

احتفظ بها ضمن سجلاتك

ما الذي تحتاج إلى معرفته عندما تتقدم بطلب للانضمام والالتحاق ببرنامج Medi-Cal

عندما أتقدم بطلب للانضمام إلى برنامج Medi-Cal، كيف ستستخدم معلوماتي؟

سوف تطلب مكاتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة و/أو Covered California معلومات شخصية عنك للوقوف على ما إذا كنت أنت، أو شخص يندرج تحت مسؤوليتك، مؤهلاً للحصول على إعانات Medi-Cal. ويجب عليك تقديم هذه المعلومات الشخصية للحصول على إعانات Medi-Cal. وقد تُستخدم المعلومات الشخصية التي تُجمع عنك بالطرق الآتية:

- من جانب Covered California ومكتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للانضمام إلى برنامج Medi-Cal أو الالتحاق ببرنامج Covered California.
- من جانب United States Department of Health and Human Services (وزارة الخدمات الصحية والإنسانية بالولايات المتحدة) لإجراء التدقيقات ومراجعات رقابة الجودة والتحقق من Social Security Numbers (أرقام الضمان الاجتماعي) (SSNs).
- من جانب administrative vendors (الموردين الإداريين) بالولاية لمعالجة المطالبات و/أو دفعات الأقساط وإصدار Benefits Identification Cards (بطاقات تعريف الإعانات) (BICs).
- من جانب مقدمي الخدمات الطبية و Health Maintenance Organizations (منظمات المحافظة على الصحة) (HMOs) للتأكد على أنك مؤهل للحصول على تلك الخدمات.
- للتعرف على تغطية تأمينية صحية أخرى ولاسترداد التكاليف عند الضرورة. بطرق أخرى، لكن فقط حال اقتضى القانون ذلك.
- للتحقق من وضع الهجرة لدى Department of Homeland Security (وزارة الأمن الداخلي) (DHS)، عند اللزوم. ولا يمكن استخدام المعلومات المتشاركة مع DHS لتطبيق قوانين الهجرة إلا إذا كنت ترتكب عملية احتيال.

ما هي الحقوق التي أتمتع بها عند التقدم بطلب للالتحاق ببرنامج Medi-Cal؟

1. يحق لك الحصول على معاملة عادلة ومتساوية بغض النظر عن الجنس أو اللون أو الأصل القومي أو الدين أو العمر أو الجنس أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو الحالة الاجتماعية أو المعتقدات السياسية أو المشاركة في الحروب أو الإعاقة.
- يحق لك تقديم شكوى إذا كنت ترى أن برنامج Medi-Cal يتحيز ضدك أو أخفق في توفير وسائل الراحة المعقولة اللازمة بموجب القانون الولائي والفيديري.



للاطلاع على المزيد
عن حقوق الخصوصية
الخاصة بك و
Medi-Cal، انظر إشعار
ممارسات الخصوصية
التابع لـ Department
of Health Care
Services. يمكنك
العثور عليه على الموقع
الإلكتروني التالي:

[www.dhcs.ca.gov/
formsandpubs/
laws/priv/Pages/
NoticeofPrivacy
Practices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx)

يمكنك التقدم بشكوى عن طريق الاتصال بـ
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights، (DHCS)
مكتب الحقوق المدنية) على 1-916-440-7370
(TTY: 1-916-440-7399) أو عن طريق زيارة الموقع
الإلكتروني: [www.dhcs.ca.gov/Documents/
ADA_Title_VI_Discrimination_
Complaint_Form.docx](http://www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA_Title_VI_Discrimination_Complaint_Form.docx)

2. يحق لك الخضوع لتقييم للوقوف على ما إذا كنت مؤهلاً للالتحاق بأي من برامج Medi-Cal.
3. يحق لك الاطلاع على معلومات عن برنامج Medi-Cal والحصول على مساعدة في التقدم بطلب للالتحاق ببرنامج Medi-Cal.
4. يحق لك انتداب مترجم فوري إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في التقدم بطلب للالتحاق ببرنامج Medi-Cal. إذا كان يجول بخاطرك أية أسئلة أو كنت تواجه صعوبة في التحدث أو القراءة أو فهم اللغة الإنجليزية.
5. يحق لك حضور مقابلة شخصية مع أحد موظفي الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة.
6. إذا كنت ترى أنك معاق، فيمكنك أن تطلب من Medi-Cal مراجعة طلبك لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على تغطية للمعاقين.
7. إذا تلقيت خدمات صحية في الثلاثة أشهر السابقة على شهر تقديم الطلب، فيحق لك الخضوع لتقييم لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لأن يتحمل برنامج Medi-Cal تكاليف هذه الخدمات نيابةً عنك. وهو ما يسمى بالأهلية بأثر رجعي. اتصل بمكتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة التي تتبعها لمعرفة المزيد عن الأهلية بأثر رجعي أو طلب تطبيقها عليك.
8. يحق لك أن تُخطر كتابةً بما إذا كنت مؤهلاً للالتحاق ببرنامج Medi-Cal أو ما إذا كان هناك أي تغييرات على وضع أهليتك.
9. يحق لك الاحتفاظ بسرية جميع المعلومات التي قدمتها لمكتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة أو Covered California. ويمكنك الاطلاع على المعلومات الشخصية أثناء ساعات العمل العادية لمكتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة التي تتبعها.
10. يحق لك الحصول على بطاقة Medi-Cal "للحاجة الملحة" إذا كنت مؤهلاً للحصول عليها وتعاني من حالة طبية طارئة أو كنت حاملاً.
11. يحق لك الحصول على خدمات برنامج Medi-Cal أثناء انتظارك التحقق من وضع الهجرة، إذا كنت تفي بجميع متطلبات الأهلية الأخرى.
12. يحق لك اختيار خطة Medi-Cal الصحية التي تريدها إذا كان هناك أكثر من خطة صحية لبرنامج Medi-Cal مقدمة في المقاطعة التي تقيم بها.
13. يمكنك عن طريق تقديم الفواتير الطبية السابقة لبرنامج Medi-Cal التي لا تزال بحوزتك خفض Share Of Cost (نسبة التكاليف) (SOC) الخاصة بك، إن وجدت. لمزيد من المعلومات عن SOC، يرجى الاتصال بمكتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة التي تتبعها.
14. إذا كانت تدخل ممتلكاتك في تحديد أهليتك للحصول على إعانات Medi-Cal، فيحق لك خفض ممتلكاتك للوفاء بحدود الممتلكات التي يفرضها برنامج Medi-Cal بحلول اليوم الأخير من الشهر الذي تقدمت فيه بطلب للالتحاق ببرنامج Medi-Cal. وبمقدور موظفي الخدمات الصحية بالمقاطعة تزويدك بمزيد من المعلومات عن حدود الممتلكات والوفاء بمتطلبات الممتلكات.
15. إذا دخلت أنت أو زوجك مرفق long-term-care (رعاية طويلة الأجل) في 1 يناير 1990، فيحق لك أنت وزوجك أن يخطر كما برنامج Medi-Cal بمقدار الممتلكات المنفصلة والمجموعة التي يمكنكم الإبقاء عليها مع استمرار أهليتكما للالتحاق ببرنامج Medi-Cal والاستمتاع بإعاناته.
16. يحق لك طلب عقد جلسة استماع إذا لم يُنظر في طلبك للحصول على إعانات Medi-Cal في الوقت المحدد. يلتزم برنامج Medi-Cal بتحديد أهليتك من عدمها في غضون 45 يوماً من تاريخ تقديم طلبك، أو 90 يوماً إذا كان أساس أهليتك هو الإعاقة، إلا إذا كان قد طُلب منك تقديم معلومات إضافية ولم تقدمها إلى الآن.

- ويمكنك طلب عقد جلسة استماع عن طريق (1) الاتصال بأقرب مكتب خدمات اجتماعية بالمقاطعة؛ (2) الاتصال بـ Department of Social Services على 1-855-795-0634 أو TDD 1-800-952-8349؛ أو (3) تقديم طلب خطي إلى مكتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة. ويمكنك إكمال القسم الخلفي في NOA (نموذج NA Back 9) لطلب عقد جلسة استماع وإرسال النموذج، أو طلب خطي آخر، إلى الموقع أو رقم الفاكس الوارد في النموذج. كما يمكنك أيضًا زيارة مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي بالمقاطعة وتقديم طلبك للطعن. ويتوافر النموذج من خلال مكتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة أو على الموقع الإلكتروني www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Arabic/naBack9Arabic.pdf

18. يحق لك مراجعة ملفك ببرنامج Medi-Cal وجميع أدلة قواعد ولوائح برنامج Medi-Cal التي أستخدمت لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للالتحاق ببرنامج Medi-Cal.

19. يحق لك الاطلاع على معلومات عن هذه البرامج وتلقي المساعدة للحصول على هذه الخدمات:

- Child Health and Disability Prevention Program
- Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children
- Personal Care Services Program
- Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program
- Family Planning Access Care and Treatment Program

- إذا رغبت في عقد جلسة استماع في الوقت المناسب لتحديد أهليتك بالالتحاق ببرنامج Medi-Cal، فيجب عليك طلبها. وقد تطلب عقد جلسة استماع في الوقت المناسب لتحديد أهليتك بالالتحاق ببرنامج Medi-Cal في أي وقت بعد مرور اليوم 45th أو اليوم 90th.

- ويمكنك طلب عقد جلسة استماع عن طريق (1) الاتصال بأقرب مكتب خدمات اجتماعية بالمقاطعة؛ (2) الاتصال بـ Department of Social Services على 1-855-795-0634 أو TDD 1-800-952-8349؛ أو (3) تقديم طلب خطي إلى مكتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة. ويمكنك إكمال القسم الخلفي في Notice of Action (إعلان صحيفة الدعوى) (نموذج NA Back 9) لطلب عقد جلسة استماع وإرسال النموذج، أو طلب خطي آخر، إلى أقرب مكتب خدمات اجتماعية بالمقاطعة. ويتوافر النموذج من خلال مكتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة أو على الموقع الإلكتروني www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Arabic/naBack9Arabic.pdf

17. يحق لك طلب عقد جلسة استماع إذا كنت غير راضٍ عن قرار مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي بالمقاطعة أو DHCS أو Covered California، فيما عدا ما يتعلق ببرنامج Health Insurance Premium Payment (سداد أقساط التأمين الصحي) (HIPP). HIPP ليس برنامج استحقاق؛ ولذلك، ليس هناك من حقوق طعن لبرنامج HIPP.

- وإذا كنت ترغب في عقد جلسة استماع للطعن في القرار، يجب عليك طلبها في غضون 90 يومًا من تاريخ استلامك لإعلان صحيفة الدعوى (NOA) أو إرسالها إليك بالبريد.

- إذا لم تتلقى NOA، فيجب عليك طلب عقد جلسة استماع في غضون 90 يومًا من تاريخ اكتشافك لإجراء أو تراخ لا يرضيك ما لم يكن التراخي راجعًا لتأخر في نظر طلبك للحصول على إعانات Medi-Cal.

6. استلمت ممتلكات حقيقية أو شخصية (بما في ذلك المال) أو نقلت ملكيتها أو تنازلت عنها أو بعته، أو فتحت أي حسابات مصرفية أو أغلقتها. ويسري هذا الشرط فقط في حالة كانت الممتلكات ذات أهمية لبرنامج Medi-Cal الذي أنت ملتحق به أو تخضع للتقييم في الوقت الحالي للالتحاق به. ويجب عليك أيضاً الإبلاغ إذا قدم لك شخص ما أو لأحد أفراد أسرتك في منزلك أشياء مثل سيارة أو منزل أو أقساط تأمين.

7. يتولى شخص آخر نفقاتك.

8. حصلت أنت أو أحد أفراد أسرتك في منزلك على وظيفة أو غيرت وظيفة أو لم تعد تملك وظيفة.

9. وقع تغيير في النفقات المتعلقة بعملك أو تعليمك، مثل رعاية الأطفال أو النقل.

10. أصبحت أنت أو أحد أفراد أسرتك في منزلك، بمن فيهم الأطفال، معاقاً جسدياً أو ذهنيّاً.

11. تقدمت أنت أو أحد أفراد أسرتك في منزلك للحصول على إعانات الإعاقة أو تحصلون عليها بالفعل لدى SSA أو Veterans Administration (إدارة المحاربين القدامى) أو تقاعد العاملين بالسكك الحديدية.

12. حدث تغيير لديك أو أحد أفراد أسرتك في منزلك ممن يتقدمون بطلب للالتحاق ببرنامج Medi-Cal أو الحصول على إعاناته في وضع المواطنة أو الهجرة.

13. حدث تغيير لديك أو أحد أفراد أسرتك في منزلك في التغطية التأمينية الصحية.

14. إذا كنت مسجلاً في برنامج Medi-Cal للشباب المشمولين بالرعاية البديلة السابقين، فأخبر الموظف الذي تتبعه إذا تغير عنوان منزلك أو عنوان المراسلات. ولا يتعين عليك إخبار الموظف الذي تتبعه تغييرات أخرى، مثل التغييرات التي تطرأ على دخلك أو عملك أو نفقاتك.

20. يمكنك التحدث إلى أحد موظفي الخدمات الاجتماعية أو أحد موظفي الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة عن خدمات وموارد عامة أو خاصة أخرى مثل CalWORKs و CalFresh.

ما هي المسؤوليات التي تقع على عاتقي إذا التحقت ببرنامج Medi-Cal؟

يجب عليك إخطار موظفي الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة عن أي من التغييرات التالية التي وقعت في غضون 10 أيام من التغيير:

1. حدث تغيير في دخلك أو دخل أحد أفراد أسرتك. وينطبق هذا في حالة ارتفاع الدخل أو انخفاضه أو ابتدائه أو توقفه. ويشمل هذا الدخل من Social Security Administration (إدارة الضمان الاجتماعي) (SSA) والقروض والتسويات والعمل والبطالة وأي مصدر آخر.

2. غيرت عنوان منزلك أو المراسلات.

3. انتقل شخص إلى منزلك أو منه، سواء كان هذا الشخص قريباً لك أو لعائلتك أم لا. ويندرج تحت هذا الأطفال حديثي الولادة والأطفال بالتبني.

4. رُزقت أنت أو أحد أفراد أسرتك بمولود، أو أصبحت حاملاً أو أجهضت حملاً.

5. إذا دخلت أنت أو زوجك أو أي من أفراد الأسرة في منزلك دار رعاية أو مرفق رعاية طويلة الأجل أو غادرها.

يجب عليك أيضًا:

1. تقديم إثبات على أنك مقيم في California، عندما يُطلب منك ذلك.
2. بيان وضع المواطنة أو الهجرة لديك، عندما نتقدم بطلب للالتحاق ببرنامج Medi-Cal.
3. تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لأي شخص متقدم بطلب للحصول على إعانات Medi-Cal.
 - إذا كنت مواطنًا بـ United States (U.S.) أو مواطنًا U.S.، أو شخصًا يتمتع بوضع هجرة مُرضٍ فيجب عليك تقديم SSN. وإذا لم يكن لديك SSN، فيجب عليك التقدم بطلب للحصول على واحد وإعطاء الرقم لمكتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة في غضون 60 يومًا من تقديم طلبك.
 - ويمكنك الحصول على مساعدة في التقدم بطلب للحصول على SSN من موظف الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة. ويجب عليك العمل مع إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) للحصول على إجابات عن أية أسئلة تنشأ وإلا سيتم رفض برنامج Medi-Cal الخاص بك أو إيقافه.
 - إذا كان أي شخص وارد في طلبك ومؤهل خلاف ذلك للالتحاق ببرنامج Medi-Cal بوضع غير متمتع بوضع هجرة مرض، فيمكنه التقدم بطلب للحصول على إعانات Medi-Cal محدودة دون تقديم SSN.
4. التقدم بطلب للحصول على دخل أو إعانات أخرى تستحقها أنت أو أي من أفراد أسرتك في منزلك، ما لم يكن هناك سبب مقنع لعدم التقدم بطلب للحصول عليها. ويندرج تحت هذا المعاشات ودخل التقاعد وإعانات المحاربين القدامى والدخول السنوية وإعانات الإعاقة وإعانات الضمان الاجتماعي (السن المتقدم والناجين وتأمين الإعاقة) وإعانات البطالة. ولا يندرج تحت هذا إعانات المساعدة العامة مثل CalWORKs أو CalFresh.
5. التقدم بطلب للالتحاق ببرنامج Medicare، إذا كنت مؤهلًا. ويكون الأفراد مؤهلين للالتحاق ببرنامج Medicare إذا كانوا مكفوفين أو يعانون من مراحل نهائية (End Stage Renal Disease) (الفشل الكلوي في مرحلته النهائية) أو يبلغون من العمر 64 عامًا و9 أشهر أو أكبر. ويقع على عاتقك مسؤولية إخبار مقدمي الخدمات بأنك تستمتع بغطاء كل من برنامجي Medi-Cal و Medicare.
6. التقدم بطلب للحصول على أي تأمين صحي أو الالتحاق به المتوفر لك ولأسرتك مجانًا.
7. إخطار مكتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة ومقدم الرعاية الصحية بأي تغطية رعاية صحية أو تأمين تتمتع به أو يحق لك استخدامه، بما في ذلك Medicare. وإذا لم تقدم هذه المعلومات عن عمد، فقد يطالبك مقدم الرعاية الصحية الذي تتبعه بسداد الرسوم المستحقة فضلًا عن إدانتك بارتكاب جريمة.

أنت مدرك لما يلي:

7. يجب عليك إخبار DHCS على الموقع الإلكتروني <http://dhcs.ca.gov/pi> عندما يدفع برنامج Medi-Cal نظير الخدمات الطبية التي تلقيتها والتي كانت نتيجة لحادث أو إصابة أحقها بك شخص آخر. ويشمل ذلك الإصابة في أماكن العمل حيث يمكن المطالبة بتعويض العمال.
8. يجب عليك التعاون مع الولاية أو المقاطعة لإثبات الأبوة ولتحديد أي تغطية طبية ممكنة قد تكون مستحقاً لها أنت أو أسرتك من خلال والد غائب، ما لم تكون حاملاً.
9. يجب عليك التعاون مع الولاية إذا اختار فريق مراجعة رقابة الجودة مراجعة حالتك. وإذا رفضت التعاون، فسيتم إيقاف إعانات Medi-Cal.
10. إذا لم تتقدم بطلب للحصول على تغطية تأمينية مجانية أو تغطية تأمينية تدفعها الدولة أو لا تحتفظ بأي منها، فسيتم منع إعانات Medi-Cal وأهليتك لها أو إيقافها.
11. إذا لم تقدم المعلومات اللازمة أو إذا قدمت معلومات تعلم بعدم صحتها، فقد يتم منع إعانات Medi-Cal أو إيقافها. وقد تخضع حالتك للتحقيق بتهمة احتيال مشتببه به.
12. سوف تخضع المعلومات التي تقدمها عند التقدم بطلب للاتحاق ببرنامج Medi-Cal للفحص عن طريق الكمبيوتر بجانب الحقائق التي يقدمها أصحاب العمل والبنوك و SSA و Internal Revenue Service (دائرة الإيرادات الداخلية) و Franchise Tax Board (مجلس ضريبة الامتياز) والخدمات الاجتماعية وغيرها من وكالات. وهذا بغرض التحقق من الدخل والمواطنة ووضع الهجرة المقبول ومعلومات الضرائب وغيرها من معلومات ذات صلة للوقوف على ما إذا كنت أنت أو أحد أفراد أسرتك في منزل مؤهلاً للحصول على تأمين صحي. يحق لك تقديم إثبات إلى موظف الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة و/أو Covered California لتصحیح أي معلومات خاطئة.

1. يجب عليك استخدام خطة الرعاية الصحية الأخرى التي أنت ملتحق بها (مثل Kaiser أو TRICARE أو Medicare HMO) للحصول على الرعاية الطبية إذا كنت تحظى بتأمين صحي آخر يغطي تلك الخدمة. وقد لا يدفع برنامج Medi-Cal مقابل أي خدمات مشمولة بتأمين آخر.
2. إذا كنت تنفي أن لديك تغطية تأمينية أخرى، فيمكنك إما: (1) الاتصال بموظف الخدمات الاجتماعية المحلي بالمقاطعة؛ (2) الاتصال بهاتف رقم 1-800-541-5555؛ أو (3) استكمال نموذج الانسحاب من التغطية التأمينية الأخرى على الموقع الإلكتروني DHCS على عنوان <http://dhcs.ca.gov/ohc>
3. إذا حصلت أنت، أو أي من أفراد أسرتك في منزلك، على أموال من تسوية قانونية للإصابات، بما في ذلك النفقات الطبية التي يدفع Medi-Cal مقابلها، فيحق لبرنامج Medi-Cal الحصول على تعويض من نسبة تسوية النفقات الطبية.
4. إذا لم تحدد اختيارك بشأن الطريقة التي ترغب في أن تحصل بها على إعاناتك، فقد يتم وضعك وأفراد أسرتك الموجودين في منزلك في خطة صحية تابعة لبرنامج Medi-Cal بالقرب من منزلك.
5. يجب عليك التوقيع على بطاقات تعريف الإعانات (BICs) واستخدامها فقط للحصول على الرعاية الصحية اللازمة لنفسك أو لأفراد الأسرة المؤهلين.
6. يجب عليك اصطحاب BIC الخاص بك إلى مقدمة الرعاية الطبية عندما تكون مريضاً أو لديك موعد مسبق. في حالات الطوارئ عندما لا تكون بحوزتك BIC الخاصة بك، فيجب عليك اصطحاب BIC معك إلى مقدم الرعاية الطبية في أقرب وقت ممكن.

13. قد يؤثر أي تعديلات في معلوماتك أو معلومات أي من أفراد أسرتك في منزلك على أهلية أفراد المنزل الآخرين.
14. يجب على الأشخاص المتقدمين بطلبٍ للالتحاق ببرنامج Medi-Cal تقديم SSN الخاص بهم ومعلومات عن وضع الهجرة أو المواطنة. ولا يتعين على الأفراد غير المتقدمين بطلبٍ للالتحاق ببرنامج Medi-Cal تقديم SSN أو إثبات على وضع الهجرة أو المواطنة. يمكنك اختيار تقديم SSN غير متصل بمقدم طلب للمساعدة في معرفة ما إذا كان أفراد الأسرة الآخرون مؤهلين.
15. يمكن للأفراد الذين لا يتمتعون بوضع هجرة مقبول والمؤهلون للالتحاق ببرنامج Medi-Cal التقدم بطلب للحصول على إعانات Medi-Cal محدودة دون التقدم بطلب للحصول على SSN أو تقديمه.
16. يتم الحفاظ على أمان المعلومات المقدمة عن أوضاع هجرة الأفراد والواردة في طلب Medi-Cal، على النحو الذي يلزمه القانون.
17. قد يتعين عليك دفع قسط شهري فيما يتعلق ببعض برامج Medi-Cal، وذلك استنادًا إلى دخلك. وقد يتعين عليك فيما يتعلق ببرامج أخرى دفع بعض التكاليف استنادًا إلى دخلك الشهري. وإذا كنت ملتحقًا ببرنامج Medi-Cal مع SOC، فقد يتعين عليك دفع أو الوعد بدفع نظير نفقاتك الطبية شهريًا، بما يصل إلى مبلغ SOC، قبل أن يدفع برنامج Medi-Cal مقابل الخدمات.
18. إذا لم تخبر بدخول تغييرات على معلوماتك الشخصية على الفور، ومن ثم تلقيت إعانات Medi-Cal لا تستحقها، فقد يتعين عليك ردها إلى DHCS.
19. يجب عليك أو على أي من أفراد أسرتك ممن يتلقون إعانات Medi-Cal، عدم الحصول على مساعدة حكومية من ولاية أخرى.
20. إذا كنت تتلقى إعانات Medi-Cal استنادًا إلى إعاقة وتقدمت بطلب للحصول على إعانات الإعاقة من SSA، ورفضت SSA مطالبة الإعاقة، فقد يتم إيقاف إعانات Medi-Cal خاصتك.
- وإذا طعنت على رفض SSA على الفور، فسوف تستمر في الحصول على إعانات Medi-Cal حتى تصدر SSA قرارًا نهائيًا.
 - وإذا وافقت SSA على طعنك المقدم، فسوف تستمر في الحصول على إعانات Medi-Cal.
 - وإذا رفضت SSA طعنك المقدم، فقد تتوقف إعانات Medi-Cal.
21. كشرط لأهلية الالتحاق ببرنامج Medi-Cal، تُمنح الولاية تلقائيًا جميع الحقوق للدعم الطبي والسداد نظير الخدمات الطبية نيابةً عنك وعن أي شخص مؤهل أنت مسؤولٌ عنه من الناحية القانونية.
22. وإذا كان الدعم الطبي مقدم بأمر محكمة من والد غائب لأطفالك، فيجب على شركة التأمين السماح لك بالتسجيل. ويجب أن تقدم الإعانات لأطفالك دون موافقة الوالد الغائب.
23. لا يمكن لمقدمي برنامج Medi-Cal جمع مدفوعات التأمين الخاص المشتركة أو التأمين المشترك أو الأقساط المتقطعة منك ما لم تُستخدم المدفوعات للوفاء بـ Medi-Cal SOC أو المدفوعات المشتركة أو كليهما.
24. عندما تتقدم بطلب للالتحاق ببرنامج Medi-Cal، فسوف تخضع لتقييم للوقوف على ما إذا كنت مؤهلًا لبرامج مساعدات طبية أخرى، بما في ذلك برنامج HIPP.

25. إذا كنت مشمولاً ضمن تغطية تأمينية صحية أخرى، فلا يمكنك استخدام سوى برنامج Medi-Cal فيما يتعلق بالخدمات غير المشمولة بخطة الرعاية الصحية الأخرى. ويجب على مقدم برنامج Medi-Cal التحقق من أن الخدمة غير مشمولة بالتغطية قبل إرسال الفواتير إلى Medi-Cal.
26. إذا أدخلت إلى مرفق رعاية ولم تنوي العودة إلى المنزل، فقد تفرض الولاية حجزاً على ممتلكاتك.
27. بعد وفاتك، يجب أن تسعى الولاية لكي تسترد من تركتك ما دفعته مقابل جميع خدمات Medi-Cal التي تلقيتها بعد سن 55 (بما في ذلك الأقساط المدفوعة نيابةً عنك). ولا ينطبق ذلك طيلة حياة زوجتك أو شريكك المحلية المسجلة أو إذا كان لك ابن دون 21 عاماً، أو لك ابن في أي مرحلة عمرية كفيف أو معاق (على النحو الذي يحدده Social Security Act (قانون الضمان الاجتماعي) الفيدرالي، أو إذا كان سينشأ عن استرداد التكاليف ضائقة مالية لورثتك. يرجى إخبار وراثتك بعملية تحصيل التكاليف هذه المحتملة.
28. إذا تركت أصولاً وقت وفاتك، فعندما يحين أجل زوجتك أو شريكك المحلية المسجلة، يحق للولاية المطالبة بما دفعته من تكاليف من تركه زوجتك أو شريكك المحلية المسجلة أو من أي مستفيد من هذه الأصول. ويقتصر الاسترداد على مبلغ إعانات Medi-Cal المدفوع نيابةً عنك أو قيمة الأصول التي تمتلك وقت الوفاة، أيهما أقل.
29. يجوز للولاية طلب استرداد التكاليف من تركتك نظير الخدمات التي تلقيتها (بما في ذلك الأقساط المدفوعة نيابةً عنك) قبل أن تبلغ من العمر 55 عاماً إذا كنت مريضاً منوماً في مرفق رعاية أو مرفق رعاية متوسطة للمتخلفين عقلياً، أو غيرها من المؤسسات الطبية. لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بموظف الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة أو زيارة الموقع الإلكتروني لـ DHCS على <http://dhcs.ca.gov/er>

احتفظ بهذه الكراسة ضمن سجلاتك