

myMedi-Cal

چگونه مراقبت های بهداشتی مورد نیازتان را دریافت کنید



فهرست مندرجات



- خدمات تخصصی بهداشت روان
- 16 دیگر برنامه ها و خدمات بهداشتی**
Medi-Cal عطف به ماسبق (Retroactive Medi-Cal)
- 20 به روز رسانی و تجدید Medi-Cal من**
گزارش تغییرات در خانواده
نقل مکان از یک کانتی یا ایالت
تجدید کردن Medi-Cal من
- 21 حقوق و مسئولیت ها**
حقوق استیناف و دادرسی
دادرسی عادلانه ایالتی
مسئولیت شخص ثالث (Third Party Liability)
طرح بازپرداخت املاک (Estate Recovery)
تقلب در Medi-Cal
الزامات عدم تبعیض و دسترسی پذیری
- 3 پوشش بهداشتی در California**
Covered California و Medi-Cal
الزامات Medi-Cal
مقایسه برنامه های Medi-Cal
- 6 چگونه می توانم درخواست کنم؟**
روش های درخواست
زمان های بررسی درخواست
- 7 چگونه از مزایای Medi-Cal خود استفاده کنم؟**
ویزیت یک دکتر
Medi-Cal با پرداخت هزینه در ازای خدمات (Fee-for-Service Medi-Cal)
Medi-Cal با سهم هزینه بیمار (Share of Cost-SOC)
Medi-Cal Managed Care
اگر بیمه بهداشتی دیگری داشته باشم
کمک جهت دسترسی به مراقبت های بهداشتی
استفاده همزمان از Medicare و Medi-Cal
- 13 مزایای تحت پوشش Medi-Cal**
خدمات عمومی پزشکی
برنامه اختلال در اثر مصرف مواد مخدر (Substance Use Disorder Program)
خدمات دندانپزشکی
ازمایش، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره ای (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment-EPSDT)
خدمات حمل و نقل

DHCS در رسانه های اجتماعی

@DHCS_CA



DHCS.CA



California Department of
Health Care Services



DHCS_CA



پوشش بهداشتی در California



دفتر محلی کانتی برای تعیین اینکه شما چی نوع کمکی را می توانید از طرف Medi-Cal دریافت کنید، از اطلاعات زیادی استفاده می کنند. این اطلاعات شامل موارد زیر است:

- میزان درآمد شما
- سن شما
- سن هر یک از کودکان شامل درخواست شما
- اینکه آیا شما حامله، نابینا، یا معلول هستید
- اینکه آیا شما Medicare دریافت می کنید

”My Medi-Cal” چگونه مراقبت بهداشتی مورد نیازتان را دریافت کنید، به ساکنان California نشان می دهد که چگونه برای بیمه بهداشتی بدون هزینه یا کم هزینه از طریق Medi-Cal درخواست نمایند. شما خواهید آموخت که برای واجد شرایط شدن، چه کاری باید انجام دهید. این راهنما همچنین به شما می گوید که چگونه از مزایای Medi-Cal خود استفاده کنید. راهنما به شما می گوید که چه زمانی تغییرات را گزارش کنید. شما باید این راهنما را نزد خود نگه دارید و اگر در مورد Medi-Cal سوالی داشتید، از آن استفاده کنید.

California دو روش را برای دریافت پوشش بهداشتی ارائه می دهد. آنها عبارتند از **”Medi-Cal”** و **”Covered California”**. هر دو برنامه از یک درخواست نامه مشترک استفاده می کنند.

آیا می دانستید؟

این امکان وجود دارد که اعضای یک خانواده هم برای **Medi-Cal** و هم برای **Covered California** واجد شرایط باشند. دلیل آن این است که قوانین واجد شرایط **Medi-Cal** بودن برای کودکان و بزرگسالان متفاوت است.

به عنوان مثال، پوشش خانواده ای که شامل والدین و یک کودک می باشد می تواند چنین باشد:

والدین – واجد شرایط برای طرح بهداشتی **Covered California** و دریافت اعتبار مالیاتی و اشتراک هزینه برای کاهش هزینه های شان



کودک واجد شرایط برای **Medi-Cal** بدون هزینه یا ارزان قیمت



Medi-Cal چیست؟

Medi-Cal نسخه California بی برنامه فدرال Medicaid است. Medi-Cal پوشش بهداشتی بدون هزینه و کم هزینه را به افراد واجد شرایط ساکن California ارائه می دهد.

Department of Health Care Services (DHCS) بر برنامه Medi-Cal نظارت می کند.

دفتر محلی کانتی شما اکثر پرونده های Medi-Cal را برای DHCS مدیریت می کند. شما می توانید به دفتر محلی کانتی خود به صورت آنلاین از طریق نشانی www.benefitscal.com دسترسی داشته باشید. همچنین می توانید با دفتر محلی کانتی خود تماس بگیرید.

برای دریافت شماره تلفن دفتر محلی کانتی خود، به سایت زیر مراجعه کنید:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

یا با این شماره تماس بگیرید: 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)

شما مجبور نیستید برای واجد شرایط Medi-Cal بودن، اظهارنامه مالیاتی ارائه دهید. برای ارائه سوالات در مورد ارائه اظهارنامه مالیاتی، با خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service-IRS) یا یک متخصص مالیاتی صحبت کنید.

تمامی افرادی که برای Medi-Cal درخواست رانه می کنند، باید شماره تامین اجتماعی (Social Security Number-SSN) خود را در صورت داشتن، ارائه دهند. هر فردی که درخواست Medi-Cal می کند باید اطلاعات مربوط به وضعیت مهاجرتی اش را ارائه دهد. وضعیت مهاجرتی که به عنوان بخشی از درخواست Medi-Cal ارائه می شود، محرمانه است. خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده آمریکا (United States Citizenship and Immigration Services) نمی تواند از آن برای اجرائیات مهاجرت استفاده نماید مگر این که شما تقبلی را مرتکب شوید.

بزرگسالان دارای 19 سال سن یا بیشتر، حتی اگر دارای شماره تامین اجتماعی (Social Security Number-SSN) نباشند یا نتوانند وضعیت مهاجرتی شان را ثابت کنند، واجد شرایط مزایای محدود Medi-Cal هستند. این مزایا خدمات اورژانسی، خدمات مربوط به بارداری و مراقبت بلند مدت (long-term care) را پوشش می دهد.

حتی اگر شما واجد شرایط پوشش کامل نمی باشید، می توانید برای Medi-Cal برای فرزندان درخواست دهید.

در California، وضعیت مهاجرتی بر مزایای Medi-Cal برای کودکان زیر 19 سال تأثیری نمی گذارد. کودکان ممکن بدون در نظر گرفتن وضعیت مهاجرتی، واجد شرایط مزایای کامل Medi-Cal باشند.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد قوانین برنامه Medi-Cal، مقایسه برنامه های Medi-Cal را در صفحه بعد مطالعه نمایید.

اکثر افرادی که برای Medi-Cal درخواست ارسال می کنند، می توانند براساس درآمد شان متوجه شوند که آیا واجد شرایط هستند. برای برخی از انواع Medi-Cal، افراد ممکن است نیاز داشته باشند که اطلاعات مربوط به دارایی ها و ملک شان را نیز ارائه دهند. برای اطلاعات بیشتر، به مقایسه برنامه های Medi-Cal در صفحه 5 مراجعه کنید.

Covered California چیست؟

Covered California بازارگاه بیمه بهداشتی ایالت است. شما می توانید طرح های بهداشتی شرکت های بیمه با نام تجاری را با هم مقایسه کرده یا طرحی را خریداری کنید. اگر درآمد شما برای Medi-Cal خیلی زیاد است، ممکن است برای خرید بیمه بهداشتی از طریق Covered California واجد شرایط باشید.

Covered California "کمک هزینه حق بیمه (premium assistance)" ارائه می دهد که به کاهش هزینه مراقبت بهداشتی برای افراد و خانواده هایی کمک می کند که در طرح بهداشتی Covered California ثبت نام کرده و واجد شرایط قوانین درآمد باشند. جهت واجد شرایط شدن برای کمک هزینه حق بیمه درآمد شما باید کمتر از حدود درآمد برنامه Covered California باشد.

Covered California دارای چهار سطح پوشش برای انتخاب می باشد: برنز، نقره ای، طلایی، و پلاتین. مزایا در هر سطح، بدون توجه به شرکت بیمه ای که انتخاب می کنید، یکسان هستند. درآمد شما و سایر حقایق مشخص می کنند که شما برای کدام برنامه واجد شرایط هستید.

برای اطلاعات بیشتر درباره Covered California، به وب سایت www.coveredca.com مراجعه کنید یا با شماره های **1-800-921-8879 (TTY 1-888-889-4500)** تماس بگیرید.

الزامات دریافت Medi-Cal چیست؟

برای این که واجد شرایط دریافت Medi-Cal باشید، باید در ایالت California ساکن باشید و با قوانین خاصی همخوانی داشته باشید. شما باید اطلاعات مربوط به وضعیت درآمد و مالیات را برای همه افراد خانواده تان و افرادی که در پرونده مالیاتی شما هستند، ارائه دهید. همچنین، ممکن است مجبور باشید اطلاعات مربوط به ملکیت تان را ارائه دهید.

مقایسه برنامه های Medi-Cal

Non-MAGI

در مقابل

MAGI

Non-MAGI Medi-Cal شامل برنامه های ویژه بسیاری است. افرادی که برای MAGI Medi-Cal واجد شرایط نیستند، ممکن برای Non-MAGI Medi-Cal واجد شرایط باشند.

Medi-Cal نوع درآمد ناخالص تعدیلی اصلاحی (Modified Adjusted Gross Income-MAGI) با استفاده از قوانین مالیاتی فدرال تصمیم میگیرد که آیا شما بر اساس چگونگی ارسال پرونده مالیاتی و درآمد قابل شمارش تان واجد شرایط هستید یا خیر.



چه کسانی واجد شرایط هستند:



- فرد بزرگسال یا کودک که در مرکز مراقبت بلند مدت باشد
- فردی که Medicare دریافت می کند
- نابینا یا دارای معلولیت
- فرد بزرگسال 65 ساله یا بیشتر
- کودک زیر 21 سال
- فرد حامله
- والد/سرپرست خویشاوند یک کودک واجد شرایط سنی

- کودکان زیر 19 سال
- والدین و سرپرستان کودکان خردسال
- بزرگسالان 19 تا 64 ساله
- افراد حامله



قوانین دارایی:



- باید دارایی هایی مثل وسایل نقلیه، حساب های بانکی یا خانه های اجاره ای را گزارش داده و مدرک ارائه کنید
- به مقدار دارایی در خانواده محدود است

هیچ محدودیتی برای دارایی وجود ندارد.

هم برای MAGI و هم برای Non-MAGI:

- دفتر محلی کانتی اطلاعات مندرج در درخواست شما را بررسی می کند. ممکن است نیاز باشد که شما مدارک بیشتری ارائه کنید.
- شما باید ساکن California باشید.
- شهروندان ایالات متحده یا درخواست دهندگانی که بصورت قانونی در ایالات متحده حضور دارند باید SSN خود را ارائه دهند.
- شما باید برای هرگونه درآمدی که ممکن است واجد شرایط آن باشید مانند مزایای بیکاری (unemployment benefits) و بیمه معلولیت ایالتی (State Disability Insurance) درخواست دهید.
- شما باید با اجرای حمایت پزشکی* موافقت نمایید که موارد زیر را انجام می دهد:
 - پدر کودک یا کودکان متولد خارج از ازدواج را شناسایی می کند.
 - برای کودک یا کودکانی که یکی از والدین شان حضور ندارد، حمایت پزشکی فراهم می کند.
- * اگر فکر می کنید دلیل مناسبی برای عدم پیروی از این قانون دارید، با دفتر محلی کانتی خود تماس بگیرید.

چگونه می توانم درخواست کنم؟



ارسال درخواست آنلاین از طریق:



www.benefitscal.com

یا

www.coveredca.com

بصورت حضوری:



دفتر محلی کانتی خود را از وب سایت

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> پیدا کنید. شما می توانید برای ارائه درخواست کمک دریافت کنید.

همچنین می توانید یک مشاور ثبت نام

(Enrollment Counselor) یا عامل بیمه

(Insurance Agent) تصدیق شده Covered California را

در وب سایت www.CoveredCA.com/get-help/local/ پیدا کنید.

چه مدت طول می کشد تا درخواست من بررسی شود؟

مدت زمان بررسی درخواست Medi-Cal شما ممکن است تا 45 روز به طول انجامد. اگر براساس معلولیت برای Medi-Cal درخواست کنید، ممکن است تا 90 روز طول بکشد. دفتر محلی کانتی شما یا Covered California، نامه تصمیم گیری واجد شرایط بودن را برای شما ارسال خواهد کرد. این نامه "اطلاعیه برای اقدام" (Notice of Action) نامیده می شود. اگر در بین 45 یا 90 روز، نامه ای دریافت نکردید، می توانید برای "دادرسی عادلانه ایالتی" (State Fair Hearing) درخواست کنید. همچنین اگر شما با تصمیم مخالف هستید، می توانید درخواست دادرسی نمایید. برای اطلاعات بیشتر، "حقوق استیناف و دادرسی" را در صفحه 21 مطالعه کنید.

شما می توانید در هر زمان سال برای Medi-Cal از طریق پست، تلفن، فکس یا ایمیل، درخواست خود را ارائه دهید. شما همچنین می توانید به صورت آنلاین یا به صورت حضوری درخواست خود را ارائه دهید.

برای پوشش Covered California شما فقط می توانید در تاریخ های مشخصی درخواست خود را ارائه دهید. برای دریافت اطلاعات در مورد زمان ارسال درخواست، به وب سایت www.coveredca.com مراجعه کرده یا با شماره های 1-800-921-8879 (TTY 1-888-889-4500) تماس بگیرید.

ارسال درخواست با پست:



شما می توانید به واسطه درخواست ساده سازی شده فردی (Single Streamlined Application) برای Medi-Cal و Covered California درخواست دهید. شما می توانید این درخواست را به زبان انگلیسی یا دیگر زبان ها در وب سایت <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> دریافت کنید. درخواست های تکمیل شده خود را به دفتر محلی کانتی خود ارسال کنید.

نشانی کانتی محلی خود را از وب سایت زیر پیدا

کنید: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

همچنین، می توانید درخواست های خود را به نشانی زیر ارسال کنید:

Covered California

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

ارسال درخواست با تلفن، فکس، یا ایمیل:



با دفتر محلی کانتی خود تماس بگیرید. شما می توانید شماره تلفن را با مراجعه به وب سایت <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> پیدا کنید یا با Covered California از طریق شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

چگونه از مزایای خود Medi-Cal استفاده کنم؟

در صورت بروز موارد زیر، لطفاً با دفتر محلی کانتی خود تماس بگیرید:

- شما کارت شناسایی مزایای خود را دریافت نکرده اید
- کارت شناسایی مزایای شما مفقود شده است
- اطلاعات کارت شناسایی مزایای شما صحیح نیست
- کارت شناسایی مزایای شما به سرقت رفته است

بعد از اینکه کارت جدید شناسایی مزایا به شما ارسال شد، شما نمی توانید از کارشناسی مزایای قبلی خود استفاده کنید.

شما می توانید شماره تلفن دفتر محلی کانتی خود را از وب سایت زیر دریافت کنید:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

یا با شماره های زیر تماس بگیرید:

1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)

چگونه به دکتر مراجعه کنم؟

اکثر افرادی که شامل برنامه Medi-Cal هستند، از طریق یک طرح Medi-Cal Managed Care به دکتر مراجعه می کنند. این طرح ها مانند طرح های بهداشتی هستند که مردم با بیمه خصوصی دارند. برای اطلاعات بیشتر درباره طرح های مراقبت مدیریت شده به ابتدای صفحه بعد مراجعه کنید.

ممکن است اختصاص دادن طرح Medi-Cal Managed Care شما چند هفته طول بکشد. زمانی که شما برای اولین بار برای Medi-Cal ثبت نام می کنید، یا اگر شما دارای شرایط خاصی هستید، ممکن است نیاز داشته باشید که از طریق "Medi-Cal" با پرداخت هزینه در ازای خدمات (Fee-for-Service Medi-Cal) توسط دکتر ویزیت شوید.

Medi-Cal اغلب مراقبت های ضروری پزشکی را پوشش می دهد که شامل ویزیت پزشک و دندانپزشک، داروهای تجویزی، مراقبت های بینایی، تنظیم خانواده، مراقبت های بهداشت روان، و درمان استفاده از مواد مخدر یا الکل می باشد. Medi-Cal حمل و نقل برای دریافت این خدمات را نیز پوشش می دهد. برای اطلاعات بیشتر به بخش "خدمات تحت پوشش" به صفحه 13 مراجعه کنید.

پس از تأیید، می توانید فوراً از مزایای Medi-Cal خود استفاده کنید. ذینفعان جدیدی که برای Medi-Cal تأیید شده اند، کارت شناسایی مزایا (Benefits Identification Card-BIC) برای Medi-Cal دریافت می کنند. ارائه دهندگان خدمات مراقبت بهداشتی و دندانپزشکی برای ارائه خدمات و دادن صورتحساب به Medi-Cal، به کارت شناسایی مزایای شما نیاز دارند. ذینفعان جدید و آن دسته افرادی که تقاضای کارت های جایگزین دارند، کارت شناسایی مزایا با طراحی جدید دارای گل شقایق California را دریافت می کنند. هر دو طرح کارت شناسایی مزایا که در اینجا نشان داده شده معتبر هستند:



Medi-Cal با پرداخت هزینه در ازای خدمات (Fee-for-Service Medi-Cal) چیست؟

پرداخت هزینه در ازای خدمات (Fee-for-Service) روشی است که از طریق آن، Medi-Cal به پزشکان و دیگر ارائه دهندگان خدمات مراقبتی، مبلغ پرداخت می کند. زمانی که شما برای Medi-Cal ثبت نام می کنید، در ابتدا مزایای خود را از طریق Medi-Cal با پرداخت هزینه در ازای خدمات (Fee-for-Service Medi-Cal) دریافت می کنید تا این که در یک طرح بهداشتی مراقبت مدیریت شده ثبت نام کنید.

قبل از دریافت خدمات بهداشتی یا دندان پزشکی، از ارائه دهنده خدمات بپرسید که آیا پرداخت هزینه ها از جانب Medi-Cal با پرداخت هزینه در ازای خدمات (Fee-for-Service Medi-Cal) را می پذیرد. ارائه دهنده این حق را دارد که از پذیرش بیماران Medi-Cal امتناع ورزد. اگر به ارائه دهنده اعلام نکنید که شما دارای Medi-Cal هستید، ممکن است مجبور شوید هزینه خدمات بهداشتی یا دندان پزشکی را خودتان پرداخت کنید.

در پوشش پرداخت هزینه در ازای خدمات (Fee-for-Service)، هزینه های بهداشتی یا دندان پزشکی چگونه پرداخت می شوند؟

ارائه دهنده خدمات، از کارت شناسایی مزایا (BIC) شما استفاده می کند تا اطمینان حاصل نماید که شما دارای Medi-Cal هستید. ارائه دهنده خدمات، خواهد دانست که آیا Medi-Cal هزینه درمان پزشکی یا دندان پزشکی شما را پرداخت خواهد کرد یا خیر. گاهی اوقات، شما ممکن است مجبور شوید برای درمان، یک "پرداخت مشترک" را پرداخت کنید. ممکن است مجبور شوید برای هر مرتبه خدمات بهداشتی یا دندان پزشکی یا داروی تجویزی، \$1 پرداخت کنید. اگر زمانی به اتاق اورژانس بیمارستان وارد شوید، در صورتیکه به خدمات اورژانسی نیاز نداشتید، ممکن است مجبور شوید \$5 پرداخت کنید. ذینفعانی که در طرح مراقبت مدیریت شده ثبت نام کرده اند، مجبور نیستند هزینه پرداخت مشترک را پرداخت کنند.

تعدادی خدمات وجود دارند که قبل از دریافت، آن ها باید توسط Medi-Cal تایید شوند. برای اطلاعات بیشتر به صفحه 9 مراجعه کنید.

زمانی که من باید سهم هزینه بیمار (Share of Cost-SOC) را پرداخت کنم، چگونه خدمات بهداشتی یا دندان پزشکی را دریافت کنم؟

تحت برخی از برنامه های Non-MAGI Medi-Cal شما مجبور هستید که سهم هزینه بیمار (SOC) را پرداخت کنید. اطلاعیه برای اقدامی که پس از تاییدیه Medi-Cal خود دریافت می کنید، به شما می گوید که دارای سهم هزینه بیمار (SOC) هستید یا خیر. این اطلاعیه مقدار سهم هزینه بیمار (SOC) را نیز به شما خواهد گفت. سهم هزینه بیمار (SOC) شما مقداری است که قبل از شروع پرداخت Medi-Cal، برای مراقبت بهداشتی یا دندان پزشکی، باید به ارائه دهنده بپردازید یا قول دهید که آن را خواهید پرداخت.

مقدار سهم هزینه بیمار (SOC) هر ماه بازنشانی می شود. شما فقط می بایست سهم هزینه بیمار (SOC) خود را در ماه هایی که خدمات مراقبت بهداشتی و/یا دندان پزشکی دریافت می کنید، پرداخت کنید. مقدار سهم هزینه بیمار (SOC) برای ارائه دهنده مراقبت بهداشتی یا دندان پزشکی به صورت بدهی است. این مقدار به صورت بدهی برای Medi-Cal یا ایالت نمی باشد. ارائه دهندگان خدمات ممکن است به شما این امکان را بدهند که بجای اینکه همه هزینه های خدمات را یکجا پرداخت کنید، بعداً آن را بپردازید. در برخی از کانتی ها، اگر شما دارای سهم هزینه بیمار (SOC) هستید، نمی توانید در یک طرح مراقبت مدیریت شده ثبت نام کنید.

اگر شما برای خدمات مراقبت بهداشتی دریافتی از کسی که Medi-Cal را نمی پذیرد خود پرداخت کنید، می توانید آن پرداخت ها را به عنوان سهم هزینه بیمار (SOC) خود محاسبه کنید. شما باید رسیده ها را از آن هزینه های مراقبت بهداشتی گرفته و به دفتر محلی کانتی خود تحویل دهید. آن ها آن مقدار را به صورت اعتبار به سهم هزینه بیمار شما واریز می کنند.

اگر صورت حساب پزشکی پرداخت نشده دارید، ممکن است بتوانید سهم هزینه بیمار (SOC) یکی از ماه ها در آینده را کاهش دهید. برای بررسی واجد شرایط بودن صورت حساب تان، از دفتر محلی کانتی تان پرس و جو کنید.

Medi-Cal Managed Care چیست؟

Medi-Cal Managed Care نظام سازماندهی شده ای برای کمک به شما در جهت دریافت مراقبت با کیفیت بالا و در سلامت به سر بردن است.

بسته اطلاعاتی را از طریق پست دریافت خواهید کرد. این بسته طرح (های) بهداشتی موجود در کانتی شما را به شما اطلاع می دهد. این بسته به شما می گوید که چگونه در طرح مراقبت مدیریت شده انتخابی تان ثبت نام کنید. اگر ظرف 30 روز از دریافت تایید Medi-Cal تان طرحی را انتخاب نکنید، ایالت طرحی را برای شما انتخاب خواهد نمود.

لطفا منتظر بسته اطلاعات طرح بهداشتی خود از طریق پست باشید.

اگر کانتی شما فقط یک طرح بهداشتی دارد، کانتی آن طرح را برای شما انتخاب می کند.

اگر در کانتی San Benito زندگی می کنید، فقط یک طرح بهداشتی برای انتخاب دارید. شما می توانید در این طرح بهداشتی ثبت نام کنید. یا می توانید انتخاب کنید که در Medi-Cal با پرداخت هزینه در ازای خدمات (Fee-for-Service Medi-Cal) باقی بمانید.

اگر کانتی شما دارای بیش از یک طرح بهداشتی است، باید موردی را انتخاب کنید که متناسب با نیازهای شما و خانواده شما است.

برای مشاهده طرح ها در کانتی شما، به سایت زیر مراجعه کنید:

<https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>

چگونه ثبت نام خود را حذف کنم، برای معافیت از ثبت نام اجباری درخواست دهم، یا طرح Medi-Cal Managed Care خودم را تغییر دهم؟

اکثر ذینفعان Medi-Cal باید در طرح Medi-Cal Managed Care ثبت نام کنند. اگر در یک طرح مراقبت بهداشتی داوطلبانه ثبت نام کردید، می توانید در هر زمانی ثبت نام خود را حذف کنید. برای حذف ثبت نام، با Health Care Options به شماره 1-800-430-4263 تماس بگیرید.

وقتی که کانتی شما دارای بیش از یک طرح است، اگر می خواهید طرح بهداشتی مراقبت مدیریت شده خود را تغییر دهید، می توانید با Health Care Options تماس بگیرید.

طرح های بهداشتی Medi-Cal Managed Care به شما کمک می کنند دکترا، داروخانه ها و برنامه های آموزش بهداشتی را بیابید.

اکثر مردم باید در یک طرح مراقبت مدیریت شده ثبت نام کنند مگر اینکه شما معیارهای خاصی را بدست آورید یا برای معافیت واجد شرایط باشید. گزینه های طرح بهداشتی شما به کانتی که در آن زندگی می کنید، بستگی دارد. اگر کانتی شما دارای طرح های بهداشتی متعددی باشد، باید موردی را انتخاب کنید که متناسب با نیازهای شما و خانواده شما است.

هر یکی از طرح های Medi-Cal managed care در هر یکی از کانتی ها، دارای خدمات یکسان است. برای دریافت فهرست راهنمای طرح های مراقبت مدیریت شده به وب سایت <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> مراجعه کنید. شما می توانید دکتري که با طرح شما کار می کند را به عنوان دکتري مراقبت های اصلی خود انتخاب کنید. یا طرح شما می تواند از طرف شما، دکتري مراقبت های اصلی را انتخاب نماید. شما می توانید به انتخاب خود، هر ارائه دهنده تنظیم خانواده Medi-Cal را، از جمله ارائه دهنده ای خارج از طرح تان را انتخاب نمایید. برای اطلاعات بیشتر با طرح مراقبت مدیریت شده خود تماس بگیرید.

طرح های مراقبت مدیریت شده موارد زیر را نیز ارائه می دهند:

- هماهنگی مراقبت
- ارجاع به متخصصین
- خدمات تلفنی مشاوره پرستاری 24-ساعته
- مراکز خدمات مشتری

برخی از خدمات را قبل از آن که شما بتوانید دریافت کنید، Medi-Cal باید تایید کند. ارائه دهنده می داند که چه زمانی شما به تایید از قبل نیاز دارید. اکثر خدمات دکترا و اکثر ویزیت کلینیک ها محدود نیستند. آن ها به تایید نیازی ندارند. درباره طرح های درمانی و قرار ملاقات هایتان با دکتري خود صحبت کنید.

چگونه در طرح Medi-Cal Managed Care ثبت نام کنم؟

اگر شما در یک کانتی هستید که بیش از یک گزینه طرح دارد، باید یک طرح بهداشتی را ظرف 30 روز پس از اینکه برای Medi-Cal تایید شدید، انتخاب نمایید. شما یک

آیا زمانی که در California نیستم می توانم خدمات Medi-Cal دریافت کنم؟

زمانی که شما به خارج از California سفر می کنید، کارت شناسایی مزایا (BIC) یا مدارکی در اختیار داشته باشید که نشان می دهد شما در طرح مراقبت بهداشتی Medi-Cal ثبت نام کرده اید. Medi-Cal می تواند در برخی موارد همچون موارد اورژانسی به دلیل تصادف، جراحات یا بیماری شدید به شما کمک کند. به استثنای موارد اورژانسی، طرح مراقبت مدیریت شده شما باید قبل از دریافت خدمت، خدمات بهداشتی خارج از ایالت را تایید کند. اگر ارائه دهنده خدمات، Medicaid را قبول نکند شما مجبور هستید هزینه های خدمات بهداشتی دریافتی در خارج از California را پرداخت کنید. به یاد داشته باشید: ممکن است ارائه دهندگان بسیاری در مراقبت های اورژانسی مشارکت داشته باشند. به عنوان مثال، دکتر شما ممکن است Medicaid را بپذیرد، اما بخش عکسبرداری با اشعه ایکس (x-ray) ممکن است آن را نپذیرد. با طرح مراقبت مدیریت شده خود کار کنید تا هزینه های خود را محدود کنید. ارائه دهنده باید ابتدا از طریق تماس با **1-916-636-1960** اطمینان حاصل نماید که شما واجد شرایط هستید.

اگر در نزدیکی خط ایالت California زندگی کنید و خدمات پزشکی را در ایالت دیگری دریافت کنید، برخی از این قوانین در مورد شما اعمال نمی شوند. برای اطلاعات بیشتر با طرح Medi-Cal Managed Care خود تماس بگیرید.

اگر شما به خارج از California نقل مکان کنید، Medi-Cal دریافت نمی کنید. شما می توانید در ایالتی که به آن نقل مکان کرده اید، برای Medicaid درخواست دهید.

اگر در حال نقل مکان به یک کانتی جدید در California هستید، باید به کانتی که در آن زندگی می کنید یا به کانتی که به آنجا می روید، نیز اطلاع دهید. این برای این است که مطمئن شوید که شما مزایای Medi-Cal را به صورت مستمر دریافت خواهید کرد. شما باید ظرف 10 روز پس از نقل مکان به کانتی جدید، این موارد را به دفتر محلی کانتی تان اطلاع دهید.

اگر اکنون از یک ارائه کننده Medi-Cal با پرداخت هزینه در ازای خدمات (Fee-for-Service Medi-Cal) خدمات بهداشتی دریافت می کنید، ممکن است برای معافیت موقت از ثبت نام اجباری در یک طرح Medi-Cal Managed Care واجد شرایط باشید. ارائه کننده پرداخت هزینه در ازای خدمات (Fee-for-Service) نمی تواند بخشی از طرح Medi-Cal Managed Care در کانتی شما باشد. شما باید تحت درمان ارائه دهنده خود برای یک بیماری بفرنج باشید که در صورت تغییر ارائه دهنده ممکن است حالت شما بدتر شود.

از ارائه دهنده خود در مورد عضویت اش در طرح Medi-Cal Managed Care کانتی تان بپرسید. اگر ارائه دهنده شما عضو طرح Medi-Cal Managed Care کانتی تان نیست، از او بخواهید فرمی را با شما تکمیل کند که برای ثبت نام در طرح Medi-Cal Managed Care تقاضای معافیت می کند.

ارائه دهنده شما باید فرم را امضاء کند، مدارک لازم را ضمیمه نماید و فرم را به Health Care Options پست یا فکس کند. آن ها آن را بررسی کرده و تصمیم می گیرند که آیا شما برای معافیت موقت از ثبت نام در طرح Medi-Cal Managed Care واجد شرایط هستید یا خیر. برای دریافت فرم و دستورالعمل ها به <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید با شماره **1-800-430-4263** تماس بگیرید.

اگر بیمه بهداشتی دیگری داشته باشیم چه اتفاقی می افتد؟

حتی اگر شما از پوشش بیمه بهداشتی دیگری مانند بیمه بهداشتی از طریق کار خود برخوردار باشید، هنوز هم ممکن است برای Medi-Cal واجد شرایط باشید. اگر شما واجد شرایط باشید، Medi-Cal تمام هزینه های مجاز را که توسط بیمه اولیه شما پرداخت نمی شود پوشش خواهد داد. بر اساس قانون فدرال، بیمه بهداشتی خصوصی ذینفعان Medi-Cal باید قبل از صدور صورت حساب Medi-Cal، ابتدا صورت حساب ارائه دهند.

بر اساس قانون فدرال و ایالتی، ذینفعان Medi-Cal ملزم هستند که بیمه های بهداشتی خصوصی را گزارش کنند. برای گزارش کردن یا تغییر بیمه بهداشتی خصوصی، به وب سایت <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> بروید یا با شماره های **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)** تماس بگیرید. اگر در خارج از California هستید، با **1-916-636-1980** تماس بگیرید.

شما باید این مورد را به دفتر محلی کانتی و ارائه دهنده مراقبت بهداشتی تان نیز گزارش دهید. اگر هر گونه پوشش بیمه بهداشتی خصوصی که دارید را گزارش ندهید، مرتکب جرم تخلف شده اید.

اگر من Medicare نیز داشته باشم، Medi-Cal چگونه کار می کند؟

بسیاری از افرادی که سن آنها 65 سال یا بیشتر است یا دارای معلولیت هستند، هم برای Medi-Cal و هم برای Medicare واجد شرایط می باشند. اگر برای هر دو برنامه واجد شرایط هستید، بیشتر خدمات پزشکی و داروهای تجویزی را از طریق Medicare دریافت خواهید کرد. Medi-Cal خدمات و کمک های طولانی مدت مثل مراقبت در خانه سالمندان و خدمات مبتنی بر خانه و اجتماع را ارائه می کند.

Medi-Cal برخی مزایایی را پوشش می دهد که Medicare پوشش نمی دهد.

ممکن است Medi-Cal حق بیمه Medicare شما را نیز پرداخت کند.

برنامه خرید پرداخت حق بیمه Medicare (Medicare Premium Payment Program Buy-In) چیست؟

برنامه پرداخت حق بیمه Medicare که Medicare Buy-In نیز نامیده می شود، به Medi-Cal اجازه می دهد حق بیمه Medicare بخش A (بیمه بیمارستانی) و/یا بخش B (بیمه بهداشتی) را برای اعضا Medi-Cal و دیگر افرادی که برای بعضی از برنامه های Medi-Cal واجد شرایط هستند، پرداخت کند.

اگر نتوانم قرار ملاقات بگیرم یا دیگر مراقبت های مورد نیازم را دریافت کنم، چه کاری باید انجام دهم؟

دفتر دادآور یا مأمور رسیدگی به شکایات Medi-Cal Managed Care برای حل مشکلات از دیدگاهی بی طرفانه کمک خواهد کرد. آنها اطمینان حاصل می کنند که شما همه خدمات تحت پوشش مورد نیاز را دریافت می کنید.

دفتر دادآور یا مأمور رسیدگی به شکایات:

- برای حل بی طرفانه مشکلات بین اعضای Medi-Cal Managed Care و طرح های مراقبت مدیریت شده کمک می کند
- برای حل بی طرفانه مشکلات بین ذینفعان Medi-Cal و طرح های سلامت روان کانتی کمک می کند
- به شکایات اعضا در مورد طرح های مراقبت مدیریت شده و طرح های سلامت روان کانتی رسیدگی می کند
- به اعضا در مورد ثبت نام سریع و مشکلات عزل ثبت نام کمک می کند
- به ذینفعان Medi-Cal برای دسترسی به خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal کمک می کند
- اطلاعات و ارجاعات ارائه می دهد
- روش های اثربخش تر کردن برنامه Medi-Cal Managed Care را شناسایی می کند
- به اعضا در مورد چگونگی رهگشایی سیستم Medi-Cal Managed Care و سلامت روانی خاص آموزش می دهد

برای اطلاعات بیشتر در مورد دفتر دادآور یا مأمور رسیدگی به شکایات می توانید با شماره زیر تماس بگیرید:

1-888-452-8609

یا به وب سایت زیر مراجعه کنید:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

آیا می دانستید؟

برنامه پس اندازی Medicare (Medicare Savings Program-MSP) چیست؟

اگر شما دارای شرایط مشخصی باشید، برنامه های پس اندازی Medicare ممکن فرانشیزهای بیمه، بیمه مشترک و پرداخت مشترک بخش A Medicare و بخش B Medicare را پرداخت کنند. وقتی برای Medi-Cal درخواست می کنید، کانتی شما برای این برنامه شما را ارزیابی می کند. برخی افرادی که برای مزایای Medi-Cal کامل واجد شرایط نیستند، ممکن است واجد شرایط برنامه پس اندازی (MSP) باشند.

اگر من از یک ارائه دهنده Medicare استفاده کنم، مجبور خواهم بود که بیمه مشترک Medicare را پردازم؟

خیر. اگر برای برنامه پس اندازی (MSP) واجد شرایط باشید، مجبور نیستید که هیچ گونه بیمه مشترک یا فرانشیز بیمه پردازید. اگر از ارائه دهنده Medicare خود صورت حسابی را دریافت کردید، با طرح Medi-Cal Managed Care یا با 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.

اگر من Medicare داشته باشم، مجبور هستم از دکترها و دیگر ارائه دهنده هایی استفاده کنم که Medi-Cal را می پذیرند؟

خیر. شما می توانید از هر ارائه دهنده Medicare استفاده کنید، حتی اگر آن ارائه دهنده که Medi-Cal را نمی پذیرد یا بخشی از طرح Medi-Cal Managed Care شما نیست. برخی ارائه دهندگان Medicare ممکن است شما را به عنوان بیمار نپذیرند.

Medi-Cal آموزش شیردهی را به عنوان بخشی از مراقبت از مادر و نوزاد ارائه می دهد.



شما هر 24 ماه یکبار واجد شرایط معاینه معمولی چشم هستید.



برای اطلاعات بیشتر درباره موارد ارائه شده، به وب سایت زیر مراجعه کنید:
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>



مزایای تحت پوشش Medi-Cal



درمان سرپایی شدید (خدمات مشاوره گروهی حداقل سه ساعت در روز، سه روز در هفته)
درمان خانگی (ارائه خدمات توانبخشی در هنگام زندگی در خانه)
درمان جایگزین مواد مخدر (مانند متادون)

برخی از کانتی ها خدمات درمان و بهبودی بیشتری ارائه می دهند. پزشکان خود را در مورد وضعیت خود مطلع سازید تا بتوانند درمان مناسب را برای شما فراهم کنند. شما همچنین می توانید خود را به نزدیکترین مرکز درمان محلی به خودتان، ارجاع دهید. یا با خط ارجاع درمان غیر اورژانسی اختلال در اثر مصرف مواد مخدر به شماره **1-800-879-2772** تماس بگیرید.

برنامه دندانپزشکی Medi-Cal (Medi-Cal Dental Program)

بهداشت دندان بخش مهمی از بهداشت کلی است. جهت سالم نگهداشتن دندانهای شما، برنامه دندانپزشکی Medi-Cal (Medi-Cal Dental Program) بسیاری از خدمات را تحت پوشش قرار می دهد. به مجرد اینکه برای Medi-Cal به تأیید رسیدید، می توانید از مزایای دندانپزشکی برخوردار شوید.

می توانید مزایای دندانپزشکی و سایر اطلاعات را در <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> مشاهده نمایید. یا، می توانید روزهای دوشنبه تا جمعه، بین 8:00 صبح و 5:00 بعد از ظهر با شماره **1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922)** تماس بگیرید.

Medi-Cal مجموعه ای کامل از مزایا به نام مزایای بهداشتی ضروری (Essential Health Benefits) را ارائه می دهد. برای اطلاع از اینکه آیا خدماتی پوشش داده شده است، از پزشک یا طرح بهداشتی جویا شوید. مزایای بهداشتی ضروری شامل موارد زیر است:

- خدمات سرپایی مثل معاینه عمومی در مطب دکتر
- خدمات اورژانسی
- بستری شدن در بیمارستان
- مراقبت از مادر و نوزاد
- خدمات بهداشت روان
- خدمات اختلال مصرف ماده مثل درمان اعتیاد به الکل یا مواد مخدر
- داروهای تجویزی
- خدمات آزمایشگاهی مثل آزمایش خون
- برنامه هایی مانند فیزیوتراپی (به نام خدمات توانبخشی و امداد رسانی) و وسایل و تجهیزات پزشکی مانند صندلی چرخدار و مخازن اکسیژن
- خدمات پیشگیری و سلامتی
- مدیریت بیماری مزمن
- خدمات پزشکی کودکان از جمله مراقبت از دهان و بینایی
- مراقبت در منزل و سایر خدمات و پشتیبانی های بلند مدت

برنامه اختلال در اثر مصرف مواد مخدر

Medi-Cal محیط هایی را برای بیماران سرپایی و بستری شده به خاطر درمان سوءمصرف مواد مخدر یا الکل فراهم می کند که آنها درمان اختلال مصرف مواد مخدر نیز می نامند. این محیط به نوع درمان مورد نیاز شما بستگی دارد. خدمات شامل:

- درمان سرپایی بدون دارو (مشاوره گروهی و/یا فردی)

چگونه می توانم خدمات دندانپزشکی Medi-Cal را دریافت کنم؟

برنامه دندانپزشکی Medi-Cal

(Medi-Cal Dental Program) به دو طریق خدمات ارائه می دهد. یکی از آنها خدمات دندانپزشکی در ازای پرداخت هزینه (Fee-for-Service Dental) است و می توانید آنرا در سرتاسر California دریافت نمایید. طرح دندانپزشکی خدمات در ازای پرداخت هزینه (Fee-for-Service Dental) مشابه طرح Medi-Cal خدمات در ازای پرداخت هزینه (Fee-for-Service Medi-Cal) است. قبل از دریافت خدمات دندانپزشکی، باید کارت شناسایی مزایا (BIC) خود را به ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی نشان دهید و اطمینان کسب کنید که ارائه دهنده مربوطه طرح دندانپزشکی خدمات در ازای پرداخت هزینه (Fee-for-Service Dental) را می پذیرد.

روش دیگری که Medi-Cal خدمات دندانپزشکی ارائه می دهد از طریق مراقبت دندانپزشکی مدیریت شده (Dental Managed Care-DMC) است. DMC فقط در کانتی Los Angeles و کانتی Sacramento ارائه می شود. طرح های DMC خدمات دندانپزشکی مشابه طرح دندانپزشکی خدمات در ازای پرداخت هزینه (Fee-for-Service Dental) را تحت پوشش قرار می دهند. DHCS از سه طرح مدیریت شده در کانتی Sacramento استفاده می کند. DHCS همچنین با سه طرح بهداشتی از پیش پرداخته شده در کانتی Los Angeles قرارداد دارد. این طرح ها به افراد ذینفع Medi-Cal خدمات دندانپزشکی ارائه می دهند.

اگر در کانتی Sacramento زندگی می کنید، باید در DMC ثبت نام کنید. در برخی از موارد، ممکن برای معافیت از ثبت نام در DMC واجد شرایط باشید.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به وب سایت Health Care Options در

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> مراجعه کنید.

در کانتی Los Angeles، می توانید در طرح دندانپزشکی خدمات در ازای پرداخت هزینه (Fee-for-Service Dental) بمانید، یا می توانید برنامه DMC را انتخاب کنید. برای انتخاب یا تغییر طرح دندانپزشکی تان، با Health Care Options تماس بگیرید.

ازمایش، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره ای (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment-EPST)

اگر شما یا فرزندتان زیر 21 ساله هستید، Medi-Cal خدمات پیشگیرانه مانند چک آپ و ازمایش های عادی بهداشتی را تحت پوشش قرار می دهد. در جریان چک آپ و ازمایش های عادی بهداشتی هر گونه مشکلات پزشکی، دندانپزشکی، چشم پزشکی، شنوایی، بهداشت روان، و اختلال در اثر هر گونه استفاده از مواد را که شما ممکن داشته باشید مورد بررسی قرار میگیرد. همچنین می توانید برای حفظ سلامت خود واکسیناسیون دریافت کنید. Medi-Cal خدمات ازمایش را در هر زمان که لازم باشد تحت پوشش قرار می دهد، حتی اگر طی چک آپ عادی شما نباشد. تمامی این خدمات برای شما بدون هزینه می باشد.

چک آپ ها و ازمایش ها برای کمک به تأمین کننده مراقبت بهداشتی شما جهت شناسایی زودهنگام مشکلات حائز اهمیت هستند. هنگامی که مشکلی طی چک آپ یا ازمایش پیدا می شود، Medi-Cal خدمات لازم جهت درمان یا بهبود هر گونه بیماری یا وضعیت جسمانی یا بهداشت روان را تحت پوشش قرار می دهد. شما می توانید خدمات تشخیصی و درمانی را که به توصیه پزشکتان، سایر ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی، دندانپزشک، برنامه بهداشت و پیشگیری از معلولیت کودک (Child Health and Disability Prevention program-CHDP)، یا تأمین کننده بهداشت روان یا رفتاری در کانتی، برای بهبود حالتان لازم است را دریافت نمایید. برنامه ازمایش، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره ای (EPST) این خدمات را بدون اینکه هزینه ای برای شما دربر داشته باشد تحت پوشش قرار می دهد.

تأمین کننده شما همچنین به شما خواهد گفت که چه موقع برای چک آپ بهداشتی، ازمایش، یا وقت ملاقات پزشکی آینده مراجعه نمایید. اگر در ارتباط با تعیین وقت ملاقات برای ویزیت پزشکی یا نحوه دریافت کمک برای رفت و آمد به ویزیت پزشکی سوالی دارید، Medi-Cal می تواند به شما کمک کند. با طرح بهداشتی مراقبت مدیریت شده Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care Health Plan-MCP) تان تماس بگیرید. اگر در MCP نیستید، می توانید برای دریافت کمک در ارتباط با رفت و آمد، با پزشک یا تأمین کننده دیگر تان تماس بگیرید یا از وب سایت <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> دیدن کنید.

برای اطلاعات بیشتر در ارتباط با EPST، می توانید با شماره 1-800-541-5555 تماس بگیرید، به وب سایت

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> مراجعه کنید، با برنامه بهداشت و پیشگیری از معلولیت کودک (CHDP) کانتی تان یا با

طرح بهداشتی مراقبت مدیریت شده (MCP) تان تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر در ارتباط با خدمات تخصصی بهداشت روان یا اختلال در اثر مصرف مواد مخدر برنامه آزمایش، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره ای (EPSDT)، با بخش بهداشت روان یا رفتاری کانتی تان تماس بگیرید.

خدمات حمل و نقل

زمانی که قرار ملاقات های دکتر تحت پوشش Medi-Cal باشند، Medi-Cal می تواند برای سواری به آن قرار ملاقات های مربوط به درمان، سلامت روان، مصرف مواد، یا دندانپزشکی به شما کمک کند. این سواری ها می توانند حمل و نقل غیرپزشکی (nonmedical transportation-NMT) یا حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی (non-emergency medical transportation-NEMT) باشند. از حمل و نقل غیرپزشکی (NMT) برای برداشت نسخه ها یا تجهیزات و لوازم پزشکی از جایی، نیز می توانید استفاده کنید.

اگر می توانید با خودرو، اتوبوس، قطار، یا تاکسی سفر کنید، اما نمی توانید برای قرار ملاقات تان از آن ها استفاده کنید، می توانید از حمل و نقل غیرپزشکی (NMT) استفاده کنید.

اگر در طرح بهداشتی ثبت نام کرده اید، برای اطلاعات بیشتر در مورد چگونگی دریافت خدمات حمل و نقل غیرپزشکی (NMT) با بخش خدمات مشتریان طرح تماس بگیرید.

اگر طرح پرداخت هزینه در ازای خدمات (Fee-for-Service) دارید، می توانید موارد زیر را انجام دهید:

- با اداره Medi-Cal کانتی خود تماس بگیرید تا مشخص شود که آیا آن ها می توانند به شما برای گرفتن سواری غیرپزشکی (NMT) کمک کنند.
- برای گرفتن سواری، شما باید در ابتدا با ارائه دهنده بهداشتی پرداخت هزینه در ازای خدمات (Fee-for-Service) خود تماس بگیرید و درباره ارائه دهنده حمل و نقل در ناحیه خود جویا شوید. یا می توانید با یکی از ارائه دهنده های سواری غیرپزشکی تایید شده در ناحیه خود که در سایت <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ذکر شده است، تماس بگیرید.

اگر برای قرار ملاقات خود به خودرو پزشکی خاصی نیاز دارید، به ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی تان اطلاع دهید. اگر در طرح بهداشتی هستید، برای انجام حمل و نقل تان می توانید با طرح خود تماس بگیرید. اگر در پرداخت هزینه در ازای خدمات (Fee-for-Service) هستید، با ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی تان تماس بگیرید. طرح یا ارائه دهنده می توانند حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی (NEMT) مثل ون مخصوص صندلی چرخدار، ون کوچک، آمبولانس، یا حمل و نقل هوایی را سفارش دهند.

هر چه زودتر، قبل از موعد ملاقات تان درخواست سواری را ارائه دهید. اگر قرار ملاقات های مکرر دارید، ارائه کننده مراقبت های بهداشتی یا طرح بهداشتی تان می تواند برای پوشش قرار ملاقات های آینده، درخواست حمل و نقل کند.

برای اطلاعات بیشتر درباره سواری های ترتیب داده شده توسط ارائه دهنده های سواری غیرپزشکی تایید شده، به وب سایت <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> مراجعه کنید.

خدمات تخصصی بهداشت روان

اگر دارای بیماری روحی یا نیازهای عاطفی هستید که پزشک معمولی شما نمی تواند آن ها را درمان کند، خدمات تخصصی بهداشت روان در دسترس هستند. طرح بهداشت روان (Mental Health Plan-MHP) خدمات تخصصی بهداشت روان را فراهم می کند. هر کانتی دارای طرح بهداشت روان (MHP) می باشد.

خدمات تخصصی بهداشت روان می تواند شامل درمان های فردی و گروهی، خدمات دارویی، خدمات بحرانی، مدیریت پرونده، خدمات بیمارستانی و در منزل، و خدمات تخصصی برای کمک به کودکان و نوجوانان اما محدود به آن نیست.

برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد خدمات تخصصی بهداشت روان یا برای دریافت این خدمات، با طرح بهداشت روان (MHP) کانتی خود تماس بگیرید. طرح بهداشت روان (MHP) شما تعیین می کند که آیا شما واجد شرایط دریافت خدمات روانشناسی تخصصی هستید. می توانید شماره تلفن طرح بهداشت روان (MHP) را از دفتر دادآور یا مأمور رسیدگی به شکایات با تماس به شماره 1-888-452-8609 یا مراجعه به وب سایت <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> دریافت کنید.

دیگر برنامه ها و خدمات بهداشتی



شما برای درخواست یا دریافت پوشش، به رضایت والدین نیاز ندارید. خدمات شامل تنظیم خانواده و مراقبت های بارداری، و درمان برای سوءاستفاده از الکل یا مواد مخدر، بیماری های منتقله از راه جنسی، تجاوز جنسی و سلامت روان می شوند.

برنامه معلولین شاغل 250% (250% Working Disabled Program)

برنامه معلولین شاغل به بزرگسالان دارای معلولیت که نسبت به اکثر دریافت کنندگان Medi-Cal درآمد بیشتری دارند، پوشش Medi-Cal می دهد. اگر شما از طریق تامین اجتماعی یا شغل قبلی تان، درآمد معلولیت به دست آورده اید، ممکن واجد شرایط باشید. در این برنامه مستلزم به پرداخت حق بیمه ماهیانه کم، بسته به درآمد شما، بین \$20 تا \$250 خواهید بود. برای واجد شرایط بودن، شما باید:

- با تعریف تامین اجتماعی از معلولیت مطابقت داشته باشید، دارای درآمد معلولیت باشید، و اکنون از طریق کار کردن مقداری پول بدست آورید
- با قوانین درآمدی برنامه برای درآمد کسب شده و کسب نشده، هم خوانی داشته باشید
- با دیگر قوانین برنامه هم خوانی داشته باشید

Medi-Cal Access Program (MCAP)

MCAP پوشش بیمه بهداشتی جامع کم هزینه به افراد حامله ارائه می کند. MCAP هیچ گونه پرداخت مشترک یا فرانشیز بیمه برای خدمات تحت پوشش اش ندارد. کل هزینه برای MCAP برابر است با 1.5% از درآمد ناخالص تعدیلی اصلاحی (Modified Adjusted Gross Income) شما. برای مثال، اگر درآمد شما \$50,000 در سال است، هزینه شما برای پوشش برابر با \$750 خواهد بود. شما می توانید تمام آن مبلغ را به صورت یکجا یا به صورت اقساط ماهیانه در 12 ماه

California برنامه های دیگری نیز برای نیازهای بهداشتی شما ارائه می دهد. شما می توانید برای برخی از آن ها از طریق همان دفتر محلی کانتی که Medi-Cal را مدیریت می کند، درخواست نمایید.

از دفتر محلی کانتی تان

شما می توانید از همان دفتر محلی کانتی که برای Medi-Cal درخواست کرده اید، در مورد برنامه های زیر نیز جویا شوید. برای دریافت شماره تلفن کانتی خود به وب سایت <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> مراجعه کنید یا با شماره های **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)** تماس بگیرید.

جوان تحت مراقبت رضاعی سابق (Former Foster Youth)

اگر در تولد 18 سالگی یا بعد از آن، تحت مراقبت رضاعی بوده اید، ممکن واجد شرایط Medi-Cal رایگان باشید. پوشش ممکن تا تولد 26 سالگی شما ادامه داشته باشد. درآمد شما مهم نیست. نیازی نیست که در هنگام ارسال درخواست، درخواست Medi-Cal کامل پر کنید یا اطلاعات درآمدی یا مالیاتی ارائه دهید. برای پوشش سریع، با دفتر محلی کانتی خود تماس بگیرید.

خدمات بهداشتی محرمانه

اگر شما زیر 21 سال سن دارید، می توانید خدمات محرمانه را درخواست کنید. برای واجد شرایط بودن، شما باید:

- غیر مزدوج بوده و با والدین تان زندگی کنید، یا
- والدین شما مسئولیت تامین مالی شما را برعهده داشته باشند، مثلا دانشجویان دانشگاه

بپردازید. اگر باردار هستید و تحت پوشش Covered California هستید، می توانید پوشش خود را به MCAP تغییر دهید. نوزادانی که از افرادی به دنیا آمده اند که در MCAP ثبت نام نموده اند، برای Medi-Cal Access Infant Program یا برای Medi-Cal واجد شرایط هستند. برای واجد شرایط شدن برای MCAP، شما باید:

- ساکن California باشید
- در زمان درخواست در Medi-Cal بدون هزینه یا Medicare بخش A و بخش B ثبت نام نکرده باشید
- تحت پوشش هیچ طرح بیمه بهداشتی دیگری نباشید
- در چارچوب دستورالعمل درآمدی برنامه باشید

برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد MCAP، به وب سایت <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> مراجعه کنید یا با شماره 1-800-433-2611 تماس بگیرید.

برنامه خدمات حمایتی داخل منزل (In-Home Supportive Services-IHSS)

برنامه خدمات حمایتی داخل منزل (IHSS) برای خدمات پرداخت می کند تا شما بتوانید در منزل خودتان ایمن باقی بمانید. اگر واجد شرایط Medi-Cal هستید، ممکن است برای خدمات حمایتی داخل منزل (IHSS) نیز واجد شرایط باشید. اگر واجد شرایط Medi-Cal نیستید، ممکن است هنوز برای خدمات حمایتی داخل منزل (IHSS) واجد شرایط باشید اگر سایر معیارهای واجد شرایط بودن را داشته باشید. اگر دارای Medi-Cal بدون سهم هزینه بیمار (SOC) هستید، این طرح تمامی خدمات حمایتی داخل منزل (IHSS) شما را پرداخت می کند. اگر دارای Medi-Cal با سهم هزینه بیمار (SOC) هستید، قبل از پرداخت هرگونه خدمات حمایتی داخل منزل (IHSS)، باید با سهم هزینه بیمار (SOC) برای Medi-Cal خود را پرداخت کنید. برای واجد شرایط بودن، شما باید با یکی از موارد زیر مطابقت داشته باشید:

سن 65 سال و بیشتر

- نابینا
- معلول (به شمول کودکان معلول)
- دارای شرایط مزمن ناتوان کننده ای باشید که باعث اختلال عملکردی می شود که انتظار می رود که حداقل 12 ماه متمادی به طول می انجامد یا انتظار می رود که ظرف 12 ماه به مرگ منجر می شود

خدمات حمایتی داخل منزل (IHSS) می تواند موارد زیر را تحت پوشش قرار دهد:

خدمات داخل منزل مانند شستشوی پیشخوان های آشپزخانه یا تمیز کردن حمام

- آماده سازی وعده های غذایی
- خشکشویی
- خرید مواد غذایی
- خدمات مراقبت فردی
- همراهی به قرار ملاقات های پزشکی
- مراقبت های محافظتی برای افرادی که از نظر روحی و روانی دچار اختلال شده اند و بدون نظارت نمی توانند در خانه خود ایمن باقی بمانند
- خدمات پیراپزشکی

برای دریافت اطلاعات بیشتر به

<http://www.cdss.ca.gov/In-Home-SupportiveServices>

مراجعه کنید.

دیگر خدمات بهداشتی ایالتی

برنامه های زیر دارای فرآیند درخواست متفاوتی نسبت به Medi-Cal هستند. با استفاده از اطلاعات تماس ذکر شده، می توانید درخواست خود را ارسال کرده یا درباره برنامه اطلاعات بیشتری را کسب کنید.

برنامه درمان سرطان سینه و دهانه رحم

(Breast and Cervical Cancer Treatment Program)

برنامه درمان سرطان سینه و دهانه رحم به ساکنان کم درآمد و واجد شرایط California، درمان سرطان و خدمات مربوط به آن ها را ارائه می دهد. آنها باید توسط برنامه تشخیص سرطان (Cancer Detection Program)، هر زن به شمار می آید (Every Woman Counts)، یا توسط برنامه تنظیم خانواده، دسترسی، مراقبت، و درمان (Family Planning, Access, Care and Treatment programs) ازمایش و/یا ثبت نام شده باشند. برای واجد شرایط بودن، شما باید درآمدی زیر حد مشخص داشته باشید و برای سرطان سینه و دهانه رحم به درمان نیاز داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر با شماره 1-800-824-0088 تماس گرفته یا به آدرس BCCTP@dhcs.ca.gov ایمیل بزنید.

خدمات مبتنی بر خانه و جامعه

(Home and Community-Based Services)

Medi-Cal به برخی افراد سالخورده و افراد دارای معلولیت که واجد شرایط باشند اجازه می دهد به جای خانه سالمندان یا نهاد دیگری، در خانه یا در محیط اجتماعی درمان شوند. خدمات مبتنی بر خانه و جامعه شامل مواردی هم چون مدیریت پرونده (همراهی کمک ها و خدمات)، خدمات بهداشتی روزانه بزرگسالان، توانمندسازی (روزانه و مسکونی)، خانه داری، مراقبت بهداشتی در خانه، خدمات تغذیه ای، خدمات پرستاری،

و هماهنگ شده ای را به ارباب رجوع های دارای شرایط ویژه واجد شرایط ارائه می دهند. اگر خدمات در مزایای تحت پوشش طرح بهداشتی وجود ندارد، برنامه افراد دارای معلولیت ژنتیکی (GHPP) ارزیابی های مراکز مراقبت ویژه سالانه برای بزرگسالان ثبت نام کرده در Medi-Cal با شرایط بهداشتی صلاحیت طرح افراد دارای معلولیت ژنتیکی (GHPP) را تایید می کند.

برای درخواست طرح افراد دارای معلولیت ژنتیکی، درخواستی را تکمیل نمایید. آن را به شماره **1-800-440-5318** فکس کنید. برای اطلاعات بیشتر، با شماره **1-916-552-9105** تماس گرفته یا به وب سایت <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> مراجعه کنید.

آیا می دانستید؟



اگر شما برای
Supplemental Security Income (SSI)
واجد شرایط باشید، به طور خودکار برای
SSI-linked Medi-Cal نیز واجد شرایط هستید.



دفتر محلی کانتی شما می تواند در مورد برخی از مشکلات مربوط به **SSI Medi-Cal** به شما کمک کند. آن ها به شما اطلاع می دهند که آیا نیازی هست که برای حل مشکل، با یک اداره تامین اجتماعی (**Social Security Office**) تماس بگیرید یا خیر.

مراقبت شخصی و مراقبت استراحت می شود اما محدود به آنها نیست. شما باید برای **Medi-Cal** کامل واجد شرایط باشید و با تمامی قوانین برنامه مطابقت داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر، با **DHCS, Integrated Systems of Care Division** با شماره **1-916-552-9105** تماس بگیرید.

برنامه خدمات کودکان **California** (**California Children's Services Program-CCS**)

برنامه خدمات کودکان **California (CCS)** خدمات تشخیصی و درمانی، مدیریت پرونده پزشکی، و خدمات فیزیوتراپی و کار درمانی را به کودکان زیر 21 سال که از نظر شرایط بهداشتی واجد شرایط برنامه خدمات کودکان **California (CCS)** هستند، ارائه می دهد. شرایط بهداشتی واجد شرایط برنامه خدمات کودکان **California (CCS)** شرایطی است که باعث معلولیت جسمی شده یا به خدمات بهداشتی، جراحی یا توانبخشی نیاز دارند. خدماتی که توسط برنامه خدمات کودکان **California (CCS)** برای درمان کودکانی که در **Medi-Cal** ثبت نام هستند و دارای شرایط بهداشتی واجد شرایط برنامه خدمات کودکان **California (CCS)** هستند شامل خدماتی نیستند که اکثر طرح های بهداشتی پوشش می دهند. طرح بهداشتی **Medi-Cal** کماکان خدمات مراقبت های اولیه و بهداشتی پیشگیرانه را که با شرایط پزشکی واجد شرایط برنامه خدمات کودکان **California (CCS)** مرتبط نیستند، ارائه می دهد.

برای درخواست برای برنامه خدمات کودکان **California (CCS)** با اداره برنامه خدمات کودکان **California (CCS)** کانتی محلی تان تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر به وب سایت <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> مراجعه کنید یا با شماره **1-916-552-9105** تماس حاصل نمایید.

برنامه افراد دارای معلولیت ژنتیکی (**Genetically Handicapped Person's Program-GHPP**)

برنامه افراد دارای معلولیت ژنتیکی (**GHPP**) خدمات مدیریت اداری و پزشکی پرونده را ارائه داده و برای خدمات ضروری بهداشتی افرادی که در **California** زندگی می کنند، بیش از 21 سال سن دارند، و دارای شرایط بهداشتی واجد شرایط برنامه افراد دارای معلولیت ژنتیکی (**GHPP**) هستند، پرداخت می کند. شرایط صلاحیت برنامه افراد دارای معلولیت ژنتیکی (**GHPP**) شرایط ارثی مانند هموفیلی، فیبروز کیستیک، فنیلکتونوریا و بیماری سلول داسی شکل هستند که اثرات بهداشتی جدی دارند. برنامه افراد دارای معلولیت ژنتیکی (**GHPP**) از سیستم مراکز مراقبت ویژه (**Special Care Centers-SCCs**) استفاده می کند. مراکز مراقبت ویژه (**SSCs**) مراقبت های بهداشتی جامع

Medi-Cal عطف به ماسبق (Retroactive Medi-Cal)

اگر قبلاً برای خدمات بهداشتی یا دندانپزشکی که ظرف سه ماه دوره عطف به ماسبق دریافت کرده اید، پرداخت کرده اید، Medi-Cal ممکن به شما برای بازپرداخت کمک کند. شما باید مطالبه خود را ظرف یک سال پس از تاریخ خدمات، یا ظرف 90 روز پس از تایید واجد شرایط بودن Medi-Cal تان، هر کدام که طولانی تر است، ارائه کنید.

برای ارسال مطالبه، شما باید با بخش های زیر تماس بگیرید یا نامه ارسال کنید:

**Department of Health Care Services
Beneficiary Services
P.O. Box 138008
Sacramento, CA 95813-8008
1-916-403-2007 (TTY 1-916-635-6491)**

برای مطالبات خدمات بهداشتی، سلامت روانی، اختلال مصرف ماده، و خدمات پشتیبانی دورن منزل

**Medi-Cal Dental Beneficiary Services
P.O. Box 526026
Sacramento, CA 95852-6026
1-916-403-2007 (TTY 1-916-635-6491)**

برای مطالبات دندانپزشکی.

اگر دارای صورت حساب دندانپزشکی یا بهداشتی پرداخت نشده هستید، زمانی که برای Medi-Cal درخواست می فرستید، می توانید برای Medi-Cal عطف به ماسبق درخواست کنید. Medi-Cal عطف به ماسبق ممکن برای پرداخت صورت حساب های دندانپزشکی یا بهداشتی در هر یک از سه ماه قبل از تاریخ درخواست به شما کمک کند.

برای مثال، اگر شما در ماه آوریل برای Medi-Cal درخواست کرده اید، ممکن برای صورت حساب های خدمات بهداشتی یا دندانپزشکی دریافتی تان، در ماه های ژانویه، فوریه و مارس کمک بگیرید.

برای دریافت Medi-Cal عطف به ماسبق، شما باید:

- در ماه که خدمات بهداشتی دریافت کرده بودید برای Medi-Cal واجد شرایط باشید
- خدمات بهداشتی یا دندانپزشکی را که دریافت کرده بودید تحت پوشش Medi-Cal باشد
- ظرف یکسال پس از آن ماهی که خدمات پوششی را دریافت کردید، درخواست کنید
- شما باید با دفتر محلی کانتی تان برای درخواست Medi-Cal عطف به ماسبق تماس بگیرید

برای مثال، اگر شما برای شکستگی دست تان در ماه ژانویه 2017 تحت درمان بوده اید و در ماه آوریل 2017 برای Medi-Cal درخواست کرده اید، شما باید برای Medi-Cal عطف به ماسبق تا ژانویه 2018 درخواست کنید تا صورت حساب های بهداشتی پرداخت شوند.

به روز رسانی و تجدید من Medi-Cal



صورت آنلاین، حضوری، با تلفن، ایمیل یا فکس گزارش دهید. پوشش طرح مراقبت مدیریت شده شما در کانتی قبلی در آخرین روز ماه به پایان می رسد. شما باید در طرح مراقبت مدیریت شده در کانتی جدیدتان ثبت نام کنید.

زمانی که به طور موقت کانتی را ترک می کنید، Medi-Cal شما منتقل نخواهد شد. این شامل فرزندانی که به کالج می رود یا زمانی که شما از بستگان مریض تان پرستاری می کنید نیز می شود. برای گزارش تغییر نشانی موقت اعضای خانواده به یک کانتی جدید، با دفتر محلی کانتی تان تماس بگیرید. دفتر محلی کانتی نشانی را به روز رسانی می کند تا عضو خانواده بتواند در یک طرح بهداشتی در کانتی جدید ثبت نام کند.

چگونه می توانم پوشش Medi-Cal خود را تجدید کنم؟

برای حفظ مزایای Medi-Cal تان، باید حداقل یکبار در سال آن را تجدید کنید. اگر دفتر محلی کانتی تان نمی تواند با استفاده از منابع الکترونیکی پوشش Medi-Cal تان را تجدید کند، آن ها برای شما فرم تجدید ارسال می کنند. شما باید اطلاعات جدید یا تغییر یافته را ارائه دهید. در ضمن، شما باید جدیدترین اطلاعات تان را ارائه دهید. شما می توانید اطلاعات تان را به صورت آنلاین، یا تلفنی یا با دیگر ابزارهای الکترونیکی موجود در کانتی تان، بازگشت دهید. اگر فرم تجدید را با پست ارسال کنید یا به صورت حضوری ارائه می دهید، باید آن را امضاء کنید.

اگر اطلاعات مورد نیاز را تا تاریخ مقرر ارائه ندهید، مزایای Medi-Cal شما به اتمام خواهد رسید. دفتر محلی کانتی شما یک اطلاعیه برای اقدام را از طریق پست برای شما ارسال می کند. شما 90 روز فرصت دارید که تمامی اطلاعات مورد نیاز را بدون نیاز به درخواست مجدد، به دفتر محلی کانتی تان ارائه دهید. اگر شما اطلاعات مورد نیاز را در 90 روز ارائه کنید و کماکان برای Medi-Cal واجد شرایط بودید، دفتر محلی کانتی شما Medi-Cal تان را بدون وقفه در پوشش، باز می گرداند.

شما باید هرگونه تغییرات در خانواده را ظرف 10 روز به دفتری محلی کانتی تان گزارش دهید. شما می توانید تغییرات را به صورت حضوری، آنلاین، با تلفن، ایمیل یا فکس گزارش دهید. تغییرات می توانند بر واجد شرایط بودن Medi-Cal شما تاثیر بگذارند.

شما باید هر یک از موارد زیر را گزارش دهید:

- ازدواج کردن یا طلاق گرفتن
- داشتن بچه، به فرزند خواندگی بچه یا گذاشتن یک بچه برای پذیرش
- تغییر در درآمد یا ملک (اگر قابل اجرا باشد)
- دریافت پوشش بهداشتی دیگر از جمله از طریق یک شغل یا برنامه ای مثل Medicare
- نقل مکان، یا تغییر در افرادی که در خانه شما زندگی می کنند
- تغییر در وضعیت معلولیت
- تغییر در وضعیت ارائه مالیاتی شامل تغییر در وابستگان مالیاتی
- تغییر در وضعیت شهروندی یا مهاجرتی
- به زندان افتاده (حبس، زندان، و غیره) یا از زندان آزاد شده
- تغییر در وضعیت سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا یا تغییر در وضعیت قبیله ای تان
- تغییر نام، تاریخ تولد، یا شماره تامین اجتماعی (SSN)
- هرگونه تغییر دیگری که می تواند بر درآمد یا اندازه خانواده شما تاثیر بگذارد

اگر من به کانتی دیگری در California نقل مکان کنم، چه اتفاقی می افتد؟

اگر شما به کانتی دیگری در California نقل مکان کنید، می توانید پرونده Medi-Cal خود را به کانتی جدید انتقال دهید. این کار تحت عنوان انتقال کانتی به کانتی (Inter-County Transfer-ICT) نامیده می شود. شما باید تغییرات نشانی خود را ظرف 10 روز پس از تغییر به یکی از دو کانتی گزارش دهید. شما می توانید تغییرات نشانی خود را به



حقوق و مسئولیت ها

زمانی که برای Medi-Cal درخواست می کنید، فهرستی از حقوق و مسئولیت هایتان را دریافت می کنید. این فهرست شامل الزامات مربوط به گزارش دادن تغییرات در نشانی یا درآمد، یا باردار شدن فرد یا به دنیا آوردن نوزاد می شود. برای یافتن به روز ترین فهرست حقوق و مسئولیت های شما، می توانید با دفتر محلی کانتی تان تماس بگیرید یا به صورت آنلاین از نشانی زیر بدست آورید:

اگر با آن چه برای درخواست یا واجد شرایط بودن Medi-Cal تان اتفاق می افتد، موافق نیستید، این حق را دارید که برای دادرسی عادلانه ایالتی اقدام کنید. این مورد می تواند زمانی باشد که:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

• شما با اقدام یک کانتی یا ایالت در درخواست Medi-Cal تان موافق نیستید

- کانتی در مورد درخواست Medi-Cal تان ظرف 45 روز، تصمیمی را اعلام نمی کند.
- تغییرات در سهم هزینه بیمار یا واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal

حقوق استیناف و دادرسی

مزایا و خدمات مراقبت بهداشتی

اگر با رد یکی از مزایا یا خدمات مراقبت بهداشتی مخالف هستید، حق دارید درخواست استیناف نمایید.

اگر در طرح Medi-Cal Managed Care هستید و نامه اطلاعیه برای اقدامی دریافت کرده اید مبنی بر این که یکی از مزایا یا خدمات مراقبت بهداشتی برای شما رد شده است، شما حق دارید درخواست استیناف نمایید.

شما باید ظرف 60 روز از تاریخ موجود بر روی اطلاعیه برای اقدام، درخواست استیناف را به طرح خود ارسال نمایید. پس از این که شما درخواست استیناف خود را ارسال نمودید، طرح در مدت 30 روز تصمیمی را ارسال خواهد نمود. اگر ظرف 30 روز تصمیمی را دریافت نکردید یا از تصمیم طرح راضی نبودید، می توانید برای دادرسی عادلانه ایالتی اقدام کنید. یک قاضی پرونده شما را بازبینی خواهد نمود. شما باید قبل از درخواست دادرسی عادلانه ایالتی، برای طرح خود درخواست استیناف ارسال نمایید. شما باید ظرف 120 روز از تاریخ مکتوب تصمیم استیناف طرح، درخواست دادرسی عادلانه ایالتی را ارسال نمایید.

تصمیمات واجد شرایط بودن

اگر شما نامه اطلاعیه برای اقدام مبنی بر یک تصمیم واجد شرایط بودن که شما با آن موافق نیستید دریافت کنید، شما می توانید با مددکار کانتی تان صحبت کنید و/یا برای دادرسی عادلانه ایالتی اقدام کنید. اگر شما نتوانستید عدم توافق تان را از طریق کانتی حل کنید، باید برای دادرسی عادلانه ایالتی ظرف 90 روز از تاریخ موجود بر روی اطلاعیه برای اقدام، درخواست کنید. شما می توانید با تماس با دفتر محلی کانتی تان، برای دادرسی عادلانه ایالتی اقدام کنید. همچنین می توانید با بخش های زیر تماس گرفته یا نامه ارسال کنید:

California Department of Social Services
Public Inquiry and Response
PO Box 944243, M.S. 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
1-800-743-8525, (TTY 1-800-952-8349)

اگر در طرح Medi-Cal با پرداخت هزینه در ازای خدمات

همچنین می‌توانید درخواست دادرسی خود را به صورت آنلاین از طریق سایت زیر ارسال کنید:

<http://www.cdss.ca.gov/>

جهت کمک گرفتن برای جلسه دادرسی خود، می‌توانید درخواست ارجاع به یک کمک قانونی کنید. شما ممکن بتوانید کمک حقوقی رایگان در دفتر محلی کمک حقوقی یا اداره حقوق رفاهی دریافت کنید.

مسئولیت شخص ثالث

اگر دچار صدمه شده‌اید، می‌توانید از Medi-Cal خود برای دریافت خدمات پزشکی استفاده کنید. اگر به خاطر خسارت یا مصدومیت خود خسارت بیمه مطالبه کنید یا علیه شخصی اقدامه دعوی کنید، می‌بایست ظرف 30 روز از تاریخ ثبت مطالبه یا اقدام آن را به اطلاع برنامه مصدومیت شخصی Medi-Cal (Personal Injury-PI) برسانید. باید به دفتر محلی کانتی خود و همچنین برنامه مصدومیت شخصی اطلاع دهید.

به منظور اطلاع به برنامه مصدومیت شخصی Medi-Cal لطفاً فرم «اعلان مصدومیت شخصی (پرونده جدید)» را تکمیل کنید. می‌توانید آن را در وب سایت زیر پیدا کنید. اگر به اینترنت دسترسی ندارید، لطفاً از وکیل یا نماینده شرکت بیمه خود بخواهید تا از جانب شما به برنامه مصدومیت شخصی Medi-Cal اطلاع رسانی کند. می‌توانید فرم های اعلان و بروزرسانی را در آدرس زیر بیابید: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

اگر وکلی را به نمایندگی برای مطالبه یا طرح دعوی خود استخدام کنید، آنگاه آن وکیل مسئول اطلاع رسانی به برنامه مصدومیت شخصی Medi-Cal و ارائه نامه مجوز خواهد بود. این مجوز به کارمندان Medi-Cal امکان می‌دهد که با وکیل شما تماس گرفته و در مورد پرونده مصدومیت شخصی شما صحبت کنند. Medi-Cal کسی را به نماینده یا وکیل معرفی نمی‌کند. کارمندان می‌توانند اطلاعاتی ارائه دهند که به وکیل در طول فرآیند دادرسی کمک کند.

بازیابی دارایی

برنامه Medi-Cal می‌بایست از دارایی برخی از اعضای Medi-Cal که فوت کرده اند بازپرداخت دریافت کند. بازپرداخت، محدود به پرداخت های انجام شده، مثل حق بیمه مراقبت های مدیریت شده، برای خدمات مرکز پرستاری، خدمات در منزل و مبتنی بر جامعه، و خدمات مربوط به بیمارستان و خدمات داروهای تجویزی مربوط به زمانی می‌شود که ذینفع:

- یک بیمار بستری در یک مرکز پرستاری بوده یا
- در 55 سالگی خود یا بعد از آن، خدمات در منزل یا مبتنی بر جامعه دریافت کرده باشد.

اگر فکر می‌کنید که به طور غیرقانونی بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصالت ملی، وابستگی گروه قومی، سن، ناتوانی های روانی، ناتوانی های جسمی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تاهل، جنسیت، هویت جنسیتی، یا گرایش جنسی مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید به دفتر حقوق مدنی DHCS (Office of Civil Rights) شکایت کنید.

برای اطلاعات بیشتر درباره روش شکایت در مورد تبعیض، به "اگهی الزامی فدرال جهت اطلاع رسانی به افراد در مورد عدم تبعیض و مقتضیات دسترسی" در صفحه 23 مراجعه کنید.

درباره دادرسی عادلانه ایالتی

ایالت به شما خواهد گفت که درخواست دادرسی شما را دریافت کرده است. یک اطلاعیه در مورد زمان، تاریخ و مکان دادرسی خود دریافت خواهید کرد. یک نماینده دادرسی، پرونده شما را بررسی و سعی به حل مسئله شما می‌کند. اگر کانتی/ایالت یک پیشنهاد توافق برای حل مسئله شما داشته باشد، آن را به صورت مکتوب دریافت خواهید کرد.

می‌توانید به یک دوست، عضو خانواده یا وکیل اجازه کتبی دهید که در جلسه دادرسی به شما کمک کند. اگر نتوانید مسئله خود را به طور کامل با کانتی یا ایالت حل کنید، شما یا نماینده تان باید در دادرسی عادلانه ایالتی شرکت کنید. دادرسی شما می‌تواند به طور حضوری یا از طریق تلفن باشد. یک قاضی که برای کانتی یا برنامه Medi-Cal کار نمی‌کند، پرونده شما را دادرسی خواهد کرد.

شما حق استفاده از کمک رایگان زبانی دارید. زبان خود را در درخواست دادرسی خود قید کنید. یا به نماینده دادرسی بگویید که می‌خواهید از یک مترجم شفاهی رایگان استفاده کنید. شما نمی‌تواند از خانواده یا دوستان برای ترجمه شفاهی در جلسه دادرسی استفاده کنید.

اگر دارای معلولیتی هستید و نیاز معقول و منطقی به کمک برای شرکت در فرآیند دادرسی عادلانه دارید، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید:
1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349)
همچنین می‌توانید به این آدرس ایمیل ارسال کنید:
SHDCSU@DSS.ca.gov

اگر متوفی دارایی که مصدق وصیت نامه باشد از خود به جای نگذارد، یا هنگام فوت هیچ چیز نداشته باشد، آنگاه چیزی بدهکار نخواهد بود.

برای اطلاعات بیشتر به وبسایت
<http://dhcs.ca.gov/er> مراجعه کنید یا با شماره
1-916-650-0590 تماس حاصل نمایید.

تقلب Medi-Cal

مسئولیت های ذینفع

پیش از دریافت خدمات، ذینفع همیشه باید مدرک پوشش Medi-Cal را به ارائه دهندگان ارائه کند. اگر بیش از یک دکتر یا دندانپزشک شما را معالجه می کنند، باید به هر کدام از دکترها یا دندانپزشک ها درباره سایر دکترها یا دندانپزشک ها اطلاع دهید.

این مسئولیت و وظیفه شماست که از مزایای Medi-Cal سوء استفاده یا استفاده نادرست نکنید. این جرم است که:

- اجازه دهید افراد دیگر از مزایای Medi-Cal شما استفاده کنند
- بر اساس اظهارات نادرست به ارائه دهنده، دارو بگیرید

کارت شناسایی مزایا (BIC) خود را به کسی بفروشید یا قرض دهید، یا کارت شناسایی مزایا (BIC) خود را به کسی جز ارائه دهنده خدمات خود بدهید آنچنان که در دستورالعمل Medi-Cal آمده است.

سوء استفاده از کارت شناسایی مزایا (BIC) / مزایای Medi-Cal یک جرم است. این کار می تواند منجر به اقدامات منفی در پرونده شما یا پیگرد قانونی شود. اگر گمان به تقلب، تضییع یا سوء استفاده از Medi-Cal داشتید، از طریق این شماره به صورت محرمانه گزارش دهید 1-800-822-6222.

آگاهی الزامی فدرال جهت اطلاع رسانی به افراد در مورد عدم تبعیض و مقتضیات دسترسی

DHCS با قوانین مربوط به حقوق مدنی فدرال و ایالتی مطابقت دارد. DHCS هیچ تبعیض غیرقانونی بر اساس جنس، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصالت ملی، تطبیق گروه قومی، سن، ناتوانی روانی، ناتوانی های جسمی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تاهل، جنسیت، هویت جنسی و یا گرایش جنسی قائل نمی شود. DHCS بر اساس جنس، نژاد، رنگ پوست،

مذهب، تبار، اصالت ملی، تطبیق گروه قومی، سن، ناتوانی روانی، ناتوانی های جسمی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تاهل، جنسیت، هویت جنسی و یا گرایش جنسی با کسی متفاوت رفتار نکرده یا او را محروم نمی کند. DHCS:

- به افراد دارای معلولیت کمک و خدمات رایگان ارائه می دهد تا بتوانند به طور موثر با DHCS ارتباط برقرار کنند، که عبارتند از:

- مترجمان واجد شرایط زبان اشاره
- اطلاعات کتبی با فرمت های دیگر مانند فرمت چاپی بزرگ، فرمت صوتی، فرمت های الکترونیکی قابل دسترس و سایر فرمت ها
- ارائه خدمات زبانی رایگان به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نباشد، نظیر:
- مترجمان شفاهی واجد شرایط
- اطلاعات مکتوب به زبان های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید با اداره حقوق مدنی با این شماره تماس حاصل نمایید:

1-916-440-7370, (Ext. 711, California State Relay)
یا به آدرس زیر ایمیل ارسال کنید: CivilRights@dhcs.ca.gov.

اگر اعتقاد دارید که DHCS نتوانسته است این خدمات را ارائه دهد یا به طریقی دیگر بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصالت ملی، تطبیق گروه قومی، سن، ناتوانی روانی، ناتوانی های جسمی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تاهل، جنسیت، هویت جنسی و یا گرایش جنسی مورد تبعیض واقع شده اید، می توانید شکایت خود را به این آدرس بفرستید:

Office of Civil Rights
PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
1-916-440-7370,
(Ext. 711, CA State Relay)
Email: CivilRights@dhcs.ca.gov

اگر برای ثبت شکایت به کمک احتیاج دارید، دفتر حقوق مدنی می تواند به شما کمک کند. فرم های شکایت از این آدرس در دسترس هستند:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

اگر اعتقاد دارید بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصالت ملی، سن، معلولیت، یا جنسیت مورد تبعیض واقع

منابع مهم

شده اید، می توانید شکایت خود را نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S. Department of Health and Human Services) ثبت کنید. می توانید شکایت خود را به صورت الکترونیکی از طریق پرتال دفتر حقوق مدنی به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> یا از طریق پست یا تلفنی ثبت نمائید.

U.S. Department of Health and Human Services

**200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, TTY 1-800-537-7697**

می توانید فرم شکایت را از آدرس زیر دریافت کنید:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

این سند مطابق با بخش 508 مربوط به استانداردهای دسترسی می باشد. این نشر همچنین می تواند در قالب بریل، چاپ بزرگ و سایر فرمت های الکترونیکی در پاسخ به درخواست اقامت معقول فرد واجد شرایط دارای معلولیت، در دسترس قرار گیرد. برای درخواست یک نسخه از این نشر با فرمت دیگر با بخش واجد شرایطی Medi-Cal به شماره تماس (1-916-552-9200 (TTY 1-800-735-2929) تماس حاصل نمایید یا به آدرس MCED@dhcs.ca.gov ایمیل ارسال کنید.

کمک زبانی

Attention: If you speak English, you can call 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) for free help in your language. Call your local county office for eligibility issues or questions. (English)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فيمكنك الاتصال برقم 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) للمساعدة المجانية بلغتك. اتصل بمكتب المقاطعة المحلي للمشكلات أو الأسئلة المتعلقة بالتأهل. (Arabic)

Ուշադրություն: Եթե Դուք հայերեն եք խոսում, կարող եք զանգահարել 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) և անվճար օգնություն ստանալ Ձեր լեզվով: Իրավասության հետ կապված խնդիրների կամ հարցերի դեպքում

آنلاین

سایت اصلی Medi-Cal:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

دریافت myMedi-Cal اپلیکیشن تلفن هوشمند برای کمک به شما برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد پوشش، یافتن کمک محلی، و موارد بیشتر!



شماره های تلفن

**Medi-Cal Members & Providers:
1-800-541-5555**

**Medi-Cal Managed Care:
1-800-430-4263
(TTY 1-800-430-7077)**

**Office of the Ombudsman:
1-888-452-8609**

**State Fair Hearing:
1-800-743-8525
(TTY 1-800-952-8349)**

**Covered California:
1-800-826-6317**

**Medi-Cal Dental Program:
1-800-322-6384**



nor, maaiv zuqc cuotv nyaanh gunv korh waac mingh
taux 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) yiem
wuov maaih mienh tengx faan waac bun meih hiuv duv.
Guv korh waac taux meih nyei kaau dih nyei mienh, Se
gorngv meih oix hiuv taux, meih maaih fai maaiv maaih
ndaam-dorng leiz puix duqv ziqv nyei buanc. (Mien)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ
ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮੁਫਤ ਸਹਾਇਤਾ ਪਾਉਣ ਲਈ 1-800-541-
5555 (TDD 1-800-430-7077) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
ਪਾਤਰਤਾ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਵਾਦਾਂ ਜਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਲਈ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ
ਕਾਉਂਟੀ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

Внимание: Если Вы говорите по-русски, Вы можете
позвонить по номеру 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077), чтобы получить бесплатную
помощь на Вашем языке. Позвоните в Ваш местный
окружной офис по вопросам или проблемам,
связанным с соответствием требованиям.
(Russian)

Atención: Si usted habla español puede llamar al
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) para
obtener ayuda gratuita en su idioma. Llame a la oficina
local de su condado si tiene algún problema o alguna
pregunta sobre elegibilidad. (Spanish)

Atensiyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari
kang tumawag sa 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) para sa librang tulong sa
wika mo. Tawagan ang lokal mong tanggapan sa
county para sa mga isyu sa pagiging nararapat o mga
tanong. (Tagalog)

โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย
ท่านสามารถโทรศัพท์ไปที่เบอร์ 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) เพื่อรับความช่วยเหลือในภาษา
ของท่านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กรุณาโทรศัพท์หาสำนักงานประจำ
ท้องถื่นของท่านเพื่อสอบถามเกี่ยวกับสิทธิ์ของท่าน (Thai)

Увага: Якщо ви розмовляєте українською, ви
можете зателефонувати за номером 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077), щоб отримати безкоштовну
допомогу Вашою мовою. З питань стосовно права
на пільги та іншої інформації, телефонуйте до
вашого місцевого окружного офісу. (Ukrainian)

Lưu ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, quý vị có thể gọi
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) để được trợ
giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của mình. Hãy gọi văn
phòng quận địa phương của quý vị nếu có các vấn đề
hoặc thắc mắc về tính đủ điều kiện. (Vietnamese)

դանգարհարք Զեք շրջանային գրասենյակ:
(Armenian)

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ
អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) សម្រាប់នូវ យដោយឥតគិតថ្លៃ
លៃជាភាសារបស់អ្នក។ ទូរសព្ទ ទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូ
លដ្ឋា នរបស់អ្នក កសម្រាប់បញ្ហា ទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបានសេវា
ឬក្នុងករណីមានសំណួរណាមួយ។ (Cambodian)

注意: 如果您使用中文, 請撥打1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) 免費獲得以您所用語言提
供的協助。關於資格的爭議或問題請致電您所在縣
的辦事處。 (Chinese)

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، می توانید برای
دریافت کمک رایگان به زبان خود با شماره
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) تماس
بگیرید. برای مسائل مربوط به صلاحیت یا سوالات، با دفتر محلی
شهرستان خود تماس بگیرید. (Farsi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषी हैं, तो आप अपनी
भाषा में नि:शुल्क सहायता के लिए
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) पर कॉल
कर सकते हैं। योग्यता संबंधी समस्याओं या प्रश्नों
के लिए अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय को कॉल
करें। (Hindi)

Lus Ceeb Toom: Yog tias koj hais lus Hmoob, koj
tuaj yeem hu rau tus xov tooj 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) kom tau kev pab koj dawb ua
koj hom lus. Hu rau lub chaw lis dej num hauv koj lub
nroog txog cov teeb meem kev tsim nyag tau txais kev
pab los yog cov lus nug. (Hmong)

注意: ご希望により、1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) へお電話いただければ日
本語で対応いたします。有資格問題または質問など
は、地域の代理店までお電話ください。 (Japanese)

주의: 한국어를 말하면, 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) 번으로 무료로 도움을
받으실 수 있습니다. 적격 문제 또는 질문은 해당
지역 카운티 사무소에 문의하십시오. (Korean)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໂທຫາເບີ
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) ເພື່ອຂໍ
ມຸ່ງຊ່ວຍເຫຼືອພຣີໃນພາສາຂອງທ່ານ. ໂທຫາຫ້ອງການເຂດໃນທ້ອງຖິ່
ນຂອງທ່ານເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື
ມີຄໍາຖາມອື່ນໆ. (Laotian)

Waac-mbungh: Se gorngv meih gongv mien waac

California Department of
Health Care Services
Capitol Avenue 1501
Sacramento, CA 95814

PUB 68 | DHCS تهيئه شده توسط
Office of Communications



PUB 68 FAR (0219) | myMedi-Cal
Department of Health Care Services
dhcs.ca.gov