາຍຂອງເຂົາເຈົ້າຜ່ານນະໂຍບາຍ Medi-Cal FFS.

ຖ້າລູກຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ມີທ່ານມີຄວາມກັງວົນໃຈ, ຈົ່ງໂທຫາເບີ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077).

ນະໂຍບາຍກ່ຽວກັບການຕິດຢາ Drug Medi-Cal (DMC)

ເດັກນ້ອຍທີ່ຕ້ອງການການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການໃຊ້ສານເສບຕິດເຊັ່ນ: ການປິ່ນປົວການເສບຢາເສບຕິດ ຫຼື ຕິດເຫຼົ້າ, ລວມທັງການໃຫ້ຄໍາປຶກສາ ແລະ ການປິ່ນປົວທາງດ້ານຄລິນິກອື່ນໆ, ເຊັ່ນ: ການໃຊ້ຢາໃນຄົນເຈັບ ຫຼື ການປິ່ນປົວການຕິດເຫຼົ້າທີ່ບ່ອນຢູ່ອາໄສ ເມື່ອມີຄວາມຈຳເປັນ, ໃຫ້ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງນີ້ຜ່ານນະໂຍບາຍດ້ານ Drug Medi-Cal. ແຕ່ລະເມືອງຈະມີຄະນະຕູ້ມຄອງແຜນນະໂຍບາຍ DMC-ODS ຫຼື ຢູ່ໃນ DMC. ສໍາລັບນໍ້າເບີຕິດຕໍ່, ຈົ່ງອ່ານ **ຕາຕະລາງ 1** ໃນໜ້າທີ່ 8.

ຖ້າລູກຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ທ່ານມີຄວາມກັງວົນໃຈ, ຈົ່ງໂທຫາໂຄງການ DMC ຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ເພື່ອຄົ້ນຫາເບີໂທລະສັບ, ໃຫ້ໄປທີ່ www.dhcs.ca.gov/sud-cal.

ຄໍາທໍານຽມທາງທັນຕະກໍາສໍາລັບການບໍລິການ (Dental FFS)

ເດັກນ້ອຍສ່ວນໃຫຍ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການທາງດ້ານທັນຕະກໍາ Medi-Cal ຂອງເຂົາເຈົ້າໂດຍຜ່ານນະໂຍບາຍ Dental FFS. ນີ້ລວມມີການກວດແຂ້ວ ແລະ ທໍາຄວາມສະອາດສອງຄັ້ງຕໍ່ປີ ແລະ ການດູແລສຸຂະພາບຊ່ອງປາກ.

ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ທ່ານມີຄວາມກັງວົນໃຈ, ຈົ່ງໂທຫາ 1-800-322-6384. ເພື່ອສຶກສາເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ໄປທີ່ smilecalifornia.org.

Medi-Cal Rx

ເດັກນ້ອຍຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການນະໂຍບາຍຈາກຮ້ານຂາຍຢາ Medi-Cal ຜ່ານນະໂຍບາຍ Medi-Cal Rx. ເຊິ່ງລວມມີຢາຕາມໃບສັ່ງຢາຂອງແພດ ແລະ ຢາປິ່ນປົວອກຮ້ານຂາຍຢາ, ຜະລິດຕະພັນໂພຊະນາການໃນລະບົບເຊັ່ນທີ່ໃຫ້ອາຫານ, ແລະ ອຸປະກອນທາງການແພດ.

ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ທ່ານມີຄວາມກັງວົນໃຈ, ຈົ່ງໂທຫາ 1-800-977-2273. ສຶກສາເພີ່ມເຕີມໄດ້ທີ່ <https://bit.ly/3D1rQFV>.



Tov daaix luic goux longx!

Douc jienv sic waa-fienx mbuox liouh
tengx fu'jueiv aengx caux sieq-dorn
hou-saeng maaih hnyang-jeiv taux
21 hnyangx oix zuqc duqv zipv
nzoih qiemx longc ziux goux
wangc siangx jau-louc

Maaih haaix nyungc nzie weih ziux goux jau-louc bun fu'jueiv caux sieq-dorn hou-saeng dungx maaih mbuoz yiem Medi-Cal wuov haih duqv zipv?

Yiem njiec California saengv zangc caux guoqv zangc doh leiz gunv njiec bun yietc
zungv fu'jueiv aengx caux sieq-dorn hou-saeng maaih hnyang-jeiv mingh taux 21 hnyangx
bieqc mbuoz yiem Medi-Cal maaih ze'buonc leiz beu bun ziangh diuh zipv tengx **dimv baengc**
aengx caux **nqaeqv longx baengc** aengx caux **zorc baengc** bun wangc siangx longx a'fai maaih
ngaengc caengz.

Naaiv hoc ze'buonc leiz beu bun yiem guoqv zangc hungx doh leiz duqv gouv njiec heuc jaa-
nziov dimv baengc aengx caux yiem bouc dauh zaah mangc baengc, sorqv nziaamv dimv, aengx
caux zorc baengc (EPSDT). Naaiv diuc jau-louc liouh goux mbungh bun da'dauh fu'jueiv maaih
mbuoz yiem Medi-Cal wuov duqv zipv ziux goux heng-wangc bun hlo hlang longx henv. Yiem
California, EPSDT se maaih mbuoz benx **Medi-Cal liouh gu'nguaaz & sieq-dorn hou-saeng-caan**.

Naaiv deix nzie weih ziux goux nyei gong se benx **baeqc wang-henh tengx**, beiv taux ninh
mbuo fu'jueiv a'fai sieq-dorn hou-saeng-caan haaix zanc maaih horpc bouc pui-juangz gauz
yiem Medi-Cal juangc cuotv nyaanh nyei buonc.

Medi-Cal liouh gu'nguaaz & sieq-dorn hou-saeng-caan beu nzoih qiemx zuqc nyei jau-louc, mv zuqc gouv benx zoqc zanv souz moud:

- Tengx nzie weih ziux goux zorc beih sin baengc, lemh jienv jiex gorn jaa-ndaangc ziux goux
mangc nyei jau-louc aengx caux mingh lorx buangh ndie-sai zorc baengc
- Ziux goux mangc m'zing, lemh jienv muoc-ziuz
- Tengx nzie weih ziux goux mangc m'normh
- Zaah mangc nyaah aengx caux zimh mangc baengc nyei gong gorngv benx hnavg haaix
mi'aqc
- Tengx nzie weih ziux zoux zorc corngx zingh baengc aengx caux buov ndie yong-in a'fai butv
diuv-nzeuz baengc, lemh jienv zorc baengc
- Zorc beih sin baengc, zorc ga'nyuoz hnyouv, aengx caux corc nzuih gorngv waac



Se gorngv meih qiemx zuqc longc naaiv zeiv fienx a'fai haaix diuc Medi-Cal
nyungc horngx jaa-sic benx ganh hoc zei-daan beiv zoux benx domh nzangc,
bungx benx waa-qiez bun muangx, CD, a'fai zoux benx nzang-pokc, korh waac
lorx 1-833-284-0040.

- Zorc baengc jaa-sic aengx caux ga'naaiv longc, beiv taux eiv-ping liouh zueix fongv, lemh jienv wuonv ginc jaa-sic
- Ndie-nyanc, lemh nzoih yi nyungc ndie dugh maaiz yiem ndie-pouz aengx caux ndie-sai paaiv bun nyei buonc
- Ziux zaah dimv baengc zorngh, lemh jienv dimv nziaamv mangc maaih yunh siouz zorpc ndongc haaix, aengx caux dimv hienz doic nyiez duqv nyei baengc (STI), aengx caux haaix nyungc baengc qiemx zimh samx mangc longc ndongc haaix
- Ziux goux zorc baengc yiem biau, lemh jienv yiem mienh goz biau
- Zorc baengc dorngh aengx caux yiem dorngh dauh
- Nzie weih ziux goux mienh jaanz aengx caux hienz doic jau-louc, beiv taux goux nqaeqv bun maaih gu'nguaaz saa maqc aengx caux tengx ziux goux zorqv gu'nguaaz guangc
- Zaah mangc maaih gu'nguaaz yiem sin
- Dimv COVID-19 aengx caux tengx zorc
- Borqv caux gorn zangc tengx ziux goux zorc baengc, beiv taux maaih mbuoz yiem gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn
- Yietc zungv da'nyeic diuc qiemx zorc baengc jau-louc dugh beu weih yiem Medi-Cal (dugh haix mbuoz heuc "zien qiemx longc njouuz zorc baengc jau-louc") ei goux baengc ndie-sai gouv cuotv wuov

Fu'jueiv aengx caux sieq-dorn hou-saeng se maaih ze'buonc leiz beu duqv benx baeqc wang-henh ziux goux mangc wangc siangx, beiv taux:

- Duqv zipv wang-henh cie geh mingh nzuonx lorx ndie-sai a'fai mingh zorqv ndie, duqv zorc baengc jaa-sic aengx caux ga'naaiv longc
- Tengx dingc waac lorx buangh ndie-sai zorc baengc
- Tengx lorx ndie-sai bun a'fai goux baengc ndie-sai
- Tengx nzie weih faan waac bun muangx (meih mv zuqc dorh faan waac mienh caux meih mingh buangh ndie-sai yiem zorc baengc ziangh hoc)

Naaiv diuc maaih "baengc kouv zien qiemx zorc baengc" se benx haaix nyungc jauv-louc?

Liouh fu'jueiv aengx caux sieq-dorn hou-saeng, **qiemx zuqc zorc baengc nyei jau-louc** se benx qiemx longc nzie weih ziux goux zorc baengc, goiv yienc zuqc, gunv goux mangc, a'fai zorc baengc a'fai wangc siangx jau-louc.

Se gorngv buatac maaih haaix nyungc jienv sic nor fu'jueiv nyei ndie-sai a'fai ziux goux baengc ndie-sai horpc zuqc tengx dingc lorx doih waac bun zorc baengc.

Maaiah nyungc baav ziux goux baengc nyei jau-louc oix zuqc benx jaa-nziouv nqoi nzuih bun ndaangc. Se gorngv naaiv deix ziux goux zorc baengc jau-louc zien qiemx zuqc bun fu'jueiv a'fai sieq-dorn hou-saeng hnyang-jeiv mingh taux 21 hnyangx wuov se mv haih gouv benx jaa-jamv souz mouc liouh nzie weih ziux goux a'fai zorc baengc. Liouh mangc guv yienh, mv haih gouv benx jaa-jamv souz mouc bun naaiv laanh fu'jueiv yiem norm-norm yi hnyangx japv yietc norm muo-ziuz. Se gorngv naaiv laanh fu'jueiv maaiah lo-muo-ziuz mv njiang mangc maiv buatac, ninh mbuo maaiah ze'buonc leiz beu mingh zorqv ndie nyanc aengx ndorqc japv muo-ziuz siang-.

NZANGC-LONGZ 1

Meih nyei fu'jueiv nyei Medi-Cal



Fu'jueiv aengx caux sieq-dorn hou-saeng maaiah mbuoz yiem Medi-Cal duqv zipv fu'loqc nyaanh gan yietc nyungc yangh naaiv deix yi nyungc jauv:

1. **Guvn goux mangc wangc siangx** gan naaiv beu weih wangc siangx sou-gorn, corng h zingh heng-wangc sou-gorn, a'fai ziux goux zorc nyaah sou-gorn, **a'fai**
2. **Cuotv nyaanh liouh tengx nzie weih ziux goux** yangh naaiv California domh gorn tengx nzie weih ziux goux mangc heng-wangc jau-louc (DHCS), benx saengv zangc Medi-Cal gong-gorn

Naaiv zeiv sou se porv cing waac bun muangx gorngv oix zuqc zoux haaix nyungc gong beiv taux fu'jueiv a'fai sieq-dorn hou-saeng maaiah mbuoz mv duqv zipv tengx nzie weih ei qiemx zuqc nyei jau-louc yiem njiec gunv goux mangc wangc siangx a'fai **cuotv nyaanh liouh tengx nzie weih ziux goux** wuov. Ninh duqv porv mbuox hnangv haaix zoux:

- Juix sou bieqc lorx weic faan sic
- Tov saengv zangc tengx dingc baengh fim leiz bun muangx
- Juix sou bieqc gox sic

Liouh jiouh mienh tengx ziux goux a'fai maaiah waac qiemx naaic gorngv taux meih nyei fu'loqc nyaanh, korh waac lorx Medi-Cal tengx goux baengc mienh fin-gorn yiem naaiv **1-800-541-5555**.

Meih horpc zuqc oix hnangv haaix zoux beiv taux tengx meih ziux goux mangc fu'jueiv nyei gong duqv ngaengc nzuih, zorv ngaih, zanv zoqc tuiz njiec, a'fai dingh njiec mi'aqc?

Se gorngv tengx nzie weih zoux goux mangc meih nyei fu'jueiv nyei gong duqv ngaengc nzuih, zorv ngaih, zanv zoqc tuiz njiec, a'fai dingh njiec aengx caux meih mv doiz-dongh caux ninh mbuo dingc bun-paaiv waac yiem tih mengh fienx mbuox wuov, meih tov heuc ganh corngv siang aengx caux dingc siang.

Naaiv benx bouc bun meih nyei fu'jueiv duqv zipv tengx ziux goux mangc ei qiemx zuqc nyei jauv aengx caux maaiah ze'buonc leiz beu bun. Meih nyei fu'jueiv maaiah ze'buonc leiz beu bun juix sou bieqc **lorx weic faan sic**, tov **saengv zangc tengx dingc baengh fim leiz bun muangx**, a'fai juix sou bieqc **gox sic**. Mv maaiah zorqv zuiz bun dungv njiec buoz zoux naaiv deix gong wuov.

Mv gunv gorngv meih lorx weic faan sic, saengv zangc dingc baengh fim leiz, a'fai gox sic hingh fai suei, fu'jueiv nyei Medi-Cal beu weih sou-gorn yaac **mv** haih dorng setv mueix dungv benx wueic laaix meih zoux hnangv naaiv.

Hnangv haaix juix sou bieqc lorx weic faan sic, tov saengv zangc tengx dingc baengh fim leiz bun muangx, a'fai juix sou bieqc gox sic.

Doqc mangc yiem tih mengh fienx sou. Se gorngv naaiv norm gunv goux wangc siangx sou-gorn, DHCS (benx saengv zangc Medi-Cal gong-gorn), a'fai goux baengc ndie-sai duqv ngaengc nzuih, zanv tuiz zoqc njiec, a'fai dingh njiec mv ziux goux zorc baengc bun fu'jueiv, ninh mbuo horpc zuqc fiev tih mengh fienx mbuox heuc zoux nyei gong (maaiah mbuoz benx "Tih mengh fienx mbuox gouv funx benx fu'loqc mv doiz hnyouv") yiem ninh mbuo dingc waac cuotv wuov.

Lorx weic faan sic horpc zuqc longc fu'jueiv nyei gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn wuov bung liouh zaah mangc gorngv haaix nyungc ziux goux zorc baengc dungv ninh mbuo ngaengc nzuih, zorv ngaih, zanv tuiz zoqc njiec a'fai dingh njiec yiem zuov muangx dingc waac wuov, lorx mangc gaax ninh mbuo dapc engx meih nyei fai.

Saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx se bun ziangh hoc gorngv waac bun muangx yiem sic-dorngv ndaangc taux ninh mbuo dingc leiz zaamc jien zaah mangc dingc bun-paaiv waac yiem fu'jueiv nyei gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn a'fai DHCS (benx saengv zangc Medi-Cal gong-gorn) zoux daaih dungv meih mv nyunc wuov.

Gox sic se liouh maaiah haaix nyungc dungv meih mv horpc hnyouv fai mv nyunc duqv haaix dauh a'fai mv doi-dongh taux lorx weic faan sic nyei waac a'fai saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx mv nzoih wuov. Ninh corc benx nyinh nyiouz waac a'fai gaaaz hnyouv yiem caux fu'jueiv nyei gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn a'fai DHCS dungv mv duqv ngaengc nzuih, zorqv ngaih, zanv zoqc tuiz njiec, a'fai dingh mv tengx nzie weih ziux goux wuov.

Meih corc haih zoux sou fungx bieqc gox sic gorngv taux ninh mbuo gunv goux heng-wangc nyei sou-gorn tengx zoux gong ziux beu fu'jueiv nyei sou-gorn, lemh jienv longc hnyouv zorc baengc ndongc haaix a'fai bieqc lorz zorc baengc nyei jau-louc.

Meih oix zuqc zipv tih mengh fienx sou mv zaih jiex **10** hnoi ndaangc taux fu'jueiv mingh zorc baengc hnoi a'fai zipv ziux goux mangc nyei buonc gong zuqc zanv zoqc tuiz njiec a'fai dingh njiec. Tih mengh fienx sou duqv porv cing waac gorngv:

- Wueic haaix diuc ninh mbuo gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn wuov bung a'fai DHCS hnangv haaix dingc naaiv baan waac
- Meih nyei fu'jueiv nyei ze'buonc leiz beu bun
- Hnangv haaix juix sou bieqc lorx weic faan sic a'fai tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx

Se gorngv meih mv nyunc duqv ninh mbuo dingc bun-paaiv nyei waac, ninh benx jienv sic oix zuqc lorx weic faan sic **ndaangc** taux ziangh hoc ninh mbuo dingh njiec naaiv deix gong a'fai zanv zoqc tuiz njiec, ninh mbuo corc haih borqv nzipc linh daapc mingh yiem njiec lorx weic faan sic a'fai tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx nyei bouc dauh.

Beiv taux meih maiv duqv zipv tih mengh fienx sou, korh waac lorx taux juangc ziux goux mangc baengc mienh wangc siangx (HCA) nam mber yiem da'5 yiemc sou. Meih corc haih juix sou bieqc lorx weic faan sic se gorngv meih mv duqv zipv naaiv zeiv tih mengh fienx sou taux buoz. Se gorngv oix hoqc hiuv taux hnangv haaix zoux sou fungx bieqc lorx weic faan sic, tov taux saengv zangc tengx corng h leiz bun muangx, fungx sou bieqc guaix taux nyei gong, doqc mangc yiem jiex mingh wuov yiemc sou.

Hnangv haaix jiouh mienh tengx

Medi-Cal tengx baengc nyei finx-gorn

Medi-Cal tengx nzie bun baengc mienh fin-gorn se benx wang-henh bouc bun. Ninh mbuo corc haih tengx borqc caux meih nyei buonh deic Medi-Cal ze'weic gorn, gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn, a'fai da'nyeic norm Medi-Cal gorn zangc liouh tengx nzie dau waac bun meih muangx taux Medi-Cal.

- Fonh: 1-800-541-5555
- Online: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

Juangc ziux goux mangc baengc mienh wangc siangx (HCA)

HCA tengx nzie gorngv waac yangh fonh bun muangx a'fai doiz hmien wang-henh tengx nzie bun maaib mbuoz bieqc Medi-Cal nyei mienh liouh caeqv sung yiem buangh dauh wangc siangx sic. Ninh mbuo corc haih tengx dorh meih borqv bieqc lorx waa-fienx gorn zangc liouh wang-henh tengx nzie gan doh leiz bun caeqv sung wangc siangx sic.

- Fonh: 1-888-804-3536
- Online: healthconsumer.org

Se gorngv meih hnamv daaiz naaiv baan dingc waac wuov dorngc mi'aqc



Se gorngv meih sienx gorngv fu'jueiv nyei Medi-Cal setv mueix waac wuov daaiz zoux dorngc go a'fai zaah benx gorngv fu'jueiv mv maaih horpc bouc gauz zipv Medi-Cal wuov zoux dorngc go:

- Zoux ei njiaaux waac bouc dauh yiem tih mengh fienx sou wuov lorx weic faan sic, **a'fai**
- Lorx yiem buonh deic nquenc zangc tengx nzie weih ziux goux zuangx mienh ze'weic gorn yiem naaiv dhcs.ca.gov/COL

Medi-Cal gunv goux mangc wangc siangx maaih haaix nyungc z'ebuongc leiz beu fu'jueiv?

Waa-fienx yiem njiec ga'ndiev da'6-11 pin wuov liouh longc yiem yietc zungv Medi-Cal gunv goux mangc wangc siangx. Yietc zungv fu'jueiv maaih mbuoz yiem Medi-Cal duqv zipv ziux goux mangc wangc siangx yiem ninh mbuo nyei **Medi-Cal gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn**. Wangc siangx sou-gorn liouh tengx zorc ziux goux mangc beih sin baengc. Ninh corc aengx maaih gouv funx benx jaa-jamv bouc bun ziux goux zorc corngh zingh baengc fai heuc benx "lorx lengc jeiv ndie-sai neqv zorc corngh zingh baengc."

Gunv goux mangc wangc siangx gorn zangc gong corc maaih da'nyeic nyungc jau-louc:

- **Lorx lengc jeiv ndie-sai neqv zorc corngh zingh baengc** liouh longc ziangh hoc nangv neqv ziux goux zorc naaiv hoc corngh zingh baengc ciouv dungh zuqc caeqv benx gorqv-zeic yiem corngh zingh heng-wangc sou-gorn.
- **Medi-Cal liuc leiz mbenc fungx ndie jauv-louc** liouh zorc guangc yong-in aengx caux hopv diuv baengc.
- **Ziux goux mangc nyaah** liouh tengx ziux goux mangc nyaah yiem njiec Los Angeles aengx caux Sacramento nquenc. Doqc mangc **Nzangc-hlaangz 1** yiem da'11 pin.

Se gorngv meih nyei fu'jueiv nyaah maaih sic nyaav yiem zipv ziux goux a'fai zipv tengx ziux goux dungh meih hnamv daaiz duqv beu yiem zuqc haaix diuc gu'nguaaic deix jauv-louc, tov daaix luic doqc mangc yiem ga'ndiev. Se gorngv buatc fu'jueiv mv maaih mbuoz yiem beu weih sou-gorn, tov daaix luic doqc mangc gorngv taux **cuotv nyaanh liouh ziux goux zorc baengc** yiem da'12 pin.

Meih oix zuqc zoux haaix nyungc beiv taux ninh mbuo duqv ngaengc nzuih, zorv ngaih, zanv zoqc tuiz njiec, a'fai dingh njiec ziux goux mangc fu'jueiv nyei gong?

Juix sou bieqc lorx weic faan sic bun taux fu'jueiv nyei gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn

Meih oix zuqc njiec buoz jiex gorn juix sou bieqc **lorx weic faan sic** bun taux gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn. Liouh lorx mangc meih nyei sou-gorn daan, bieqc lorx yiem www.dhcs.ca.gov/mmchpd. Lorx weic faan sic horpc zuqc longc fu'jueiv nyei beu weih sou-gorn wuov bung liouh zaah mangc dungh gorngv haaix nyungc ziux goux zorc baengc jau-louc duqv ngaengc nzuih, zorv ngaih, zanv tuiz zoqc njiec a'fai dingh njiec wuov liouh dimv lorx mangc cing gorngv ninh mbuo doi-dongh caux meih. Meih oix zuqc juix sou bieqc lorx weic faan sic ndaangc taux tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx.

- Haaix zanc fu'jueiv duqv zipv tih mengh fienx yiem caux gunv goux mangc wangc siangx bun daaih heuc njiec buoz zoux gong, meih se haih juix sou bieqc lorx weic faan sic duqv aqv. Meih corc haih juix sou bieqc lorx weic faan sic se gorngv meih **maiv** duqv zipv naaiv zeiv tih mengh fienx heuc njiec buoz.
- Meih maaiah ziangh hoc benx **60** norm zoux gong hnoi dungh haaix zanc zipv tih mengh fienx mbuox njiec buoz zoux gong liouh lorx weic faan sic caux gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn. Meih corc haih fiev benx sou-nzangc, gorngv waac yangh fonh a'fai yangh online liouh juix sou bieqc lorx weic faan sic. Meih zaah lorx mangc fonh nam mber yiem naaiv **Nzangc-hlaangz 1** yiem njiec da'11 pin.
- Se gorngv tih mengh fienx bun hiuv gorngv fu'jueiv ih zanc zipv longc nyei buonc ziux goux jau-louc wuov oix zuqc dingh njiec aqv a'fai duqv zanv tuiz zoqc njiec, meih corc haih tov heuc nzipc linh daapc tengx ziux goux zorc jienv baengc mingh yiem lorx weic faan sic nyei ziangh hoc. Naaiv se heuc benx **nzipc linh daapc tengx fu'loqc nyaanh**. Liouh hoqc hiuv tipv gorngv hnangv haaix tov, doqc mangc **Nzangc-longz 3** yiem naaiv yiemc sou.

NZANGC-LONGZ 3

Hnangv haaix tov liouh nzipc linh daapc tengx fu'loqc nyaanh yiem njiec gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn



Se gorngv tih mengh fienx bun hiuv gorngv meih nyei fu'jueiv ih zanc zipv longc ziux goux nyei buonc jau-louc wuov oix zuqc dingh njiec a'fai duqv zanv tuiz zoqc njiec, meih corc haih tov ninh mbuo **nzipc linh daapc tengx fu'loqc nyaanh** (maaiah da'nyeic norm mbuoz "tengx nzie weih bun fu'loqc nyaanh fu'jueiv yiem lorx weic faan sic a'fai saengv zangc dingc leiz bun muangx nyei ziangh hoc).

- Meih oix zuqc lorx weic faan sic a'fai tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx **ndaangc** taux naaiv deix gong dingh njiec a'fai zanv tuiz zoqc njiec.
- Gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn oix zuqc jaa-nziouv fiev benx tih mengh fienx bun meih mv zoqc jiex **10** norm zoux gong hnoi ndaangc ninh mbuo mbenc dingh njiec a'fai zanv tuiz fu'jueiv nyei jauv-louc zoqc njiec.

- Fu'jueiv nyei gunv goux wanc siangx sou-gorn oix zuqc duqv zipv fienx lorx weic faan yiem njiec **5** norm zoux gong hnoi yiem hnoi-nyieqc duqv zipv taux buoz funx lorx weic kuinx sic Sou-gorn oix zuqc mbuox meih nyei mbuoz, fonh nam mber, aengx caux naaic laanh mienh nyei deic zepv yiem sou-gorn wuov bung haaix laanh mienh haih mbuox waa-fienx bun meih tipv gorngv taux lorx weic faan sic jau-louc aengx caux bun hiuv gorngv zoux taux haaix mi'aqc. Wangc siangx sou-gorn oix zuqc fiev nzioh dingc bun-paaiv waac juix bun meih yiem njiec **30** norm zoux gong hnoi ei tov lorx weic faan sic funx daaih. Naaiv se heuc tih mengh fienx bun hiuv taux caeqv sung sic nyei waac.
- Se gorngv fu'jueiv nyei sic dauh jau-louc maaih dorngx jiepv sih tiuv siang aengx caux gorngv tor bouc dauh zuov 30 hnoi haih zoux bun baengc kouv nor, meih haih tov heuc **gaanv jiepv sih dingc bun-paaiv waac** (siepv). Liouh hnangv haaix zoux naaiv diuc gong, tov daaix luic doqc mangc **Nzangc-longz 4** yiem naaiv yiemc sou.
- Se gorngv meih corc haih lorx taux fu'jueiv nyei gunv goux wanc siangx sou-gorn liouh naaic taux lorx taux lorx weic faan sic jauv-louc haaix zanc yaad uqv nyei. Liouh longc nam mber lorx doic, tov daaix luic doqc mangc yiem **Nzangc-njoh 1** Yiem njiec da'11 pin.
- Fu'jueiv nyei gunv goux mangc wanc siangx sou-gorn corc haih zorpc yietv nyeic jau-louc dungh benx zuangx dengv sic mienh lengc juangc zaah mangc zorc baengc jau-louc bun mangc. Tih mengh fienx mbuox njiec buoz zoux gong se porv mengh naaiv diuc jau-louc bun muangx nzoih. Beiv taux fu'jueiv nyei gunv goux mangc wanc siangx sou-gorn cai bun benx naaiv diuh jau-louc, ninh horpc zuqc bun meih tengx fu'jueiv lorx weic faan sic aqv. Liouh hoqc hiuv tipv taux zuangx dengv sic mienh lengc juangc zaah mangc zorc baengc jau-louc, korh waac lorx California domh gorn gunv goux ziux mangc heng-wangc yiem naaiv 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891). A'fai, bieqc lorx mangc yiem <https://bit.ly/IMRCR>.

Tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx gorngv taux Medi-Cal

Beiv taux gunv goux mangc wanc siangx sou-gorn nyei lorx weic faan sic jauv-louc setv mueix liuz aengx caux meih yaac mv lorqc doih caux ninh mbuo wanc siangx sou-gorn dingc cuotv nyei waac, meih se haih tov **saengv zangc tengx dingc baengh fim leiz bun muangx** taux meih fu'jueiv jauv-louc. Se gorngv fu'jueiv nyei gunv goux mangc wanc siangx sou-gorn mv duqv tih mengh fienx bun hiuv gorngv fu'jueiv maaih haaix nyungc ze'buonc leiz beu lorx weic faan sic aengx caux mv juix horpc bouc dauh ziangh hoc nor meih corc haih tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx.

NZANGC-LONGZ 4

Jiepv sih gaanv siepv (siepv deix) lorx weic faan sic a'fai saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx



Se gorngv fu'jueiv qiemx zuqc longc **gaanv jiepv sih** lorx weic faan sic (siepv) a'fai tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx siepv wueic laaix gorngv zov ngaih nor haih benx ciouv sic hoic fu'jueiv maengc, hoic sin zangc, a'fai fu'jueiv bei sin haih wuaaic, tov daaix luic korh waac lorx **1-800-743-8525**.

Meih corc haih lorx doqc mangc yietv nyeic tipv yiem ziux goux baengc mienh sou-guv gorngv hnangv haaix tov heuc gaanv jiepv sih tengx nzie Weih zoux naaic diuc jauv-louc siepv.

Saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx se bun ziangh hoc gorngv waac bun muangx yiem sic-dorng ndaangc taux ninh mbuo dingc leiz zaamc nyei leiz-sai zaah mangc dingc bun-paaiv waac dung meih mv nyunc wuov. Ninh dingc leiz zaamc nyei leiz-sai se zoux gong bun California domh gorn tengx nzie weih ziux goux zuangx mienh yiem-laamz, ninh mv zeiz zoux gong bun fu'jueiv nyei wangc siangx sou-gorn.

- Meih oix horpc zuqc tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx yiem njiec **120** norm zoux gong hnoi yiem hnoi-nyieqc dung meih duqv zipv gunv goux mangc wangc siangx nyei dingc waac sou-fienx mbuox gorngv taux liuc leiz ziux goux fu'jueiv lorx weic faan sic. Ninh dingc leiz zaamc nyei leiz-sai se benx ba'ndong-mienh longc baengh leiz zaah mangc fu'jueiv nyei sic. Beiv taux meih tov muangx baengh fim leiz dung ninh mbuo dingc ndaangc wuov haih donv zorv zuqc yiem ih zanc tengx fu'jueiv nyei gong dingh njiec nor, meih corc haih tov heuc nzipc linh daapc tengx nyaanh bun fu'jueiv ndaangc. Tov daaix luic doqc mangc **Nzangc-longz 3** yiem da'7 pin.
- Nzunc baav meih corc haih tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx ga fonh, juix fienx dorngx, faekv a'fai online. Douc waac finx-hoc gorn 1-800-743-8525. A'fai, bieqc mangc yiem www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- Meih corc maaih ze'buonc leiz beu bun cai benx ga'hlen mienh mingh div meih yiem njiec saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx. Meih corc cai dorh pong-yiouv, cien-ceqv, dengv leiz mienh a'fai haaix laan mienh yaac duqv dung meih cai bun wuov. Liouh hoqc hiuv yietv nyeic tipv gorngv hnavg haaix jiouh mienh ei doh leiz tengx nzie weih wuov, tov doqc mangc gorngv **hnavg haaix jiouh mienh tengx nzie weih** yiem da'5 pin.
- Meih maiv zuqc cuotv nyaanh cingv saengv zangc tengx dingc baengh fim leiz bun muangx oc. Ninh baeqc wang-henh bun.
- Haaix zanc zipv fu'jueiv nyei sou tov heuc saengv zangc tengx dingc baengh fim leiz tengx zoux dorng setv-mueix liuz ninh mbuo saengv zangc se maaih bouc dauh benx **90** hnoi tengx liuc leiz zoux sung. Se gorngv buac meih nyei fu'jueiv ih zanc jiepv sih qiemx longc nziux goux zorc baengc siepv aengx caux gorngv tor bouc dauh zuov 90 hnoi haih zoux bun baengc kouv nor, meih se haih tov heuc **gaanv jiepv sih dingc bun-paaiv waac** (siepv). Doqc mangc **Nzangc-longz 4** yiem da'6 yiemc sou.
- Liouh jiouh mienh tengx nzie, doqc mangc yiem tih mengh fienx sou dung meih nyei fu'jueiv nyei gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn wuov. A'fai, korh waac lorx 1-800-743-8525. A'fai, bieqc mangc yiem www.dhcs.ca.gov/fair-hearing.

Lorx taux Ombudsman

Naaiv norm **Ombudsman** nyei liuc leiz mienh dung tengx zoux gong bun DHCS (the State Medi-Cal agency). Ninh mbuo nyei gong se tengx nzie meih aengx caux tengx dorh meih nyei fu'jueiv bieqc yiem gunv goux beu heng-wangc sou-gorn. Ninh mbuo zuov muangx meih gorngv nyei waac aengx caux tengx dau waac wuih bun meih muangx naaic daaih wuov. Ninh mbuo a'zuqc tengx zaah luic mangc taux sic dauh jauv-louc, porv mengh bun hiuv taux tengx nyaanh nyei gong, aengx caux lorz jauv-louc bun meih ginv longc. Meih mborqv finx lorz taix naaiv norm Ombudsman haaix zanc yaac duqv oc. Naaiv lemh nzoih haaix zangc tih mengh fienx bun fu'jueiv hiuv, zoux sou fungx bieqc lorz weic faan sic, tov taux saengv zangc tengx corng leiz bun muangx, a'fai fungx sou bieqc gaux taux ninh mbuo. Naaiv norm Ombudsman se tengx taux mienh maanh dung maaih mbuoz bieqc yiem gunv goux heng-wangc nyei sou-gorn mienh hnavg oc.

Meih corc haih lorx taux Ombudsman yangh:

- Fonh: 1-888-452-8609
- Email: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov

» » Mv dungx dorh ga'ganh si'jeiv wangc siangx waa-fienx hietv yiem email.

Liouh hoqc hiuv yietc nyeic tipv gorngv taux Ombudsman, bieqc lorx yiem www.dhcs.ca.gov/ombudsman.

Oix zuqc fungc zoux beiv taux meih mv horpc hnyouv taux ninh mbuo gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn nyei goux baengc gong-mienh, ziux goux mangc meih nyei fu'jueiv jau-louc a'fai ndie-sai?

Juix sou bieqc gox sic

Se gorngv naaiv laanh ndie-sai mv longc hnyouv ziux goux zorc meih nyei fu'jueiv a'fai zoux cunv gorngv waac-mun, a'fai meih maiv buangv hnyouv taux ninh nzie weih ziux goux zorc baengc gong, a'fai maiv haih lorx mv duqv ndie-sai tengx zorc baengc, meih zoux sou juix **gox sic** bouc bun fu'jueiv. Gox sic se benx dungh meih maaih dorngx mv nyunc taux haaix nyungc jauv-louc yiem lorx weic faan sic a'fai saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx mv nzoih wuov. Ninh se benx nyinh nyiouz waac a'fai corc guaaz hnyouv gorngv zoux haaix nyungc mv ngaengc nzuih, zorv ngaih, zanv tuiz zoqc njiec, a'fai dingh njiec ziux goux bun fu'jueiv nyei gong.

- Meih corc haih zoux sou juix bieqc gox sic bun fu'jueiv haaix zanc yaac duqv nyei oc. Meih corc haih gox sic gorngv yangh fonh, a'fai fiev njiec online a'fai yangh juix fienx jauv. Liouh juix sou bieqc gox sic, meih corc haih lorx fu'jueiv nyei gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn. Liouh longc nam mber lorx doic, doqc mangc **Nzangc-hlaangz 1** yiem da'11 pin. Meih corc haih zoux sou fungx bieqc gox sic gorngv taux ninh mbuo gunv goux heng-wangc nyei sou-gorn tengx zoux gong ziux beu fu'jueiv nyei sou-gorn, lemh jienv longc hnyouv zorc baengc ndongc haaix a'fai bieqc lorz zorc baengc nyei jau-louc.
- Fu'jueiv nyei gunv goux wangc siangx sou-gorn oix zuqc duqv laengz zipv haix meih nyei lorx weic faan sou yiem njiec **5** norm zoux gong hnoi yiem hnoi-nyieqc dungh ninh mbuo duqv zipv taux buoz funx daaih. Naaiv se oix zuqc bieqc nzoih mbuoz, fonh nam mber, aengx caux naaic laanh mienh nyei deic zepv dungh yiem wangc siangx sou-gorn tengx jaa waac bun muangx gorngv fu'jueiv nyei gox sic jauv-louc aengx caux box mbuox sic taux haaix mi'aqc.
- Fu'jueiv nyei gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn maaih ziangh hoc **30** norm zoux gong hnoi yiem meih juix gox sic sou bieqc liuz liouh ninh mbuo caeqv sung sic bun fu'jueiv.

Beiv taux meih oix naaic waac nor horpc zuqc lorx naaic haaix laanh mienh?

NZANGC-NJOH 1

Piu-beih gouv-mueic mangc gunv goux mangc wangc siangx gorn zangc jau-louc aengx caux waac-fienx lorx doic

Medi-Cal gunv goux mangc heng-wangc (MCMC)

Yietc zuangx fu'jueiv se duqv zipv tengx nzie Weih ziux goux yiem njiec caux Medi-Cal gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn:

- Qiemx ziux goux zorc beih sin baengc, beiv taux dimv baengc aengx caux nziepv nqaevv baengc ndie
- Qiemx zuqc zorc corngh zingh baengc dungh mv zeiz longc lengc jeiv ndie-sai neqv zorc corngh zingh baengc, beiv taux zorqv ndie aengx caux zorc baengc
- Borqv jiu doic liouh tengx ziux goux zorc baengc

Se gorngv meih nyei fu'jueiv mv duqv zipv qiemx longc ziux goux zorc baengc jauv-louc, a'fai corc maaih dorngh guaaaz hnyouv, korh waac lorx fu'jueiv nyei Medi-Cal gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn. Wangc siangx sou-gorn nyei fonh nam mber se hietv nzoih yiem fu'jueiv nyei gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn hmien-mueic ID fang-daan. Ninh corc maaih hietv yiem njiec gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn nyei website. Meih corc haih lorx ninh mbuo nyei fonh nam mber yiem naaiv www.dhcs.ca.gov/mmchpd. A'fai, korh waac lorx 916-449-5000

Ndie-sai lengc jeiv tengx ziux goux zorc corngh zingh baengc (SMHS)

Maaih laanh baav fu'jueiv yaac qiemx zuqc longc lengc jeiv ndie-sai neqv zorc corngh zingh baengc, beiv taux ziux goux bun butv corngh zingh baengc hnief, horpc zuqc longclengc jeiv ndie-sai neqv zorc naaiv hoc corngh zingh baengc. Yiem njiec norm-norm nquenc se maaih corngh zingh heng-wangc sou-gorn nyei.

Se gorngv meih nyei fu'jueiv mv duqv zipv qiemx longc ziux goux zorc baengc jauv-louc, a'fai corc maaih dorngh mv doiz hnyouv, korh waac lorx fu'jueiv nyei corngh zingh heng-wangc sou-gorn yiem nquenc zangc. Lorx fonh nam mber yiem naaiv www.dhcs.ca.gov/CMHP.

Medi-Cal liuc leiz mbenc ndie fungx nyei jau-louc (DMC-ODS)

Haaix deix fu'jueiv qiemx zuqc tengx ziux goux zorc buov inv jauv-louc beiv taux buov yong-in a'fai hopv diuv baengc, lemh jienv ca'laangh cuotv za'eiz aengx caux zorc baengc yiem da'nyeic norm dorngh, beiv taux bueix zorc guangc yong-in a'fai yiem biauv zorc hopv diuv baengc, haaix zanc qiemx zuqc longc nyei ziangh hoc se haih liuc leiz mbenc bun zipv ndie gan Medi-Cal juix ndie jauv-louc. Yiem njiec norm-norm nquenc zangc s embenc duqv maaih DMC-ODS kou-gong a'fai yiem Medi-Cal ndie-weic. Liouh hoqc hiuv yietv nyeic tipv gorngv taux Medi-Cal ndie-weic, doqc mangc **Nzangc-hlaangz 2** yiem 15 wuov pin.

Se gorngv meih nyei fu'jueiv mv duqv zipv qiemx longc ziux goux zorc baengc jauv-louc, a'fai corc maaih dorngh mv doiz hnyouv, korh waac lorx fu'jueiv nyei DMC-ODS kou-gong. Lorx fonh nam mber yiem naaiv www.dhcs.ca.gov/sud-cal.

Gunv goux mangc nyaah (MC ziux goux nyaah)

Haaix deix fu'jueiv yiem njiec Los Angeles nquenc a'fai Sacramento nquenc duqv zipv tengx ziux goux mangc nyaah, naaiv se lemh jienv zaah dimv mangc nyaah aengx caux nzaaaz nyaah yiem yietc hnyangx tengx nzaaaz yi nzunc aengx caux ziux goux mangc ga'nyuoz nzuih, se yiem njiec gunv goux mangc nyaah nyei sou-gorn. Fu'jueiv yiem njiec da'nyeic norm nyei buonc nquenc se duqv zipv tengx ziux goux mangc nyaah yiem caux cuotv nyaah ziux goux mangc nyaah (FFS ziux goux mangc nyaah). Liouh hoqc hiuv yietc nyeic tipv gorngv taux ziux goux mangc nyaah FFS wuov, doqc mangc **Nzangc-hlaangz 2** yiem da'15 wuov pin.

Se gorngv meih yiem njiec Los Angeles a'fai Sacramento aengx caux meih nyei fu'jueiv mv duqv zipv qiemx longc ziux goux naaiv deix jau-louc, a'fai corc maaih dorngh mv doiz hnyouv, korh waac lorx fu'jueiv nyei MC ziux goux mangc nyaah kou-gong. Hietv nzoih fonh nam mber yiem fu'jueiv nyei ziux goux mangc nyaah MC hmien-mueic ID fang-daan. Ninh corc maaih hietv yiem njiec fu'jueiv nyei MC sou-gorn website. A'fai, korh waac lorx 1-800-322-6384. Meih corc haih lorx mangc ninh mbuo wangc siangx sou-gorn nyei fonh nam mber yiem naaiv <https://bit.ly/DMC-Contact>.

Meih nyei fu'jueiv se maaih haaix nyungc ze'buonc leiz beu yiem Medi-Cal cuotv nyaanh liouh ziux goux zorc baengc?

Yiem njiec ga'ndiev deix waac-fienx yiem da'12-15 pin wuov liouh longc yiem Medi-Cal cuotv nyaanh liouh ziux goux zorc baengc (FFS). Maaih laanh baav fu'jueiv maaih mbuoz yiem Medi-Cal se duqv zipv tengx ziux goux mangc yiem njiec FFS. FFS corc maaih norm mbuoz heuc "guaiah zong baan" Medi-Cal. Haaix deix fu'jueiv maaih mbuoz bieqc FFS se duqv zipv ziux goux mangc yiem njiec DHCS (benx saengv zangc Medi-Cal gong-gorn). Ninh mbuo gunv goux wangc siangx sou-gorn se mv baaz laanv guen taux oc. FFS caux naaiv Medi-Cal FFS liouh ziux goux zorc beih sin wangc siangx aengx caux gouv benx zoqc zanv souz mouc liouh ziux goux zorc corngh zingh baengc dugh heuc "zorc corngh zingh baengc mv zeiz longc benx lengc jeiv ndie-sai neqv zorc naaiv hoc baengc," Medi-Cal ndie-weic liouh zorc guangc buov yong-in aengx caux hopv diuv baengc, FFS ziux goux mangc nyaah, aengx caux Medi-Cal Rx nyei ndie. Liouh hoqc hiuv yietc nyeic tipv, doqc mangc **Nzangc-hlaangz 2** yiem da'15 wuov pin.

Se gorngv fu'jueiv maaih sic nyaav yiem zipv ziux goux a'fai nzipc ziux goux dugh meih buatc horpc zuqc DHCS beu weih bun nzoih, tov daaix luic doqc mangc yiem ga'ndiev. Mv gunv gorngv fu'jueiv mv maaih mbuoz yiem njiec gunv goux mangc wangc siangx sou-gorn yaac baac, beiv taux fu'jueiv benx corngh zingh baengc kouv qiemx zuqc longc ziux goux zorc, ninh mbuo se duqv zipv ziux goux tengx ziux goux zorc corngh zingh baengc longc benx lengc jeiv ndie-sai neqv zorc yiem corngh zingh heng-wangc sou-gorn. Liouh hoqc hiuv yietv nyeic tipv aengx caux zaah lorx gorngv mingh haaix jiouh menh tengx nzie yiem nquenc zangc corngh zingh heng-wangc sou-gorn, tov daaix luic doqc mangc **Nzangc-hlaangz 1** yiem da'11 pin.

Meih horpc zuqc oix hnangv haaix zoux beiv taux ziux goux mangc fu'jueiv yiem FFS gong dugh zorc ngaih, ngaengc nzuih, zanv tuiz zoqc njiec, a'fai dingh njiec mi'aqc?

Tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx gorngv taux Medi-Cal

Lorx **saengv zangc tengx dingc baengh fim leiz bun muangx** se benx bun ziangh hoc gorngv waac bun muangx yiem sic-dorngn ndaangc taux ninh mbuo dingc leiz zaamc nyei leiz-sai zaah mangc DHCS dingc nyei waac dugh meih mv nyunc duqv wuov. Naaiv se lemh jienv dugh ngaengc nzuih, zorc ngaih, zanv tuiz zoqc njiec, a'fai dingh njiec nyei buonc. Ninh dingc leiz zaamc nyei leiz-sai se zoux gong bun California domh gorn tengx nzie weih ziux goux zuangx mienh yiem-laamz, mv zeiz bun DHCS.

NZANGC-LONGZ 5

Hnangv haaix tov heuc nzipc linh daapc tengx fu'loqc nyaanh yiem cuotv nyaanh liouh tengx ziux goux zorc baengc



Se gorngv tih mengh fienx wuov gorngv mbuox meih nyei fu'jueiv ih zanc zipv longc nyei buonc ziux goux jauv-louc wuov oix zuqc dingh njiec a'fai oix zuqc zanv tuiz zoqc njiec, meih corc haih zoix tov ninh mbuo **nzipc linh daapc tengx fu'loqc nyaanh** (maaih da'nyeic norm mbuoz "tengx nzie zengc nyei buonc nyaanh") yiem njiec saengv zangc dingc leiz bun muangx nyei ziangh hoc.

- Meih oix zuqc tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx **ndaangc** taux naaiv deix gong dingh njiec a'fai zanv tuiz zoqc njiec.
- DHCS oix zuqc jaa-nziouv fiev benx tih mengh fienx bun meih hiuv mv zoqc jiex **10** norm zoux gong hnoi ndaangc ninh mbuo mbenc dingh njiec a'fai zanv tuiz zoqc njiec jau-louc bun fu'jueiv.

- Haaix zanc meih nyei fu'jueiv duqv zipv tih mengh fienx yiem mbuox njiec buoz zoux nyei gong yiem caux DHCS bun daaih wuov, meih se haih tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx duqv aqv. Se gorngv meih maiv duqv zipv naaiv zeiv tih mengh fienx mbuox njiec buoz zoux gong wuov meih se haih tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx.
- Meih oix horpc zuqc tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx yiem njiec **90** norm zoux gong hnoi yiem hnoi-nyieqc dungh meih duqv zipv DHCS tih mengh fienx mbuox njiec buoz zoux nyei gong. Ninh dingc leiz zaamc se benx ba'ndong-mienh longc baengh leiz zaah mangc fu'jueiv nyei sic dauh Se gorngv meih maiv duqv zipv naaiv zeiv tih mengh fienx mbuox njiec buoz zoux gong wuov haaix zanc yaac duqv meih cor haih tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx. Se gorngv meih tov saengv zangc tengx dingc baengh fim leiz bun muangx wuov haih zoux zuqc ih zanc tengx ziux goux zorc fu'jueiv duqv zipv nyei buonc ong dingh njiec nor, meih corc haih tov heuc nzipc linh daapc tengx fu'loqc nyaanh bun jienv fu'jueiv ndangc. Doqc mangc **Nzangc-longz 5** yiem naaiv yiemc sou.
- Nzunc baav meih corc haih tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx ga fonh, juix fienx dorngx, faekv a'fai online. Korh waac lorx 1-800-743-8525. A'fai, bieqc mangc yiem www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- Meih maaih ze'buonc leiz beu bun cai benx ga'hlen mienh mingh dorng hmien muangx saengv zangc dingc leiz. Meih corc cai dorh pong-yiouv, cien-ceqv, dengv leiz mienh a'fai haaix laan mienh yaac duqv dungh meih cai bun wuov. Ei doh leiz lorx jiouh mienh tengx nzie weih, tov doqc mangc gorngv **hnangv haaix jiouh mienh tengx nzie weih** yiem da'5 pin.
- Meih maiv zuqc cuotv nyaanh cingv saengv zangc tengx dingc baengh fim leiz bun muangx oc. Ninh baeqc wang-henh bun.
- Haaix zanc zipv meih nyei fu'jueiv nyei sou tov heuc saengv zangc tengx dingc baengh fim leiz duqv dingc sung setv-mueix waac liuz ninh mbuo saengv zangc se maaih bouc dauh benx **90** hnoi tengx liuc leiz cing. Se gorngv buatc meih nyei fu'jueiv ih zanc jiepv sih qiemx longc nziux goux zorc baengc siepv aengx caux gorngv tor bouc dauh zuov 90 hnoi haih zoux bun baengc kouv nor, meih se haih tov heuc **gaanv jiepv sih dingc bun-paaiv waac** (siepv). Doqc mangc **Nzangc-longz 6** yiem naaiv yiemc sou.
- Liouh lorx jiouh mienh tengx nzie tipv, tov daaix luic doqc mangc yiem tih mengh fienx dungh DHCS bun daaih wuov. A'fai, korh waac lorx 1-800-743-8525. A'fai, bieqc mangc yiem www.dhcs.ca.gov/fair-hearing.

BOX 6

Jiepv sih gaanv siepv (siepv deix) lorx weic faan sic a'fai saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx



Se gorngv fu'jueiv qiemx zuqc longc **gaanv jiepv sih** (siepv) tov saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx siepv wueic laaix gorngv zorv ngaih nor haih benx ciouv sic hoic fu'jueiv maengc, hoic sin zangc, a'fai fu'jueiv sin peih haih wuaaic, tov daaix luic korh waac lorx 1-800-743-8525.

Oix zuqc fungc zoux laeqh beiv taux meih mv horpc hnyouv taux goux baengc gong-mienh ziux goux mangc meih nyei fu'jueiv, ndie-sai a'fai goux baengc ndie-sai yiem FFS?

Juix sou bieqc gox sic

Se gorngv naaiv laanh ndie-sai mv longc hnyouv ziux goux zorc meih nyei fu'jueiv a'fai zoux cunv gorngv waac-mun, a'fai meih maiv buangv hnyouv taux ninh nzie weih ziux goux zorc baengc nyei gong, a'fai maiv haih lorx mv duqv ndie-sai tengx zorc baengc, nzunc baav meih corc haih juix sou bieqc **gox sic** bouc bun fu'jueiv. Naaiv gox sic sou se liouh benx maaiah haaix nyungc jau-louc mv doiz-dongh doic saengv zangc dingc baengh fim leiz bun muangx mv duqv beu nzoih wuov. Ninh se benx nyinh nyiouz waac a'fai corc gaaaz hnyouv gorngv zoux haaix nyungc mv ngaengc nzuih, zorv ngaih, zanv tuiz zoqc njiec, a'fai dingh njiec ziux goux bun fu'jueiv nyei gong.

- Nzunc baav meih corc haih juix sou bieqc gox sic bouc bun fu'jueiv liouh yiem Medi-Cal ndie-weic, ziux goux zorc nyaah FFS, a'fai Medi-Cal Rx yiem haaix zanc yaac duqv oc. Meih corc haih gox sic gorngv yangh fonh, a'fai fiev njiec online a'fai yangh juix fienx jauv. Liouh gorngv oix juix sou bieqc gox sic, tov daaix luic lorx Medi-Cal ndie-weic, ziux goux zorc nyaah FFS, a'fai Medi-Cal Rx. Liouh longc nam mber lorx doic, doqc mangc **Nzangc-hlaangz 2** yiem da'15 pin. Yiem njiec Medi-Cal FFS tengx ziux goux zorc beih sin baengc aengx caux longc benx lengc jeiv ndie-sai neqv zorc corngh zingh baengc nyei gong se **maiv** maaiah gox sic jau-louc bun oc.
- DHCS oix zuqc duqv laengz zipv haix meih nyei lorx weic faan sou yiem njiec **5** norm zoux gong hnoi yiem hnoi-nyieqc dugh ninh mbuo duqv zipv taux buoz. Oix zuqc bieqc nzoih mbuoz, fonh nam mber, aengx caux naaic laanh mienh nyei deic zepv dugh yiem DHCS tengx mbuox waac tipv gorngv taux fu'jueiv gox sic jau-louc aengx caux sic taux haaix mi'aqc.
- DHCS maaiah ziangh hoc **30** norm zoux gong hnoi yiem meih juix gox sic sou bieqc liouh tengx liuc leiz caeqv nzaanz sic yiem fu'jueiv nyei gox sic sou yiem caux FFS ziux goux zorc nyaah aengx caux Medi-Cal Rx wuov. Medi-Cal ndie-weic maaiah **90** norm zoux gong hnoi liouh liuc leiz caeqv nzaanz fu'jueiv nyei gox sic jau-louc.

Beiv taux meih oix naaic waac nor horpc zuqc lorx naaic haaix laanh mienh?

NZANGC-HLAANGZ 2

Cuotv nyaanh liouh domh nzie weih ziux goux aengx caux waa-fienx lorx doic

Medi-Cal cuotv nyaanh liouh tengx nzie weih ziux goux (Medi-Cal FFS)

Maaix laanh baav fu'jueiv, beiv taux maaix laanh baav fu'jueiv yiem njiec goux fu'jueiv dornxg duqv zipv tengx nzie weih ziux goux beih sin baengc yiem caux Medi-Cal FFS.

Se gorngv mv zeiz meih fu'jueiv duqv zipv naaiv deix nzie weih ziux goux nyei jauv-louc a'fai corc maaix dornxg gaaaz hnyouv, korh waac lorx 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077).

Medi-Cal (DMC) ndie

Haaix deix fu'jueiv dungh qiemx zuqc tengx ziux goux zorc buov inv jau-louc beiv taux buov yong-in a'fai hopv diuv baengc, lemh jienv ca'laangh cuotv za'eiz aengx caux zorc baengc yiem da'nyeic norm dornxg, beiv taux bueix zorc guangc yong-in a'fai yiem biau v zorc hopv diuv baengc, haaix zanc qiemx zuqc longc naaiv diex ziux goux gong yiem njiec Medi-Cal juix ndie jau-louc. Yiem njiec norm-norm nquenc se maaix DMC-ODS kou-gong daan a'fai yiem DMC nyei. Liouh hoqc hiuv yietc nyeic tipv gorngv taux DMC-ODS, doqc mangc **Nzangc-hlaangz (Table) 1** yiem da'11 pin.

Se gorngv mv zeiz meih fu'jueiv duqv zipv naaiv deix nzie weih ziux goux nyei jauv-louc a'fai corc maaix dornxg gaaaz hnyouv, korh waac lorx fu'jueiv nyei DMC kou-gong gorn. Liouh lorx fonh nam mber, bieqc mangc yiem www.dhcs.ca.gov/sud-cal.

Cuotv nyaanh liouh tengx ziux goux zorc nyaah (FFS ziux goux zorc nyaah)

Yietc zuangx fu'jueiv duqv zipv Medi-Cal tengx ziux goux zorc nyaah yiem njiec FFS ziux goux zorc nyaah jau-louc. Naaiv se lemh nzoih hnyang-dongh tengx zaah dimv mangc nyaah aengx caux yietc hnyangx nzaaaz nyaah yi baan aengx caux ziux goux mangc ga'nyuoz nzuih.

Se gorngv mv zeiz meih fu'jueiv duqv zipv naaiv deix nzie weih ziux goux nyei jauv-louc a'fai corc maaix dornxg gaaaz hnyouv nor, korh waac lorx 1-800-322-6384. Liouh bieqc lorx hoqc yietv nyeic waac-fienx, bieqc lorx smilecalifornia.org.

Medi-Cal Rx

Fu'jueiv duqv zipv nzie weih ziux goux Medi-Cal ndie yiem njiec Medi-Cal Rx ndie-pouz. Naaiv se lemh jienv ndie dungh bueix yiem zorc baengc dorngh ndie-sai paaiv bun nyanc nyei buonc aengx caux ndie guaih maaiz yiem hei-horngc ndie-pouz nyei buonc, jaa-dornxg ziux goux zorc baengc beiv taux benx yaang-jaangh liouh nzuiz wuix lai hnaangx, aengx caux zorc baengc jaa-sic.

Se gorngv mv zeiz meih fu'jueiv duqv zipv naaiv deix nzie weih ziux goux nyei jauv-louc a'fai corc maaix dornxg gaaaz hnyouv nor, korh waac lorx 1-800-977-2273. Hoqc hiuv tipv yiem naaiv <https://bit.ly/3D1rQFV>.



**ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਦਾ
ਰਿਕਾਰਡ ਰੱਖੋ!**

ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬੱਚਿਆਂ
ਅਤੇ 21 ਸਾਲ ਦੇ ਨੌਜਵਾਨਾਂ ਨੂੰ
ਸਾਰੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ
ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ

ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਨੌਜਵਾਨ ਕਿਹੜੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜੇਕਰ ਉਹ Medi-Cal ਵਿੱਚ ਹਨ?

ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਕਨੂੰਨ ਹੇਠ, ਸਾਰੇ ਬੱਚੇ ਅਤੇ 21 ਸਾਲ ਦੇ ਨੌਜਵਾਨ, ਜੋ Medi-Cal ਵਿੱਚ
ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਨਿਯਮਿਤ ਜਾਂਚਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਨਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ,
ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਸਿਹਤਮੰਦ ਰਹਿਣ ਜਾਂ ਹੋਣ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਇਸ ਹੱਕ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਅਤੇ ਆਵਰਤੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ, ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment) (EPSDT) ਸ਼ਰਤ ਵਜੋਂ ਫੈਡਰਲ ਕਨੂੰਨ ਆਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ Medi-Cal ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ
ਹਰੇਕ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਉਹ ਦੇਖਭਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਜਿਸਦੀ ਉਸਨੂੰ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਿਹਤਮੰਦ ਰੂਪ ਨਾਲ ਵੱਡੇ ਹੋਣ ਲਈ ਲੋੜ ਹੈ। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿੱਚ,
EPSDT ਨੂੰ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਲਈ Medi-Cal ਆਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਬੱਚੇ ਜਾਂ ਨੌਜਵਾਨ ਨੂੰ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਣ ਵੇਲੇ ਲਾਗਤ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਨਾ ਪਾਇਆ ਜਾਵੇ।

ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਲਈ Medi-Cal ਲਈ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਲੋੜ ਪੈਣ ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਸੀਮਾ ਦੇ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ:

- ਸਰੀਰਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਮੁੱਖ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਮਾਹਰ ਨਾਲ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਸਮੇਤ
- ਨਜ਼ਰ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਐਨਕਾਂ ਸਮੇਤ
- ਸੁਣਨ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ
- ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ ਅਤੇ ਫਾੱਲੋ-ਅੱਪ ਸੇਵਾਵਾਂ
- ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਡ੍ਰਗ ਜਾਂ ਅਲਕੋਹਲ ਦੀ ਝੱਸ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਥੈਰੇਪੀ ਸਮੇਤ
- ਸਰੀਰਕ, ਵਿਵਸਾਇਕ ਅਤੇ ਸਪੀਚ ਥੈਰੇਪੀ
- ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਕਰਨ ਅਤੇ ਸਪਲਾਈਜ਼, ਜਿਵੇਂ ਫ੍ਰੀਲ ਚੇਅਰ, ਸਥਾਈ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਕਰਨ ਸਮੇਤ
- ਦਵਾਈ, ਬਿਨਾਂ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਪਰਚੇ ਦੀ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਪਰਚੇ ਵਾਲੀ
- ਲੈਬ ਜਾਂਚਾਂ, ਸਿੱਧੇ ਦੇ ਪੱਧਰ ਜਾਂਚਣ ਵਾਸਤੇ ਖੂਨ ਜਾਂਚਾਂ ਅਤੇ ਯੌਨ ਸੰਚਾਰਿਤ ਸੰਕ੍ਰਮਣ (STI) ਪਰੀਖਣ, ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਫਾੱਲੋ-ਅੱਪ
ਦੇਖਭਾਲ ਸਮੇਤ
- ਹੋਮ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਨਰਸਿੰਗ ਦੇਖਭਾਲ ਸਮੇਤ
- ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਇਲਾਜ
- ਪ੍ਰਜਨਨ ਅਤੇ ਸੈਕਸੁਅਲ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਜਨਮ ਨਿਯੰਤਰਣ ਅਤੇ ਗਰਭਪਾਤ ਸਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ
- ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਸਬੰਧੀ ਜਾਂਚਾਂ
- ਕੋਵਿਡ-19 (COVID-19) ਪਰੀਖਣ ਅਤੇ ਇਲਾਜ
- ਦੇਖਭਾਲ ਕੋਆਰਡੀਨੇਸ਼ਨ, ਜੇਕਰ ਇੱਕ Medi-Cal ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਹੋਵੇ
- ਹੋਰ ਸਾਰੀਆਂ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜੋ Medi-Cal ਹੇਠ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ (ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ “ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ
ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ” ਆਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ), ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ



ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਪੱਤਰ ਜਾਂ ਕਿਸੇ Medi-Cal ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਦੀ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫੌਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਲੋੜ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਵੱਡਾ
ਫੌਂਟ, ਆਡਿਓ ਫੌਰਮੈਟ, CD ਜਾਂ ਬ੍ਰੇਲ, ਤਾਂ 1-833-284-0040 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਨੌਜਵਾਨਾਂ ਨੂੰ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁਫਤ ਸਹਿਯੋਗ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ:

- ਆਪਣੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵਾਸਤੇ ਆਉਣ-ਜਾਣ ਲਈ ਜਾਂ ਦਵਾਈ, ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਕਰਨ ਅਤੇ ਸਪਲਾਈਜ਼ ਲੈਣ ਲਈ, ਮੁਫਤ ਸਵਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ
- ਡਾਕਟਰੀ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਤੈਅ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ
- ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ
- ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਆਖਿਆ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਡਾਕਟਰੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਖੁਦ ਦਾ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਨਾਲ ਲਿਆਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗੀ)

“ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ” ਦਾ ਕੀ ਮਤਲਬ ਹੈ?

ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਨੌਜਵਾਨਾਂ ਲਈ, **ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ** ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ, ਕਿਸੇ ਬੀਮਾਰੀ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਇਲਾਜ, ਉਸਨੂੰ ਠੀਕ, ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸੁਧਾਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ।

ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਕੁਝ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਪੂਰਵ-ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਜਾਂ 21 ਸਾਲ ਤੱਕ ਦੇ ਨੌਜਵਾਨਾਂ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ, ਤਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੀ ਸੰਖਿਆ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ। ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਹਰੇਕ ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਐਨਕਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਜੋੜੀ ਤੱਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਜੇਕਰ ਬੱਚੇ ਕੋਲ ਐਨਕਾਂ ਹਨ ਪਰੰਤੂ ਉਸਨੂੰ ਦੇਖਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸਨੂੰ ਨਵੀਂ ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ ਅਤੇ ਨਵੀਆਂ ਐਨਕਾਂ ਲੈਣ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ।

ਖਾਨਾ 1

ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ Medi-Cal



Medi-Cal ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਨੌਜਵਾਨ, ਇਹਨਾਂ ਦੋ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਫਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ:

1. **ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ** ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਲਾਨ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਜਾਂ ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਦੁਆਰਾ, ਜਾਂ
2. **ਸੇਵਾ ਲਈ ਫੀਸ** ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦਾ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾ ਵਿਭਾਗ (DHCS), ਰਾਜ ਦੀ Medi-Cal ਏਜੰਸੀ

ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਿਸਤਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੇਕਰ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਬੱਚੇ ਜਾਂ ਨੌਜਵਾਨ ਨੂੰ **ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ** ਜਾਂ **ਸੇਵਾ ਲਈ ਫੀਸ** ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦੀ ਸੇਵਾ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਇਹ ਵਿਸਤਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਫ਼ਹਿਮ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ:

- ਇੱਕ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰਨਾ
- ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ
- ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ

ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਲਈ, Medi-Cal ਸਦੱਸ ਹੈਲਪ ਲਾਈਨ ਨੂੰ **1-800-541-5555** ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ, ਦੇਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਉਸਨੂੰ ਘਟਾਇਆ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ?

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ, ਦੇਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸਨੂੰ ਘਟਾਇਆ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਫੈਸਲੇ ਤੋਂ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਿਖਤ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਕੇ ਉਸਨੂੰ ਪਲਟਣ ਲਈ ਆਖ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਲਈ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ **ਅਪੀਲ** ਦਾਇਰ ਕਰਨ, **ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ (State Hearing)** ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਜਾਂ **ਸ਼ਿਕਾਇਤ** ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਜੁਰਮਾਨਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ।

ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ, ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਪੱਖ ਸੁਣਵਾਈ ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਸਫਲ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ Medi-Cal ਕਵਰੇਜ ਇਸ ਕਰਕੇ ਖਤਮ **ਨਹੀਂ** ਹੋਵੇਗੀ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਹੈ।

ਅਪੀਲ ਕਿਵੇਂ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ, ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਿਵੇਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ

ਲਿਖਤ ਸੂਚਨਾ ਲਿਖੋ। ਜੇਕਰ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਹੈ, ਤਾਂ DHCS (ਰਾਜ ਦੀ Medi-Cal ਏਜੰਸੀ) ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਂਦਾ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਦੇ ਨਾਲ ਲਿਖਤ ਕਾਰਵਾਈ ਸੂਚਨਾ (Notice of Action) (ਇਸਨੂੰ “ਪ੍ਰਤੀਕੂਲ ਫਾਇਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਸੂਚਨਾ (Notice of Adverse Benefit Determination)” ਵੀ ਆਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਭੇਜਣ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਸੂਚਨਾ, ਉਸਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ **10** ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਮਿਲਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਘਟਾਈ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਸੂਚਨਾ ਇਹ ਸਪਸ਼ਟ ਕਰਦੀ ਹੈ:

- ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਜਾਂ DHCS ਨੇ ਆਪਣਾ ਫੈਸਲਾ ਕਿਉਂ ਅਤੇ ਕਿਵੇਂ ਲਿਆ
- ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਹੱਕ
- ਅਪੀਲ ਕਿਵੇਂ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਫੈਸਲੇ ਤੋਂ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬੰਦ ਹੋਣ ਜਾਂ ਘਟਣ ਤੋਂ **ਪਹਿਲਾਂ** ਅਪੀਲ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਅਪੀਲ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਰੀ ਰੱਖ ਸਕਣ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਨਹੀਂ ਮਿਲੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਿਹਤ ਖਪਤਕਾਰ ਅਲਾਈਂਸ (Health Consumer Alliance) (HCA) ਨੂੰ ਪੰਨਾ 4 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਇਹ ਸਿੱਖਣ ਲਈ ਕਿ ਅਪੀਲ ਕਿਵੇਂ ਦਾਇਰ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰੋ, ਬਾਕੀ ਬਚੇ ਪੰਨੇ ਪੜ੍ਹੋ।

ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ, ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਕਿ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੇਵਾ ਦੇ ਇਨਕਾਰ, ਦੇਰੀ, ਘਟਾਏ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੇ।

ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਜਾਂ DHCS (ਰਾਜ ਦੀ Medi-Cal ਏਜੰਸੀ) ਦੇ ਉਸ ਫੈਸਲੇ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਜੱਜ ਦੇ ਸਾਮ੍ਹਣੇ ਬੋਲਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਸ ਮੁੱਦੇ ਲਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂ ਜਿਸ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਜਿਸਨੂੰ ਅਪੀਲ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਇਹ ਅਜਿਹੇ ਮੁੱਦਿਆਂ ਜਾਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਲਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਜਾਂ DHCS ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ, ਦੇਰੀ ਨਾ ਕਰੇ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਏ ਜਾਂ ਬੰਦ ਨਾ ਕਰੇ।

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਕੋਲ ਵੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਮਦਦ ਕਿਵੇਂ ਲਈ ਜਾਵੇ

Medi-Cal ਸਦੱਸ ਹੈਲਪ ਲਾਈਨ (Member Help Line)

Medi-Cal ਸਦੱਸ ਹੈਲਪ ਲਾਈਨ, ਮੁਫ਼ਤ ਸਹਿਯੋਗ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਉਹ Medi-Cal ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਸਥਾਨਕ Medi-Cal ਦਫ਼ਤਰ, ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ, ਜਾਂ ਹੋਰਾਂ Medi-Cal ਵਸੀਲਿਆਂ ਨਾਲ ਜੋੜਦੇ ਹਨ।

- ਫੋਨ: 1-800-541-5555
- ਔਨਲਾਈਨ: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

ਸਿਹਤ ਖਪਤਕਾਰ ਅਲਾਈਂਸ (Health Consumer Alliance) (HCA)

HCA, ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰਨ ਲਈ Medi-Cal ਵਿੱਚ ਨਾਮਾੰਕਿਤ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਫੋਨ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ ਤੇ ਮੁਫ਼ਤ ਮਦਦ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਉਹ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਕਨੂੰਨੀ ਮੁੱਦਿਆਂ ਤੇ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਵਸੀਲਿਆਂ ਨਾਲ ਵੀ ਜੋੜ ਸਕਦੇ ਹਨ।

- ਫੋਨ: 1-888-804-3536
- ਔਨਲਾਈਨ: healthconsumer.org

ਖਾਨਾ 2

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਫੈਸਲਾ ਗਲਤ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ Medi-Cal ਨੇ ਗਲਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸੇਵਾ ਬੰਦ ਕੀਤੀ ਸੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਗਲਤੀ ਨਾਲ Medi-Cal ਵਾਸਤੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ:

- ਅਪੀਲ ਲਈ ਸੂਚਨਾ ਬਾਰੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ, ਜਾਂ
- ਆਪਣੀ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾ ਏਜੰਸੀ, dhcs.ca.gov/COL ਤੇ ਲੱਭੋ



Medi-Cal ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਕੀ ਹੱਕ ਹਨ?

ਪੰਨਿਆਂ 5-8 ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, Medi-Cal ਵਿਚਲੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸਿਸਟਮਾਂ ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। Medi-Cal ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਬੱਚੇ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ **Medi-Cal ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ** ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਪਲਾਨ, ਸਰੀਰਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਹੈ। ਇਹ, “ਗੈਰ-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ” ਨਾਮਕ ਸੀਮਿਤ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਵੀ ਹੈ।

ਹੇਰ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸਿਸਟਮਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- **ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ** ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਦੁਆਰਾ ਤੀਬਰ ਵਿਵਹਾਰ ਸੰਬੰਧੀ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ।
- **ਡ੍ਰਗ Medi-Cal ਸੰਗਠਿਤ ਡਿਲੀਵਰੀ ਸਿਸਟਮ** ਡ੍ਰਗ ਅਤੇ ਅਲਕੋਹਲ ਦੀ ਝੌਂਸ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ।
- **ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ** ਲਾਸ ਏਂਜਲਸ (Los Angeles) ਅਤੇ ਸੈਕਰਾਮੈਂਟੋ (Sacramento) ਕਾਊਂਟੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ। ਪੰਨਾ 8 ਤੇ **ਸਾਰਣੀ 1** ਪੜ੍ਹੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਉਹ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਜਾਂ ਕਾਇਮ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਪਰਕੋਤ ਪਲਾਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੜ੍ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਪੰਨਾ 9 ਤੇ **ਸੇਵਾ ਲਈ ਫੀਸ** ਬਾਰੇ ਪੜ੍ਹੋ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜੇਕਰ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ, ਦੇਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਉਸਨੂੰ ਘਟਾਇਆ, ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ?

ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਦੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰੋ

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਕੋਲ **ਅਪੀਲ** ਦਾਇਰ ਕਰਕੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ, www.dhcs.ca.gov/mmchpd ਤੇ ਜਾਓ। ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਲਾਨ, ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਕਿ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੇਵਾ ਦੇ ਇਨਕਾਰ, ਦੇਰੀ, ਘਟਾਏ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੇ। ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਪੱਖ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

- ਇਸਦੇ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਉਸਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਤੋਂ ਲਿਖਤ ਕਾਰਵਾਈ ਸੂਚਨਾ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਤਦ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਰਵਾਈ ਸੂਚਨਾ **ਨਹੀਂ** ਮਿਲੀ ਹੈ, ਤਦ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਕੋਲ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕਾਰਵਾਈ ਸੂਚਨਾ ਮਿਲਣ ਦੇ ਬਾਅਦ **60** ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਪਲਾਨ ਕੋਲ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ, ਫੋਨ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂ ਔਨਲਾਈਨ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਪੰਨਾ 8 ਤੇ **ਸਾਰਣੀ 1** ਵਿੱਚ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ ਲੱਭ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਜੇਕਰ ਕਾਰਵਾਈ ਸੂਚਨਾ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਜੇ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਉਹ ਬੰਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਘਟਾਈ ਜਾਵੇਗੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਵੀ ਆਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਪੀਲ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸੇਵਾ ਮਿਲਦੀ ਰਹੇ। ਇਸਨੂੰ **ਫਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣਾ** ਆਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿ ਇਸਦੀ ਮੰਗ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਿੱਤਾ **ਖਾਨਾ 3** ਪੜ੍ਹੋ।

ਖਾਨਾ 3

ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਫਾਇਦਿਆਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦੀ ਮੰਗ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ



ਜੇਕਰ ਸੂਚਨਾ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਜੇ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਉਹ ਬੰਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਘਟਾਈ ਜਾਵੇਗੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ **ਫਾਇਦਿਆਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ** (ਇਸਨੂੰ “ਐਡ ਪੇਡ ਪੈਂਡਿੰਗ” (“Aid Paid Pending”) ਵੀ ਆਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

- ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਅਪੀਲ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਸੇਵਾ ਬੰਦ ਹੋਣ ਜਾਂ ਘਟਾਏ ਜਾਣ ਤੋਂ **ਪਹਿਲਾਂ** ਕਰੋ।
- ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸੇਵਾ ਬੰਦ ਕਰਨ ਜਾਂ ਘਟਾਏ ਜਾਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਤੋਂ **ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 10** ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਿਖਤ ਸੂਚਨਾ ਦੇਵੇ।

- ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਅਪੀਲ ਮਿਲਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੇ 5 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਪੀਲ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਵੇ। ਪਲਾਨ ਲਈ ਇਹ ਵੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ, ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਪਤਾ ਦੱਸੇ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪੀਲ ਅਤੇ ਇਸਦੀ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਕੇ। ਪਲਾਨ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪੀਲ ਬੇਨਤੀ ਦੇ 30 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲਿਖਤ ਫੈਸਲਾ ਭੇਜੇ। ਇਸਨੂੰ ਹੱਲ ਸੂਚਨਾ ਆਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਬੇਹੱਦ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਅਤੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਉਡੀਕ ਉਸਦੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਬਣਾ ਦੇਵੇਗੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ **ਝਟਪਟ (ਵੱਧ ਜਲਦੀ) ਫੈਸਲੇ** ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿ ਇਹ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਿੱਤਾ **ਖਾਨਾ 4** ਪੜ੍ਹੋ।
- ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਅਪੀਲ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਲਈ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰਾਂ ਲਈ, ਪੰਨਾ 8 ਤੇ **ਸਾਰਣੀ 1** ਪੜ੍ਹੋ।
- ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ, ਸੁਤੰਤਰ ਡਾਕਟਰੀ ਸਮੀਖਿਆ ਬੋਰਡ (Independent Medical Review Board) ਨਾਮਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਸੂਚਨਾ ਵਿੱਚ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਬਾਰੇ ਦੱਸਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਅਪੀਲ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੋਵੇਗਾ। ਸੁਤੰਤਰ ਡਾਕਟਰੀ ਸਮੀਖਿਆ ਬੋਰਡ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿਭਾਗ (California Department of Managed Health Care) ਨੂੰ 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891) ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜਾਂ, <https://bit.ly/IMRCR> ਤੇ ਜਾਓ।

ਖਾਨਾ 4

ਝਟਪਟ (ਵੱਧ ਜਲਦੀ) ਅਪੀਲ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ



ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ **ਝਟਪਟ (ਵੱਧ ਜਲਦੀ) ਅਪੀਲ** ਜਾਂ **ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ** ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ, ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਖਤਰੇ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-743-8525** ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਆਪਣੀ ਸਦੱਸ ਕਿਤਾਬੜੀ (Member Handbook) ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਝਟਪਟ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਮੰਗ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ।

Medi-Cal ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ

ਜੇਕਰ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਦੀ ਅਪੀਲ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਪੂਰੀ ਹੋ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਤਦ ਵੀ ਪਲਾਨ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ **ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ** ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਤਦ ਵੀ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜੇਕਰ ਬੱਚੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਹੱਕ ਬਾਰੇ ਸੂਚਨਾ ਨਹੀਂ ਭੇਜਦਾ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਉਚਿਤ ਸਮੇਂ ਤੇ ਨਹੀਂ ਭੇਜਦਾ।

ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ, ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਦੇ ਉਸ ਫੈਸਲੇ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਜੱਜ ਦੇ ਸਾਮ੍ਹਣੇ ਬੋਲਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੱਜ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦੇ ਸਮਾਜ ਸੇਵਾ ਵਿਭਾਗ (California Department of Social Services) ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪਲਾਨ ਲਈ ਨਹੀਂ।

- ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਅਪੀਲ ਤੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਦਾ ਲਿਖਤ ਫੈਸਲਾ ਮਿਲਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੇ 120 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਨਿਰਪੱਖ ਜੱਜ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਕੇਸ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਉਹ ਫੈਸਲਾ, ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ ਬੰਦ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਫਾਇਦਿਆਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦੀ ਮੰਗ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਪੰਨਾ 5 ਤੇ **ਖਾਨਾ 3** ਪੜ੍ਹੋ।
- ਤੁਸੀਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ, ਫੋਨ, ਡਾਕ, ਫੈਕਸ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂ ਔਨਲਾਈਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। 1-800-743-8525 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜਾਂ, www.cdss.ca.gov/hearing-requests ਤੇ ਜਾਓ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਪੱਖ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਾਲ ਲਿਆਉਣ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਦੇਸਤ, ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਵਕੀਲ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਪਸੰਦ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਾਲ ਲਿਆ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਕਨੂੰਨੀ ਮਦਦ ਕਿਵੇਂ ਲਈ ਜਾਵੇ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਪੰਨਾ 4 ਤੇ **ਮਦਦ ਕਿਵੇਂ ਲਈ ਜਾਵੇ** ਪੜ੍ਹੋ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਹੈ।

- ਰਾਜ ਕੋਲ ਉਸ ਤਾਰੀਖ ਦੇ ਬਾਅਦ ਆਖਰੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ **90** ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਦੋਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਅਤੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਉਡੀਕ ਉਸਦੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਬਣਾ ਦੇਵੇਗੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ **ਝਟਪਟ** (ਵੱਧ ਜਲਦੀ) ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਪੰਨਾ 6 'ਤੇ ਦਿੱਤਾ **ਖਾਨਾ 4** ਪੜ੍ਹੋ।
- ਵਧੇਰੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਦੀਆਂ ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਪੜ੍ਹੋ। ਜਾਂ, 1-800-743-8525 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜਾਂ, www.dhcs.ca.gov/fair-hearing ਤੇ ਜਾਓ।

ਓਮਬਡਸਮੈਨ ਦਾ ਦਫਤਰ (Office of the Ombudsman):

ਓਮਬਡਸਮੈਨ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ DHCS (State Medi-Cal ਏਜੰਸੀ) ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਕੰਮ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਉਹ ਸੁਣਨਗੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨਗੇ। ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਵੀ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਓਮਬਡਸਮੈਨ ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਨੋਟਿਸ ਮਿਲਿਆ, ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ, ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਕਿਹਾ, ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕੀਤੀ। ਓਮਬਡਸਮੈਨ ਸਿਰਫ, ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਹੀ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਰਾਹੀਂ ਓਮਬਡਸਮੈਨ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- ਫੋਨ: 1-888-452-8609
- ਈਮੇਲ: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
» ਈਮੇਲ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾ ਦਿਓ।

ਓਮਬਡਸਮੈਨ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, www.dhcs.ca.gov/ombudsman ਤੇ ਜਾਓ।

ਤਦ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਖੁਸ਼ ਨਹੀਂ ਹੋ?

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ

ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਖਰਾਬ ਜਾਂ ਰੁੱਖਾ ਵਿਵਹਾਰ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਕੁਆਲਿਟੀ ਤੋਂ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਡਾਕਟਰ ਨਹੀਂ ਲੱਭ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ **ਸ਼ਿਕਾਇਤ** ਪੇਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਸ ਅਸਹਿਮਤੀ ਲਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸਨੂੰ ਅਪੀਲ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਇਹ ਅਜਿਹੇ ਮੁੱਦਿਆਂ ਜਾਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਲਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ, ਦੇਰੀ ਨਾ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਇਆ ਜਾਂ ਬੰਦ ਨਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਕੋਲ ਵੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

- ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪੇਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਫੋਨ ਦੁਆਰਾ, ਜਾਂ ਔਨਲਾਈਨ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਡਾਕ ਦੁਆਰਾ ਪੇਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰਾਂ ਲਈ, ਪੰਨਾ 8 ਤੇ **ਸਾਰਣੀ 1** ਪੜ੍ਹੋ।
- ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਮਿਲਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੇ **5** ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਇਸਦੇ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਵੇ। ਇਸ ਵਿੱਚ, ਪਲਾਨ ਵਿਖੇ ਮੌਜੂਦ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ, ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਪਤਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਅਤੇ ਇਸਦੀ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਕੇ।
- ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਕੋਲ, ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ **30** ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਵਾਲਾਂ ਲਈ ਕਿਸਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

ਸਾਰਣੀ 1

ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸਿਸਟਮਾਂ ਦਾ ਸੰਖਿਪਤ ਵੇਰਵਾ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

Medi-Cal ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ (MCMC)

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਬੱਚੇ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸੇਵਾਵਾਂ, Medi-Cal ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨਾਂ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ:

- ਸਰੀਰਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਲੋੜਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਤੰਦਰੁਸਤ ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ੌਂਟਸ
- ਗੈਰ-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਲੋੜਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਦਵਾਈ
- ਦੇਖਭਾਲ ਕੋਆਰਡੀਨੇਸ਼ਨ:

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਰਹੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ Medi-Cal ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਪਲਾਨ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪਲਾਨ ID ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤਾ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਇਹ ਪਲਾਨ ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ ਤੇ ਵੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ www.dhcs.ca.gov/mmchpd ਤੇ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜਾਂ, 916-449-5000 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ (SMHS)

ਕੁਝ ਬੱਚੇ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿਸੇ ਗੰਭੀਰ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸਥਿਤੀ ਵਾਸਤੇ ਦੇਖਭਾਲ, ਉਹ ਇਹ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਹਰੇਕ ਕਾਊਂਟੀ ਦਾ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦਾ ਪਲਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਰਹੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਕਾਊਂਟੀ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ www.dhcs.ca.gov/CMHP ਤੇ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਡ੍ਰਾਗ Medi-Cal ਸੰਗਠਿਤ ਡਿਲੀਵਰੀ ਸਿਸਟਮ (DMC-ODS)

ਜਿਹਨਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੇ ਸੇਵਨ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਡ੍ਰਾਗ ਜਾਂ ਅਲਕੋਹਲ ਇਲਾਜ, ਕਾਊਂਸਲਿੰਗ ਅਤੇ ਹੋਰ ਕਲੀਨੀਕਲ ਇਲਾਜਾਂ ਸਮੇਤ, ਜਿਵੇਂ ਭਰਤੀ ਰੋਗੀ ਡ੍ਰਾਗ ਜਾਂ ਅਲਕੋਹਲ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਇਲਾਜ, ਤਾਂ ਉਹ ਇਹ ਦੇਖਭਾਲ ਡ੍ਰਾਗ Medi-Cal ਸੰਗਠਿਤ ਡਿਲੀਵਰੀ ਸਿਸਟਮ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਦੋਂ ਵੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ। ਹਰੇਕ ਕਾਊਂਟੀ ਦਾ ਜਾਂ ਤਾਂ DMC-ODS ਪਲਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਡ੍ਰਾਗ Medi-Cal ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਡ੍ਰਾਗ Medi-Cal ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਪੰਨਾ 11 ਤੇ ਸਾਰਣੀ 2 ਪੜ੍ਹੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਰਹੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ DMC-ODS ਪਲਾਨ ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ www.dhcs.ca.gov/sud-cal ਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਡੈਂਟਲ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ (ਡੈਂਟਲ MC)

ਕੁਝ ਬੱਚੇ, ਜੋ ਲਾਸ ਏਂਜਲਸ ਕਾਊਂਟੀ (Los Angeles County) ਜਾਂ ਸੈਕਰਾਮੈਂਟੋ ਕਾਊਂਟੀ (Sacramento County) ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਡੈਂਟਲ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨਾਂ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਦੋ ਵਾਰ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਸਫਾਈ ਅਤੇ ਮੂੰਹ ਸਬੰਧੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ। ਜੇ ਬੱਚੇ ਸਾਰੀਆਂ ਹੋਰਾਂ ਕਾਊਂਟੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਆਪਣੀਆਂ ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਡੈਂਟਲ ਸੇਵਾ ਲਈ ਫੀਸ (ਡੈਂਟਲ FFS) ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਡੈਂਟਲ FFS ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਪੰਨਾ 11 ਤੇ ਸਾਰਣੀ 2 ਪੜ੍ਹੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਲਾਸ ਏਂਜਲਸ (Los Angeles) ਜਾਂ ਸੈਕਰਾਮੈਂਟੋ (Sacramento) ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਰਹੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਡੈਂਟਲ MC ਪਲਾਨ ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਡੈਂਟਲ MC ID ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤਾ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਡੈਂਟਲ MC ਪਲਾਨ ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ ਤੇ ਵੀ ਹੈ। ਜਾਂ, 1-800-322-6384 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਪਲਾਨ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ <https://bit.ly/DMC-Contact> ਤੇ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

Medi-Cal ਦੀ ਸੇਵਾ ਲਈ ਫੀਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਕੀਰਕ ਹਨ?

ਪੰਨਿਆਂ 9-11 ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, Medi-Cal ਦੀ ਸੇਵਾ ਲਈ ਫੀਸ (FFS) ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। Medi-Cal ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਕੁਝ ਬੱਚੇ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ FFS ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। FFS ਨੂੰ "ਨਿਯਮਿਤ" Medi-Cal ਵੀ ਆਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। FFS ਵਿਚਲੇ ਬੱਚੇ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ DHCS (ਰਾਜ ਦੀ Medi-Cal ਏਜੰਸੀ) ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। FFS ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਸਰੀਰਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ "ਗੈਰ-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ" ਨਾਮਕ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸੀਮਿਤ ਸੈੱਟ ਲਈ Medi-Cal FFS, ਡ੍ਰਾਗ ਅਤੇ ਅਲਕੋਹਲ ਇਲਾਜ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਡ੍ਰਾਗ Medi-Cal, ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਡੈਂਟਲ FFS ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈ Medi-Cal Rx ਆਦਿ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਪੰਨਾ 11 ਤੇ **ਸਾਰਣੀ 2** ਪੜ੍ਹੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਉਹ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਜਾਂ ਕਾਇਮ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ DHCS ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੜ੍ਹੋ। ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਦ ਵੀ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਗੰਭੀਰ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸਥਿਤੀ ਵਾਸਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ ਇਹ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਅਤੇ ਇਹ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਕਾਊਂਟੀ ਦੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਤੋਂ ਮਦਦ ਲਈ ਕਿੱਥੇ ਫੋਨ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ, ਪੰਨਾ 8 ਤੇ **ਸਾਰਣੀ 1** ਪੜ੍ਹੋ।

ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜੇਕਰ FFS ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ, ਇਸਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਉਸਨੂੰ ਘਟਾਇਆ, ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ?

Medi-Cal ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ

ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ DHCS ਵੱਲੋਂ ਲਏ ਫੈਸਲੇ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਜੱਜ ਦੇ ਸਾਮ੍ਹਣੇ ਬੋਲਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੇਵਾ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ, ਦੇਰੀ, ਇਸਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰਨਾ। ਜੱਜ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦੇ ਸਮਾਜ ਸੇਵਾ ਵਿਭਾਗ (California Department of Social Services) ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, DHCS ਲਈ ਨਹੀਂ।

- ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ DHCS ਵੱਲੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਸੂਚਨਾ ਮਿਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਰਵਾਈ ਸੂਚਨਾ ਨਹੀਂ ਮਿਲੀ ਹੈ, ਤਦ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ DHCS ਵੱਲੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਸੂਚਨਾ ਮਿਲਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੇ **90** ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਨਿਰਪੱਖ ਜੱਜ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਕੇਸ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੇਗਾ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਕਾਰਵਾਈ ਸੂਚਨਾ ਦੇ ਬਿਨਾਂ ਵੀ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਉਹ ਫੈਸਲਾ, ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦੇਵੇਗਾ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਫਾਇਦਿਆਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਿੱਤਾ **ਖਾਨਾ 5** ਪੜ੍ਹੋ।
- ਤੁਸੀਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ, ਫੋਨ, ਡਾਕ, ਫੈਕਸ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂ ਔਨਲਾਈਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। 1-800-743-8525 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜਾਂ, www.cdss.ca.gov/hearing-requests ਤੇ ਜਾਓ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਾਲ ਲਿਆਉਣ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਦੋਸਤ, ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਵਕੀਲ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਪਸੰਦ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਾਲ ਲਿਆ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਕਨੂੰਨੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਪੰਨਾ 4 ਤੇ **ਮਦਦ ਕਿਵੇਂ ਲਈ ਜਾਵੇ** ਪੜ੍ਹੋ।

ਖਾਨਾ 5

ਸੇਵਾ ਲਈ ਫੀਸ ਵਿੱਚ ਫਾਇਦਿਆਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦੀ ਮੰਗ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ



ਜੇਕਰ ਸੂਚਨਾ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਜੇ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਉਹ ਬੰਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਘਟਾਈ ਜਾਵੇਗੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਦੌਰਾਨ **ਫਾਇਦਿਆਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ** (ਇਸਨੂੰ "ਐਡ ਪੇਡ ਪੈਂਡਿੰਗ" ਵੀ ਆਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਦੀ ਮੰਗ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

- ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਸੇਵਾ ਬੰਦ ਹੋਣ ਜਾਂ ਘਟਾਏ ਜਾਣ ਤੋਂ **ਪਹਿਲਾਂ** ਕਰੋ।
- DHCS ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸੇਵਾ ਬੰਦ ਕਰਨ ਜਾਂ ਘਟਾਏ ਜਾਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਤੋਂ **ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 10** ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਿਖਤ ਸੂਚਨਾ ਦੇਵੇ।

- ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਹੈ।
- ਰਾਜ ਕੋਲ ਉਸ ਤਾਰੀਖ ਦੇ ਬਾਅਦ ਆਖਰੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ **90** ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਦੋਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਅਤੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਉਡੀਕ ਉਸਦੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਬਣਾ ਦੇਵੇਗੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ **ਝਟਪਟ (ਵੱਧ ਜਲਦੀ) ਫੈਸਲੇ** ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਿੱਤਾ **ਖਾਨਾ 6** ਪੜ੍ਹੋ।
- ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ, DHCS ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਮਿਲੀਆਂ ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਪੜ੍ਹੋ। ਜਾਂ, 1-800-743-8525 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜਾਂ, www.dhcs.ca.gov/fair-hearing ਤੇ ਜਾਓ।

ਖਾਨਾ 6

ਝਟਪਟ (ਵੱਧ ਜਲਦੀ) ਅਪੀਲ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ



ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ **ਝਟਪਟ (ਵੱਧ ਜਲਦੀ)** ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ, ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਖਤਰੇ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-743-8525 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

ਤਦ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ FFS ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਖੁਸ਼ ਨਹੀਂ ਹੋ?

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ

ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਖਰਾਬ ਜਾਂ ਰੁੱਖਾ ਵਿਵਹਾਰ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਕੁਆਲਿਟੀ ਤੋਂ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਡਾਕਟਰ ਨਹੀਂ ਲੱਭ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ **ਸ਼ਿਕਾਇਤ** ਪੇਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਸ ਅਸਹਿਮਤੀ ਲਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸਨੂੰ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਇਹ ਅਜਿਹੇ ਮੁੱਦਿਆਂ ਜਾਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਲਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ, ਦੇਰੀ ਨਾ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਇਆ ਜਾਂ ਬੰਦ ਨਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।

- ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਡ੍ਰਗ Medi-Cal, ਡੈਂਟਲ FFS, ਜਾਂ Medi-Cal Rx ਵਾਸਤੇ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪੇਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਫੋਨ ਦੁਆਰਾ, ਜਾਂ ਔਨਲਾਈਨ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਡਾਕ ਦੁਆਰਾ ਪੇਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਡ੍ਰਗ Medi-Cal, ਡੈਂਟਲ FFS, ਜਾਂ Medi-Cal Rx ਵਾਸਤੇ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪੇਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰਾਂ ਲਈ, ਪੰਨਾ 11 ਤੇ **ਸਾਰਣੀ 2** ਪੜ੍ਹੋ। ਸਰੀਰਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਗੈਰ-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ Medi-Cal FFS ਲਈ ਕੋਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ **ਨਹੀਂ** ਹੈ।
- DHCS ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਮਿਲਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੇ **5** ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਇਸਦੇ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਵੇ। ਇਸ ਵਿੱਚ, DHCS ਵਿਖੇ ਮੌਜੂਦ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ, ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਪਤਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਅਤੇ ਇਸਦੀ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਕੇ।
- DHCS ਕੋਲ, ਡੈਂਟਲ FFS ਅਤੇ Medi-Cal Rx ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ **30** ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਡ੍ਰਗ Medi-Cal ਕੋਲ, ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰਨ ਲਈ **90** ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕਿਸਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

ਸਾਰਣੀ 2

ਸੇਵਾ ਲਈ ਫੀਸ ਦਾ ਸੰਖਿਪਤ ਵੇਰਵਾ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

Medi-Cal ਸੇਵਾ ਲਈ ਫੀਸ (Medi-Cal FFS)

ਕੁਝ ਬੱਚੇ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਫੋਸਟਰ ਕੇਅਰ ਵਿਚਲੇ ਕੁਝ ਬੱਚੇ, ਆਪਣੀਆਂ ਸਰੀਰਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ, Medi-Cal FFS ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਰਹੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

ਡ੍ਰਗ Medi-Cal (DMC)

ਜਿਹਨਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੇ ਸੇਵਨ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਡ੍ਰਗ ਜਾਂ ਅਲਕੋਹਲ ਇਲਾਜ, ਕਾਉਂਸਲਿੰਗ ਅਤੇ ਹੋਰ ਕਲੀਨੀਕਲ ਇਲਾਜਾਂ ਸਮੇਤ, ਜਿਵੇਂ ਭਰਤੀ ਰੋਗੀ ਡ੍ਰਗ ਜਾਂ ਅਲਕੋਹਲ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਇਲਾਜ, ਤਾਂ ਉਹ ਇਹ ਦੇਖਭਾਲ ਡ੍ਰਗ Medi-Cal ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਦੋਂ ਵੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ। ਹਰੇਕ ਕਾਊਂਟੀ ਦਾ ਜਾਂ ਤਾਂ DMC-ODS ਪਲਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ DMC ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। DMC-ODS ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਪੰਨਾ 8 ਤੇ **ਸਾਰਣੀ 1** ਪੜ੍ਹੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਰਹੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ DMC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ, www.dhcs.ca.gov/sud-cal ਤੇ ਜਾਓ।

ਡੈਂਟਲ ਸੇਵਾ ਲਈ ਫੀਸ (ਡੈਂਟਲ FFS)

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਬੱਚੇ ਆਪਣੀਆਂ Medi-Cal ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਡੈਂਟਲ FFS ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਦੋ ਵਾਰ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਸਫਾਈ ਅਤੇ ਮੂੰਹ ਸਬੰਧੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਰਹੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ 1-800-322-6384 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, smilecalifornia.org ਤੇ ਜਾਓ।

Medi-Cal Rx

ਬੱਚੇ ਆਪਣੀਆਂ Medi-Cal ਫਾਰਮੇਸੀ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ, Medi-Cal Rx ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ ਅਤੇ ਓਵਰ-ਦ-ਕਾਊਂਟਰ (ਬਿਨਾਂ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਪਰਚੇ ਦੀਆਂ) ਬਾਹਰੀ ਰੋਗੀ ਦਵਾਈਆਂ, ਐਂਟਰਲ ਪੇਸ਼ਣ ਉਤਪਾਦ, ਜਿਵੇਂ ਫੀਡਿੰਗ ਟਿਊਬ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸਪਲਾਈਜ਼।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਰਹੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ 1-800-977-2273 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ <https://bit.ly/3D1rQFV> ਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।



**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 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, реабилитационная и логопедическая терапия
- Медицинское оборудование и расходные материалы, такие как инвалидные кресла, включая долговечное медицинское оборудование
- Лекарственные препараты, как безрецептурные, так и рецептурные
- 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



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.

- 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

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.

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 слушания на уровне штата
- 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**.

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.

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 **слушания на уровне штата** или подать **жалобу**. За совершение каких-либо из этих действий не взимается штраф.

Независимо от того, удовлетворятся ли ваша апелляция, слушание на уровне штата 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 слушаний на уровне штата 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:

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.

Слушание на уровне штата — 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 слушанием на уровне штата. 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.

Вы также можете подать жалобу в план управляемого медицинского обслуживания Вашего ребенка в отношении жалоб, связанных с покрываемыми услугами Вашего ребенка, включая качество медицинского обслуживания или доступ к медицинскому обслуживанию.

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

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

Если вы не получили уведомление, позвоните по номеру Альянса пациентов (Health Consumer Alliance, HCA) на странице 4. Вы тем не менее можете подать апелляцию, если вы не получили уведомления. Чтобы узнать, как подать апелляцию, попросить о проведении слушания на уровне штата или подать жалобу, прочитайте оставшиеся страницы.

Как получить помощь

Телефонная служба помощи участникам Medi-Cal

Телефонная служба помощи участникам 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

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

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



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 9.

Если у вашего ребенка возникают проблемы с получением или сохранением услуги, которая, по вашему мнению, должна покрываться одним из перечисленных выше планов, прочитайте ниже. Если ваш ребенок не является подписчиком плана, прочитайте о **плате за услуги** на странице 10.

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. 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 слушания на уровне штата.

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 слушания на уровне штата.

- Вы должны подать апелляцию или попросить о проведении слушания на уровне штата **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.

- 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 9.
- 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** на странице 5.
- 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** на этой странице.
- 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 9.
- 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 слушания на уровне штата



Если вашему ребенку необходимо **ускоренное** (более быстрое) рассмотрение апелляции или слушание на уровне штата, 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 слушания на уровне штата по Medi-Cal

Если процесс подачи апелляции в рамках плана регулируемого медицинского обслуживания завершен и вы все еще не согласны с решением плана, вы можете попросить о проведении **слушания на уровне штата** 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.

Слушание на уровне штата – 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 на уровне штата 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 слушания на уровне штата по телефону, почте, факсу или онлайн. Позвоните по номеру 1-800-743-8525 или перейдите на www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- Вы имеете право привести человека, который будет представлять вас на слушании на уровне штата 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 слушание на уровне штата. Это бесплатно.
- Штат имеет **90** календарных дней после даты подачи запроса вашего ребенка на проведение слушания на уровне штата 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** на странице 6.
- 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.

Обратитесь к уполномоченному по правам человека

Уполномоченный по правам человека — это лицо, которое работает в DHCS (агентство штата Medi-Cal). Его работа заключается в том, чтобы помочь вам и вашему ребенку взаимодействовать с планом регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка. Он выслушает и поможет ответить на ваши вопросы. Также он рассмотрит проблемы, объяснит преимущества и предложит вам варианты. Вы можете позвонить уполномоченному по правам человека в любое время. Это включает ситуации, когда ваш ребенок получил уведомление, подал апелляцию, обратился с просьбой о слушании на уровне штата 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 следующими способами:

- Телефон: 1-888-452-8609
- Электронная почта: 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.

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 слушанием на уровне штата. Это относится к вопросам или проблемам, которые не отклоняют, не задерживают, не уменьшают или не останавливают какие-либо услуги для вашего ребенка. Вы также можете подать жалобу в план управляемого медицинского обслуживания Вашего ребенка в отношении жалоб, связанных с покрываемыми услугами Вашего ребенка, включая качество медицинского обслуживания или доступ к медицинскому обслуживанию.

- 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 9.
- 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 прививки
- 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. 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.

Система организованного предоставления услуг по лечению наркотической и алкогольной зависимости Medi-Cal (DMC-ODS)

Дети, которым необходимы услуги в сфере употребления психоактивных веществ, такие 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 Drug Medi-Cal. Каждый округ имеет план DMC-ODS или Drug Medi-Cal. Подробнее о Drug Medi-Cal см. в **таблице 2** на странице 12.

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.

Регулируемое стоматологическое 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 12.

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 плана регулируемого стоматологического 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 10-12 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 12.

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 9.

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

Попросите о проведении слушания на уровне штата по Medi-Cal

Слушание на уровне штата — 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 слушания на уровне штата. Вы также можете попросить провести слушание на уровне штата, если вы не получили Уведомления о действии.
- Вы должны попросить о проведении слушания на уровне штата 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 слушание на уровне штата в любое время без Уведомления о действии. Если решение, по поводу которого вы просили провести слушание, останавливает

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 слушания на уровне штата.

- Вы должны попросить о проведении слушания на уровне штата **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.

услугу, которую ваш ребенок уже получает, вы можете попросить продолжить льготы для своего ребенка. Прочитайте **текстовую рамку 5** на странице 10.

- Вы можете попросить провести слушания на уровне штата по телефону, почте, факсу или онлайн. Позвоните по номеру 1-800-743-8525 или перейдите на 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.
- Вам не нужно платить за слушание на уровне штата. Это бесплатно.
- Государство имеет **90** календарных дней после даты подачи запроса вашего ребенка на проведение слушания на уровне штата 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** на этой странице.
- 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.

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 слушанием на уровне штата. 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 12. 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.

ТЕКСТОВАЯ РАМКА 6

Ускоренное (более быстрое) рассмотрение апелляции или проведение слушания на уровне штата



Если вашему ребенку необходимо **ускоренное** (более быстрое) проведение слушания на уровне штата, поскольку жизнь, здоровье или способность к функционированию вашего ребенка находятся в опасности, позвоните по телефону 1-800-743-8525.

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 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).

Drug Medi-Cal (DMC)

Дети, которым необходимы услуги в сфере лечения 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 9.

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.

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.

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>.



¡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 del estado
- Presentar una reclamación

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 del estado** o presentar una **reclamación**. No hay penalización por tomar cualquiera de estas medidas.

Ya sea que su apelación, audiencia del estado o reclamación 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 del estado o presentar una reclamación

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 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 del estado.

Si no recibió un aviso, llame al número de Health Consumer Alliance (HCA) que está en la página 4. Usted puede presentar una apelación incluso si no recibió el aviso. Para saber cómo presentar una apelación, solicite una audiencia del estado o presente una queja. Lea las páginas restantes.

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 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** 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 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.

Usted también puede presentar una reclamación al plan de cuidados administrados de su niño por quejas relacionadas con los servicios que estén cubiertos, incluido el acceso al cuidado o su calidad.

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

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

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, ●
- Encuentre su agencia de servicios humanos del condado local en 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.

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 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** en esta página.

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 del estado.

- Debe apelar o pedir una audiencia 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** en esta pagina.
- 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 del estado o apelación acelerada (rápida)



Si su niño necesita una audiencia 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 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 del estado** para su niño. También puede pedir una audiencia 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 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 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 del estado por teléfono, correo postal, fax o Internet. Llame al 1-800-743-8525. O vaya a www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- Tiene derecho a que una persona lo represente en la audiencia 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 del estado. Es gratuita.
- El estado tiene **90** días calendario después de la fecha de pedido de la audiencia 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** en la página 6.
- 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.

Comunicarse con un defensor (ombudsman)

Un **ombudsman** es una persona que trabaja para el DHCS (la agencia de Medi-Cal del Estado). Su trabajo consiste en ayudarlos a usted y a su hijo a trabajar con el plan de atención médica administrada de su hijo. Lo escuchará y ayudará a resolver sus dudas. También revisará los problemas, le explicará los beneficios y le sugerirá opciones. Puede llamar al ombudsman en cualquier momento. Esto incluye cuándo su hijo recibió un aviso, presentó una apelación, solicitó una audiencia del estado o presentó una queja. El ombudsman es solo para personas inscritas en un plan de atención médica administrada.

Puede comunicarse con un defensor:

- Por teléfono: 1-888-452-8609
- Por correo electrónico: 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.

¿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

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** por su niño. Una reclamación es para cualquier desacuerdo sobre un asunto que no cubre una apelación o una audiencia del estado. Es para problemas o inquietudes que no deniegan, demoran, reducen o suspenden ninguno de los servicios de su niño. Usted también puede presentar una reclamación al plan de cuidados administrados de su niño por quejas relacionadas con los servicios que estén cubiertos, incluido el acceso al cuidado o su calidad.

- Puede presentar una reclamación por su niño en cualquier momento. Puede presentarla por teléfono, o por escrito en Internet o por correo postal. Para presentar una reclamación, 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 reclamación 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 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 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. 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.

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.

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 del estado de Medi-Cal

Una **audiencia 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 del estado. También puede pedir una audiencia del estado si no recibió un Aviso de acción.
- Debe pedir una audiencia 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 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** en esta página.

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 del estado.

- Debe pedir la audiencia 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 del estado por teléfono, correo postal, fax o Internet. Llame al 1-800-743-8525. O vaya a 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 del estado. Es gratuita.
- El estado tiene **90** días calendario después de la fecha de pedido de audiencia 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** en esta página.
- 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.

CASILLA 6

Audiencia del estado o apelación acelerada (rápida)



Si su niño necesita una audiencia 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

- 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** por su niño. Una reclamación es para cualquier desacuerdo sobre un asunto que no cubre una audiencia 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 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, 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 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 reclamación 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 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.

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.

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>.



Pakitabi!

Mahalagang impormasyon para tulungan ang mga bata at kabataan hanggang sa edad na 21 makuha ang lahat ng pag-aalagang kailangan nila

Anong 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 posibleng lumaki ng malusog. 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 may 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 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 tinanggi 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 **Pagdinig sa Estado**, o magsumite ng **hinaing**. Walang multa para gawin ang alinman sa mga pagkilos na ito.

Ang iyo mang **apela**, **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.

Paano magsampa ng **apela**, humingi ng **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 **Pagdinig sa Estado**

Kung tumatanggi ka sa desisyon, mahalagang mag-**apela** **bago** huminto ang mga serbisyo o binawasan para makapagpatuloy sila sa **apela** o **Pagdinig sa Estado**.

Kung hindi ka nakakuha ng paunawa, tumawag sa numero ng Health Consumer Alliance (HCA) sa pahina 4. Kung hindi ka nakakuha ng paunawa, tumawag sa numero ng Health Consumer Alliance (HCA) sa ibaba. Para matuto kung paano magsampa ng **apela**, humingi ng **Pagdinig sa Estado**, o magsumite ng **hinaing**, basahin ang mga natitirang pahina.

Inaatasan ng **apela** ang plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mong repasuhin ang anumang pagtanggì sa serbisyo, iantala, bawasan, o ihinto para malaman kung sumasang-ayon sila sa iyo.

Ang **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 **Pagdinig sa Estado**. Ito ay para sa mga isyu o alalahanin sa plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo o DHCS na hindi pagtanggì, pag-antala, pagbawas, o paghinti ng mga serbisyo.

Maaari ka ring magsumite ng **hinaing** sa plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng iyong anak para sa mga reklamong nauugnay sa mga saklaw na serbisyo ng iyong anak, kabilang ang kalidad ng pangangalaga o access sa pangangalaga.

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

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

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 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. Inaatasan ng apela ang plano ng anak mong repasuhin ang anumang pagtanggig sa serbisyo, iantala, bawasan, o ihinto para malaman kung sumasang-ayon sila sa iyo. Dapat mong isampa ang apela bago ka makahingi ng 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 kalendaryo 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 ihihinto 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 Pagdinig sa Estado.

- Dapat kang umapela o humingi ng 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** sa pahina 5.

- 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** sa pahinang ito.

- 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>.

Humingi ng 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 **Pagdinig sa Estado** para sa anak mo. Maaari ka ring humingi ng 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 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 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.

KAHON 4

Pinabilis (mas mabilis) na apela o Pagdinig sa Estado



Kung kailangan ng anak mo ng **pinabilis** (mas mabilis) na apela o 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.

- Maaari kang humingi ng 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.
- May karapatan kang magdala ng taong kakatawan sa iyo sa 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 Pagdinig sa Estado Libre ito.
- Ang Estado ay may **90** araw sa kalendaryo makalipas ang kahilingan ng anak mo para sa 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 pahina 6.
- 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.

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 mongmakipagtulungan sa plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng anak mo. Sila ay makikinig at tutulong na sagutan ang mga tanong mo. Rerepasuhin din nila ang mga problema, ipapaliwanag ang mga benepisy, at magmumungkahi ng mga opsiyon sa iyo. Maaari kang tumawag sa Ombudsman anumang oras. Kabilang dito ang kapag nakatanggap ang anak mo ng paunawa, nagsampa ng apela, humingi ng 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

» Huwag maglagay ng personal na pangkalusugang impormasyon sa isang email.

Pata matuto pa tungkol sa Ombudsman, pumunta sa 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 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. Maaari ka ring magsumite ng hinaing sa plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng iyong anak para sa mga reklamong nauugnay sa mga saklaw na serbisyo ng iyong anak, kabilang ang kalidad ng o access sa pangangalaga.

- 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. 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.

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.

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 Pagdinig sa Estado ng Medi-Cal:

Ang **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 paghinto. 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 Pagdinig sa Estado. Maaari ka ring humingi ng Pagdinig sa Estado kung hindi ka nakakuha ng Paunawa ng Pagkilos.
- Dapat kang humingi ng 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 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 pahinang ito.

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 ihihinto o babawasan, maaari mo ring hilingin ang **pagpapatuloy sa mga benepisyo** tinatawag ding "Aid Paid Pending") sa panahon ng Pagdinig sa Estado.

- Dapat kang humingi ng 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 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.
- 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 Pagdinig sa Estado Libre ito.
- Ang estado ay may **90** araw sa kalendaryo makalipas ang kahilingan ng anak mo para sa 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 pahinang ito.
- 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.

KAHON 6

Pinabilis (mas mabilis) na apela o Pagdinig sa Estado



Kung kailangan ng anak mo ng **pinabilis** (mas mabilis) 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 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, kontakin 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.

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.

Medi-Cal Rx

Kinukuha ng mga bata ang mga serbisyong pamilya 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>.



กรุณาเก็บไว้!

ข้อมูลสำคัญ
เพื่อช่วยให้เด็กและ
คนหนุ่มสาวที่มีอายุไม่เกิน
21 ปีได้รับการดูแลที่
จำเป็นทั้งหมด

เด็กและเยาวชน สามารถรับบริการได้บ้าง หาก พวกเขาอยู่ในนโยบาย Medi-Cal

ภายใต้กฎหมายรัฐแคลิฟอร์เนียและกฎหมายของรัฐบาลกลาง เด็กและเยาวชนทุกคน
ที่มีอายุ 21 ปีขึ้นไป จะต้องลงทะเบียนใน Medi-Cal เพื่อให้มีสิทธิ์ใน การตรวจร่างกาย
และ การป้องกัน และ กิจกรรมอื่นๆ ที่จะได้รับบริการ การรักษา ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต
หรือมีสุขภาพที่ดี

สิทธินี้เป็นที่รู้จักภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลางว่าเป็นเกณฑ์การตรวจวินิจฉัยและการรักษาในระยะแรกและเป็นระยะ
(EPSDT) ด้วยการตรวจสอบให้แน่ใจว่าเด็กทุกคนที่ลงทะเบียนใน Medi-Cal ได้รับการดูแลที่จำเป็นเพื่อให้เติบโตอย่าง
มีสุขภาพแข็งแรงมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในแคลิฟอร์เนีย EPSDT เรียกว่า **Medi-Cal สำหรับเด็กและวัยรุ่น**

เป็นบริการ ฟรี จนกว่าเด็กหรือเยาวชนเหล่านั้นจะสามารถจ่ายได้เมื่อมีคุณสมบัติตามนโยบายของ Medi-Cal

นโยบายของ Medi-Cal สำหรับเด็กและวัยรุ่นต้องครอบคลุมบริการเหล่านี้หากเห็นว่าจำเป็น โดยไม่มีข้อจำกัด:

- บริการด้านสุขภาพร่างกาย รวมถึงการดูแลเบื้องต้นและการพบแพทย์เฉพาะทาง
- บริการด้านสายตา รวมถึงแว่นตา
- บริการด้านการได้ยิน
- บริการตรวจสุขภาพฟันและติดตามผล
- บริการด้านสุขภาพจิตและการติดสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ รวมถึงการบำบัดรักษา
- การบำบัดทางกายภาพ การงาน และการพูด
- อุปกรณ์การแพทย์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น รถเข็น รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์แบบใช้แล้วทิ้ง
- การใช้ยาทั้งที่ซื้อเองและยาตามใบสั่งแพทย์
- การทดสอบในห้องปฏิบัติการ รวมถึงการตรวจเลือดเพื่อตรวจหาระดับสารตกค้างและการทดสอบการติดเชื้อทาง
เพศสัมพันธ์ (STI) และติดตามผลตามความจำเป็น
- บริการสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งการดูแลพยาบาล
- การรักษาในโรงพยาบาลและสถานบำบัดอื่นๆ
- บริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ เช่น การคุมกำเนิดและการทำแท้ง
- ทำการตรวจการตั้งครรภ์
- ตรวจและรักษา COVID-19
- การประสานงานกับทีมดูแล หากลงทะเบียนในแผนนโยบายการดูแลที่มีการจัดการ
- บริการที่จำเป็นทางการแพทย์ทั้งหมดที่อาจครอบคลุมภายใต้นโยบายของ Medi-Cal (เรียกว่า "บริการที่จำเป็น
ทางการแพทย์") ตามที่กำหนดโดยผู้ให้บริการทางการแพทย์ของท่าน



หากท่านต้องการจดหมายนี้หรือเอกสาร Medi-Cal ในรูปแบบอื่น เช่น ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ รูป
แบบเสียง ซีดี หรืออักษรเบรลล์ โปรดโทร 1-833-284-0040

เด็กและเยาวชนมีสิทธิได้รับการเลี้ยงดูโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย เช่น:

- การเดินทางไปและกลับจากการนัดหมายหรือรับยา และ เวชภัณฑ์ฟรี
- ให้การสนับสนุนในการนัดหมายทางการแพทย์
- ช่วยหาหมอหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ
- บริการล่าม (ท่านไม่จำเป็นต้องนำล่ามมาเอง ตามนัดแพทย์)

"ความจำเป็นทางการแพทย์"หมายถึงอะไร ?

สำหรับเด็กและเยาวชน **ความจำเป็นทางการแพทย์** หมายถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น แก่ไข จัดการ หรือฟื้นฟูความเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพ

แพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพของบุตรของท่านมักจะพิจารณาถึงความจำเป็นทางการแพทย์

บริการบางอย่างอาจต้องได้รับการอนุมัติก่อน หากบริการดังกล่าวมีความจำเป็นทางการแพทย์สำหรับเด็กหรือเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี จะไม่สามารถจำกัดจำนวนบริการหรือการรักษาได้ ตัวอย่างเช่น เด็กจะไม่จำกัดแว่นหนึ่งคู่ทุกๆ สองปี หากเด็กมีแว่นตาแต่ยังมีปัญหาด้านการมองเห็น พวกเขาจะมีสิทธิได้รับใบสั่งยาและเปลี่ยนแว่นตาใหม่เมื่อเห็นว่าจำเป็น

กรอบท 1

Medi-Cal ของบุตรหลานของท่าน



เด็กและเยาวชนใน Medi-Cal จะได้รับประโยชน์จากหนึ่งในสองวิธีต่อไปนี้:

1. **การดูแลที่มีการคุ้มครอง** โดยแผนประกันสุขภาพ แผนสุขภาพจิต หรือแผนสุขภาพฟัน หรือ
2. **ค่าบริการ** โดย กรมบริการดูแลสุขภาพของรัฐแคลิฟอร์เนีย(DHCS) ซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐของ Medi-Cal

เอกสารนี้อธิบายสิ่งที่ต้องทำหากเด็กหรือเยาวชนที่ลงทะเบียนไม่ได้รับบริการที่จำเป็นผ่าน **การดูแลที่มีการคุ้มครอง** หรือ **ค่าบริการ** อธิบายวิธีการ:

- ยื่นอุทธรณ์
- ขอลาพิจารณาคดีของรัฐ
- แจ้งความร้องทุกข์

สำหรับความช่วยเหลือในการรับบริการหรือคำถามเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของท่าน โปรดโทรไปที่สายด่วนสำหรับช่วยเหลือสมาชิก Medi-Cal ที่ **1-800-541-5555**

ท่านควรทำอย่างไรหากการดูแล บุตรหลานของท่าน' ถูกปฏิเสธ ล่าช้า ลดลง หรือยุติ

หากการดูแลบุตรของท่านถูกปฏิเสธ ล่าช้า ลดลง หรือ
ยุติ และท่านไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจตามที่อธิบายไว้
ในหนังสือแจ้งของท่าน ท่านสามารถขอให้มีการตรวจสอบ
และยกเลิกคำตัดสินได้

นี่คือการสนับสนุนบุตรหลานของท่านให้ได้รับการดูแล
ที่จำเป็นและมีสิทธิ์ได้รับ บุตรหลานของท่านมีสิทธิ์ยื่น
อุทธรณ์ ขอ การพิจารณาดีจากรัฐ หรือส่ง ขอร้อง
เรียน ไม่มีบทลงโทษสำหรับการกระทำเหล่านี้

ไม่ว่าท่านจะอุทธรณ์ แจ้งการพิจารณาดีหรือการร้อง
ทุกข์จะสำเร็จหรือไม่ การคุ้มครองของ Medi-Cal ของบุตร
หลานของท่านท่านจะ **ไม่** สิ้นสุดลงจากที่ท่านดำเนินการ
เหล่านี้

วิธียื่นอุทธรณ์ ขอให้รัฐพิจารณาดีหรือยื่น เรื่องร้องเรียน

อ่านประกาศ หากแผนการดูแลที่มีการจัดการ DHCS
(หน่วยงาน Medi-Cal ของรัฐ) หรือผู้ให้บริการปฏิเสธ ลด
หรือหยุดให้บริการสำหรับบุตรหลานของท่านพวกเขาจะ
ต้องส่งคำบอกกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการก
ระทำดังกล่าว (เรียกอีกอย่างว่า "ประกาศเกี่ยวกับการ
พิจารณาผลประโยชน์ที่ไม่พึงประสงค์") กับการตัดสินใจของพวกเขา

ท่านต้องได้รับการแจ้งอย่างน้อย **10** วันก่อนที่การรักษาหรือบริการของบุตรหลานจะลดลงหรือยุติลง
ประกาศอธิบาย:

- แผนการดูแลที่มีการจัดการของบุตรหลานของท่านหรือ DHCS จะได้รับการพิจารณาเมื่อใดและเพราะเหตุใด
- สิทธิของบุตรหลานของท่าน
- วิธียื่นอุทธรณ์หรือขอให้มีการพิจารณาดี

หากท่าน**ไม่เห็นด้วยกับคำตัดสิน** สิ่งสำคัญคือต้องยื่นอุทธรณ์**ก่อนที่** บริการจะถูกยุติหรือลดลง เพื่อให้ดำเนินการ
ต่อไปได้ในระหว่างการอุทธรณ์หรือในระหว่างการพิจารณาดีของรัฐ

หากท่าน **ไม่** ได้รับการแจ้ง โปรดโทรไปที่หมายเลข Health Consumer Alliance (HCA) ในหน้า 4 ท่านสามารถ
ยื่นอุทธรณ์ได้หากท่านไม่ได้รับทราบวิธีการอุทธรณ์โดยแจ้งขอให้มีการไต่สวนโดยภาครัฐหรือร้องเรียนได้ตามที่ระบุ
ในหน้าต่อจากนี้

การอุทธรณ์ กำหนดให้แผนการดูแลที่มีการ
จัดการของบุตรหลานของท่านต้องตรวจสอบการ
ปฏิเสธบริการ ความล่าช้า การลดลง หรือการยุติ
เพื่อดูว่า พวกเขาเห็นด้วยกับท่านหรือไม่

การพิจารณาดีของรัฐ เป็นโอกาสในการพูด
ต่อหน้าผู้พิพากษาเพื่อทบทวนการตัดสินใจเกี่ยว
กับแผนการดูแลที่มีการคุ้มครองของบุตรหลาน
ของท่านหรือ DHCS (หน่วยงาน Medi-Cal ของ
รัฐ) ซึ่งท่าน**ไม่ได้**เห็นด้วย

การร้องทุกข์ มีไว้สำหรับเรื่องต่างๆ ที่ท่าน**ไม่**
พอใจหรือไม่เห็นด้วยกับการอุทธรณ์หรือการ
พิจารณาดีของรัฐ สำหรับปัญหาหรือข้อกังวล
เกี่ยวกับแผนการดูแลที่มีการคุ้มครองของบุตร
หลานของท่านหรือ DHCS ที่**ไม่ใช่**การปฏิเสธ
ความล่าช้า การลดลง หรือการยุติให้บริการ

ท่านยังอาจส่งขอร้องเรียนไปยังแผนการดูแลที่
มีการคุ้มครองของบุตรหลานของท่านเพื่อร้อง
เรียนเกี่ยวกับบริการที่ครอบคลุมของบุตรหลาน
ของท่าน ซึ่งรวมถึงคุณภาพการดูแลหรือการเข้า
ถึงการดูแล

วิธีขอความช่วยเหลือ

โทรขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเป็นสมาชิก Medi-Cal

สายด่วนสำหรับสมาชิก Medi-Cal ให้ความช่วยเหลือฟรี พวกเขาสามารถเชื่อมโยงท่านกับสำนักงาน Medi-Cal ในพื้นที่ของท่าน แผนการดูแลที่มีการจัดการของท่าน หรือกับแหล่งข้อมูลอื่นๆ ของ Medi-Cal เพื่อช่วยตอบคำถามของท่านเกี่ยวกับนโยบายของ Medi-Cal

- โทรศัพท์: 1-800-541-5555
- ผ่านทางออนไลน์: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

หน่วยงานดูแลสุขภาพผู้บริโภค (HCA)

HCA ให้ความช่วยเหลือทางโทรศัพท์ฟรีหรือแบบตัวต่อตัวแก่ผู้ลงทะเบียน Medi-Cal เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังอาจเชื่อมโยงท่านไปยังแหล่งข้อมูลฟรีเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ

- โทรศัพท์: 1-888-804-3536
- ผ่านอินเทอร์เน็ต healthconsumer.org

กรอบท 2

หากท่านคิดว่าตัดสินใจผิดพลาด

หากท่านเชื่อว่า Medi-Cal ของบุตรหลานหยุดทำงานอย่างไม่ถูกต้อง หรือพบว่าบุตรหลานของท่านไม่ได้รับสิทธิ์สำหรับ Medi-Cal:

- ทำตามคำแนะนำในประกาศเพื่ออุทธรณ์ หรือ
- ค้นหาหน่วยงานบริการมนุษย์ของเขตในพื้นที่ของท่านที่ dhcs.ca.gov/COL



สิทธิของบุตรหลานของท่านในการดูแลที่ครอบคลุมของ Medi-Cal คืออะไร?

ข้อมูลต่อไปนี้เป็นหน้า 5-8 ใช้กับแผนการดูแลที่มีการจัดการทั้งหมดในนโยบายของ Medi-Cal เด็กส่วนใหญ่ที่ลงทะเบียนในนโยบายของ Medi-Cal จะได้รับการดูแลผ่าน แผนการดูแลที่มีการคุ้มครองโดย Medi-Cal แผนนโยบายให้บริการสุขภาพทางด้านร่างกาย นอกจากนี้ยังมีไว้สำหรับบริการสุขภาพจิตแบบจำกัดที่เรียกว่า "บริการสุขภาพจิตที่ไม่เฉพาะเจาะจง"

ระบบการดูแลที่มีการจัดการที่แตกต่างกัน ได้แก่ :

- บริการด้านสุขภาพจิตแบบจำกัดเฉพาะสำหรับบริการสุขภาพพฤติกรรมเข้มข้น ตามแผนนโยบายสุขภาพจิตจะถูกแยกออกต่างหาก
- ระบบนำส่งยาของ Medi-cal สำหรับการบำบัดการติดยาและโรคพิษสุราเรื้อรัง
- Dental Managed Careการจัดการรายกรณี
อ่านตารางที่ 1 ในหน้า 8

หากบุตรหลานของท่านมีปัญหาในการรักษาบริการที่ท่านคิดว่าควรครอบคลุมแผนข้อใดข้อหนึ่งด้านบน โปรดอ่านหัวข้อด้านล่างนี้ หากบุตรหลานของท่านไม่อยู่ในแผนนโยบาย โปรดอ่านเกี่ยวกับค่าธรรมเนียม ในหน้า 9

ท่านควรทำอย่างไรหากการดูแลบุตรหลานของท่านถูกปฏิเสธ ล่าช้า ลดลง หรือยุติ

ยื่นอุทธรณ์แผนการดูแลที่มีการคุ้มครองของบุตรหลานของท่าน

ท่านต้องเริ่มต้นด้วยการยื่น **อุทธรณ์** กับแผนนโยบายการดูแลที่มีการคุ้มครอง หากต้องการดูแผนของท่าน ให้ไปที่ www.dhcs.ca.gov/mmchpd การยื่นอุทธรณ์กำหนดให้แผนนโยบายของบุตรหลานได้รับการตรวจสอบสำหรับการปฏิเสธ ความล่าช้า การลดลง หรือการยกเลิกบริการเพื่อดูว่าพวกเขาเห็นด้วยกับท่านหรือไม่ ท่านต้องยื่นอุทธรณ์ก่อนจึงจะสามารถขอการพิจารณาคดีได้

- หลังจากทีบุตรหลานของท่านได้รับการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรจากแผนการดูแลที่มีการคุ้มครองแล้ว ท่านสามารถยื่นอุทธรณ์ได้ ท่านสามารถยื่นอุทธรณ์ได้หากท่าน **ไม่** ได้รับแจ้งเกี่ยวกับการดำเนินการดังกล่าว
- ท่านมีเวลา **60** วันตามปฏิทินหลังจากที่ท่านได้รับหนังสือแจ้งการดำเนินการเพื่อยื่นอุทธรณ์แผนการดูแลที่มีการคุ้มครอง ท่านสามารถอุทธรณ์แผนเป็นลายลักษณ์อักษร ทางโทรศัพท์ หรือทางออนไลน์ ท่านสามารถค้นหาหมายเลขติดต่อได้ใน **ตาราง 1** ในหน้า 8
- หากหนังสือแจ้งการดำเนินการระบุว่าบริการที่บุตรหลานของท่านได้รับจะถูกยุติหรือลดลง ท่านอาจจะให้บุตรหลานของท่านรับบริการต่อไปในระหว่างการอุทธรณ์ สิ่งนี้เรียกว่า **ความต่อเนื่องของผลประโยชน์** หากต้องการเรียนรู้วิธีขอสิ่งนี้ โปรดอ่าน **กรอบที่ 3** ในหน้านี้

กรอบที่ 3

วิธีขอ สิทธิประโยชน์ต่อเนื่องในการดูแลที่ได้รับการคุ้มครอง



หากประกาศระบุว่าบริการที่บุตรหลานของท่านได้รับแล้วจะหยุดหรือลดลง ท่านสามารถขอ **สิทธิประโยชน์ต่อเนื่อง** (หรือที่เรียกว่า "เงินช่วยเหลือที่รอดำเนินการ") สำหรับบุตรหลานของท่านในระหว่างการอุทธรณ์หรือการพิจารณาคดีโดยรัฐ .

- ท่านต้องยื่นอุทธรณ์หรือขอให้รัฐรับฟังก่อน ที่บริการจะหยุดหรือลดลง
- แผนการดูแลที่มีการคุ้มครองจะต้องแจ้งให้ท่านทราบเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างน้อย **10** วันตามปฏิทิน ก่อนที่แผนการจะหยุดหรือลดบริการลงสำหรับบุตรหลานของท่าน

- แผนการดูแลที่มีการคุ้มครองของบุตรหลานจะต้องรับทราบการอุทธรณ์เป็นลายลักษณ์อักษรภายใน **5 วัน** ตามปฏิทินนับจากวันที่ได้รับการอุทธรณ์ แผนจะต้องแจ้งชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ และที่อยู่ของบุคคลในแผนด้วย ซึ่งสามารถบอกท่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับการอุทธรณ์และสถานะของการอุทธรณ์ได้ แผนจะต้องส่งคำตัดสินเป็นลายลักษณ์อักษรถึงท่านภายใน **30 วัน**ตามปฏิทินของคำขออุทธรณ์ สิ่งนี้เรียกว่าการแจ้งการแก้ไข
- หากสถานการณ์ของบุตรหลานเป็นเรื่องเร่งด่วนและการรอ 30 วันจะทำให้อาการร้ายแรงขึ้น ท่านสามารถร้องขอการตัดสินใจ **เร่งรัด (เร็วขึ้น)** สำหรับวิธีการดำเนินการ โปรดอ่าน **กรอบที่ 4** ในหน้านี้
- ท่านสามารถติดต่อแผนการดูแลที่มีการคุ้มครองของบุตรหลานของท่านเมื่อมีคำถามเกี่ยวกับการอุทธรณ์ได้ตลอดเวลา สำหรับหมายเลขติดต่อ โปรดอ่าน **ตาราง 1** ในหน้า 8
- แผนการดูแลที่มีการคุ้มครองของบุตรหลานของท่านอาจรวมถึงกระบวนการที่เรียกว่าคณะกรรมการตรวจสอบทางการแพทย์ที่เป็นอิสระ การแจ้งการดำเนินงานของบุตรหลานของท่านจะอธิบายขั้นตอนนี้ หากแผนการดูแลที่มีการคุ้มครองของบุตรหลานของท่านเสนอขั้นตอนนี้ จะดำเนินการหลังจากที่ท่านดำเนินการอุทธรณ์ของบุตรหลานของท่านแล้ว หากต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ คณะกรรมการพิจารณาทางการแพทย์อิสระ โทรติดต่อกรมการดูแลสุขภาพที่มีการจัดการของรัฐแคลิฟอร์เนีย ที่ 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891) หรือไปที่ <https://bit.ly/IMRCR>

กรอบที่ 4

เร่งรัด (เร็วขึ้น) การอุทธรณ์หรืองานของรัฐ การพิจารณาคดี



หากบุตรหลานของท่านต้องการการการยื่นอุทธรณ์อย่าง **เร่งด่วน (เร็วกว่า)** หรือการพิจารณาคดีโดยรัฐเนื่องจากชีวิต สุขภาพ ในการทำงานของบุตรหลานของท่านตกอยู่ในอันตราย โปรดโทร **1-800-743-8525**

ท่านสามารถอ่านเพิ่มเติมในคู่มือสมาชิกของท่านเกี่ยวกับวิธีขอกระบวนการเร่งด่วน

ขอการพิจารณาคดีจากรัฐ Medi-cal

หากกระบวนการอุทธรณ์ของแผนการดูแลที่ได้รับการจัดการเสร็จสิ้นแล้ว และท่านยังไม่เห็นด้วยกับคำตัดสินของแผน ท่านสามารถขอ **การพิจารณาคดีของรัฐ** สำหรับบุตรหลานของท่านได้ ท่านยังสามารถขอการพิจารณาคดีที่เป็นธรรมจากรัฐได้ หากแผนการดูแลที่มีการจัดการของบุตรหลานของท่านไม่ส่งคำบอกกล่าวถึงสิทธิ์ของบุตรหลานในการอุทธรณ์หรือไม่ส่งในเวลาที่เหมาะสม

การพิจารณาคดีของรัฐจะเป็นโอกาสในการพูดต่อหน้าผู้พิพากษาเพื่อทบทวนการตัดสินใจของแผนการดูแลที่มีการคุ้มครองซึ่งท่านไม่เห็นด้วย ผู้พิพากษาทำงานให้กับ กรมบริการสังคมแห่งแคลิฟอร์เนียไม่ใช่แผนของบุตรหลานของท่าน

- ท่านต้องร้องขอการพิจารณาคดีจากรัฐภายใน **120 วัน**ตามปฏิทินนับจากวันที่ท่านได้รับคำตัดสินเป็นลายลักษณ์อักษรจากแผนการดูแลที่มีการจัดการเกี่ยวกับการอุทธรณ์ของบุตรหลานของท่าน ผู้พิพากษาที่เป็นกลางจะพิจารณาคดีของบุตรหลานของท่าน หากคำตัดสินที่ท่านขอให้มีการพิจารณาคดียุติการให้บริการที่บุตรหลานของท่านได้รับ ท่านอาจจะขอสวัสดิการต่อเนื่องสำหรับบุตรหลานของท่านได้ **อ่านตารางที่ 3** ในหน้า 5
- ท่านสามารถร้องขอการพิจารณาคดีโดยรัฐได้ทางโทรศัพท์ ไปรษณีย์ โทรสาร หรือทางออนไลน์ โทร 1-800-743-8525 หรือไปที่ www.cdss.ca.gov/hearing-requests
- ท่านมีสิทธิ์ที่จะให้ใครเป็นตัวแทนในการพิจารณาคดีของบุตรของท่านก็ได้ ท่านสามารถพาเพื่อน ญาติ ทนายความ หรือใครก็ได้ที่ท่านเลือก หากต้องการเรียนรู้วิธีรับความช่วยเหลือทางกฎหมายฟรี โปรดอ่าน **วิธีรับความช่วยเหลือ** ในหน้า 4
- ท่านไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับการพิจารณาคดีที่เป็นธรรมของรัฐ นั้นฟรี.
- รัฐมีเวลา **90 วัน**ตามปฏิทินหลังจากวันที่บุตรหลานของท่านขอการพิจารณาคดีจากรัฐ เพื่อตัดสินขั้นสุดท้าย หากบุตรหลานของท่านต้องการบริการทันทีและการรอ 90 วันจะทำให้อาการร้ายแรงขึ้น ท่านสามารถขอให้มีการตัดสินใจแบบ **เร่งรัด (เร็วขึ้น)** อ่าน **กล่องที่ 4** ในหน้า 6
- สำหรับความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดอ่านประกาศจากแผนการดูแลที่มีการจัดการของบุตรหลานของท่าน หรือ โทร 1-800-743-8525 หรือไปที่ www.dhcs.ca.gov/fair-hearing

ติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

ผู้ตรวจการ (Ombudsman) คือบุคคลที่ปฏิบัติงานให้กับ DHCS (หน่วยงานภายใต้ State Medi-Cal) โดยมีหน้าที่ช่วยเหลือคุณและบุตรหลานในการจัดการแผนการดูแลที่มีการบริหารจัดการสำหรับบุตรหลานของคุณ เจ้าหน้าที่พร้อมรับฟังและให้ความช่วยเหลือในการตอบคำถามต่าง ๆ ที่คุณมี นอกจากนี้ยังสามารถช่วยพิจารณาปัญหาต่าง ๆ ชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และแนะนำทางเลือกต่าง ๆ ที่คุณมี สามารถโทรติดต่อ Ombudsman ได้ตลอดเวลา ซึ่งรวมถึงกรณีที่บุตรหลานของคุณได้รับหนังสือแจ้ง ยื่นอุทธรณ์ แจ้งขอการไต่สวนโดยภาครัฐหรือร้องเรียน Ombudsman จัดไว้เฉพาะสำหรับผู้ลงทะเบียนในแผนการดูแลที่มีการบริหารจัดการเท่านั้น

ท่านสามารถติดต่อ Ombudsman ได้โดย:

- โทรศัพท์: 1-888-452-8609
- Email: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov

» อย่าใส่ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลในอีเมล

หากต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ Ombudsman โปรดไปที่ www.dhcs.ca.gov/ombudsman

จะอย่างไร หากท่านไม่พึงพอใจกับการดูแลบุตรหลานของท่านแพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่อยู่ในการดูแลที่มีการคุ้มครอง ?

ส่งเรื่องร้องเรียน

หากแพทย์ปฏิบัติต่อบุตรหลานของท่านไม่ดีหรือหยาดคาย หรือท่านไม่พึงพอใจกับคุณภาพการดูแล ท่านไม่สามารถหาหมอได้ สามารถส่ง **ข้อร้องเรียน** สำหรับบุตรหลานของท่านได้ การร้องเรียนมีไว้สำหรับความขัดแย้งเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่ครอบคลุมโดยการอุทธรณ์หรือการรับฟัง สำหรับปัญหาหรือข้อกังวลที่ห้ามปฏิเสธ ชะลอ ลดลง หรือหยุดบริการใด ๆ สำหรับลูกของท่าน ท่านยังอาจส่งข้อร้องเรียนไปยังแผนการดูแลที่มีการคุ้มครองของบุตรหลานของท่านเพื่อร้องเรียนเกี่ยวกับบริการที่ครอบคลุมของบุตรหลานของท่าน ซึ่งรวมถึงคุณภาพการดูแลหรือการเข้าถึงการดูแล

- ท่านสามารถส่งเรื่องร้องเรียนถึงลูกของท่านได้ตลอดเวลา ท่านสามารถส่งทางโทรศัพท์หรือเป็นลายลักษณ์อักษรทางออนไลน์หรือทางไปรษณีย์ หากต้องการร้องเรียน โปรดติดต่อแผนการดูแลที่มีการคุ้มครองของบุตรหลานของท่าน สำหรับหมายเลขติดต่อ โปรดอ่าน **ตาราง 1** ในหน้า 8
- แผนการดูแลที่มีการคุ้มครองของบุตรหลานของท่านต้องรับทราบข้อร้องเรียนของท่านเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน **5** วันตามปฏิทินนับจากวันที่พวกเขาได้รับมัน ซึ่งจะต้องระบุชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ และที่อยู่ของบุคคลในแผนที่สามารถบอกท่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับการร้องเรียนและสถานะของบุตรหลานของท่าน
- แผนการดูแลที่มีการคุ้มครองของบุตรหลานของท่านมีเวลา **30** วันตามปฏิทินนับจากวันที่ท่านส่งการร้องเรียนเพื่อแก้ไขปัญหาการร้องเรียนของบุตรหลาน

ท่านควรติดต่อใครเมื่อมีคำถาม?

ตารางที่ 1

ภาพรวมระบบการดูแลที่มีการจัดการและข้อมูลการติดต่อ

Medi-Cal Managed Care (MCMC)

เด็กส่วนใหญ่ได้รับการเหล่านี้นผ่านแผนการดูแลที่มีการคุ้มครองโดย Medi-Cal:

- ความต้องการด้านสุขภาพร่างกาย เช่น การตรวจสุขภาพเด็กและการฉีดวัคซีน
- ความต้องการด้านสุขภาพจิตที่ไม่เฉพาะทาง เช่น การบำบัดและการใช้ยา
- ดูแลประสานงาน

หากบุตรของท่านไม่ได้รับการที่ต้องการหรือมีข้อกังวล โปรดติดต่อแผนการดูแลที่มีการคุ้มครองโดย Medi-Cal บุตรของท่าน หมายเลขโทรศัพท์ของแผนจะอยู่บนบัตรประจำตัวของบุตรหลานของท่าน มันยังอยู่ในเว็บไซต์ของแผนการ ท่านยังสามารถค้นหาหมายเลขโทรศัพท์ได้ที่ www.dhcs.ca.gov/mmchpd หรือ โทร 916-449-5000

บริการสุขภาพจิตพิเศษ (SMHS)

เด็กบางคนที่ต้องการบริการสุขภาพจิตพิเศษ เช่น การดูแลด้านสุขภาพจิตอย่างจริงจัง จะได้รับการดูแลนี้ผ่านบริการสุขภาพจิตพิเศษ แต่ละเขตมีแผนสุขภาพจิต

หากบุตรหลานของท่านไม่ได้รับการที่จำเป็นหรือมีความกังวล โปรดติดต่อแผนสุขภาพจิตของเขตบุตรหลานของท่าน ท่านสามารถค้นหาหมายเลขโทรศัพท์ได้ที่ www.dhcs.ca.gov/CMHP.

จัดระบบการจัดส่งยาของ Medi-Cal (DMC-ODS)

เด็กที่ต้องการบริการการใช้สารเสพติด เช่น การบำบัดด้วยยาหรือแอลกอฮอล์ รวมถึงการให้คำปรึกษาและการรักษาทางคลินิกอื่นๆ เช่น การบำบัดด้วยยาสำหรับผู้ป่วยในหรือการบำบัดด้วยแอลกอฮอล์ในที่พักอาศัย หากเห็นว่าจำเป็น ให้รับการดูแลนี้ผ่านระบบการจัดส่งที่จัดโดย Drug Medi-Cal แต่ละเขตมีแผน DMC-ODS หรือ Drug Medi-Cal หากต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับยา Medi-Cal โปรดอ่าน **ตารางที่ 2** ในหน้า 11

หากบุตรหลานของท่านไม่ได้รับการที่จำเป็นหรือมีความกังวล โปรดติดต่อแผน DMC-ODS ของบุตรหลานของท่าน หากต้องการค้นหาหมายเลขโทรศัพท์ ให้ไปที่ www.dhcs.ca.gov/sud-cal

Dental Managed Care (Dental MC)

เด็กบางคนที่อาศัยอยู่ในลอสแอนเจลิสเคาน์ตีหรือแซคราเมนโตเคาน์ตีจะได้รับบริการทางทันตกรรม รวมถึงการตรวจฟันและการทำความสะอาดและการดูแลสุขภาพช่องปากปีละสองครั้งผ่านแผนการดูแลทันตกรรม เด็กที่อาศัยอยู่ในเขตอื่นๆ ทั้งหมดจะได้รับการดูแลทางทันตกรรมผ่านค่าธรรมเนียมทันตกรรมสำหรับบริการ (Dental FFS) หากต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ FFS ทางทันตกรรม โปรดอ่าน **ตารางที่ 2** ในหน้า 11

หากท่านอาศัยอยู่ในลอสแอนเจลิสหรือแซคราเมนโต และบุตรหลานของท่านไม่ได้รับการที่จำเป็นหรือมีความกังวล โปรดติดต่อแผนทันตกรรม MC ของบุตรหลานของท่าน หมายเลขโทรศัพท์จะอยู่บนบัตรประจำตัว Dental MC ของลูกท่าน นอกจากนี้ยังอยู่ในเว็บไซต์ MC Dental Plan ของบุตรหลานของท่าน หรือโทร 1-800-322-6384 ท่านยังสามารถดูหมายเลขโทรศัพท์ของแผนการได้ที่ <https://bit.ly/DMC-Contact>

สิทธิของบุตรหลานของท่าน ในการดูแลที่ครอบคลุมของ Medi-Cal คืออะไร

ข้อมูลต่อไปนี้เป็นหน้า 9-11 นำไปใช้กับค่าธรรมเนียม Medi-Cal (FFS) เด็กบางคนที่ยังลงทะเบียนใน Medi-Cal ได้รับการดูแลผ่าน FFS FFS เรียกอีกอย่างว่า Medi-Cal “ปกติ” เด็กใน FFS ได้รับการดูแลผ่าน DHCS (หน่วยงานรัฐของ Medi-Cal) ไม่มีแผนการดูแลที่มีการคุ้มครองเข้ามาเกี่ยวข้องกับ FFS รวมถึง Medi-Cal FFS สำหรับบริการด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตแบบจำกัดที่เรียกว่า “บริการสุขภาพจิตที่ไม่ใช่เฉพาะทาง” Medi-Cal สำหรับบริการบำบัดสารเสพติดและแอลกอฮอล์ ทันตกรรม FFS สำหรับการดูแลทันตกรรม และ Medi-Cal Rx สำหรับยาเสพติด สำหรับหมายเลขติดต่อ โปรดอ่าน ตาราง 2 ในหน้า 11

หากบุตรหลานของท่านมีปัญหาในการรับหรือรักษารายการที่ท่านคิดว่าควรครอบคลุมแผนข้อใดข้อหนึ่งด้านบน โปรดอ่านหัวข้อด้านล่างนี้ แม้ว่าบุตรของท่านจะไม่อยู่ในแผนการดูแลที่มีการคุ้มครอง และหากบุตรของท่านต้องการการดูแลด้านสุขภาพจิตอย่างจริงจัง พวกเขาจะได้รับการดูแลนี้ผ่านแผนบริการสุขภาพจิตพิเศษ หากต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมและค้นหาสถานที่ที่จะขอความช่วยเหลือจากแผนสุขภาพจิตของเขต โปรดอ่าน ตารางที่ 1 ในหน้า 8

ท่านจะอย่างไรหากการดูแล FFS ของบุตรหลานล่าช้า ถูกปฏิเสธ ลดลง หรือยุติการทำงาน ?

ขอการพิจารณาคดีจากรัฐ Medi-cal

การพิจารณาคดีโดยรัฐ เป็นโอกาสในการพูดต่อหน้าผู้พิพากษาเพื่อทบทวนคำตัดสินของ DHCS ที่ท่านไม่เห็นด้วย ซึ่งรวมถึงการปฏิเสธการให้บริการ ความล่าช้า การลดลง หรือการยุติ ผู้พิพากษาทำงานให้กับ กรมบริการสังคมแห่งแคลิฟอร์เนีย ไม่ใช่ DHCS

- หลังจากที่บุตรหลานของท่านได้รับหนังสือแจ้งการดำเนินการจาก DHCS แล้ว ท่านสามารถร้องขอให้มีการตรวจสอบจากรัฐได้ ท่านสามารถร้องขอการไต่สวนจากรัฐ หากท่านไม่ได้รับหนังสือแจ้งการดำเนินการ
- ท่านต้องร้องขอการไต่สวนจากรัฐภายใน **90** วันตามปฏิทินนับจากวันที่ท่านได้รับคำแจ้งการดำเนินการจาก DHCS ผู้พิพากษาที่เป็นกลางจะพิจารณาคดีของบุตรหลานของท่าน ท่านสามารถร้องขอการพิจารณาคดีโดยรัฐได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า หากการตัดสินใจที่ท่านขอให้มีการพิจารณาคดีจะหยุดบริการที่บุตรหลานของท่านได้รับอยู่แล้ว ท่านอาจจะร้องขอผลประโยชน์สำหรับบุตรหลานของท่านได้ อ่าน กล้อง 5 ในหน้านี้
- ท่านสามารถร้องขอการพิจารณาคดีโดยรัฐได้ทางโทรศัพท์ ไปรษณีย์ โทรสาร หรือทางออนไลน์ โทร 1-800-743-8525 หรือไปที่ www.cdss.ca.gov/hearing-requests
- ท่านมีสิทธิ์ที่จะให้ใครสักคนเป็นตัวแทนท่านได้ในการพิจารณาคดี ท่านสามารถนำเพื่อน ญาติ ทนายความ หรือผู้ใดก็ตามที่ท่านเลือก สำหรับความช่วยเหลือด้านกฎหมายฟรี โปรดอ่าน วิธีขอความช่วยเหลือ ในหน้า 4
- ท่านไม่ต้องจ่ายสำหรับการพิจารณาคดีของรัฐ ไม่มีค่าใช้จ่าย

กรอบที่ 5

วิธีขอ สิทธิประโยชน์ต่อเนื่องในค่าบริการ



หากประกาศแจ้งว่าบริการที่บุตรหลานของท่านได้รับจะหยุดหรือลดลง ท่านอาจต้องขอ **สิทธิประโยชน์ต่อเนื่อง** (เรียกอีกอย่างว่า “เงินช่วยเหลือที่รอดำเนินการ”) ในระหว่างการพิจารณาคดีโดยรัฐ

- ท่านต้องขอการพิจารณาคดีโดยรัฐ ก่อนที่บริการจะยุติหรือลดลง
- DHCS ต้องแจ้งให้ท่านทราบเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างน้อย **10** วันตามปฏิทิน ก่อนที่พวกเขาจะวางแผนยุติหรือลดบริการสำหรับบุตรหลานของท่าน

- รัฐมีเวลา **90** วันตามปฏิทินหลังจากวันที่บุตรหลานของท่านร้องขอการพิจารณาดีจากรัฐเพื่อตัดสินใจขั้นสุดท้าย หากบุตรหลานของท่านต้องการบริการในทันทีและการรอ 90 วันจะทำให้การร้ายแรงขึ้น ท่านสามารถขอให้มีการตัดสินใจแบบ **เร่งรัด (เร็วขึ้น)** อ่าน **กล่อง 6** ในหน้านี้
- หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดอ่านประกาศที่บุตรหลานของท่านได้รับจาก DHCS หรือโทร 1-800-743-8525 หรือไปที่ www.dhcs.ca.gov/fair-hearing

กรอบท 6

เร่งด่วน (เร็วขึ้น) การอุทธรณ์หรืองานของรัฐ การพิจารณาดี



หากบุตรหลานของท่านต้องการ **เร่ง (เร็วกว่า)** การพิจารณาดีของรัฐ เนื่องจากชีวิต สุขภาพในการทำงานของบุตรหลานของท่านตกอยู่ในอันตราย โปรดโทร 1-800-743-8525

จะอย่างไรถ้าท่านไม่พอใจกับการดูแลของท่าน แพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพใน FFS ?

ส่งเรื่องร้องเรียน

หากแพทย์ปฏิบัติต่อบุตรหลานของท่านไม่ดีหรือหยาดคาย หรือท่านไม่พึงพอใจกับคุณภาพการดูแล หรือท่านไม่สามารถหาหมอได้ ท่านอาจส่ง **ข้อร้องเรียน** ให้กับบุตรหลานของท่านได้ การร้องเรียนมีไว้สำหรับความขัดแย้งเกี่ยวกับบางสิ่งที่จะระบุว่าการพิจารณาดีไม่ครอบคลุม สำหรับปัญหาหรือข้อกังวลที่ **ไม่** ปฏิเสธ ชะลอ ลดลง หรือยุติบริการใดๆ ของบุตรหลานของท่าน

- ท่านสามารถยื่นคำร้องสำหรับเรื่องยา Medi-Cal, Dental FFS หรือ Medi-Cal Rx สำหรับบุตรหลานของท่านได้ตลอดเวลา ท่านสามารถส่งทางโทรศัพท์หรือเป็นลายลักษณ์อักษรทางออนไลน์หรือทางไปรษณีย์ หากต้องการยื่นเรื่องร้องเรียน โปรดติดต่อ Drug Medi-Cal, Dental FFS หรือ Medi-Cal Rx สำหรับหมายเลขติดต่อ โปรดอ่าน **ตาราง 1** ในหน้า 11 ไม่มีกระบวนการร้องทุกข์ **ไม่มี** สำหรับ Medi-Cal FFS สำหรับบริการด้านสุขภาพร่างกายและบริการด้านสุขภาพจิตที่ไม่ใช่เฉพาะทาง
- DHCS ต้องรับทราบข้อร้องเรียนของท่านเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน **5** วันตามปฏิทินนับจากวันที่ได้รับ โดยจะต้องมีชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ และที่อยู่ของบุคคลที่ DHCS ซึ่งสามารถแจ้งให้ท่านทราบเพิ่มเติมเกี่ยวกับการร้องเรียนและสถานะของบุตรหลานของท่าน
- DHCS มี **30** วันตามปฏิทินนับจากวันที่ท่านส่งคำร้องเรียนเพื่อแก้ไขข้อเรียกร้องของบุตรหลานของท่านสำหรับ Dental FFS และ Medi-Cal Rx Medi-Cal มีเวลา **90** วันตามปฏิทินในการแก้ไขข้อร้องเรียนของบุตรหลานของท่าน

ท่านควรติดต่อใครเมื่อมีคำถาม

ตารางที่ 2

ค่าธรรมเนียมรวมและข้อมูลการติดต่อ

ค่าธรรมเนียม Medi-Cal (Medi-Cal FFS)

เด็กบางคน เช่น เด็กบางคนในการอุปการะเลี้ยงดู ได้รับบริการด้านสุขภาพร่างกายผ่าน Medi-Cal FFS

หากบุตรหลานของท่านไม่ได้รับบริการเหล่านี้หรือมีความกังวล โปรดโทรไปที่ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077)

โครงการความช่วยเหลือทางการแพทย์ระยะเปลี่ยนผ่าน (TMC)

เด็กที่ต้องการบริการด้านการใช้สารเสพติด เช่น การบำบัดด้วยยาหรือแอลกอฮอล์ รวมถึงการให้คำปรึกษาและการรักษาทางคลินิกอื่นๆ เช่น การบำบัดที่บ้านด้วยยาหรือแอลกอฮอล์สำหรับผู้ป่วยใน เมื่อจำเป็น สามารถได้รับการดูแลนี้ผ่าน Drug Medi-Cal แต่ละเขตมีแผน DMC-ODS หรืออยู่ใน DMC สำหรับหมายเลขติดต่อ โปรดอ่าน **ตาราง 1** ในหน้า 8

หากบุตรหลานของท่านไม่ได้รับบริการเหล่านี้หรือมีความกังวล โปรดติดต่อโปรแกรม DMC ของบุตรหลานของท่าน หากต้องการค้นหาหมายเลขโทรศัพท์ ให้ไปที่ www.dhcs.ca.gov/sud-cal

ค่าทันตกรรมเพื่อการบริการ (FFS Dental)

เด็กส่วนใหญ่รับบริการทางทันตกรรมของ Medi-Cal ผ่าน Dental FFS ซึ่งรวมถึงการตรวจฟันและการทำความสะอาดและการดูแลสุขภาพช่องปากปีละสองครั้ง

หากบุตรหลานของท่านไม่ได้รับบริการเหล่านี้หรือมีความกังวล โปรดโทรไปที่ 1-800-322-6384 หากต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม โปรดไปที่ smilecalifornia.org

Medi-Cal Rx

เด็กได้รับบริการร้านขายยาของ Medi-Cal ผ่าน Medi-Cal Rx ซึ่งรวมถึงยาตามใบสั่งแพทย์และยาที่จำหน่ายหน้าเคาน์เตอร์ ผลิตภัณฑ์โภชนาการในระบบ เช่น สายยางให้อาหาร และอุปกรณ์ทางการแพทย์

หากบุตรหลานของท่านไม่ได้รับบริการเหล่านี้หรือมีความกังวล โปรดโทร 1-800-977-2273 เรียนรู้เพิ่มเติมที่ <https://bit.ly/3D1rQFV>



**Будь-ласка,
збережіть цю
інформацію!**

Важлива інформація, яка
допоможе дітям та молодим
особам віком до 21 року
отримати всю потрібну
їм допомогу

Які послуги можуть отримати діти та молодь як учасники програми Medi-Cal?

Згідно із законодавством Каліфорнії та федеральним законодавством, діти та молодь віком до 21 року, які беруть участь у програмі Medi-Cal, мають право на регулярні **медичні огляди** та інші **профілактичні** та **лікувальні** послуги, необхідні для збереження здоров'я або одужання.

Це право визначене у федеральному законодавстві як вимога щодо «раннього і періодичного скринінгу, діагностики та лікування» (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment [EPSDT]). Ця вимога є гарантією того, що кожна дитина, яка бере участь у програмі Medi-Cal, отримає медичну допомогу, яка їй потрібна, щоб досягнути дорослого віку максимально здоровою. У Каліфорнії EPSDT має назву **Medi-Cal for Kids & Teens** («**Medi-Cal для дітей та підлітків**»).

Послуги **безкоштовні**, крім випадків, коли під час визначення відповідності критеріям участі у програмі Medi-Cal буде встановлено, що дитина або молода особа повинна нести частку витрат (Share of Cost).

Програма Medi-Cal for Kids & Teens за потреби повинна без обмежень покривати вартість нижчезазначених послуг:

- Послуги із забезпечення фізичного здоров'я, у тому числі первинна медична допомога і візити до спеціалістів
- Офтальмологічна допомога, включно з окулярами
- Послуги із забезпечення здоров'я органів слуху
- Стоматологічні огляди і послуги з контролю здоров'я зубів
- Послуги із забезпечення психічного здоров'я, позбавлення наркотичної і алкогольної залежності, включно з терапією
- Фізична, реабілітаційна та логопедична терапія
- Медичне обладнання та матеріали, такі як крісла-коляски, у тому числі медичне обладнання для тривалого застосування
- Лікарські препарати, як рецептурні, так і безрецептурні
- Лабораторні аналізи, включно з аналізами крові для визначення рівня свинцю і аналізами на інфекції, що передаються статевим шляхом, та вся необхідна подальша медична допомога



Якщо Вам потрібен цей лист або будь-які матеріали про програму Medi-Cal в альтернативному форматі, зокрема зі збільшеним шрифтом, в аудіо форматі, на компакт-диску або шрифтом Брайля, телефонуйте за номером 1-833-284-0040.

- Медичне обслуговування вдома, включно з медсестринським доглядом
- Лікування в умовах лікарні або реабілітаційного центру
- Послуги із забезпечення репродуктивного і сексуального здоров'я, такі як послуги, що стосуються засобів контрацепції та абортів
- Перевірки на вагітність
- Тестування на COVID-19 та відповідне лікування
- Координація надання медичної допомоги, у разі участі у плані керованої медичної допомоги
- Всі інші необхідні медичні послуги, вартість яких може покриватися за програмою Medi-Cal (які називаються «медично необхідні послуги»), обсяг яких визначається Вашим постачальником медичних послуг

Діти та молоді особи мають право на безкоштовні допоміжні послуги, потрібні для отримання медичної допомоги, зокрема:

- Безкоштовне перевезення до місця зустрічі з медичним працівником або для того, щоб забрати лікарські засоби, медичне обладнання та витратні матеріали, та назад
- Підтримка під час планування зустрічей з медичними працівниками
- Допомога у пошуку лікаря або постачальника медичних послуг
- Послуги перекладу (Вам не буде потрібно забезпечувати наявність власного перекладача під час зустрічі з медичним працівником)

Що означає «медично необхідні»?

Для дітей та молодих осіб термін **медично необхідні** характеризує послуги, які потрібні для лікування, купірування і контролю захворювання чи розладу здоров'я або зниження ступеня його тяжкості.

Лікар або постачальник медичних послуг Вашої дитини зазвичай буде визначати, що є медично необхідним.

Надання деяких послуг може вимагати попереднього погодження. Якщо послуги є медично необхідними для дітей або молодих осіб віком до 21 року, кількість послуг або лікарських засобів лімітуватися не може. Для прикладу, для дитини не може встановлюватися ліміт в одну пару окулярів на кожних два роки. Якщо в дитини є окуляри, але вона має проблеми із зором, у неї є право на нове призначення та нові окуляри тоді, коли це потрібно.

БЛОК 1

Програма Medi-Cal для Вашої дитини



Діти та молодь, що беруть участь у програмі Medi-Cal, можуть скористатися своїми пільгами в один із цих двох способів:

1. **Керована медична допомога (Managed care)** від плану страхування здоров'я, плану із забезпечення психічного здоров'я або плану із забезпечення стоматологічного здоров'я **або**
2. **Платні послуги (Fee for service)** від Департаменту Каліфорнії з питань медичних послуг (California Department of Health Care Services, DHCS) (орган рівня штату, що відповідає за реалізацію програми Medi-Cal)

У цьому документі роз'яснено, що робити, якщо дитина або молода особа, яка є учасником програми, не отримує послугу в порядку **керованої медичної допомоги** або **платну послугу**. У нього роз'яснено, як:

- Подати апеляцію
- Попросити провести процедуру розгляду на рівні штату
- Подати скаргу

Щоб отримати допомогу в отриманні послуг або задати питання про Ваші пільги, зателефонуйте на лінію допомоги для учасників програми Medi-Cal за номером: **1-800-541-5555**.

Що Вам потрібно робити, якщо Вашій дитині було відмовлено в наданні медичної допомоги, надання медичної допомоги було відкладено, обсяг медичної допомоги було знижено або її надання було припинено?

Якщо Вашій дитині було відмовлено в наданні медичної допомоги, надання медичної допомоги було відкладено, обсяг медичної допомоги було знижено або її надання було припинено, а Ви не погоджуєтеся з рішенням у формулюванні, у якому воно було викладено в письмовому повідомленні, Ви можете попросити перегляду та відміни такого рішення.

Це можливо для того, щоб допомогти Вашій дитині отримати допомогу, яка їй потрібна і на яку вона має право. Ваша дитина має право подати **апеляцію**, попросити провести процедуру **розгляду на рівні штату (State Hearing)** або подати **скаргу**. Використання будь-якої із цих процедур не тягне за собою жодних штрафних санкцій.

Незалежно від того, чи буде винесене рішення на Вашу користь за результатами апеляції, розгляду на рівні штату чи скарги, покриття Вашої дитини за програмою Medi-Cal **не** припиниться внаслідок того, що Ви скористалися будь-якою із цих процедур.

Як подати апеляцію, попросити провести процедуру розгляду на рівні штату або подати скаргу

Прочитайте письмове повідомлення.

Якщо план керованої медичної допомоги, Управління Каліфорнії з питань медичних послуг (California Department of Health Care Services, DHCS) (орган рівня штату, що відповідає за реалізацію програми Medi-Cal) або постачальник послуг відмовляється надати послуги Вашій дитині, знижує їх обсяг або зупиняє їх надання, така сторона повинна надіслати письмове повідомлення про вжиття заходів (Notice of Action) (яке також може називатися «повідомленням про зниження обсягу пільг» [Notice of Adverse Benefit Determination]), у якому викладене її рішення.

Ви повинні отримати це повідомлення щонайменше за **10** днів до зменшення обсягу лікування або послуг, які отримує Ваша дитина, або до їх припинення. У повідомленні надаються такі роз'яснення:

- Чому і яким чином планом керованої медичної допомоги або DHCS було винесено таке рішення
- Які права має Ваша дитина
- Як подати апеляцію або попросити провести процедуру розгляду на рівні штату

Якщо Ви незгодні з рішенням, важливо подати апеляцію **до того**, як надання послуг буде припинено або їх обсяг буде знижено, щоб можна було продовжити користуватися послугами під час розгляду апеляції або розгляду на рівні штату.

Якщо Ви не отримаєте повідомлення, зателефонуйте до Альянсу отримувачів медичних послуг (Health Consumer Alliance, HCA) за номером на сторінці 5. Ви можете подати апеляцію, навіть якщо не отримували повідомлення. Щоб дізнатися, як подати апеляцію, попросити про розгляд на рівні штату або подати скаргу, прочитайте решту сторінок.

Після подачі **апеляції** співробітники плану керованої медичної допомоги Вашої дитини повинні перевірити будь-який факт відмови в наданні послуги, затримки в наданні послуги, зменшення обсягу послуги або припинення її надання, щоб перевірити, чи згодні вони з Вами.

Розгляд на рівні штату — це можливість висловити свою думку перед суддею, щоб переглянути рішення плану керованої медичної допомоги Вашої дитини або DHCS (орган рівня штату, що відповідає за реалізацію програми Medi-Cal), з яким Ви не погоджуєтесь.

Скарга може подаватися з будь-яких питань, які Вас не задовольняють або з якими Ви не згодні, які не охоплюються апеляцією або розглядом на рівні штату. Вона призначена для проблемних питань або приводів для занепокоєння, що стосуються плану керованої медичної допомоги Вашої дитини або DHCS, які не являють собою відмову в наданні послуг, затримки в наданні послуг, зменшення обсягу послуг або припинення їх надання.

Ви можете також подати скаргу на план керованої медичної допомоги Вашої дитини із претензією у зв'язку з наданням Вашій дитині покритих послуг, включаючи якість медичної допомоги та доступність медичної допомоги.

Як отримати допомогу

Лінія допомоги учасникам програми Medi-Cal

Лінія допомоги учасникам програми Medi-Cal надає безкоштовну підтримку. Її оператори можуть скерувати Вас до Вашого місцевого представництва програми Medi-Cal, Вашого плану керованої медичної допомоги або інших ресурсів програми Medi-Cal, щоб допомогти відповісти на Ваші запитання про програму Medi-Cal.

- Телефон: 1-800-541-5555
- Онлайн: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

Альянс отримувачів медичних послуг (НСА)

НСА пропонує безкоштовну допомогу по телефону або на особистих зустрічах учасникам програми Medi-Cal, щоб вирішити проблеми, що стосуються здоров'я. Представники НСА також можуть скерувати Вас до безкоштовних ресурсів, щоб допомогти вирішити юридичні питання, що стосуються надання медичної допомоги.

- Телефон: 1-888-804-3536
- Онлайн: healthconsumer.org

БЛОК 2

Якщо Ви вважаєте, що рішення неправильне

Якщо Ви вважаєте, що виконання програми Medi-Cal щодо Вашої дитини було неправомірно зупинено або Вашу дитину помилково визнали такою, що не відповідає критеріям участі у програмі Medi-Cal:

- Дотримуйтесь інструкцій у повідомленні, щоб подати апеляцію, **або**
- Знайдіть орган з питань соціальної допомоги Вашого округу на веб-сайті: dhcs.ca.gov/COL



Які права має Ваша дитина у плані керованої медичної допомоги Medi-Cal?

Інформація, наведена нижче на сторінках 6–11, стосується всіх систем керованої медичної допомоги у програмі Medi-Cal. Більшість дітей, які беруть участь у програмі Medi-Cal, отримують медичну допомогу через **план керованої медичної допомоги Medi-Cal (Medi-Cal managed care plan)**. Цей план призначений для отримання послуг із забезпечення фізичного здоров'я. У ньому також передбачені обмежені послуги із забезпечення психічного здоров'я під назвою «неспеціалізовані послуги із забезпечення фізичного здоров'я».

До інших систем керованої медичної допомоги належать:

- **Спеціалізовані послуги із забезпечення психічного здоров'я (Specialty Mental Health Services)** — інтенсивні послуги із забезпечення поведінкового здоров'я, що надаються за окремим планом забезпечення психічного здоров'я.
- **Організована система доставки препаратів Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System)** — призначена для лікування наркотичної та алкогольної залежності.
- **Керована стоматологічна допомога (Dental Managed Care)** — ця система призначена для отримання стоматологічної допомоги в округах Лос-Анджелес і Сакраменто. Прочитайте **таблицю 1** на сторінці 10.

Якщо у Вашої дитини виникли проблеми з отриманням або продовженням отримання послуги, вартість якої, на Вашу думку, має покриватися одним із вищезазначених планів, прочитайте інформацію, наведену нижче. Якщо Ваша дитина не бере участь у плані, прочитайте про **платні послуги** на сторінці 11.

БЛОК 3

Як звернутися за продовженням пільг у програмі керованої медичної допомоги



Якщо в повідомленні зазначено, що надання послуги, яку вже отримує Ваша дитина, буде припинено, або її обсяг буде зменшено, Ви можете звернутися за **продовженням пільг** (що також називається «продовженням послуг на період апеляції» [Aid Paid Pending]) для Вашої дитини на час розгляду апеляції або розгляду на рівні штату.

- Ви повинні подати апеляцію або звернутися за розглядом на рівні штату **перед тим**, як надання послуги буде припинено або її обсяг буде зменшено.
- Співробітники плану керованої медичної допомоги повинні надати Вам письмове повідомлення щонайменше протягом **10** календарних днів перед тим, як вони запланують припинення надання послуг Вашій дитині або знизять обсяг таких послуг.

Що Ви можете зробити, якщо Вашій дитині, яка є учасником плану керованої медичної допомоги, було відмовлено в наданні медичної допомоги, надання медичної допомоги було відкладено, обсяг медичної допомоги було знижено або її надання було припинено?

Подайте апеляцію до плану керованої медичної допомоги Вашої дитини

Вам потрібно почати з подачі **апеляції** до плану керованої медичної допомоги. Щоб знайти Ваш план, перейдіть на веб-сайт www.dhcs.ca.gov/mmchpd. Після подачі апеляції співробітники плану Вашої дитини повинні перевірити будь-який факт відмови в наданні послуги, затримки в наданні послуги, зменшення обсягу послуги або припинення її надання, щоб перевірити, чи згодні вони з Вами. Вам потрібно подати апеляцію перед тим, як попросити провести розгляд на рівні штату.

- Після того, як Ваша дитина отримає письмове повідомлення про вжиття заходів від її плану керованої медичної допомоги, Ви можете подати апеляцію. Ви також можете подати апеляцію, якщо **не** отримували повідомлення про вжиття заходів.
- У Вас є **60** календарних днів після отримання повідомлення про вжиття заходів на подачу апеляції до плану керованої медичної допомоги. Ви можете подати апеляцію до плану в письмовій формі, по телефону або онлайн. Контактні номери телефонів Ви можете знайти у **таблиці 1** на сторінці 10.
- Якщо в повідомленні про вжиття заходів зазначено, що надання послуг, які вже отримує Ваша дитина, буде зупинено або їх обсяг буде зменшено, Ви також можете попросити, щоб Ваша дитина продовжувала отримувати послуги під час апеляції. Це називається **продовженням пільг (continuation of benefits)**. Щоб дізнатися, як попросити про це, прочитайте **блок 3** на сторінці 6.
- План керованої медичної допомоги Вашої дитини повинен підтвердити отримання апеляції протягом **5** календарних днів після того, як ним буде отримана апеляція. Представники плану також повинні повідомити Вас ім'я, номер телефону та адресу особи з числа співробітників плану, яка може повідомити Вам більше інформації про апеляцію та її статус. План повинен надіслати Вам письмове рішення протягом **30** календарних днів після подачі апеляції. Це називається «повідомленням про рішення» (Notice of Resolution).
- Якщо ситуація Вашої дитини є невідкладною, і очікування протягом 30 днів призведе до погіршення її стану, Ви можете попросити про винесення **прискореного** (пришвидшеного) рішення. Щоб дізнатися, як це зробити, прочитайте **блок 4** на цій сторінці.

БЛОК 4

Прискорений (пришвидшений) розгляд апеляції або розгляд на рівні штату



Якщо Вашій дитині потрібен **прискорений** (пришвидшений) розгляд апеляції або розгляд на рівні штату, оскільки життя, здоров'я або здатність до життєдіяльності Вашої дитини перебуває під загрозою, зателефонуйте за номером: **1-800-743-8525**.

Ви можете дізнатися більше інформації про те, як ініціювати прискорену процедуру, у Вашому Посібнику учасника програми (Member Handbook).

- Ви можете в будь-який час зв'язатися з планом керованої медичної допомоги Вашої дитини, щоб задати питання щодо апеляції Вашої дитини. Контактні номери телефонів див. у **таблиці 1** на сторінці 10.
- План керованої медичної допомоги Вашої дитини може включати процес під назвою «комісія з незалежної медичної оцінки» (Independent Medical Review Board). Цей процес буде роз'яснений у повідомленні про вжиття заходів, яке отримає Ваша дитина. Якщо план керованої медичної допомоги Вашої дитини пропонує цей процес, він може застосовуватися після завершення розгляду апеляції Вашої дитини. Щоб дізнатися більше про комісію з незалежної медичної оцінки, зателефонуйте Департамент Каліфорнії з питань керованої медичної допомоги (California Department of Managed Health Care) за номером: 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891). Або, перейдіть за адресою: <https://bit.ly/IMRCR>.

Попросіть провести процедуру розгляду питань у програмі Medi-Cal на рівні штату

Якщо процес апеляції Вашої дитини до плану керованої медичної допомоги завершено, але Ви все-одно не погоджуєтесь з рішенням плану, Ви можете попросити провести **розгляд на рівні штату** питання, що стосується Вашої дитини. Ви також можете попросити провести розгляд на рівні штату у випадку, коли план керованої медичної допомоги Вашої дитини не надіслав повідомлення про право Вашої дитини на апеляцію або таке повідомлення не було надіслано протягом належного періоду часу.

Розгляд на рівні штату — це можливість висловити свою думку перед суддею, щоб переглянути рішення плану керованої медичної допомоги, з яким Ви не погоджуєтесь. Суддя працює на Департамент Каліфорнії з питань соціального обслуговування (California Department of Social Services), а не на план Вашої дитини.

- Ви повинні попросити провести розгляд на рівні штату протягом **120** календарних днів після дати отримання Вами рішення плану керованої медичної допомоги щодо апеляції Вашої дитини. Справу Вашої дитини розгляне неупереджений суддя. Якщо рішення, щодо якого Ви попросили провести неупереджений розгляд, зупиняє надання послуги, яку вже отримує Ваша дитина, Ви також можете попросити продовження пільг Вашої дитини. Прочитайте **блок 3** на сторінці 6.
- Ви можете попросити провести розгляд на рівні штату по телефону, поштою, факсом або онлайн. Зателефонуйте за номером 1-800-743-8525. Або, скористайтесь веб-сайтом www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- Ви маєте право залучити іншу особу до представництва інтересів Вашої дитини під час розгляду на рівні штату. Ви можете взяти із собою друга, родича, адвоката або будь-яку особу на Ваш вибір. Щоб дізнатися, як отримати безкоштовну юридичну допомогу, прочитайте розділ **Як отримати допомогу** на сторінці 5.
- Вам не потрібно платити за розгляд на рівні штату. Ця процедура безкоштовна.

- Штат має **90** календарних днів після дати вимоги Вашої дитини щодо проведення розгляду на рівні штату, щоб прийняти остаточне рішення. Якщо Ваша дитина потребує отримання послуг негайно, і очікування протягом 90 днів призведе до погіршення її стану, Ви можете попросити про винесення **прискореного** (пришвидшеного) рішення. Прочитайте **блок 4** на сторінці 7.
- Щоб отримати додаткову допомогу, читайте повідомлення від плану керованої медичної допомоги Вашої дитини. Або, зателефонуйте за номером 1-800-743-8525. Або, скористайтесь веб-сайтом www.dhcs.ca.gov/fair-hearing.

Зв'яжіться з омбудсменом

Омбудсмен — це людина, яка працює на DHCS (агентство штату з виконання програми Medi-Cal). Робота цієї людини полягає в тому, щоб допомагати вам і вашій дитині працювати з планом керованого медичного обслуговування вашої дитини. Омбудсмен вислухає ваші запитання і допоможе знайти на них відповіді. Він також розгляне проблеми, пояснить пільги та запропонує варіанти для вас. Ви можете звернутися до Омбудсмена в будь-який час. Наприклад, коли ваша дитина отримала повідомлення, подала апеляцію, попросила про розгляд на рівні штату або подала скаргу. Омбудсмен працює лише для людей, зареєстрованих у плані керованого медичного обслуговування.

Ви можете зв'язатися з омбудсменом таким чином:

- Телефон: 1-888-452-8609
- Електронна пошта: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
 - » Не вказуйте персональну медичну інформацію в повідомленні електронної пошти.

Щоб дізнатися більше про омбудсмена, відвідайте веб-сайт www.dhcs.ca.gov/ombudsman.

Якщо Вам не подобається медична допомога, яку отримує Ваша дитина, лікар або постачальник медичних послуг із керованої медичної допомоги?

Подати скаргу

Якщо лікар поставився до Вашої дитини погано або невічливо, або якщо Ви не задоволені якістю медичної допомоги чи не можете знайти лікаря, Ви можете подати **скаргу** щодо Вашої дитини. Скарга стосується будь-яких розбіжностей із будь-яких питань, що не охоплюються апеляцією або розглядом на рівні штату. Вона призначена для вирішення проблемних питань або усунення підстав для занепокоєння, які не призводять до відмови від надання будь-яких послуг Вашій дитині, затримки в наданні таких послуг, зниження їх обсягу або припинення їх надання. Ви можете також подати скаргу на план керованої медичної допомоги Вашої дитини з претензією у зв'язку з наданням Вашій дитині покритих послуг, включаючи якість медичної допомоги та доступність медичної допомоги.

- Ви можете подати скаргу щодо Вашої дитини в будь-який час. Ви можете подати її по телефону, шляхом повідомлення онлайн або поштою. Щоб подати скаргу, зв'яжіться із планом керованої медичної допомоги Вашої дитини Контактні номери телефонів див. у **таблиці 1** на сторінці 10.
- План керованої медичної допомоги Вашої дитини у письмовій формі має підтвердити отримання Вашої скарги протягом **5** календарних днів після того, як ним буде отримана скарга. Під час цього Вам повинні повідомити ім'я, номер телефону та адресу особи з числа співробітників плану, яка може повідомити Вам більше інформації про скаргу Вашої дитини та її статус.
- У плану керованої медичної допомоги Вашої дитини є **30** календарних днів із дати подання Вами скарги для вирішення піднятих у ній питань.

До кого Вам слід звертатися з питаннями?

ТАБЛИЦЯ 1

Огляд систем керованої медичної допомоги і контактна інформація

Керована медична допомога у програмі Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care, MCMC)

Більшість дітей отримує більшу частину цих послуг через плани керованої медичної допомоги у програмі Medi-Cal:

- Послуги для забезпечення потреб фізичного здоров'я, такі як профілактичні медичні огляди дітей та вакцинації
- Послуги для забезпечення неспеціалізованих потреб психічного здоров'я, такі як терапія та лікарські засоби
- Координація надання медичної допомоги

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів зателефонуйте у план керованої медичної допомоги у програмі Medi-Cal Вашої дитини. Номер телефону плану вказаний на ідентифікаційній картці учасника плану Вашої дитини. Також він вказаний на веб-сайті плану. Ви також можете знайти цей номер телефону на веб-сайті www.dhcs.ca.gov/mmchpd. Або, зателефонуйте за номером 916-449-5000.

Спеціалізовані послуги із забезпечення психічного здоров'я (Specialty Mental Health Services, SMHS)

Деякі діти, які потребують спеціалізованих послуг із забезпечення психічного здоров'я, таких як медична допомога із приводу серйозного психічного захворювання, можуть отримати їх за допомогою системи Specialty Mental Health Services. Кожен округ має план забезпечення психічного здоров'я.

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів зателефонуйте у план округу із забезпечення психічного здоров'я, учасником якого є Ваша дитина. Ви можете дізнатися номер телефону на веб-сайті www.dhcs.ca.gov/CMHP.

Система організованої доставки препаратів у програмі Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS)

Діти, яким потрібні послуги у зв'язку із застосуванням психоактивних речовин, такі як лікування наркотичної або алкогольної залежності, включно з консультаціями та іншими видами клінічної терапії, такими як стаціонарне лікування наркотичної або алкогольної залежності в умовах реабілітаційного центру (за потреби), отримують цю медичну допомогу через систему організованої доставки препаратів Drug Medi-Cal. Кожен округ має план із організованої доставки препаратів (DMC-ODS) або працює за системою Drug Medi-Cal. Щоб отримати додаткову інформацію про Drug Medi-Cal, прочитайте **таблицю 2** на сторінці 14.

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів зателефонуйте у план DMC-ODS, учасником якого є Ваша дитина. Щоб дізнатися номер телефону, відвідайте веб-сайт www.dhcs.ca.gov/sud-cal.

Система керованої стоматологічної допомоги (Dental Managed Care, Dental MC)

Деякі діти, які живуть в округах Лос-Анджелес або Сакраменто, отримують стоматологічні послуги, у тому числі проходять стоматологічні огляди та чистки двічі на рік та отримують послуги із забезпечення здоров'я ротової порожнини, через плани Dental Managed Care. Діти, які проживають у всіх інших округах, отримують стоматологічні послуги через систему платних стоматологічних послуг (Dental Fee for Service, Dental FFS). Щоб отримати додаткову інформацію про Dental FFS, прочитайте **таблицю 2** на сторінці 14.

Якщо Ви проживаєте у Лос-Анджелесі або Сакраменто і Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів зателефонуйте у план Dental MC, учасником якого є Ваша дитина. Номер телефону плану вказаний на ідентифікаційній картці учасника Dental MC Вашої дитини. Він також вказаний на веб-сайті плану Dental MC Вашої дитини. Або, зателефонуйте за номером 1-800-322-6384. Ви також можете знайти номер телефону плану на веб-сайті <https://bit.ly/DMC-Contact>.

Які права має Ваша дитина у системі платних послуг у програмі Medi-Cal?

Наведена нижче на сторінках 11–14 інформація стосується платних послуг (Fee For Service, FFS) у програмі Medi-Cal. Деякі діти, які беруть участь у програмі Medi-Cal, отримують медичну допомогу через систему платних послуг. Система платних послуг також називається «стандартною» програмою Medi-Cal. У системі платних послуг діти отримують медичну допомогу через DHCS (орган рівня штату, що відповідає за реалізацію програми Medi-Cal). План керованої медичної допомоги не залучається. Система платних послуг (FFS) включає платні послуги у програмі Medi-Cal із забезпечення фізичного здоров'я і обмежений набір послуг із забезпечення психічного здоров'я, який називається «неспеціалізованими послугами із забезпечення психічного здоров'я» (non-specialty mental health services), систему доставки препаратів Drug Medi-Cal для лікування наркотичної і алкогольної залежності, систему Dental FFS для лікування зубів та систему Medi-Cal Rx для забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати додаткову інформацію, прочитайте **таблицю 2** на сторінці 14.

Якщо у Вашої дитини виникли проблеми з отриманням або продовженням отримання послуги, вартість якої, на Вашу думку, має покривати DHCS, прочитайте інформацію, наведену нижче. Навіть якщо Ваша дитина не є учасником плану керованої медичної допомоги, у випадку, коли їй потрібна медична допомога із приводу серйозного психічного захворювання, вона може отримати таку допомогу через план із забезпечення психічного здоров'я Specialty Mental Health Services. Щоб отримати більше інформації і дізнатися, кому потрібно телефонувати для отримання допомоги від плану округу із забезпечення психічного здоров'я, прочитайте **таблицю 1** на сторінці 10.

Що Вам потрібно робити, якщо Вашій дитині було відмовлено в наданні медичної допомоги у системі платних медичних послуг, надання медичної допомоги було відкладено, обсяг медичної допомоги було знижено або її надання було припинено?

Попросіть провести процедуру розгляду питань у програмі Medi-Cal на рівні штату

Розгляд на рівні штату — це можливість висловити свою думку перед суддею, щоб переглянути рішення DHCS, з яким Ви не погоджуєтесь. Це стосується випадків відмови у надання будь-яких послуг, відкладення надання таких послуг, зниження їх обсягу або припинення їх надання. Суддя працює на Департамент Каліфорнії з питань соціального обслуговування, а не на DHCS.

- Після того, як Ваша дитина отримає повідомлення про вжиття заходів від DHCS, Ви можете попросити провести розгляд на рівні штату. Ви також можете попросити провести розгляд на рівні штату, якщо не отримували повідомлення про вжиття заходів.
- Ви повинні попросити провести розгляд на рівні штату протягом **90** календарних днів після дати отримання Вами письмового повідомлення про вжиття заходів від DHCS. Справу Вашої дитини розгляне неупереджений суддя. Ви також можете в будь-який час попросити провести розгляд на рівні штату без повідомлення про вжиття заходів. Якщо рішення, щодо якого Ви попросили провести розгляд, зупиняє надання послуги, яку вже отримує Ваша дитина, Ви можете попросити продовження пільг Вашої дитини. Прочитайте **блок 5** на цій сторінці.
- Ви можете попросити провести розгляд на рівні штату по телефону, поштою, факсом або онлайн. Зателефонуйте за номером 1-800-743-8525. Або, скористайтесь веб-сайтом www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- Ви маєте право залучити іншу особу до представництва Ваших інтересів під час розгляду. Ви можете взяти із собою друга, родича, адвоката або будь-яку особу на Ваш вибір. Щоб отримати безкоштовну юридичну допомогу, прочитайте розділ **Як отримати допомогу** на сторінці 5.

БЛОК 5

Як звернутися за продовженням пільг у програмі платних послуг



Якщо в повідомленні зазначено, що надання послуги, яку вже отримує Ваша дитина, буде припинено, або її обсяг буде зменшено, Ви також можете звернутися за **продовженням пільг** (що також називається «продовженням послуг на період апеляції» [Aid Paid Pending]) на час розгляду на рівні штату.

- Ви повинні звернутися за розглядом на рівні штату **перед** тим, як надання послуги буде припинено або її обсяг буде зменшено.
- Співробітники DHCS повинні надати Вам письмове повідомлення щонайменше протягом **10** календарних днів перед тим, як вони запланують припинення надання послуг Вашій дитині або знизять обсяг таких послуг.

- Вам не потрібно платити за розгляд на рівні штату. Ця процедура безкоштовна.
- Штат має **90** календарних днів після дати вимоги Вашої дитини щодо проведення розгляду на рівні штату, щоб прийняти остаточне рішення. Якщо Ваша дитина потребує отримання послуг негайно, і очікування протягом 90 днів призведе до погіршення її стану, Ви можете попросити про винесення **прискороного** (пришвидшеного) рішення. Прочитайте **блок 6** на цій сторінці.
- Щоб отримати додаткову допомогу, читайте повідомлення, які Ваша дитина отримує від DHCS. Або, зателефонуйте за номером 1-800-743-8525. Або, скористайтесь веб-сайтом www.dhcs.ca.gov/fair-hearing.

БЛОК 6

Прискорений (пришвидшений) розгляд апеляції або розгляд на рівні штату



Якщо Вашій дитині потрібен **прискорений** (пришвидшений) розгляд на рівні штату, оскільки життя, здоров'я або здатність до життєдіяльності Вашої дитині перебуває під загрозою, зателефонуйте за номером: 1-800-743-8525.

Якщо Вам не подобається медична допомога, яку отримує Ваша дитина, лікар або постачальних медичних послуг у системі платних послуг?

Подати скаргу

Якщо лікар поставився до Вашої дитини погано або неввічливо, або якщо Ви не задоволені якістю медичної допомоги чи не можете знайти лікаря, Ви можете подати **скаргу** щодо Вашої дитини. Скарга стосується будь-яких розбіжностей із будь-яких питань, що не охоплюються розглядом на рівні штату. Вона призначена для вирішення проблемних питань або усунення підстав для занепокоєння, які **не** призводять до відмови від надання будь-яких послуг Вашій дитині, затримки в наданні таких послуг, зниження їх обсягу або припинення їх надання.

- Ви можете подати скаргу щодо Вашої дитини з питань, що стосуються програм Drug Medi-Cal, Dental FFS або Medi-Cal Rx, у будь-який час. Ви можете подати її по телефону, шляхом повідомлення онлайн або поштою. Щоб подати скаргу, зв'яжіться із представниками програм Drug Medi-Cal, Dental FFS або Medi-Cal Rx. Контактні номери телефонів див. у **таблиці 2** на сторінці 14. Процесу подання скарги щодо таких платних послуг у програмі Medi-Cal, як послуги із забезпечення фізичного здоров'я та неспеціалізовані послуги із забезпечення психічного здоров'я, **не** передбачено.
- DHCS у письмовій формі має підтвердити отримання Вашої скарги протягом **5** календарних днів після того, як буде отримана скарга. Під час цього Вам повинні повідомити ім'я, номер телефону та адресу особи з числа співробітників DHCS, яка може повідомити Вам більше інформації про скаргу Вашої дитини та її статус.
- У DHCS є **30** календарних днів із дати подання Вами скарги на вирішення скарги Вашої дитини щодо програм Dental FFS і Medi-Cal Rx. Для програми Drug Medi-Cal на вирішення скарги Вашої дитини надається **90** календарних днів.

До кого Вам слід звертатися з питаннями?

ТАБЛИЦЯ 2

Огляд платних послуг і контактна інформація

Система платних послуг у програмі Medi-Cal (Medi-Cal Fee For Service, Medi-Cal FFS)

Деякі діти, наприклад діти, які перебувають у прийомних сім'ях, отримують послуги із забезпечення фізичного здоров'я через систему Medi-Cal FFS.

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів телефонуйте за номером телефону 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077).

Система доставки препаратів у програмі Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC)

Діти, яким потрібні послуги у зв'язку із застосуванням психоактивних речовин, такі як лікування наркотичної або алкогольної залежності, включно з консультаціями та іншими видами клінічної терапії, такими як стаціонарне лікування наркотичної або алкогольної залежності в умовах реабілітаційного центру (за потреби), отримують цю медичну допомогу через систему Drug Medi-Cal. Кожен округ має план із організованої доставки препаратів (DMC-ODS) або працює за системою DMC. Щоб отримати додаткову інформацію про DMC-ODS, прочитайте **таблицю 1** на сторінці 10.

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів зателефонуйте у програму DMC Вашої дитини. Щоб дізнатися номер телефону, відвідайте веб-сайт www.dhcs.ca.gov/sud-cal.

Платні стоматологічні послуги (Dental Fee For Service, Dental FFS)

Більшість дітей отримує стоматологічні послуги у програмі Medi-Cal за допомогою системи Dental FFS. Це включає стоматологічні огляди і чистки двічі на рік та медичні послуги із забезпечення здоров'я ротової порожнини.

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів телефонуйте за номером телефону 1-800-322-6384. Щоб дізнатися більше, відвідайте веб-сайт smilecalifornia.org.

Medi-Cal Rx

Діти отримують аптечні послуги у програмі Medi-Cal за допомогою системи Medi-Cal Rx. Це включає рецептурні та безрецептурні препарати для амбулаторних пацієнтів, продукцію для ентерального харчування, таку як харчувальний зонд та медичні витратні матеріали.

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів телефонуйте за номером телефону 1-800-977-2273. Дізнайтеся більше: <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 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 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 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.

Cách gửi kháng cáo, yêu cầu một Điều Trần 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 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 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) trên trang 4. Quý vị vẫn có thể gửi đơn kháng cáo nếu quý vị không nhận được thông báo. Để biết cách nộp đơn kháng cáo, yêu cầu Phiên điều trần của Tiểu bang hoặc nộp đơn khiếu nại, hãy đọc các trang còn lại.

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 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 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.

Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại đến chương trình chăm sóc có quản lý của con mình đối với các khiếu nại liên quan đến các dịch vụ được bao trả của con quý vị, bao gồm chất lượng chăm sóc hoặc khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc.

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

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

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



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. 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 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 Cấp Tiểu Bang.

- Quý vị phải kháng cáo hoặc yêu cầu một Điều Trần 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** ở trang trước.
- 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** trên trang này.
- 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>.

HỘP 4

Kháng cáo cấp tốc (nhanh hơn) hoặc Điều Trần Cấp Tiểu Bang



Nếu con quý vị cần một kháng cáo **cấp tốc** (nhanh hơn) hoặc Điều Trần 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.

Yêu cầu Điều Trần 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 Cấp Tiểu Bang** cho con quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu Điều Trần 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 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 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 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.

- Quý vị có quyền mời một người đại diện cho mình tại phiên Điều Trần 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 Cấp Tiểu Bang. Nó hoàn toàn miễn phí.
- Tiểu Bang có **90** ngày sau ngày con quý vị yêu cầu tham gia Điều Trần 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 trang 6.
- 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.

Liên Hệ Thanh Tra:

Thanh tra là người làm việc cho DHCS (cơ quan Medi-Cal của Tiểu bang). Công việc của họ là giúp quý vị và con mình làm việc với kế hoạch chăm sóc điều quản của con quý vị. Họ sẽ lắng nghe và giúp trả lời các câu hỏi của quý vị. Họ cũng xem xét các vấn đề, giải thích các lợi ích và đề xuất các lựa chọn với quý vị. Quý vị có thể gọi cho Thanh tra bất cứ lúc nào. Điều này bao gồm cả khi con quý vị nhận được thông báo, nộp đơn kháng cáo, yêu cầu Phiên điều trần của Tiểu bang hoặc nộp đơn khiếu nại. Thanh tra chỉ dành cho những người đã đăng ký vào một chương trình chăm sóc điều quản.

Quý vị có thể liên hệ Thanh tra theo:

- Điện thoại: 1-888-452-8609
- Email: 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.

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 **kh khiếu 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 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 cũng có thể gửi khiếu nại đến chương trình chăm sóc có quản lý của con mình đối với các khiếu nại liên quan đến các dịch vụ được bao trả của con quý vị, bao gồm chất lượng chăm sóc hoặc khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc.

- 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. 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.

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.

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>.

Các quyền 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 Cấp Tiểu Bang Medi-Cal

Một phiên **Điều Trần 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 Cấp Tiểu Bang. Quý vị cũng có thể yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang nếu quý vị đã không nhận được Thông báo Hành động.
- Quý vị phải yêu cầu một phiên Điều Trần 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 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 trang này.
- Quý vị có thể yêu cầu một phiên Điều Trần 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.
- 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 Cấp Tiểu Bang. Nó hoàn toàn miễn phí.
- Tiểu Bang có **90** ngày sau ngày con quý vị yêu cầu Điều Trần 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 trang này.
- 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.

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 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 through Drug 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.

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.

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>.