

# myMedi-Cal

ເຮັດແນວໃດທ່ານເຖິງຈະໄດ້ຮັບການດູ ແລະສຸຂະພາບທີ່ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້





# ສາລະບານ

### 3 ຄວາມຄູ່ ມຄອງທາງສຸ ຂະພາບໃນຄາລິຟໍເນຍ

Medi-Cal ແລະ Covered California  
Medi-Cal ຂໍ້ ກ າມົດ  
Medi-Cal ການປຽບທຽບໂຄງການ

ການກວດຄັດ, ບົ່ງມະຕິ ພະຍາດ ແລະ ບົ່ງມະຕິໃນຕອນຕົ້ນ ແລະ ເປັນໄລຍະ (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment EPSDT)  
ບໍລິການເດີນທາງ  
ບໍລິການພິເສດທາງສຸ ຂະພາບຈິດ

### 7 ຊື່ າພະເຈົ້າ ຈະສະໝັກໄດ້ ແນວໃດ?

ວິທ ການສະໝັກ  
ເວລາໃນຂັ້ນຕອນການສະໝັກ

### 20 ໂຄງການແລະບໍລິການທາງສຸ ຂະພາບອື່ນໆ

Medi-Cal ຍ້ອນຫັງ (Retroactive Medi-Cal)

### 9 ຊື່ າພະເຈົ້າ ຈະໃຊ້ ສະຫວັດດີ ການ Medi-Cal ຂອງ ຊື່ ອຍແນວໃດ?

ການໄປຫາທ່ານໝໍ  
Medi-Cal ຈ່າຍເງິນເພື່ອຮັບບໍລິການ (Fee-for-Service)  
Medi-Cal ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງ (Share of Cost SOC)  
Medi-Cal Managed Care  
ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ມ ປະກັນສຸ ຂະພາບອື່ນ ຊ່ວຍໃນການເຂົ້າ ເຖິງການຮັກສາສຸ ຂະພາບ ການໃຊ້ Medicare ແລະ Medi-Cal ຮ່ວມກັນ

### 25 ການປັບປຸງ ຈຸ ມ ມ ນແລະຕໍ່ອາຍຸ ບັດ Medi-Cal ຂອງຊື່ າພະເຈົ້າ

ການລາຍງານຄວາມປ່ຽນແປງໃນຄົວເຮືອນ  
ການຍ້າຍອອກຈາກເຄົ້າຕໍ່ ຫຼື ລັດ  
ການຕໍ່ອາຍຸ ຂອງຂ້ອຍ Medi-Cal

### 16 ສະຫວັດດີ ການທີ່ ' Medi-Cal ຄອບຄຸ ມ

ບໍລິການທາງການແພດທີ່ ວໄປ  
ໂຄງການຄວາມຜິດປົກກະຕິຈາກການໃຊ້ຢາ (Substance Use Disorder Program)  
ບໍລິການດ້ານແຂ້ວ

### 27 ສິດທິ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບ

ສິດທິ ໃນການອຸ ທອນແລະພິ ຈາລະນາ ການໄຕ່ສວນຍຸ ຕິ ທຳ ຂອງລັດ  
ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງບຸ ກຄົນທີ່ ສາມ (Third Party Liability)  
ການເກັບຄ່າໜີ້ ຈາກຊັບສິນ (Estate Recovery)  
ການຫ ອກລວງກ່ຽວກັບ Medi-Cal ການບໍ່ ຈຳ ແນກແລະຂໍ້ ກຳ ນົດການເຂົ້າ ເຖິງ



# ການຄອບຄຸມ ສຸຂະພາບໃນລັດຄາລິ ຟໍເນຍ



“Medi-Calຂອງຊື່ າພະເຈົ້າ ຈະໄດ້ ການດູ ແລສຸ ຂະພາບ ແບບທີ່ ທ່ານຕ້ອງການໄດ້ ແນວໃດ” ບອກຊາວຄາລິຟໍເນຍວ່າ ຈະສະໜັກເອ າປະກັນສຸ ຂະພາບ Medi-Cal ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຫ ເສຍຄ່າໃນລາຄາຖ ກໄດ້ແນວໃດ. ທ່ານຈະໄດ້ຮຽນຮູ້ວ່າຈະຕ້ອງ ເຮັດແນວໃດເຖິງຈະມ ຄຸ ນສົມບັດ. ຄຳແນະນຳນີ້ ຍັງໄດ້ບອກ ທ່ານນຳວ່າຈະໃຊ້ສະຫວັດດ ການ Medi-Cal ແນວໃດ. ມັນບອກ ທ່ານວ່າຈະລາຍງານການປ່ຽນແປງຍາມໃດ ທ່ານຄວນເກັບຄຳແນະ ນຳນີ້ ໄວ້ໃຊ້ຖ້າທ່ານມ ຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Medi-Cal.

ລັດຄາລິຟໍເນຍມ ວິທ ການເອ າຄວາມຄູ່ ມຄອງທາງສຸ ຂະພາບສອງວິທ ມີ ນແມ່ນ “Medi-Cal” ແລະ “Covered California.” ທັງສອງໂຄງການໃຊ້ການສະໜັກ ດຽວກັນ.

## Medi-Cal ແມ່ນຫຍັງ?

Medi-Cal ແມ່ນໂຄງການ Medicaid ຂອງລັດຖະບານກາງ ໃນແບບຂອງຄາລິຟໍເນຍ. Medi-Cal ມີ ຄວາມຄູ່ ມຄອງທາງ ສຸ ຂະພາບແບບບໍ່ ເສຍຄ່າແລະແບບລາຄາຖ ກໃຫ້ຜູ້ທີ່ ມີ ສິດ ທີ່ ອາໄສຢູ່ ລັດຄາລິຟໍເນຍ.

Department of Health Care Services (DHCS) ຄວບຄຸ ມດູ ແລໂຄງການ Medi-Cal.

ຫ້ອງການເຄົ້າ າຕີ້ ຫ້ອງຖີ່ ນຂອງທ່ານເປັນຜູ້ ຈັດການເຄສ Medi-Cal ໃຫ້ກັບ DHCS. ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫ້ອງເຄົ້າ າຕີ້ ຫ້ອງຖີ່ ນທ່ານໄດ້ທີ່ [www.benefitscal.com](http://www.benefitscal.com).

ເພື່ອເອ າໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງຫູ້ ອຸງການ ເຄົ້າ າຕີ້ ຫ້ອງຖີ່ ນຂອງທ່ານ, ໄປທີ່ :  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>  
ຫຼື ໂທ 1-800-541-5555  
(TTY 1-800-430-7077)

ທ່ານກໍ່ຍັງສາມາດໂທໄປທີ່ ຫ້ອງການເຄົ້າ າຕີ້ ຫ້ອງຖີ່ ນຂອງທ່ານ ໄດ້ນຳ ຫ້ອງການເຄົ້າ າຕີ້ ຫ້ອງຖີ່ ນທ່ານໃຊ້ຂໍ້ ເທັດຈິງຫາຍຢ່າງ ໃນການຕັດສິນວ່າທ່ານສາມາດຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫອແບບໃດໄດ້ ຈາກ Medi-Cal. ມີ ນແມ່ນ:

- ທ່ານມ ລາຍໄດ້ເທົ່າໃດ
- ອາຍຸ ຂອງທ່ານ
- ອາຍຸ ຂອງເດັກນ້ອຍທີ່ ຢູ່ ໃນໃບສະໜັກຂອງທ່ານ
- ບໍ່ວ່າທ່ານຈະຖ ພາ, ຕາບອດຫລ ພິການ
- ກ່ຽວກັບວ່າທ່ານໄດ້ຮັບ Medicare

ຄົນສ່ວນຫ າຍທີ່ ສະໜັກເອ າ Medi-Cal ສາມາດຫາຄຳຕອບໄດ້ ວ່າພວກເຂ າມ ຄຸ ນສົມບັດອ ງຕາມລາຍໄດ້ຂອງເຂ າຫ ບໍ່. ສຳລັບ Medi-Cal ບາງປະເພດ, ຜູ້ ສະໜັກອາດຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ ມູ ນ ກ່ຽວກັບຊັບສິນແລະອະສັງຫາຊັບຂອງພວກເຂ ານຳ. ຖ້າທ່ານ ຕ້ອງການຮຽນຮູ້ ເພີ່ມເຕ ມ, ເບິ່ ງການປຽບທຽບໂຄງການ Medi-Cal ຢູ່ໜ້າ 6.

# Covered California ເມີ ນຫຍັງ?

Covered California ແມ່ນຕະຫລາດປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ ທ່ານສາມາດປຽບທຽບແຜນປະກັນສຸຂະພາບຈາກບໍລິສັດປະກັນໄພທີ່ມີ ຍີ່ ທີ່ ຫຼື ຊື່ ຈາກແຜນທີ່ ວ່າໄປ. ຖ້າລາຍໄດ້ຂອງທ່ານສູງ ກິນໄປສູ່ ລັບ Medi-Cal, ທ່ານອາດມີ ຄຸນສົມບັດໃນການຊື້ ປະກັນສຸຂະພາບຜ່ານ Covered California.

Covered California ມີ “ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ ອາການຈ່າຍເບ້ຍປະກັນ (premium assistance).” ມັນຊ່ວຍຫາ ດຄ່າດູ ແລະ ສຸຂະພາບຂອງບຸກຄົນແລະຄອບຄົວທີ່ສະໝັກເຂົ້າແຜນສຸຂະພາບແລະມີ ລາຍໄດ້ຕາມຄຸນສົມບັດທີ່ກຳນົດ Covered California. ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານຕ້ອງຢູ່ ໃນຂັ້ນ ຈຳກັດຂອງໂຄງການ Covered California ເພື່ອຈະມີ ສິດຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອອາການຈ່າຍເບ້ຍປະກັນ.

Covered California ມີ ຄວາມຄື ມຄອງໃຫ້ທ່ານເລ ອກສີ່ລະດັບ: ທອງແດງ, ຕຶງ, ຄ າ, ແລະຄຳຂາວ. ສະຫວັດດ ການຂອງແຕ່ລະລະດັບແມ່ນຄ ກັນບໍ່ວ່າທ່ານຈະເລ ອກບໍລິສັດປະກັນໄພໂຕໃດກໍ່ຕາມ. ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານແລະຂໍ້ ເທັດຈິງອື່ນໆຈະເປັນປັດໄຈທີ່ ຕັດສິນວ່າທ່ານມີ ຄຸນສົມບັດເໝາະກັບໂຄງການໃດ.

ເພື່ອຮຽນຮູ້ ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບ Covered California, ໄປທີ່ [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) ຫາ ໂທ (800) 357-7976 (TTY 1-888-889-4500).

## ຂໍ້ ກຳນົດເພື່ອເອົາ Medi-Cal ແມ່ນຫຍັງແດ່?

ທ່ານຈະມີ ສິດຮັບ Medi-Cal ໄດ້ຕໍ່ເມື່ອທ່ານອາໄສຢູ່ ໃສລັດຄາລິຟໍເນຍແລະມີ ຄຸນສົມບັດບາງຢ່າງ. ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ແລະຂໍ້ ມູນການເສຍພາສ ຂອງທຸກຄົນໃນຄອບຄົວທ່ານແລະຢູ່ ໃນບັນຊາ ການຄ ນເງິນພາສ ຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງອາດຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ ມູນກ່ຽວກັບຊັບສິນຂອງທ່ານນຳ.

ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເສຍພາສ ເພື່ອໃຫ້ມີ ສິດຮັບ Medi-Cal. ທ່ານສາມາດລົມກັບ ສຳນັກງານອາກອນພາຍໃນ (Internal Revenue Service-IRS) ເພື່ອຖາມກ່ຽວກັບການເສຍພາສ ຫລື ມີ ຜູ້ ເຮັດວຽກພາສ ມີ ອາຊ ບກໍ່ໄດ້.

ທຸກຄົນທີ່ສະໝັກເອົາ Medi-Cal ຕ້ອງໃຫ້ ເລກປະກັນສັງຄົມ (Social Security Number-SSN) ຖ້າເຂົາເຈົ້າມີ. ທຸກຄົນທີ່ຂໍ Medi-Cal ຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ ມູນກ່ຽວກັບສະຖານະການເຂົ້າ າມ ອງຂອງໃຜຂອງລາວ. ສະຖານະການເຂົ້າ າມ ອງທີ່ທ່ານໃຫ້ ເພື່ອເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສະໝັກເອົາ Medi-Cal ແມ່ນເປັນຄວາມລັບ. ສຳນັກງານກວດຄົ້ນເຂົ້າ າມ ອງແລະສັນຊາດແຫ່ງສະຫະລັດອາເມລິກາ (United States Citizenship and Immigration Services) ບໍ່ສາມາດໃຊ້ຂໍ້ ມູນນີ້ ສຳລັບການບັງຄັບໃຊ້ທາງດ້ານການເຂົ້າ າມ ອງຍົກເວັ້ນວ່າທ່ານກຳລັງເຮັດ ຜິດຂໍ້ ຫາຫາ ອກລວງ.

ຜູ້ ໃຫຍ່ທີ່ອາຍຸ 19 ປີ ຂຶ້ນໄປອາດມີ ສິດໃນການຮັບສະຫວັດດ ການ Medi-Cal ແບບຈຳກັດໄດ້ເຖິງແມ່ນວ່າພວກເຂົາ ຈະບໍ່ມີ ເລກປະກັນສັງຄົມຫລື ບໍ່ສາມາດພິສູ ດສະຖານະການເຂົ້າ າມ ອງຂອງເຂົາ ເຈົ້າໄດ້ກໍ່ຕາມ. ສະຫວັດດ ການເຫ່ານນີ້ ຄອບຄຸມ ກໍລະນີ ສຸກເສ ນ, ກໍລະນີ ກ່ຽວກັບການຖ ພາແລະບໍລິການ ການດູ ແລໄລຍະຍາວ (long-term care).

ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍ Medi-Cal ໃຫ້ລູກທ່ານໄດ້ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ມີ ສິດຮັບຄວາມຄື ມຄອງສູງສຸດກໍ່ຕາມ.

ໃນລັດຄາລິຟໍເນຍ, ສະຖານະການເຂົ້າ າມ ອງບໍ່ມີ ຜົນກະທົບຕໍ່ສະຫວັດດ ການ Medi-Cal ສຳລັບເດັກນ້ອຍອາຍຸ ຕ່ຳກວ່າ 19 ປີ. ເດັກນ້ອຍອາດມີ ສິດຮັບຄວາມຄື ມຄອງ Medi-Cal ສູງສຸດ, ໂດຍທີ່ບໍ່ຕ້ອງຄຳນ ງເຖິງສະຖານະການເຂົ້າ າມ ອງ.

ຖ້າຕ້ອງການຮຽນຮູ້ ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດລະບຽບຂອງໂຄງການ Medi-Cal ອ່ານການປຽບທຽບ Medi-Cal ໄດ້ຢູ່ ໜ້າຕໍ່ໄປ.

# ການປຽບທຽບໂຄງການ Medi-Cal

## MAGI

## ກັບ

## Non-MAGI

ວິທ ການຂອງ MAGI Medi-Cal ໄດ້ສຸ ດທິດັດແປ ງປີ ບປ່ຽນແລ້ວ (The Modified Adjusted Gross Income-MAGI) Medi-Cal ໃຊ້ກົດລະບຽບພາສ ຂອງ ລັດຖະບານກາງໃນການຕັດສິ ນວ່າທ່ານຈະມ ສິດໄດ້ຮັບຫ ບໍ່ ຂໍ້ ນຢູ່ ກັບພາສ ແລະລາຍໄດ້ທີ່ນັບໄດ້ຂອງທ່ານ.

Non-MAGI Medi-Cal ມ ຫ າຍໂຄງການ. ຜູ້ ທີ່ບໍ່ມ ສິດ ຮັບ MAGI Medi-Cal ອາດມ ສິດຮັບ Medi-Cal ໃນຮ ບ ແບບ Non-MAGI



ຜູ້ທີ່ ມີສິດໄດ້ ຮັບ:



- ເດັກນ້ອຍອາຍຸ 19 ປີ ຂໍ້ ນໄປ
- ພໍ່ແມ່ແລະຜູ້ ດູ ແລເດັກນ້ອຍທີ່ເປັນເຍ າວະຊົນ
- ຜູ້ ໃຫຍ່ທີ່ອາຍຸ 19 ຫາ 64 ປີ
- ຜູ້ ທີ່ຖ ພາ

- ຜູ້ ໃຫຍ່ອາຍຸ 65 ປີ ຂໍ້ ນໄປ ທີ່ມ ສິດຕາມອາຍຸ
- ເດັກນ້ອຍຕ່າກວ່າ 21 ປີ
- ຜູ້ ທີ່ຖ ພາ
- ພໍ່ແມ່ຫ ຜູ້ ດູ ແລທີ່ເປັນ ຢາດພີ່ນ້ອງຂອງເດັກນ້ອຍ
- ຜູ້ ໃຫຍ່ຫ ເດັກນ້ອຍໃນ ສະຖານດູ ແລໄລຍະຍາວ
- ຜູ້ ທີ່ຮັບ Medicare
- ຕາບອດຫ ມ ຄວາມພິການ



ກົດຫານກ່ຽວກັບຊັບສິ ນ:



ບໍ່ມ ຂໍ້ ຈຳກັດດ້ານຊັບສິ ນ.

- ຕ້ອງລາຍງານແລະໃຫ້ຫັກຖານກ່ຽວກັບຊັບສິ ນຢ່າງເຊິ່ ນ ລົດຍົນ, ບັນຊ ທະນາຄານ, ຫ ບ້ານທີ່ໃຫ້ຜູ້ ອື່ນເຊິ່ າ
- ຂໍ້ ຈຳກັດດ້ານຈຳນວນຊັບສິ ນໃນຄົວເຮ ອນ

## ສຳລັບທັງ MAGI ແລະ Non-MAGI:

- ຫ້ອງການເຄີ້ າຕີ້ ຫ້ອງຖີ້ ນຈະກວດໃບສະໝັກຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຕ້ອງໃຫ້ຫ້າກຖານເພີ່ມເຕ ມ.
  - ທ່ານຕ້ອງອາໄສຢູ່ ໃນລັດຄາລິຟໍເນຍ
  - ພົນລະເມ ອງຂອງ U.S ຫ ຜູ້ ສະໝັກທີ່ຢູ່ ຢ່າງຖ ກກົດໝາຍຕ້ອງໃຫ້ເລກ SSN
  - ທ່ານຕ້ອງສະໝັກເອ າເງິນໃດໆກໍ່ຕາມທີ່ທ່ານມ ສິດຢ່າງເຊີ້ ນ ສະຫວັດດ ການການຫວ່າງງານ (unemployment benefits) ແລະ ປະກັນຄວາມພິການຂອງລັດ (State Disability Insurance).
  - ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມການບັງຄັບໃຊ້ດ້ານການສະໜັບສະໜູ ນທາງການແພດ\* ເຊີ້ ງຈະ:
    - ສະແດງຄວາມເປັນພໍ່ ໃຫ້ກັບເດັກນ້ອຍທີ່ ຫ ດນອກການແຕ່ງງານ
    - ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູ ນດ້ານການແພດໃຫ້ເດັກນ້ອຍທີ່ ບໍ່ມ ພໍ່ ແມ່
- \*ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານມ ຫາດຜົນທີ່ ຈະບໍ່ປະຕິບັດຕາມກົດເກນ, ໂທຫາຫ້ອງການເຄີ້ າຕີ້ ຫ້ອງຖີ້ ນຂອງທ່ານ.



# ຊື່ ອຍຈະສະໝັກໄດ້ ແນວໃດ?

ທ່ານສາມາດສະໝັກເຂົ້າ Medi-Cal ເວລາໃດຂອງປີ ກໍ່ໄດ້ ທາງ ໄປສະນະ, ໂທລະສັບ, ແຟັກ, ຫຼື ອີເມວ. ທ່ານກໍ່ຍັງສາມາດເຂົ້າໄປ ສະໝັກທາງອອນໄລນ໌ ຫຼື ດ້ວຍຕົນເອງ.

ທ່ານສາມາດສະໝັກເອ າຄວາມຄູ່ ມຄອງຂອງ Covered California ໄດ້ ໃນພາຍໃນວັນທ ທີ່ກຳນົດ ເທົ່ານີ້ ນ. ເພື່ອເບິ່ງຂໍ້ ມູ ນວ່າທ່ານສາມາດສະໝັກ ໄດ້ຍາມໃດ, ໄປທ [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) ຫ ໂທ 1-800-983-8816 (TTY 1-888-889-4500).

## ສະໝັກທາງອີເມວ:

ທ່ານສາມາດສະໝັກເຂົ້າ Medi-Cal ແລະ Covered California ກັບ ການສະໝັກແບບງ່າຍ (Single Streamlined Application). ທ່ານສາມາດ ເອ າໃບສະໝັກພາສາອັງກິດແລະພາສາອື່ນໄດ້ທີ່: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. ສິ່ ງໃບສະໝັກທີ່ ປະກອບ ສົມບູ ນແລ້ວໄປທີ່ ທ້ອງການເຄົ້າ ຕັ້ ທ້ອງຖິ່ ນຂອງທ່ານ.

ຄື ນຫາທ້ ອງການເຄົ້າ ຕັ້ ທ້ອງຖິ່ ນຂອງທ່ານໄດ້ ທີ: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

ທ່ານຍັງສາມາດສິ່ ງໃບສະໝັກໄປທີ່ :  
Covered California  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725

## ສະໝັກທາງໂທລະສັບ, ແຟັກ, ຫຼື ອີເມວ:

ໂທຫາທ້ ອງການເຄົ້າ ຕັ້ ທ້ອງຖິ່ ນຂອງ ທ່ານ ທ່ານສາມາດຫາເລກໂທລະສັບທີ່ ເວັບໄຊທ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ຫ ໂທຫາ Covered California ຫ 1-800-983-8816.

## ສະໝັກອອນໄລນ໌ທີ່:

[www.benefitscal.com](http://www.benefitscal.com)

ຫ

[www.coveredca.com](http://www.coveredca.com)

## ດູ້ ວຍຕົນເອງ:

ຄື ນຫາທ້ ອງການເຄົ້າ ຕັ້ ທ້ອງຖິ່ ນຂອງທ່ານທ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. ທ່ານສາມາດຮັບຄວາມ ຊ່ວຍເຫລ ອໃນການສະໝັກ.

ທ່ານຍັງສາມາດຄື ນຫາ Covered California ແບບ ຮັບຮອງ ຜັ ໃຫ້ຄຳປ ກສາການສະໝັກທີ່ ໄດ້ຮັບການ ຮັບຮອງ (Certified Enrollment Counselor) ຫ ຕົວແທນປະກັນ (Insurance Agent) ທີ່ [www.CoveredCA.com/get-help/local/](http://www.CoveredCA.com/get-help/local/).



# ຈະໃຊ້ ເວລາດົນເທົ່າໃດໃນການດໍາເນີນ ການໃບສະໝັກຂອງຊື່ າພະເຈົ້າ?

ອາດຈະໃຊ້ເວລາຫາຍສຸດ 45 ມື້ ໃນການດໍາເນີນການ  
ໃບສະໝັກ Medi Calຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານສະໝັກເຂົ້າ

Medi-Cal ໂດຍອ່າງໃສ່ຄວາມພິການ, ມັນອາດໃຊ້ເວລາດົນ  
ເຖິງ 90 ມື້. ຫ້ອງການເຄົາລົບ ທີ່ ຫ້ອງຖິ້ນຂອງທ່ານຫາ  
Covered California ຈະສົ່ງຄໍາຕັດສິນສິດທິ ໃຫ້ທ່ານ  
ຈົດໝາຍນີ້ ເອີ້ນວ່າ “ໃບແຈ້ງການ (Notice of Action).  
“ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບຈົດໝາຍພາຍໃນ 45 ຫາ 90 ມື້, ທ່ານ  
ອາດສາມາດຂໍໃຫ້ມີ “ການພິຈາລະນາໂດຍສານປົກຄອງ  
(State Fair Hearing).” ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ມີ ການ  
ພິຈາລະນາຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີ ນໍາກັບຄໍາຕັດສິນສິດທິ. ເພື່ອ  
ຮຽນຮູ້ ເພີ່ມເຕີມ, ອ່ານ “ສິດທິ ໃນການອຸທອນແລະການ  
ພິຈາລະນາ” ຢູ່ໜ້າ 27

# ທ່ານຮູ້ ຫາ ບໍ່ ?

ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວດຽວກັນສາ  
ມາດມີສິດຮັບທັງ Medi-Cal ແລະ  
Covered California ໄດ້. ນີ້ແມ່ນ  
ຍ້ອນກົດກະຕິກາດ້ານສິດທິການຮັບ  
Medi-Cal ນີ້ ນແຕກຕ່າງກັນລະຫວ່າງ  
ເດັກນ້ອຍກັບຜູ້ ໃຫຍ່.

ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ, ຄວາມຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຄົວ  
ເຮື້ອນທີ່ ມີ ພໍ່ ແມ່ທັງສອງຄົນແລະເດັກ  
ນ້ອຍອາດມີ ລັກສະໜະດັ່ງນີ້ :



ພໍ່ ແມ່ — ມີ ສິດເຂົ້າ  
ຮ່ວມແຜນປະກັນ  
Covered California  
ແລະຮັບເຄຣດິດພາສ ແລະ  
ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເພື່ອ  
ລົດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງເຂົາເຈົ້າ



ເດັກນ້ອຍ — ມີ ສິດເຂົ້າ  
ຮ່ວມ Medi-Cal ແບບບໍ່  
ເສຍຄ່າຫາລາຄາຖືກ



# ຊື່ າພະເຈົ້າ ຈະໃຊ້ ສະຫວັດດີການ Medi-Cal ໄດ້ ແນວໃດ?



Medi-Cal ຄື ມຄອງການດູ ແລະທາງການແພດທີ່ຈຳເປັນສ່ວນໃຫຍ່. ນີ້ລວມເຖິງທ່ານການຫາໜີ້ແລະໜີ້ແຂ້ວ, ຢາຕາ ໃບສີ່ງແພດ, ການດູ ແລະສາຍຕາ, ການວາງແຜນຄອບຄົວ, ການດູ ແລະສຸ ຂະພາບຈິດ, ແລະປົວດ້ານຢາເສບຕິດຫາ ເຫຼືອ

1. Medi-Cal ກໍ່ຍັງຄອບຄຸ ມການເດ ນທາງເພື່ອໄປໃຊ້ບໍລິການເຫຼືອ ັນ ັນ ັນ. ອ່ານເພີ່ມເຕ ມໃນ “Covered Benefits” ຢູ່ ໜ້າ 12.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸ ມັດແລ້ວ, ທ່ານສາມາດໃຊ້ສະຫວັດດີການ Medi-Cal ຂອງທ່ານໄດ້ທັນທີ ຜູ້ ຮັບສິດທິປະໂຫຍດໃໝ່ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸ ມັດໃຫ້ Medi-Cal ຈະໄດ້ຮັບ ບັດປະຈຳຕົວຜູ້ ຮັບສິດທິປະໂຫຍດ (Benefits Identification Card-BIC). Medi-Cal ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການດູ ແລະສຸ ຂະພາບແລະແຂ້ວຂອງທ່ານຕ້ອງໃຊ້ BIC ຂອງທ່ານໃນການໃຫ້ບໍລິການແລະກັບເງິນຈາກ Medi-Cal. ຜູ້ ຮັບສິດທິປະໂຫຍດໃໝ່ແລະຜູ້ ທີ່ຂໍບັດແບບໃໝ່ທີ່ມ ຮູ ບດອກປັອບປີ ຄາລິຟໍເນຍ. ທີ່ ງສອງແບບທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນນີ້ສາມາດໃຊ້ໄດ້:

ກະລຸ ນາຕິດຕໍ່ ຫ້ອງການເຄົ້າ ຕັ້ ທ້ອງຖິ່ ນຂອງທ່ານຖ້າ:

- ທ່ານບໍ່ ໄດ້ຮັບບັດ BIC ຂອງທ່ານ
- ບັດ BIC ຂອງທ່ານເສຍ
- ບັດ BIC ຂອງທ່ານມ ຂໍ້ ມູ ນທີ່ ຜິດ
- ບັດ BIC ຂອງທ່ານຖ ກລັກ

ໃນເວລາທີ່ ທ່ານໄດ້ຮັບບັດ BIC ໃໝ່, ທ່ານບໍ່ສາມາດໃຊ້ບັດ BIC ທີ່ ໄດ້ອ ກຕໍ່ ໄປ.

ທ່ານສາມາດເບີ ງເລກໂທລະສັບຂອງຫ້ອງການເຄົ້າ ຕັ້ ທ້ອງຖິ່ ນ ໄດ້ທີ່:

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

ຫາ ໂທ:

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

## ຊື່ າພະເຈົ້າ ຈະຫາໜີ້ໄດ້ ແນວໃດ ?

ຄົນສ່ວນຫ າຍທີ່ໃຊ້ Medi-Cal ໄປຫາໜີ້ໂດຍຜ່ານ Medi-Cal Managed Care ແຜນແບບຈັດບໍລິການ. ແຜນແມ່ນຄ ກັນກັບແຜນປະກັນສຸ ຂະພາບທີ່ ມ ກັບບໍລິສັດປະກັນເອກກະຊົນ. ອ່ານເພີ່ມເຕ ມກ່ຽວກັບແຜນແບບຈັດບໍລິການຢູ່ ໜ້າຕໍ່ ໄປ.

ອາດໃຊ້ ເວລາຫ າຍສັບປະດາໃນການຫາ Medi-Cal Managed Care ແຜນແບບຈັດບໍລິການໃຫ້ທ່ານ. ໃນເວລາທີ່ ທ່ານສະໝັກຂໍ Medi-Cal, ຫ ຖ້າທ່ານມ ກໍລະນ ພິເສດ, ທ່ານອາດຕ້ອງຫາໜີ້ໂດຍໃຊ້ຄວາມຄື ມຄອງ “Medi-Cal ແບບຈ່າຍເງິນເພື່ອຮັບບໍລິການ Fee-for-Service”



## Medi-Cal ແບບຈ່າຍເງິນເພື່ອຮັບ ບໍລິການແມ່ນຫຍັງ?

ຄວາມຄູ່ ມຄອງແບບຈ່າຍເງິນເພື່ອຮັບບໍລິການ Fee-for-Service ເປັນວິທີ ທີ່ Medi-Cal ຈ່າຍເງິນ ໃຫ້ທ່ານໝໍແລະຜູ້ ບໍລິການການດູ ແລະອື່ນໆ ໃນເວລາ ທີ່ທ່ານສະໝັກຂໍ Medi-Cal ຄື ງູຫ າອິດ, ທ່ານຈະ ໄດ້ຮັບ Medi-Cal ແບບຈ່າຍເງິນເພື່ອ ອໃຊ້ບໍລິການ Fee-for-Service ໂດຍໃຊ້ ຄວາມຄູ່ ມຄອງແບບຈ່າຍເງິນເພ ື່ອຮັບບໍລິການ ຈົນ Fee-for-Service ກວ່າທ່ານຈະໄດ້ຮັບ ລົງທະບຽນແຜນປະກັນສຸ ຂະພາບແບບຈັດບໍລິການ.

ກ່ອນທີ່ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການດ້ານການແພດແລະແຂ້ວ, ຖາມຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການກ່ອນວ່າເຂ າເຈົ້າ ຮັບການຈ່າຍເງິນຈາກ Medi-Cal ແບບຈ່າຍເງິນເພື່ອຮັບບໍລິການຫ ບໍ່ ຜູ້ ໃຫ້ບໍ ລິການ ສິດປະຕິເສດບໍ່ ຮັບຄົນໄຂ້ ທີ່ໃຊ້ Medi-Cal, ຖ້າ ທ່ານບໍ່ ໄດ້ບອກຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການວ່າທ່ານມີ Medi-Cal, ທ່ານ ອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການດ້ານການແພດແລະແຂ້ວດ້ວຍຕົວ ທ່ານເອງ.

## ຄວາມຄູ່ ມຄອງແບບຈ່າຍເງິນເພື່ອຮັບ ບໍລິການ Fee-for-Service ຈ່າຍຄ່າບໍລິ ການດູ ານການແພດຫ ແຊ້ ວແນວໃດ?

ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານໃຊ້ບັດ BIC ຂອງທ່ານເພື່ອກວດສອບ ວ່າທ່ານມີ Medi-Cal ແທ້. ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຈະຮູ້ ວ່າ Medi-Cal ຈະຈ່າຍຄ່າຮັກສາດ້ານການແພດແລະແຂ້ວຫ ບໍ່. ບາງ ຄື ງູທ່ານອາດຕ້ອງຈ່າຍ “ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມ” ສ າລັບການຮັກສາ. ທ່ານ ອາດຕ້ອງຈ່າຍເງິນ \$1 ໃນແຕ່ລະຄື ງທີ່ ທ່ານຮັບບໍລິການດ້ານ ການແພດຫ ແຂ້ວຫ ຢາຕາມໃບສິ ງແພດ. ທ່ານອາດຕ້ອງຈ່າຍ \$5 ຖ້າທ່ານໄປຫ້ອງສຸ ກເສ ນໃນໂຮງໝໍໃນຂະນະທີ່ ທ່ານບໍ່ ໄດ້ມ ຄວາມຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ບໍລິການສຸ ກເສ ນ.ຜູ້ ຮັບສິດທິປະໂຫຍ ດທີ່ ຖ ກຮັບເຂົ້ າແຜນຈັດບໍລິການບໍ່ ຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມ.

ມີບໍລິການບາງຢ່າງທີ່ Medi-Cal ຕ້ ອງໄດ້ ອະນຸ ມັດກ່ອນ ທີ່ ທ່ານຈະຮັບບໍລິການເຫື ື່ ານີ້. ກະລຸ ນາເບີ ງໝູ່ າ 11 ສ າລັບຂໍ້ ມູ ນເພີ່ ມເຕີມ.

## ຊື່ າພະເຈົ້ າຈະຮັບບໍລິການດູ ານການ ແພດຫ ແຊ້ ວໄດ້ ແນວໃດຍາມທີ່ ຊື່ າ ພະເຈົ້ າຕູ້ ອງຈ່າຍ ສ່ວນແບ່ງຈ່າຍ (Share of Cost-SOC)?

ບາງໂຄງການ Medi-Cal ແບບ Non-MAGI ຕ້ອງໃຫ້ທ່ານຈ່າຍ SOC. ໃບແຈ້ງການທີ່ ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກທີ່ Medi-Cal ຂອງ ທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸ ມັດຈະບອກທ່ານວ່າທ່ານຕ້ອງເຮັດຫຍັງ ຖ້າ ທ່ານມີ SOC. ມັນກໍ່ຍັງຈະບອກຈຳນວນເງິນ SOC ນ າ. SOC ຂອງທ່ານແມ່ນຈຳນວນເງິນທີ່ ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຫ ສັນຍາວ່າຈະຈ່າຍ ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການດູ ແລະສຸ ຂະພາບຫ ແຂ້ວກ່ອນທີ່ Medi-Cal ຈະເລີ່ ມຈ່າຍ.

ຈຳນວນ SOC ປ່ຽນໄປທຸ ກເດ ອນ. ທ່ານພຽງຕ້ອງຈ່າຍ SOC ຂອງທ່ານໃນເດ ອນທີ່ ທ່ານຮັບບໍລິການດູ ແລະດ້ານສຸ ຂະພາບ ແລະ/ຫ ແຂ້ວ. ຈ ານວນ SOC ຈະຕິດໝັ້ ໄວ້ກັບຜູ້ ໃຫ້ ບໍລິການດູ ແລະດ້ານສຸ ຂະພາບຫ ແຂ້ວ. ມັນບໍ່ ໄດ້ຕິດໝັ້ ມີ Medi-Cal ຫ ລັດ. ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການອາດຈະອະນຸ ຍາດໃຫ້ທ່ານ ຈ່າຍຄ່າບໍລິການເຫື ື່ ານີ້ ໄດ້ພາຍຫຼັງແທນທີ່ ຈະຈ່າຍພ້ອມກັນ ຄື ງດຽວ. ໃນບາງເຄົ້ າຕີ້, ຖ້າທ່ານມີ SOC ທ່ານບໍ່ ສາມາດເຂົ້ າ ຮ່ວມໃນແຜນປະກັນແບບຈັດບໍລິການ.

ຖ້າທ່ານຈ່າຍຄ່າບໍລິການດ້ານສຸ ຂະພາບຈາກຄົນທີ່ ບໍ່ ຮັບ Medi-Cal, ທ່ານສາມາດໄລ່ເອ າການຈ່າຍເງິນນີ້ ນໄປໃສ່ໃນ SOC ຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງເອ າໃບຮັບເງິນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຫື ື່ ານີ້ ນ ໄປໃຫ້ ຫ້ອງການເຄ າຕີ້ ຫ້ອງຖີ່ ນຂອງທ່ານ. ພວກເຂົາ ຈະ ໃຫ້ເຄຣດິດໃນບັນຊາ SOC ຂອງທ່ານ.

ທ່ານອາດຈະສາມາດຫ ດຄ່າ SOC ຂອງທ່ານໃນເດ ອນຕໍ່ ໄປໄດ້ ຖ້າທ່ານມີ ໃບບິລເກັບເງິນທີ່ ບໍ່ ຫັນຈ່າຍເງິນ. ຖາມຫ້ອງການ ເຄົ້ າຕີ້ ຫ້ອງຖີ່ ນຂອງທ່ານເພື່ອເບີ ງວ່າໃບບິລຂອງທ່ານມີ ຄຸ ນສົມບັດຫ້າກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍແບບນີ້ ນໄດ້ຫ ບໍ່.

## Medi-Cal Managed Care ແມ່ນຫຍັງ?

Medi-Cal Managed Care ແບບຈັດບໍລິການແມ່ນລະບົບທີ່ຈັດການໃຫ້ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລທີ່ມີຄຸນນະພາບສູງແລະມີຄ່າສຸຂະພາບດີ.

“ Medi-Cal Managed Care ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຄົ້ນຫາທ່ານໝໍ, ຮູ້ ນາຍາຍາແລະໂຄງການສຸຂະສິກສາ. ”

ຄົນສ່ວນຫຼາຍຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມໃນ

Medi-Cal Managed Care, ຍົກເວັ້ນວ່າທ່ານມີຄຸນສົມບັດບາງຢ່າງທີ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ. ຕົວເລ ອກແຜນປະກັນຂອງທ່ານຂຶ້ນຢູ່ກັບເຄົ້າຕັ້ງທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່. ຖ້າເຄົ້າຕັ້ງຂອງທ່ານມີແຜນປະກັນຫຼາຍແຜນ, ທ່ານຈະຕ້ອງເລືອກມາໜຶ່ງແຜນທີ່ເໝາະສົມກັບຄວາມຈຳເປັນຂອງທ່ານແລະຄອບຄົວ.

ແຜນປະກັນແບບຈັດບໍລິການຂອງ

Medi-Cal Managed Care ໃນແຕ່ລະເຄົ້າຕັ້ງມີບໍລິການແບບດຽວກັນ. ທ່ານສາມາດເອົາລາຍຊື່ແຜນປະກັນຈັດບໍລິການທີ່ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. ທ່ານສາມາດເລືອກທ່ານໝໍທີ່ເຮັດງານຮ່ວມກັບແຜນຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ເປັນທ່ານໝໍປະຈຳຕົວຂອງທ່ານໄດ້. ຫຼື ແຜນປະກັນຂອງທ່ານຈະເລືອກໝໍປະຈຳຕົວແທນທ່ານ. ທ່ານສາມາດເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວຂອງ Medi-Cal ທີ່ທ່ານເລືອກເອງ, ເຊິ່ງລວມເຖິງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນແຜນຂອງທ່ານ. ຕິດຕໍ່ Medi-Cal Managed Care ຂອງທ່ານເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

Medi-Cal Managed Care ຍັງມີບໍລິການຂ້າງລຸ່ມນີ້ໃຫ້ທ່ານນຳ:

- ການປະສານການດູແລ
- ການສົ່ງຕົວໄປຫາແພດສະເພາະທາງ
- ບໍລິການນາງພະຍາບານໃຫ້ຄຳປຶກສາຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ
- ສູນບໍລິການລູກຄ້າ

ບາງ Medi-Cal ຕັ້ງອງໄດ້ອະນຸມັດບໍລິການກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຮັບບໍລິການ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຈະຮູ້ວ່າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດກ່ອນຕອນໃດ. ບໍລິການຂອງທ່ານໝໍແລະການໄປຄລິນິກສ່ວນຫຼາຍແມ່ນບໍ່ມີຄ່າຈຳກັດ. ສິ່ງທີ່ນີ້ນັບວ່າເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ. ໂອ້ລົມກັບທ່ານໝໍຂອງທ່ານກ່ຽວກັບແຜນການຮັກສາແລະການນັດພົບໝໍຂອງທ່ານ.

## ຊື່ ພະເຈົ້າ ຈະລົງທະບຽນແຜນປະກັນ Medi-Cal Managed Care ຈັດບໍລິການໄດ້ແນວໃດ?

ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນເຄົ້າຕັ້ງທີ່ມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງທາງເລືອກ, ທ່ານຕ້ອງເລືອກແຜນປະກັນສຸຂະພາບພາຍໃນ 30 ມື້ຂອງການອະນຸມັດ Medi-Cal. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຊຸດເອກະສານຂໍ້ມູນທາງໄປສະນັ້ນ. ມັນຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບແຜນປະກັນທີ່ມີໃນເຄົ້າຕັ້ງຂອງທ່ານ. ຊຸດເອກະສານຈະບອກທ່ານວ່າຈະລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນຈັດບໍລິການທີ່ທ່ານເລືອກໄດ້ແນວໃດ

ໃນແຜນການດູແລຄູ່ມືຂອງທ່ານເລືອກ. ຖ້າທ່ານບໍ່ເລືອກແຜນພາຍໃນ 30 ມື້ຂອງການອະນຸມັດ Medi-Cal, ລັດຈະເລືອກແຜນໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາລໍຖ້າຊຸດເອກະສານຂໍ້ມູນແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານທາງໄປສະນັ້ນ.

“ ຖ້າເຄົ້າຕັ້ງຂອງທ່ານມີແຜນປະກັນສຸຂະພາບພຽງແຕ່ໜຶ່ງແຜນ, ເຄົ້າຕັ້ງຈະເລືອກແຜນໃຫ້ທ່ານ. ”

ຖ້າທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຄື້ອຊານ ເບນິໂຕ ຈະມີ ແຜນປະກັນສຸຂະພາບພຽງແຕ່ແຜນດຽວ. ທ່ານສາມາດລົງທະບຽນໃນແຜນນີ້ກໍໄດ້. ຫາ ທ່ານສາມາດເລ ອກໃຊ້ຄວາມຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal. ແບບຈ່າຍເງິນເພື່ອຮັບບໍລິການ Fee-for-Service ກໍໄດ້.

ຖ້າ ເຄື້ອຊານຂອງທ່ານມີ ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຫາຍກວ່າໜຶ່ງແຜນ, ທ່ານຈະຕ້ອງເລ ອກແຜນທີ່ ເໝາະສົມກັບຄວາມຈຳເປັນຂອງທ່ານແລະຄອບຄົວ.

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

## ຊື່ ພະເຈົ້າ ຈະຍົກເລີ ການລົງທະບຽນ, ຂໍການຍົກເວັ້ນຈາກການບັງຄັບໃຫ້ລົງທະບຽນ, ຫາ ປ່ຽນແຜນ Medi-Cal Managed Care ບໍລິການຂອງຊື່ ພະເຈົ້າໄດ້ ແນວໃດ?

ຜູ້ ຮັບສິດທິປະໂຫຍດ Medi-Cal ສ່ວນໃຫຍ່ຕ້ອງໄດ້ລົງທະບຽນໃນແຜນ Medi-Cal Managed Care ແບບຈັດບໍລິການ ຖ້າທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບໂດຍເລ ອກເອງ, ທ່ານສາມາດຍົກເລ ການລົງທະບຽນໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ. ເພື່ອຍົກເລ ການລົງທະບຽນ, ໂທຫາ Health Care Options ຫາ 1-800-430-4263.

ຖ້າເຄື້ອຊານຂອງທ່ານມີ ຫາ ຍາກວ່າໜຶ່ງແຜນ, ທ່ານສາມາດໄປ Health Care Options ໄດ້ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການປ່ຽນແຜນປະກັນສຸຂະພາບແບບຈັດບໍລິການ.

ຖ້າທ່ານກຳລັງຮັບການຮັກສາຈາກຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການ Medi-Cal ແບບຈ່າຍເງິນເພື່ອຮັບບໍລິການ Fee-for-Service ຢູ່ ໃນປະຈຸບັນນີ້, ທ່ານອາດຈະມີ ສິດຮັບການຍົກເວັ້ນຊື່ ຄວາມຈາກການລົງທະບຽນແບບບັງຄັບໃນແຜນ Medi-Cal Managed Care ແບບຈັດບໍລິການ. ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການແບບ

ຈ່າຍເງິນເພື່ອຮັບບໍລິການບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນປະກັນ Medi-Cal Managed Care ແບບຈັດບໍລິການໃນເຄື້ອຊານຂອງທ່ານໄດ້. ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການຕ້ອງກຳລັງຮັກສາທ່ານຈາກສະພາບທີ່ຊັບຊ້ອນທີ່ອາດຈະຮຸນແຮງຂຶ້ນຖ້າປ່ຽນຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການ.

ຖາມທ່ານໝໍຂອງທ່ານວ່າລາວໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມ Medi-Cal Managed Care ແບບຈັດບໍລິການໃນເຄື້ອຊານຂອງທ່ານຫຍັງ. ຖ້າຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມແຜນປະກັນ Medi-Cal Managed Care ແບບຈັດບໍລິການໃນເຄື້ອຊານຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານປະກອບຟອມກັບທ່ານເພື່ອຂໍຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກການລົງທະບຽນໃນ Medi-Cal Managed Care ແບບຈັດບໍລິການ.

ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຈະຕ້ອງເຊັນຊື່ໃນຟອມ, ຄັດຕິດຫາກຖານທີ່ຕ້ອງໃຊ້, ແລະສົ່ງໄປສະນັ້ນ ຫາ ແພັກຟອມນີ້ ໃຫ້ Health Care Options. ເຂົ້າເຈົ້າ ຈະກວດກາຟອມແລະຫາກຖານແລະຕັດສິນວ່າທ່ານມີ ສິດໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຊື່ ຄວາມຈາກການລົງທະບຽນ Medi-Cal Managed Care ແບບຈັດບໍລິການຫຍັງ ທ່ານສາມາດຄົ້ນຫາຟອມແລະຄຳແນະນຳໄດ້ທີ່ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

ຖ້າທ່ານມີ ຄຳຖາມ, ໂທ 1-800-430-4263.

## ຈະເຮ ດແນວໃດຖ້າ ຊື່ ພະເຈົ້າ ມີ ປະກັນສຸຂະພາບອື່ນຢູ່ ແລ້ວ?

ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະມີ ຄວາມຄຸ້ມຄອງອື່ນຢູ່ ແລ້ວ ເຊິ່ງ ແຜນປະກັນຈາກວຽກຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຍັງມີ ສິດຮັບ Medi-Cal. ຖ້າທ່ານມີ ສິດຮັບສະຫວັດດ ການ, Medi-Cal ຈະຄຸ້ມຄອງລາຍຈ່າຍທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທີ່ປະກັນໂຕຫາກຂອງທ່ານບໍ່ຈ່າຍໃຫ້. ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ, ປະກັນສຸຂະພາບເອກະຊົນຂອງຜູ້ ຮັບສິດທິປະໂຫຍດ Medi-Cal ຈະຕ້ອງ ຖືກເອົາ ນັບເງິນກ່ອນທີ່ຈະເອົາ ນັບເງິນຈາກ Medi-Cal.

ຜູ້ ຮັບສິດທິປະໂຫຍດ Medi-Cal ຕ້ອງລາຍງານປະກັນສຸ ຂະພາບເອກະຊົນ ຕາມກົດໝາຍລັດຖະບານກາງແລະກົດໝາຍລັດ. ເພື່ອລາຍງານຫ ປ່ຽນປະກັນສຸ ຂະພາບເອກະຊົນ, ໄປຫາ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ຫ ໂທ 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077). ນອກລັດຄາລິຟໍເນຍ, ໂທ 1-916-636-1980.

ທ່ານຍັງຕ້ອງລາຍງານເລື່ອງນີ້ ກັບຫ້ອງການເຄົ້າ ຕັ້ງ ທ້ອງຖິ່ນ ແລະຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການສຸ ຂະພາບຂອງທ່ານນໍາ ຖ້າທ່ານບໍ່ລາຍງານຄວາມຄຸ້ ມຄອງປະກັນສຸ ຂະພາບເອກະຊົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານມ, ມັນເປັນການເຮັດອາຊະຍາກໍາສະຖານເບ 1.

### **ຊື່ າພະເຈົ້າສາມາດເອ າບໍລິການ Medi-Cal ໄດ້ ແນວໃດໃນເວລາທີ່ ຊື່ າພະເຈົ້າ າບໍ່ ໄດ້ ຢູ່ ໃນຄາລິຟໍເນຍ?**

ໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ ໄດ້ຢູ່ ໃນຄາລິຟໍເນຍ, ເອ າບັດ BIC ຂອງທ່ານຫ ຫ້າກຖານວ່າທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸ ຂະພາບ Medi-Cal ໄປນ 1. Medi-Cal ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ ໃນບາງກໍລະນ , ເຊັ່ນ ການເຂົ້າ ຫ້ອງສຸ ກເສ ນຈາກອຸ ບັດເຫດ, ການບາດເຈັບຫ ການປ່ວຍຢ່າງຮຸ ນແຮງ. ແຜນປະກັນແບບຈັດບໍລິການຕ້ອງອະນຸ ມັດການບໍລິການທາງການແພດນອກລັດກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຮັບບໍລິການ, ຍົກເວັ້ນ ກໍລະນ ສຸ ກເສ ນ. ຖ້າຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການບໍ່ ຍອມຮັບ Medicaid, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການທາງການແພດທີ່ທ່ານຮັບນອກລັດຄາລິຟໍເນຍ. ຈ ໄວ້ວ່າ: ອາດຈະມ ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການຫ າຍດ້ານໃນການດູ ແລສຸ ກເສ ນ. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ, ໝໍທີ່ທ່ານໄປຫາອາດຍອມຮັບ Medicaid ແຕ່ຜະແນກສ່ອງໄຟຟ້າອາດບໍ່ ຮັບ. ຮ່ວມມ ກັບແຜນປະກັນສຸ ຂະພາບຈັດບໍລິການຂອງທ່ານເພື່ອຈຳກັດເງິນທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ. ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການຄວນກວດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານມ ສິດຫ ບໍ່ ໂດຍໂທໄປຫາ 1-916-636-1960.

ຖ້າທ່ານອາໄສຢູ່ ໃກ້ເຂດລັດຄາລິຟໍເນຍແລະຮັບບໍລິການທາງການແພດໃນລັດອື່ນ, ກົດບາງຂໍ້ ເຫື່ອ ານີ້ ອາດໃຊ້ກັບທ່ານບໍ່ ໄດ້. ເພື່ອເບີ ງຂໍ້ ມູ ນເພີ່ມເຕ ມ, ຕິດຕໍ່ Medi-Cal Managed Care ຈັດບໍລິການຂອງທ່ານ.

## **“ ທ່ານຈະບໍ່ ໄດ້ ຮັບ Medi-Cal ຖ້າ ທ່ານຢູ່ າຍອອກຈາກລັດຄາລິຟໍເນຍ. ທ່ານສາມາດສະໝັກເອ າ Medicaid ໃນລັດທີ່ ທ່ານຢູ່ າຍໄປໄດ້. ”**

ຖ້າທ່ານກຳລັງຍ້າຍໄປຢູ່ ເຄົ້າ ຕັ້ງ ໃໝ່ໃນລັດຄາລິຟໍເນຍ, ທ່ານກໍ່ຕ້ອງບອກໃຫ້ເຄົ້າ ຕັ້ງ ທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ ຫ ເຄົ້າ ຕັ້ງ ທີ່ທ່ານກຳລັງຍ້າຍໄປຢູ່ ຮູ້ . ນີ້ເປັນການເຮັດເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ສ ບຕໍ່ການໃຊ້ສະຫວັດດ ການ Medi-Cal. ທ່ານຄວນຈະບອກຫ້ອງການເຄົ້າ ຕັ້ງ ທ້ອງຖິ່ນ ນພາຍໃນ 10 ມື້ ຂອງການຍ້າຍໄປເຄົ້າ ຕັ້ງ ໃໝ່.

### **ຊື່ າພະເຈົ້າ າຄວນເຮ ດແນວໃດຖ້າ ຊື່ າພະເຈົ້າ ານັດພົບໝໍຫ ການດູ ແລອື່ນໆ ທີ່ ຊື່ າພະເຈົ້າ າຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ ບໍ່ ໄດ້?**

ຫ້ອງການ ຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາກລັດ ຂອງ Medi-Cal Managed Care ຈັດບໍລິການຊ່ວຍທ່ານແກ້ບັນຫາໂດຍຄົນກາງ. ເຂ າເຈົ້າ າຈະເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ ງໝົດທີ່ຈຳເປັນແລະໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ ມຄອງ.

#### **ຫ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາກລັດ:**

- ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານແກ້ບັນຫາລະຫວ່າງ ສະມາຊິກປະກັນແບບຈັດບໍລິການແລະແຜນປະກັນຈັດບໍລິການຂອງ Medi-Cal ໂດຍບໍ່ ເຂົ້າ ຂ້າງຝ່າຍໃດຝ່າຍໜຶ່ງ.
- ຊ່ວຍທ່ານແກ້ບັນຫາລະຫວ່າງຜູ້ ຮັບສິດທິປະໂຫຍດ Medi-Cal ແລະແຜນປະກັນສຸ ຂະພາບຈິດຂອງເຄົ້າ ຕັ້ງ ໂດຍບໍ່ ເຂົ້າ ຂ້າງຝ່າຍໃດຝ່າຍໜຶ່ງ
- ສ ບສວນສອບສວນຄຳຮ້ອງຮຽນຂອງສະມາຊິກກ່ຽວກັບແຜນປະກັນຈັດບໍລິການແລະແຜນປະກັນສຸ ຂະພາບຈິດຂອງເຄົ້າ ຕັ້ງ .



- ຊ່ວຍສະມາຊິກແກ້ບັນຫາໃນການລົງທະບຽນແລະຍົກລະດັບການລົງທະບຽນສຸກເສນ
- ຊ່ວຍຜູ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດຂອງ Medi-Cal ໃຫ້ເຂົ້າເຖິງບໍລິການສະເພາະທາງດ້ານສຸຂະພາບຈິດ
- ມື້ ມູນ ແລະການສົ່ງຕົວໃຫ້
- ເຈາະຈົງວິທ ທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ Medi-Cal Managed Care ຈັດບໍລິການມປະສິດທິພາບຫາຍຂຶ້ນ
- ໃຫ້ການສຸກສາກັບສະມາຊິກກ່ຽວກັບການເຮັດງານຂອງລະບົບແບບຈັດບໍລິການແລະສຸຂະພາບຈິດສະເພາະທາງຂອງ Medi-Cal Managed Care

ເພື່ອຮຽນຮູ້ ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຫ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາກລັດ, ທ່ານສາມາດໂທໄປທີ່:

**1-888-452-8609**

ຫາໄປທີ່:

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

## ຈະໃຊ້ Medi-Cal ໄດ້ ແນວໃດຖ້າ າຊື່ າພະເຈົ້າ າມີ Medicare ນາ?

ຄົນຫາຍຄົນທີ່ພິການແລະອາຍຸ 65 ຂຶ້ນໄປມີສິດຮັບໄດ້ທັງ Medi-Cal ແລະ Medicare. ຖ້າທ່ານມີສິດຮັບທັງສອງໂຄງການ, ທ່ານຈະຮັບບໍລິການຢາແລະຕາມໃບສິ່ງສ່ວນຫາຍຂອງທ່ານຜ່ານ Medicare. Medi-Cal ມີບໍລິການແລະການສະໜັບສະໜູນໄລຍະຍາວເຊັ່ນ ການພະຍາບານດູແລໃນບ້ານ ພັກພັ້ນແລະບໍລິການຢູ່ເຮືອນແລະໃນຊຸມຊົນ.

## “Medi-Cal ຄູ່ ມຄອງສະຫວັດດີ ການບາງຢ່າງທີ່ Medicare ບໍ່ຄູ່ ມຄອງ.”

Medi-Cal ອາດຈ່າຍເບ້ຍປະກັນ Medicare ໃຫ້ທ່ານນຳ.

## Medicare ໂປຣແກຣມຈ່າຍເບ້ຍປະກັນຊື້ຄວາມຄູ່ ມຄອງ?

Medicare ໂປຣແກຣມຈ່າຍເບ້ຍປະກັນ (Premium Payment Program), ເອີ້ນອີກຢ່າງວ່າ Medicare ຊື້ຄວາມຄູ່ ມຄອງ (Buy-In), ອະນຸຍາດໃຫ້ Medi-Cal ຈ່າຍເບ້ຍປະກັນ Medicare ພາກສ່ວນ A (ປະກັນໂຮງໝໍ) ແລະ/ຫາພາກສ່ວນ B (ປະກັນການຮັກສາ) ແທນສະມາຊິກ Medi-Cal ແລະຄົນອື່ນໆທີ່ມີສິດຮັບບາງໂຄງການ.

## ໂຄງການ Medicare ແບບປະຫຍັດ (MSP) ແມ່ນຫຍັງ?

ໂຄງການ Medicare Savings Program (MSP) ອາດຈະຈ່າຍ Medicare ພາກສ່ວນ A ແລະ Medicare ພາກສ່ວນ B ແບບຈ່າຍຄ່າສ່ວນຕ່າງ (deductibles), ປະກັນຮ່ວມ (co-insurance) ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມ (co-payments) ຖ້າທ່ານມີຄຸນສົມບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດ. ໃນເວລາທີ່ທ່ານສະໝັກຂໍ Medi-Cal, ເຄົາຕັ້ງຂອງທ່ານຈະປະເມນທ່ານສຳລັບໂຄງການນີ້. ບາງຄົນທີ່ບໍ່ມີສິດຮັບສະຫວັດດີ ການ Medi-Cal, ແບບຄູ່ ມຄອງສູງ ງສຸດ ອາດຍັງມີສິດຮັບຄວາມຄູ່ ມຄອງແບບ MSP.

## ຖ້າ ຊື່ າພະເຈົ້າໃຊ້ ຜູ້ ໃຫ້ ບໍລິການ Medicare , ຊື່ າພະເຈົ້າ ຈະຕ້ອງຈ່າຍ ປະກັນຮ່ວມຂອງ Medicare ຫ ບໍ່ ?

ບໍ່ ຕ້ອງຈ່າຍ. ຖ້າທ່ານມີ ສິດຮັບ MSP ທ່ານບໍ່ ຕ້ອງຈ່າຍ ປະກັນຮ່ວມຫ ຄ່າສ່ວນຕ່າງ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບບິລເອັ້ນເກັບ ຕີນຈາກຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການ Medicare ຂອງທ່ານ, ຕິດຕໍ່ Medi-Cal Managed Care ຈັດບໍລິການຂອງທ່ານຫ ໂທ 1-800-MEDICARE.

## ຖ້າ ຊື່ າພະເຈົ້າມີ Medicare, ຊື່ າພະເຈົ້າຕ້ອງໃຊ້ ທ່ານໝໍແລະຜູ້ ໃຫ້ ບໍລິການອື່ນໆທີ່ ຮັບ Medi-Cal ຫ ບໍ່ ?

ບໍ່. ທ່ານສາມາດໃຊ້ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການ Medicare ຜູ້ ໃດກໍໄດ້, ເຖິງແມ່ນວ່າຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການຜູ້ ນີ້ ຈະບໍ່ຮັບ Medi-Cal ຫ ບໍ່ໄດ້ຢູ່ ໃນແຜນປະກັນ Medi-Cal Managed Care ຈັດບໍລິການຂອງທ່ານກໍຕາມ. ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການ Medicare ບາງຄົນອາດບໍ່ຮັບທ່ານເປັນຄົນໃຊ້.

## ທ່ານຮູ້ ຫ ບໍ່ ?



ຖ້າທ່ານມີ ສິດຮັບ Supplemental Security Income-SSI, ທ່ານຈະມີ ສິດຮັບ SSI-linked Medi-Cal. ໂດຍອັດຕະໂນມັດ.



ຫ້ອງການເຂົ້າ າຕີ້ ຫ້ອງຖີ້ ນຂອງທ່ານສາມາດຊ່ວຍທ່ານແກ້ບັນຫາກ່ຽວກັບ SSI Medi-Cal ໄດ້ ເຂົາເຈົ້າ ຈະຊ່ວຍທ່ານຖ້າທ່ານຕ້ອງການຕິດຕໍ່ກັບ ຫ້ອງການປະກັນສັງຄ ມ (Social Security) ເພື່ອແກ້ບັນຫາ.





# ສະຫວັດດີການທີ່ ຄູ່ ມ ຄອງຂອງ Medi-Cal

Medi-Cal ສະເໜີ ສະຫວັດດີ ການເຕັມຊຸດ ທີ່ເອີ້ນວ່າ ສິດທິປະໂຫຍດທີ່ຈຳເປັນດ້ານສຸຂະພາບ (Essential Health Benefits). ເພື່ອຄືນຫວ່າງບໍລິການໃດໜຶ່ງໄດ້ຮັບຄວາມຄູ່ມື ບໍ່, ຖາມທ່ານໝັ້ນ ແຜນປະກັນຂອງທ່ານ. ສິດທິປະໂຫຍດທີ່ຈຳເປັນດ້ານສຸຂະພາບລວມເຖິງ:

- ບໍລິການຜູ້ ປ່ວຍນອກ, ເຊິ່ງ ການໄປກວດຮ່າງກາຍຢູ່ ຫ້ອງການຂອງໝໍ
- ບໍລິການສຸກເສຍ
- ການນອນໂຮງໝໍ
- ການດູ ແລແມ່ແລະເດັກເກດໃໝ່
- ບໍລິການສຸຂະພາບຈິດ
- ບໍລິການຄວາມຜິດປົກກະຕິຈາກການໃຊ້ຢາເສບຕິດ, ເຊິ່ງ ການຮັກສາອາການຕິດຢາແລະເຫຼົ້າ
- ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ
- ບໍລິການທ້ອງປະຕິບັດການທົດລອງ, ເຊິ່ງ ການກວດ ເລອດ
- ໂປແກມເຊິ່ງ ກາຍະພາບບຳບັດ (ບໍລິການຟື້ນຟູ ແລະຝຶກທັກສະທາງກາຍພາບ)

ເຄື່ອງມື ແລະອຸປະກອນທາງການແພດ ເຊິ່ງ ນີ້ ລີ້ ເລີ້ ອນແລະຖັງອັກຊ ເຈນ

- ບໍລິການປ້ອງກັນແລະຮັກສາສຸຂະພາບ
- ການຈັດການພະຍາດຊຳເຮັ້ອ
- ບໍລິການສຳລັບເດັກນ້ອຍ (ກຸ່ມມາເວດສາດ), ລວມເຖິງ ການດູ ແລພາຍໃນປາກແລະສາຍຕາ
- ບໍລິການແລະຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ອື່ ໃນການດູ ແລ ພາຍໃນເຮອນແລະການດູ ແລໄລຍະຍາວ

## ໂຄງການຄວາມຜິດປົກກະຕິຈາກການໃຊ້ຢາເສບຕິດ

Medi-Cal ສະເໜີ ສະຖານທີ່ ນປົວການໃຊ້ຢາ ທີ່ ຫາ ນ ຂະໜາດໃຫ້ກັບຜູ້ ປ່ວຍນອກແລະຜູ້ ປ່ວຍໃນ. ສິ່ງ ນີ້ ຍັງເອີ້ນວ່າການປົວຄວາມຜິດປົກກະຕິຈາກການໃຊ້ຢາແລະເຫຼົ້າ. ສະຖານທີ່ ແມ່ນຂຶ້ນຢູ່ ກັບຊະນິດຂອງການປົວທີ່ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບ. ບໍລິການ ລວມເຖິງ:

- ການຮັກສາເລກຢາເສບຕິດຜູ້ ປ່ວຍນອກ (ການແນະແນວເປັນກຸ່ມ ແລະ/ຫ ແບບໜຶ່ງຕໍ່ໜຶ່ງ)
- ການຮັກສາຜູ້ ປ່ວຍນອກແບບເຂັ້ມງວດ (ການແນະແນວເປັນກຸ່ມສາມມື້ ຕໍ່ອາທິດ, ຢູ່ ກຸ່ມອາໄສສາມຊົ່ວໂມງຕໍ່ມ)

- ການຮັກສາໃນສະຖານທີ່ ພັກອາໄສ (ບໍລິການພື້ນພູ ທີ່ຈັດໃຫ້ໃນທີ່ຢູ່ອາໄສ)
- ການບໍາບັດດ້ວຍຢາທົດແທນຢາເສບຕິດ (ເຊັ່ນ ເມຕາໂດນ)

ບາງຄັ້ງ ທີ່ສະເໜີ ການບໍລິການການປິ່ນປົວແລະການພັກຟັ້ນເພີ່ມເຕີມ ບອກທ່ານໝໍຂອງທ່ານເຖິງສະພາບຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ເຂົາເຈົ້າສາມາດສົ່ງຕົວທ່ານໄປຮັບການປິ່ນປົວທີ່ເໝາະສົມ. ທ່ານອາດຈະສົ່ງຕົນເອງໄປທີ່ຕົວແທນການປິ່ນປົວໃນທ້ອງຖິ່ນທີ່ຢູ່ໃກ້ທ່ານທີ່ສຸດກໍໄດ້. ຫາ ໂທຫາ ສາຍບໍລິການສົ່ງຕົວການຮັກສາຄວາມຜິດປົກກະຕິຈາກການໃຊ້ຢາເສບຕິດແບບບໍ່ສຸກ ສາຍ ທີ່ **1-800-879-2772**.

## ໂຄງການທາງແຊ່ວຂອງ Medi-Cal

ສະພາບແວດລ້ອມແມ່ນສ່ວນສໍາຄັນຂອງສຸຂະພາບໂດຍລວມ. ໂຄງການປະກັນແຊ່ວ (Medi Cal Dental Program) ຂອງ Medi Cal ຄູ່ມືມຄອງການບໍລິການຫາຍຢູ່ າງພື້ນທີ່ ອໃຫ້ທ່ານມີແຊ່ວທີ່ແຂງແຮງ. ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດດ້ານແຊ່ວໃນທັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດສໍາລັບ Medi Cal.

ທ່ານສາມາດເບິ່ງສິດທິປະໂຫຍດ ແລະ ແຫ່ງຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆໄດ້ທີ່ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. ຫາ ທ່ານສາມາດໂທຫາເບີ **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) ໃນວັນຈັນຫາວັນສຸກ ລະຫວ່າງ 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ.

## ຊື່ ອຍໄດ້ ຮັບການບໍລິການດູ່ ານແຊ່ວ ຂອງ Medi-Cal ໄດ້ ແນວໃດ?

ໂຄງການປະກັນແຊ່ວ (Medi-Cal Dental Program) ຂອງ Medi-Cal ໃຫ້ການບໍລິການໃນສອງແບບ. ແບບທຳອິດແມ່ນ

ແຜນປະກັນແຊ່ວແບບເສຍຄ່າບໍລິການ (Fee-for-Service) ແລະທ່ານສາມາດຮັບບໍລິການໄດ້ທີ່ ວ California.

ແຜນປະກັນແຊ່ວແບບເສຍຄ່າບໍລິການ (Fee-for-Service) ແມ່ນຄຳນຳກັບ Medi-Cal ແບບເສຍຄ່າບໍລິການ (Fee-for-Service). ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການແຊ່ວ, ທ່ານຕ້ອງສະແດງ BIC ຂອງທ່ານຕໍ່ກັບຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການແຊ່ວ ແລະ ຮັບປະກັນວ່າຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການຍອມຮັບແຜນປະກັນແຊ່ວແບບເສຍຄ່າ (Fee-for-Service).

ອີກແບບໜຶ່ງທີ່ Medi-Cal ໃຫ້ການບໍລິການແຊ່ວແມ່ນຜ່ານແຜນດູ ແລະ ມີ ງແຍງແຊ່ວແບບມການຈັດການ (Dental Managed Care-DMC). ມການໃຫ້ DMC ໃນເຂດປົກຄອງ Los Angeles ແລະ Sacramento ທີ່ນີ້. ແຜນ DMC ຄູ່ມືມຄອງການບໍລິການແຊ່ວຄຳນຳກັບແຜນປະກັນແຊ່ວແບບເສຍຄ່າບໍລິການ (Fee-for-Service). DHCS ໃຊ້ແຜນດູ ແລະ ມີ ງແຍງແບບມການຈັດການສາມແຜນໃນເຂດປົກຄອງ Sacramento. ນອກນີ້ DHCS ຍັງເຮັດສັນຍາກັບແຜນສຸຂະພາບແບບຈ່າຍກ່ອນສາມແຜນໃນເຂດປົກຄອງ Los Angeles. ແຜນທີ່ນີ້ ໃຫ້ການບໍລິການແຊ່ວແກ່ຜູ້ ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medi-Cal.

ຖ້າທ່ານອາໄສຢູ່ ໃນເຂດປົກຄອງ Sacramento, ທ່ານຕ້ອງລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມແຜນ DMC. ໃນບາງກໍລະນີ, ທ່ານອາດຈະມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກການລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມແຜນ DMC.

ເພື່ອຊອກຮູ້ ເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ Health Care Options ທີ່ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

ໃນເຂດປົກຄອງ Los Angeles, ທ່ານສາມາດສູ່ຢູ່ ໃນແຜນປະກັນແຊ່ວແບບເສຍຄ່າບໍລິການ (Fee-for-Service) ຫາ ທ່ານສາມາດເລືອກແຜນ DMC ກໍໄດ້. ເພື່ອເລືອກ ຫາ ປ່ຽນແຜນປະກັນແຊ່ວ, ໃຫ້ໂທຫາ Health Care Options.

# ການກວດຄັດ, ບິ່ງມະຕິພະຍາດ ແລະ ປິ່ນປົວໃນຕອນຕົ້ນ ແລະ ເປັນໄລຍະ (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment-EPSTD)

ຖ້າທ່ານ ຫລື ກອງທ່ານມ ອາຍຸ ຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ, Medi-Cal ຈະຄູ່ ມຄອງການບໍລິການແບບປ້ອງກັນ ເຊິ່ງ ການກວດສຸ ຂະພາບ ແລະ ການກວດຄັດເປັນປົກກະຕິ. ການກວດສຸ ຂະພາບ ແລະ ການກວດຄັດພະຍາດເປັນປົກກະຕິແມ່ນເພື່ອຊອກເບິ່ງບັນຫາທາງການແພດ, ແຂ້ວ, ສາຍຕາ, ການໄດ້ຍິນ ແລະ ສຸ ຂະພາບຈິດ ແລະ ຄວາມຜິດປົກກະຕິຈາກການໃຊ້ສານເສບຕິດ. ນອກນີ້ ມ ທ່ານສາມາດຮັບວັກຊ ນເພື່ອອັກສາໃຫ້ທ່ານ ສຸ ຂະພາບແຂງແຮງ. Medi-Cal ຄູ່ ມຄອງການບໍລິການກວດຄັດພະຍາດໃນເວລາໃດໆກໍຕາມທີ່ ມ ຄວາມຈຳເປັນຕ້ອງກວດ, ເຖິງແມ່ນວ່າມັນບໍ່ຢູ່ ໃນໄລຍະການກວດສຸ ຂະພາບປົກກະຕິກໍຕາມ. ການບໍລິການທັງໝົດເຫື່ ານີ້ ແມ່ນບໍ່ມ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕໍ່ກັບທ່ານ.

ການກວດສຸ ຂະພາບ ແລະ ການກວດຄັດພະຍາດ ຄວາມສຳຄັນໃນການຊ່ວຍຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງສຸ ຂະພາບຂອງທ່ານລະບຸ ບັນຫາຕ່າງໆໄດ້ແຕ່ຕົ້ນ ຯ. ເມື່ອພົບບັນຫາໃນລະຫວ່າງການກວດສຸ ຂະພາບ ຫລື ກວດຄັດພະຍາດ, Medi-Cal ຄູ່ ມຄອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນເພື່ອແກ້ໄຂ ຫລື ບປຸງສຸ ຂະພາບທາງຮ່າງກາຍ ແລະ ຈິດໃຈ ຫລື ການເຈັບເປັນຕ່າງໆ. ທ່ານສາມາດຮັບການບໍລິການບິ່ງມະຕິພະຍາດ ແລະ ປິ່ນປົວທີ່ທ່ານໝັ້ ຫລື ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງສຸ ຂະພາບອື່ນ, ໝັ້ປົວແຂ້ວ, ໂຄງການປ້ອງກັນສຸ ຂະພາບແລະຄວາມພິການໃນເດັກ (Child Health and Disability Prevention program-CHDP) ຂອງເຂດປົກຄອງ ຫລື ໃຫ້ບໍລິການສຸ ຂະພາບຈິດ ຫລື ສຸ ຂະພາບພ ດຕິກຳຂອງເຂດປົກຄອງ ບອກວ່າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບເຫື່ ອໃຫ້ດີຂຶ້ນ. EPSTD ຄູ່ ມຄອງການບໍລິການເຫື່ ານີ້ ໂດຍບໍ່ມ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕໍ່ກັບທ່ານ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຈະບອກທ່ານອີກວ່າເວລາໃດຕ້ອງກັບມາເພື່ອກວດສຸ ຂະພາບ, ກວດຄັດພະຍາດ ຫລື ການນັດໝາຍທາງການແພດຄື ງຕໍ່ໄປ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການກຳນ ດເວລາການກວດທາງການແພດ ຫລື ວິທີຮັບການຊ່ວຍເຫື່ ອເລີຍ ອງການເດີນທາງເພື່ອໄປກວດທາງການແພດ, Medi Cal ສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ໂທຫາແຜນດ ແລເບິ່ງແຍງສຸ ຂະພາບແບບມີການຈັດການ Medi-Cal Managed Care(MCP) ຂອງ Medi Cal ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ຢູ່ໃນ MCP, ທ່ານສາມາດໂທຫາທ່ານໝັ້ ຫລື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໄດ້ ຫລື ເຂົ້າໄປທີ່ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ສຳລັບ ການຊ່ວຍເຫື່ ອດ້ານການເດີນທາງ.

**ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບ EPSTD ທ່ານສາມາດໂທຫາ 1-800-541-5555 ຫລື ເຂົ້າໄປທີ່ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>, ຕິດຕໍ່ຫາໂຄງການ CHDP ໃນເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານ ຫລື MCP ຂອງທ່ານ. ເພື່ອຮຽນຮູ້ ເພື່ອເຕ ມກ່ຽວກັບການບໍລິການສຸ ຂະພາບຈິດສະເພາະທາງ ຫລື ຄວາມຜິດປົກກະຕິຈາກການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງ EPSTD, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາພະແນກສຸ ຂະພາບຈິດ ຫລື ສຸ ຂະພາບທາງພ ດຕິກຳໃນເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານ.**

## ບໍລິການເດີນທາງ

Medi-Cal ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ໃນການເດີນທາງໄປຕາມນັດທາງການແພດ, ສຸ ຂະພາບຈິດ, ການໃຊ້ຢາເສບຕິດ, ຫລື ທາງແຂ້ວ ຖ້າບໍລິການເຫື່ ານີ້ ຢູ່ ໃນຄວາມຄູ່ ມຄອງຂອງ Medi-Cal. ການເດີນທາງອາດເປັນແບບ ການເດີນທາງທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງການແພດ (nonmedical transportation-NMT) ຫລື ການເດີນທາງທີ່ບໍ່ແມ່ນເຫດສຸ ກເສ ນທາງການແພດ (nonemergency medical transportation-NEMT). ທ່ານຍັງສາມາດໃຊ້ NMT ໄດ້ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໄປຮັບຢາຫ ອຸ ບປະກອນຫ ເຄື່ອງມືທາງກາດແພດ ຕາມໃນສື່ ງແພດ.

ຖ້າທ່ານສາມາດເດ ນທາງໂດຍລົດຍົນ, ລົດບັສ, ລົດໄຟ, ຫ ລົດ ແທັກຊີ້, ແຕ່ບໍ່ມ ລົດເພີ້ ອເດີນທາງໄປຕາມນັດ, ເຮ າສາມາດ ຈັດຫາ NMT ໃຫ້ທ່ານໄດ້.

ຖ້າທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸ ຂະພາບ, ໂທຫາສາຍບໍລິການ ສະມາຊິກເພື່ອຖາມວ່າຈະຮັບບໍລິການ NMT ໄດ້ແນວໃດ.

ຖ້າທ່ານມ ຄວາມຄູ້ ມຄອງແບບຈ່າຍເງິນເພື່ອຮັບບໍລິການ, ທ່ານສາມາດເຮັດດັງຕໍ່ໄປນີ້:

- ໂທຫາຫ້ອງການເຄົ້າຕັ້ Medi-Cal ຫ້ອງຖີ່ ນເພື່ອເບີ ງວ່າເຂ າເຈົ້າສາມາດຊ່ວຍຈັດຫາລົດຂອງ NMT ໃຫ້ທ່ານໄດ້ຫ ບໍ່.
- ເພື່ອກຳນົດການເດ ນທາງ, ທ່ານຄວນໂທຫາຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດແບບຈ່າຍເງິນເພື່ອການ ບໍລິການຂອງທ່ານແລະຖາມກ່ຽວກັບຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການ ເດ ນທາງໃນເຂດທີ່ ທ່ານຢູ່ ກ່ອນ. ຫ , ທ່ານ ສາມາດໂທຫາໜຶ່ງໃນຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການຂອງ NMT ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸ ມັດໃນພ້ ືນທີ່ ຂອງທ່ານທີ່ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

ຖ້າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ລົດທາງການແພດພິເສດ, ເພື່ອໄປຕາມ ນັດຂອງທ່ານ, ບອກໃຫ້ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການດູ ແລສຸ ຂະພາບຂອງ ທ່ານຮູ້ . ຖ້າທ່ານຢູ່ ໃນແຜນປະກັນສຸ ຂະພາບ, ທ່ານຍັງສາມາດ ຕິດຕໍ່ ແຜນຂອງທ່ານເພື່ອກຳນົດການເດ ນທາງຂອງທ່ານ. ຖ້າ ທ່ານຢູ່ ໃນຄວາມຄູ້ ມຄອງແບບຈ່າຍເງິນເພື່ອຮັບບໍລິການ, ໂທຫາຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການສຸ ຂະພາບຂອງທ່ານ. ແຜນແລະຜູ້ ໃຫ້ ບໍລິການສາມາດສົ່ ງ NEMT ເຊີ້ ນ ລົດຕັ້ ສຳລັບລີ້ ເລື່ອນ, ລົດຕັ້ ນ້ອຍ, ລົດພະຍາບານ, ຫ ການເດ ນທາງທາງອາກາດ.

ຈີ້ ໄວ້ວ່າຕ້ອງຂໍບໍລິການເດ ນທາງໃຫ້ໄວທີ່ສຸ ດເທື່ອ າ ເປັນໄປໄດ້ກ່ອນເວລານັດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມ ນັດເປັນ ປະຈຳ, ຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການສຸ ຂະພາບຂອງທ່ານຫ ແຜນປະກັນ

ສຸ ຂະພາບສາມາດຂໍບໍລິການການເດ ນທາງໃນອະນາຄົດໄດ້.ໄປທ ັ້ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ເພື່ອເບີ ງຂໍ ມູ ນເພ ື່ອມເຕ ມກ່ຽວກັບການເດ ນທາງທີ່ ມ ໃຫ້ ໂດຍຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການ NMT ທີ່ ໄດ້ຮັບອະນຸ ມັດ.

## ບໍລິການສຸ ຂະພາບຈິດສະເພາະທາງ

ຖ້າທ່ານມ ອາການປ່ວຍທາງຈິດຫ ຄວາມຈຳເປັນທາງອາລົມ ທີ່ ທ່ານໝໍຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດຮັກສາໃຫ້ໄດ້, ມ ບໍລິການ ສຸ ຂະພາບທາງຈິດສະເພາະທາງໃຫ້. ແຜນປະກັນສຸ ຂະພາບຈິດ (Mental Health Plan-MHP) ໃຫ້ບໍລິການສຸ ຂະພາບຈິດ ສະເພາະທາງ. ແຕ່ລະເຄົ້າຕັ້ ມ MHP.

ບໍລິການສຸ ຂະພາບຈິດສະເພາະທາງອາດລວມເຖິງ, ແຕ່ບໍ່ຈ າກັດ ພຽງ, ການບຳບັດລາຍບຸ ກຄົນແລະກຸ່ ມ, ບໍລິການດ້ານປີ້ ນປົວ, ບໍລິການຂີ້ ນວິກິດ, ການຈັດການເປັນກໍລະນ , ບໍລິການໃນທີ່ ພັກອາໄສແລະໂຮງໝໍ, ແລະບໍລິການພິເສດເພື່ອຊ່ວຍເຫ ອເດັກ ນ້ອຍແລະເຍ າວະຊົນ.

ເພື່ອຄື້ ນຫາເພີ້ ມເຕ ມກ່ຽວກັບບໍລິການສຸ ຂະພາບຈິດ ສະເພາະທາງ, ຫ ເພື່ອຮັບບໍລິການເຫື້ ານີ້ , ໂທຫາ MHP ໃນເຄົ້າຕັ້ ຂອງທ່ານ. MHP ຂອງທ່ານຈະຕັດສິນວ່າທ່ານ ຈະມ ສິດຮັບບໍລິການສຸ ຂະພາບຈິດສະເພາະທາງຫ ບໍ່. ທ່ານ ສາມາດເອ າໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງ MHP ໄດ້ຈາກ ຫ້ອງການ ຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາກລັດ ຫ 1-888-452-8609 ຫ ໄປທ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

# ໂຄງການແລະບໍລິການສຸຂະພາບອື່ນໆ



ລັດຄາລິຟໍເນຍສະເໜີ ໂຄງການອື່ນໆສໍາລັບຄວາມຈໍາເປັນທາງການແພດຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດສະໝັກໄດ້ຜ່ານຫ້ອງການເຄົ້າຕັ້ງທີ່ອາດຈະຮັບຮອງໜັກກັບ Medi-Cal.

## ຈາກຫ້ອງການເຄົ້າຕັ້ງທີ່ອາດຈະຮັບຮອງໜັກຂອງທ່ານ

ທ່ານສາມາດຖາມຫາໂຄງການຂ້າງລຸ່ມນີ້ຈາກຫ້ອງການເຄົ້າຕັ້ງທີ່ອາດຈະຮັບຮອງໜັກໄດ້ໃນເວລາທີ່ທ່ານສະໝັກເອົາ Medi-Cal. ທ່ານສາມາດເບິ່ງໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງເຄົ້າຕັ້ງທ່ານໄດ້ທີ່ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ຫາ ໂທ 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077).

## ເຍາວະຊົນທີ່ເຄີຍຖືກອຸປະກາລະມາກ່ອນ (Former Foster Youth)

ຖ້າທ່ານເຄີຍໄດ້ຮັບການອຸປະຖັມໃນວັນເກດຄົບ 18th ປີ ຫາຫ້ອງການນີ້, ທ່ານອາດມີສິດຮັບ Medi-Cal ຄວາມຄຸ້ມຄອງອາດຢູ່ໄດ້ຈົນວ່າທ່ານອາຍຸຄົບ 26th ປີ. ລາຍໄດ້ບໍ່ມີຜົນ. ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງປະກອບໃບສະໝັກ Medi-Cal ທີ່ເຕັມຮູບແບບ ຫາ ບໍ່ຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນລາຍໄດ້ຫຼື ພາສາຕອນທີ່ທ່ານສະໝັກ. ສໍາລັບຄວາມຄຸ້ມຄອງທັນທີ, ຕິດຕໍ່ຫ້ອງການເຄົ້າຕັ້ງທີ່ອາດຈະຮັບຮອງໜັກຂອງທ່ານ.

## ບໍລິການທາງການແພດທີ່ເປັນຄວາມລັບ

ທ່ານສາມາດສະໝັກບໍລິການທີ່ເປັນຄວາມລັບໄດ້ຖ້າທ່ານມີອາຍຸໜ້ອຍກວ່າ 21 ປີ. ເພື່ອໃຫ້ມີສິດ, ທ່ານຕ້ອງມີຄຸນສົມບັດຂ້າງລຸ່ມນີ້:

- ບໍ່ໄດ້ແຕ່ງງານແລະອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່, ຫາ
- ພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານຕ້ອງເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບທາງການເງິນຂອງທ່ານ, ເຊິ່ງມີກຽມລະດັບວິທະຍາໄລ

ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກພໍ່ແມ່ໃນການສະໝັກເອົາຄວາມຄຸ້ມຄອງ. ບໍລິການການວາງແຜນຄອບຄົວແລະການຖືພາ, ແລະການປິ່ນປົວການຕິດຢາຫາຍໃຈ, ພະຍາດທີ່ຕິດທາງເພດສັມພັນ, ການທຳຮ້າຍທາງເພດ, ແລະສຸຂະພາບຈິດ.

## ໂຄງການຄົນພິການທີ່ເຮັດວຽກ (Working Disabled Program) 250%

ໂຄງການຄົນພິການທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ Medi-Cal ກັບຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ພິການທີ່ມີລາຍໄດ້ຫຼາຍກວ່າຄົນທີ່ຮັບ Medi-Cal ສ່ວນຫຼາຍ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄົນພິການຜ່ານປະກັນສັງຄົມຫຼື ວຽກທີ່ຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດມີສິດ. ໂຄງການກຳນົດໃຫ້ຈ່າຍເບີປະກັນລາຍເດືອນທີ່ຕ່ຳ, ຈາກ \$20 ຫາ \$250 ຂຶ້ນຢູ່ກັບລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ. ເພື່ອໃຫ້ມີສິດ, ທ່ານຕ້ອງມີຄຸນສົມບັດຕໍ່ໄປນີ້:

- ເປັນຜູ້ ພິການຕາມທີ່ປະກັນສັງຄົມກຳນົດ, ຮັບເງິນ ຊ່ວຍເຫຼືອ ອົດອາໄສພິການ, ແລະໃນຕອນນີ້ ໄດ້ເລີ່ມ ລາຍ ໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ
- ມຸ ຄຸ ນສົມບັດດ້ານລາຍໄດ້ທີ່ ໂຄງການກຳນົດຈາກລາຍ ໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ ລາຍໄດ້ທີ່ ບໍ່ ຕ້ອງເຮັດວຽກ
- ມຸ ຄຸ ນສົມບັດອື່ນໆຕາມລະບຽບຂອງໂຄງການ

### Medi-Cal Access Program (MCAP)

MCAP ໃຫ້ຄວາມຄູ້ ມຄອງແຜນປະກັນສຸ ຂະພາບແບບ ຮອບດ້ານໃນລາຄາຖືກ ກັບຜູ້ ພາ. MCAP ບໍ່ມີ ຄ່າໃຊ້ ຈ່າຍຮ່ວມຫາ ການຈ່າຍຄ່າສ່ວນຕ່າງສາ ລັບບໍລິການທີ່ ແຜນ ນີ້ ຄອບຄຸ ມ. ລາຄາລວມສໍາລັບ MCAP ແມ່ນ 1.5% ຂອງ Modified Adjusted Gross Income ຕົວຢ່າງ ເຊັ່ນ, ຖ້າ ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານແມ່ນ \$50,000. ຕໍ່ປີ, ລາຄາຄວາມຄູ້ ມຄອງ ຂອງທ່ານຈະເປັນ \$750. ທ່ານສາມາດຈ່າຍຄ່າ ງດຽວໜຶ່ງ ຜ່ອນຈ່າຍລາຍເດ ອນຕະຫຼອດ 12 ເດ ອນໄດ້. ຖ້າທ່ານຖື ພາແລະ ມີ ຄວາມຄູ້ ມຄອງຈາກ Covered California, ທ່ານ ອາດຈະສາມາດປ່ຽນມາໃຊ້ MCAP ໄດ້. ເດັກນ້ອຍທີ່ ຫາ ດຈາກ ຜູ້ ທີ່ລົງທະບຽນກັບ MCAP ແລ້ວ ມີ ສິດເຂົ້າ ຮ່ວມໂຄງການ ການເຂົ້າ ເຖິງຂອງເດັກນ້ອຍ ຂອງ Medi-Cal ຫາ Medi-Cal ໄດ້. ເພື່ອໃຫ້ມີ ສິດຮັບ MCAP, ທ່ານຕ້ອງມີ ຄຸ ນສົມບັດຕໍ່ ໄປນີ້:

- ເປັນຜູ້ ອາໄສຢູ່ ໃນຄາລິຟໍເນຍ
- ບໍ່ ໄດ້ລົງທະບຽນໃນ Medi-Cal ລາຄາຖືກ ຫາ ຫາ Medicare ພາກສ່ວນ A ແລະພາກສ່ວນ B ໃນຕອນທ ັ້ງສະໝັກ
- ບໍ່ ໄດ້ຮັບຄວາມຄູ້ ມຄອງຈາກແຜນປະກັນສຸ ຂະພາບອື່ນໆ
- ຢູ່ ໃນຄຳແນະນຳດ້ານລາຍໄດ້ຂອງໂຄງການ

ເພື່ອຮຽນຮູ້ ເພີ່ມເຕີມ ກ່ຽວກັບ MCAP, ໄປຫາ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ຫຼື ໂທ 1-800-433-2611.

### ໂຄງການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເຮ ອນ (In Home Supportive Services-IHSS)

IHSS ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າບໍລິການເພື່ອໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມປອດ ໄພໃນຂະນະທີ່ຢູ່ ໃນເຮ ອນຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີ ສິດຮັບ Medi-Cal, ທ່ານອາດມີ ສິດຮັບ IHSS ນາ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີ ສິດ ຮັບ Medi-Cal, ທ່ານອາດຍັງມີ ສິດຮັບ IHSS ຖ້າທ່ານມີ ຄຸ ນສົມບັດ ຕາມຂໍ້ ກຳນົດອື່ນ. ຖ້າທ່ານມີ Medi-Cal ທີ່ ບໍ່ມີ ສິດ ຮັບ SOC, ມັນຈະຈ່າຍຄ່າບໍລິການ ທີ່ ງໜົດໃຫ້ທ່ານ. ຖ້າທ່ານ ມີ Medi-Cal ທີ່ມີ ສິດ ຮັບ SOC, ທ່ານຕ້ອງມີ ຄຸ ນສົມບັດ SOC Medi-Cal ກ່ອນທີ່ຈະຈ່າຍບໍລິການ IHSS ໃດໜຶ່ງ. ເພື່ອໃຫ້ ມີ ສິດ, ທ່ານຕ້ອງມີ ຄຸ ນສົມບັດໃດໜຶ່ງທາງລຸ່ມ ນີ້:

- ອາຍຸ 65 ປີ ຂຶ້ນໄປ
- ຕາບອດ
- ພິການ (ລວມເຖິງເດັກນ້ອຍພິການ)
- ເປັນພະຍາດຊຳເຮັ ອ, ສະພາບທີ່ ເປັນສາຍເຫດໃຫ້ ລະບົບການເຮັດວຽກຂອງຮ່າງກາຍບົກພ່ອງທີ່ ຄາດວ່າຈະ ເປັນຢູ່ ຢ່າງໜ້ອຍ 12 ເດ ອນຕິດຕໍ່ກັນຫາ ຄາດວ່າຈະ ສິ້ ງຜົນໃຫ້ຕາຍພາຍໃນ 12 ເດ ອນ

IHSS ສາມາດອະນຸ ມັດບໍລິການຫາ ຍ່າງ ເຊັ່ນ:

- ບໍລິການພາຍໃນເຮ ອນ ເຊັ່ນ ລ້າງເຄື້ າເຕ ໃນເຮ ອນຄົວ ຫາ ເຮັດຄວາມສະອາດຫ້ອງນ້ຳ
- ກຽມເຄື່ອງເຮັດກິນ
- ຊັກເຄື່ອງນຸ່ ງ
- ຊັ ອາຫານ
- ບໍລິການການດູ ແລສ່ວນບຸ ກຄົນ
- ເປັນໝູ່ ໄປຕາມນັດທາງການແພດ
- ຄວບຄຸ ມດູ ແລຄວາມປອດໄພສໍາລັບຄົນທີ່ ປ່ວຍທາງ ຈິດຫາ ມີ ຄວາມບົກພ່ອງທາງອາລົມແລະບໍ່ ສາມາດຢູ່ ຢ່າງປອດໄພໃນເຮ ອນຕົວເອງໄດ້ ໂດຍບໍ່ມີ ການຄວບຄຸ ມ ດູ ແລ
- ບໍລິການໜ່ວຍງູ້ ຊຸ ບ



ເພື່ອຮຽນຮູ້ ເພີ່ມເຕີມ, ໄປຫາ

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

## ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງລັດອື່ນໆ

ໂຄງການຂ້າງລຸ່ມນີ້ ມີຂຶ້ນຕອນການສະໝັກທີ່ຕ່າງຈາກໂຄງການຂອງ Medi-Cal. ທ່ານສາມາດສະໝັກຫາ ຮຽນຮູ້ ເພີ່ມເຕີມ ກ່ຽວກັບໂຄງການໂດຍໃຊ້ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ໃນລາຍການ.

### ໂຄງການຮັກສາມະເລັງເຕັ້ນນົມແລະມະເລັງປາກມົດລູກ (Breast and Cervical Cancer Treatment Program)

ການຮັກສາມະເລັງເຕັ້ນນົມແລະມະເລັງປາກມົດລູກໃຫ້ບໍລິການຮັກສາມະເລັງແລະສິ່ງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບມະເລັງສໍາລັບຜູ້ມີສິດທີ່ອາໄສຢູ່ໃນລັດຄາລິຟໍເນຍທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ. ເຂົາເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຮັບການຄັດເລ ອກແລະ/ຫລື ລົງທະບຽນໂດຍໂຄງການກວດຈັບມະເລັງ, ແມ່ຍິງທຸກຄົນມີຄວາມໝາຍ (Cancer Detection Program, Every Woman Counts), ຫລື ໂດຍໂຄງການ ການວາງແຜນຄອບຄົວ, ການເຂົ້າເຖິງ, ການດູແລແລະການຮັກສາ (Family Planning, Access, Care and Treatment programs). ເພື່ອໃຫ້ມີສິດ, ທ່ານຕ້ອງມີລາຍໄດ້ພາຍໃຕ້ຂໍ້ຈຳກັດແລະມີຄວາມຈຳເປັນໃນການຮັກສາມະເລັງເຕັ້ນນົມຫລື ປາກມົດລູກ. ເພື່ອຮຽນຮູ້ ເພີ່ມເຕີມ, ໂທ 1-800-824-0088 ຫລື ອີເມວ [BCCTP@dhcs.ca.gov](mailto:BCCTP@dhcs.ca.gov).

### ບໍລິການໃນເຮືອນແລະຊຸມຊົນ (Home and Community-Based Services)

Medi-Cal ອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ສູງອາຍຸ ຫລື ຄົນພິການບາງຄົນຮັບການຮັກສາຢູ່ເຮືອນ ໃນສະຖານທີ່ທີ່ເປັນຊຸມຊົນແທນສະຖານພັກພັ້ນຫລື ສະຖາບັນອື່ນໆ. ໃນເຮືອນ ຊຸມຊົນ ບໍລິການລວມເຖິງແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງແຕ່ການຈັດການເປັນກໍລະນີ (ການປະສານງານການຊ່ວຍເຫລືອແລະບໍລິການ), ບໍລິການສຸຂະພາບຜູ້ໃຫຍ່ໃນເວລາກາງເວັນ, ຝຶກຫັກສະການເຮັດວຽກຂອງຮ່າງກາຍ

(ກາງເວັນແລະທີ່ຢູ່ອາໄສ), ຜູ້ດູແລເຮືອນ, ຜູ້ຊ່ວຍທາງສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ, ບໍລິການໂພສະນາການ, ບໍລິການພະຍາບານ, ການດູແລສ່ວນບຸກຄົນ, ແລະການດູແລໄລຍະສັ້ນ. ທ່ານຕ້ອງມີສິດຮັບ Medi-Cal ແບບຄູ່ມືຄອງສູງສຸດແລະມີຄຸນສົມບັດຕາມກົດຂອງໂຄງການທຸກຢ່າງ. ເພື່ອຮຽນຮູ້ ເພີ່ມເຕີມ, ໂທຫາ DHCS, Integrated Systems of Care Division ຫລື 1-916-552-9105.

### ໂຄງການບໍລິການເດກນີ້ ອຍໃນລັດຄາລິຟໍເນຍ (California Children's Services-CCS Program)

ໂຄງການ CCS ໃຫ້ບໍລິການບໍລິເວນແລະຮັກສາ, ການຈັດການລາຍກໍລະນີ ທາງການແພດ, ແລະ ບໍລິການກາຍະພາບແລະກິດຈະກຳບຳບັດສໍາລັບເດັກນ້ອຍອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ ທີ່ມີສະພາວະທາງການແພດທີ່ມີຄຸນສົມບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງ CCS. ຄຸນສົມບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງ CCS ແມ່ນຄົນທີ່ພິການທາງຮ່າງກາຍ ທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ບໍລິການທາງການແພດ, ການຜ່າຕັດຫລື ການຟື້ນຟູ. ບໍລິການທີ່ອະນຸມັດໂດຍໂຄງການ CCS ເພື່ອຮັກສາເດັກນ້ອຍທີ່ລົງທະບຽນກັບ Medi-Cal ສະພາບທາງການແພດທີ່ຢູ່ໃນຂໍ້ກຳນົດຂອງ CCS ບໍ່ແມ່ນບໍລິການທີ່ແຜ່ນປະກັນສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່ຄອບຄຸມ. ແຜນປະກັນຂອງ Medi-Cal ຍັງສຸບຕໍ່ການດູແລຫັກແລະບໍລິການສຸຂະພາບແບບປ້ອງກັນທີ່ບໍ່ກ່ຽວກັບສະພາບທາງການແພດທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ CCS.

ເພື່ອສະໝັກ CCS, ຕິດຕໍ່ຫ້ອງການ CCS ເຂົ້າເຖິງທີ່ຢູ່ນຂອງທ່ານ. ເພື່ອຮຽນຮູ້ ເພີ່ມເຕີມ, ໄປຫາ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ຫລື ໂທ 1-916-552-9105.

### ໂຄງການຜູ້ພິການຕາມກຳມະພັນ (Genetically Handicapped Person's Program-GHPP)

GHPP ໃຫ້ການຈັດການເປັນກໍລະນີ ທາງການແພດແລະການບໍລິຫານແລະຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄາລິຟໍເນຍ, ອາຍຸ ຫລື ນ 21 ປີ, ແລະມີ



ຄຸນສົມບັດຕາມສະພາບການແພດທີ່ GHPP ການົດ ສະພາບທາງການແພດທີ່ມີ ສິດໄດ້ຮັບ GHPP ແມ່ນສະພາບທີ່ໄດ້ຮັບມາຈາກພໍ່ແມ່ເຊິ່ງ ນ ພາວະເລ ອດໄຫ ບໍ່ເຊ 1, ພະຍາດຂີ້ສຕິກໄຟໂບຣຊິສ, ຟີ ນິລຄ ໂຕນູ ເຣຍ, ແລະມັດເລ ອດແດງຜິດຮູ ບທີ່ສີ່ ງຜົນຮ້າຍແຮງຕໍ່ສຸ ຂະພາບ. GHPP ໃຊ້ລະບົບຂອງສູ ນການດູ ແລພິເສດ (Special Care Centers-SCCs). SCCs ໃຫ້ການປະສານງານດູ ແລສຸ ຂະພາບທີ່ ເໝາະສົມກັບສະພາບຄຸ ນສົທບັດສະເພາະທີ່ຢູ່ ໃນຂີ້ ກຳນົດ. ຖ້າສະຫວັດດ ການບໍ່ໄດ້ຢູ່ ໃນຄວາມຄື ມຄອງຂອງແຜນປະກັນສຸ ຂະພາບ, GHPP ອະນຸ ຍາດໃຫ້ປະເມ ນ SCC ປີ ລະຄີ ງສ າລັບຜູ້ ໃຫຍ່ທີ່ລົງທະບຽນກັບMedi-Cal ທີ່ມີ ສະພາບທາງການແພດທີ່ຢູ່ ໃນຂີ້ ກຳນົດຂອງ GHPP.

ເພື່ອສະໝັກເອ 1 GHPP, ປະກອບໃບສະໝັກ. ສື່ ງແມ່ ກໄປທ 1-800-440-5318. ເພື່ອຮຽນຮູ້ ເພື່ອເຕ ມ, ໂທ 1-916-552-9105 ຫ ໄປທ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

# ທ່ານຮູ້ ບໍ່ວ່າ?



Medi-Cal ໃຫ້ ບໍລິການການສຶກສາການໃຫ້ ນົມລູ ກເຊິ່ງເປັນສ່ວນໜຶ່ງ ງຂອງການດູ ແລແມ່ແລະເດ ກເກີດໃໝ່.



ທ່ານມີສິດໄດ້ ຮັບການກວດສາຍຕາເປັນປະຈຳທຸ ກໆ 24 ເດ ອນ.



ເພື່ອຮຽນຮູ້ ເພື່ອເຕີມວ່າມີຫຍັງສະເໜີ ໃຫ້ ແດ່, ໄປທີ່ : <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

# Medi-Cal ຍີ່ ອນຫັງ (Retroactive Medi-Cal)

ຖ້າທ່ານມີ ໃບບິນນັກບູຮານຄ່າທາງການແພດທາງແຂ້ວ ໃນຕອນທີ່ ທ່ານສະໝັກເອົາ **Medi-Cal** ທ່ານສາມາດຂໍ **Medi-Cal** ຍີ່ອນຫັງໄດ້ **Medi-Cal** ຍີ່ອນຫັງອາດຈະຊ່ວຍ ຈ່າຍບິນນັກບູຮານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດແລະທາງແຂ້ວໃນເດ ອນໃດໜຶ່ງຂອງເວລາສາມເດ ອນກ່ອນວັນທີ່ ສະໝັກ.

ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ, ຖ້າທ່ານສະໝັກເອົາ **Medi-Cal** ເດ ອນ ເມສາ, ທ່ານອາດຈະສາມາດຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍ ບິນສໍາລັບບໍລິການທາງການແພດແລະແຂ້ວທີ່ ທ່ານຮັບໃນເດ ອນມັງກອນ, ເດ ອນກຸ ມພາແລະເດ ອນມ ນາ.

ເພື່ອຮັບ **Medi-Cal** ຍີ່ອນຫັງ ທ່ານຕ້ອງ:

- ມີສິດຮັບ **Medi-Cal** ໃນເດ ອນທີ່ຮັບ ບໍລິການດ້ານ ການແພດ
- ໄດ້ຮັບບໍລິການທາງການແພດທາງແຂ້ວທີ່ **Medi-Cal** ຄອບຄຸມ
- ຂໍພາຍໃນໜຶ່ງປີ ຂອງເດ ອນ ທີ່ ທ່ານຮັບບໍລິການທີ່ ຄື ມຄອງ
- ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ ຫ້ອງການເຄັ້ າຕັ້ ຫ້ອງຖີ່ ນ ເພື່ອ ຮ້ອງຂໍ **Medi-Cal** ຍີ່ອນຫັງ

ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ, ຖ້າທ່ານຮັບການຮັກສາແຂນຫັກໃນເດ ອນມັງກອນ2017 ແລະສະໝັກຂໍ **Medi-Cal** ໃນເດ ອນ ເມສາ2017, ທ່ານຈະຕ້ອງຮ້ອງຂໍ **Medi-Cal** ຍີ່ອນຫັງ ບໍ່ ກິນ ເດ ອນມັງກອນ2018 ເພື່ອຈ່າຍບິນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ທາງການແພດ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການທາງການແພດທາງແຂ້ວທີ່ ທ່ານ ໄດ້ຮັບລະຫວ່າງສາມເດ ອນຍີ່ອນຫັງ, **Medi-Cal** ອາດຈະ ຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ໄດ້ຮັບບູຮານຄ່າ ນ. ທ່ານຕ້ອງສົ່ງ ງເຄລມຂອງທ່ານ ພາຍໃນໜຶ່ງປີ ຂອງ ວັນທີ່ຂອງບໍລິການ, ຫຼື ພາຍໃນ90 ມື້ ຫຼັງຈາກທີ່ **Medi-Cal** ຂອງທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸ ມັດ, ອັນໃດກໍ່ ຕາມທີ່ ເປັນເວລາດົນກວ່າ.

ເພື່ອສົ່ງ ງເຄລມ, ທ່ານຕ້ອງໂທຫາ ຂຽນຈົດໝາຍຫາ:

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

ສໍາລັບເຄລມທາງການແພດ, ສຸ ຂະພາບຈິດ, ຄວາມ ຜິດປົກກະຕິຈາກການໃຊ້ສານເສບຕິດ, ແລະບໍລິການສະໜັບ ສະໜູນໃນເຮ ອນ ບໍລິການຜູ້ ຮັບສິດທິປະໂຫຍດ

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

ເພື່ອການເຄລມທາງແຂ້ວ.



# ການປັບປຸງແລະຕໍ່ອາຍ Medi-Cal ຂອງ ຊື່ າພະເຈົ້າ

ທ່ານຕ້ອງໄດ້ ລາຍງານການປ່ຽນແປງໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 10 ມື້ ກັບຫຼັງ ອງການເຄົ້າຄວ້າ ທີ່ ອງຖື ນຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດລາຍງານການປ່ຽນແປງດ້ວຍຕົນເອງ, ທາງອອນໄລນ໌, ທາງໂທລະສັບ, ທາງອ ເມວ ທາງແຟັກ. ການປ່ຽນແປງຕ່າງໆອາດກະທົບກັບການ ສິດຮັບ Medi-Cal ຂອງທ່ານ.

ທ່ານຕ້ອງລາຍງານຖ້າທ່ານ:

- ແຕ່ງງານ ຫຼື ຫາຍຮຸ້ນ
- ມ ລູກ, ຮັບລ້ຽງລູກ ກບຸ ນທ າ ຫ ອ າລູກ ກໄປໃຫ້ຄົນ ຮັບເປັນລູກ ກບຸ ນທ າ
- ມ ຄວາມປ່ຽນແປງທາງລາຍໄດ້ ຊັບສິນ (ຖ້າ ຄວາມກ່ຽວຂ້ອງ)
- ຮັບຄວາມຄູ້ ມຄອງອື່ນໆລວມເຖິງຄວາມຄູ້ ມຄອງຜ່ານ ວຽກ ໂຄງການເຊິ່ງ Medicare
- ຍ້າຍທີ່ຢູ່ ຫຼື ມີການປ່ຽນແປງຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ
- ມ ຄວາມປ່ຽນແປງໃນສະຖານະຄວາມພິການ
- ມ ຄວາມປ່ຽນແປງໃນສະຖານະການສົ່ງພາສາ, ລວມເຖິງ ຄວາມປ່ຽນແປງກ່ຽວກັບຜູ້ ອາໄສໃນການສົ່ງພາສາ
- ມ ຄວາມປ່ຽນແປງໃນສະຖານະພົນລະເມ ອງ ການເຂົ້າ າມ ອງ

- ຖ ກຂັງຄຸກ (ຄຸກນ້ອຍ ຫຼື ຄຸກໃຫຍ່ ເປັນຕົ້ນ) ຫຼື ຖ ກປ່ອຍຕົວຈາກການຂັງຄຸກ
- ມ ຄວາມປ່ຽນແປງໃນສະຖານະຄົນອາເມລິກາພັນ ມ ອງ ຄົນອາລັສກ້າພັນ ມ ອງ ຄວາມປ່ຽນແປງໃນສະຖານະຊົນເຜົ່າຂອງທ່ານ
- ປ່ຽນຊື່, ວັນເກດ ຫຼື SSN
- ມ ຄວາມປ່ຽນແປງອື່ນໆທີ່ ຈະສົ່ງຜົນຕໍ່ລາຍໄດ້ ຫຼື ຂະນາດຂອງຄົວເຮອນທ່ານ

## ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຫຼື າຊື່ າພະເຈົ້າ ຢູ່ າຍ ໄປຢູ່ ເຄົ້າຄວ້າ ອື່ນໃນລັດຄາລິຟໍເນຍ?

ຖ້າທ່ານຍ້າຍໄປຢູ່ ເຄົ້າຄວ້າ ອື່ນໃນຄາລິຟໍເນຍ, ເຄສ Medi-Cal ຂອງທ່ານສາມາດຍ້າຍໄປເຄົ້າຄວ້າ ໃໝ່ຂອງທ່ານໄດ້. ມັນເອີ້ນວ່າ ການໂອນຍ້າຍຂ້າມເຄົ້າຄວ້າ (Inter-County Transfer-ICT). ທ່ານຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງທີ່ຢູ່ ກັບເຄົ້າຄວ້າ ໃດໜຶ່ງພາຍໃນ 10 ມື້ ນັບຈາກມື້ ທີ່ ປ່ຽນແປງ. ທ່ານສາມາດລາຍງານການປ່ຽນແປງທີ່ຢູ່ ທາງອອນໄລນ໌, ດ້ວຍຕົນເອງ, ທາງໂທລະສັບ, ອ ເມວ, ຫຼື ແຟັກ. ຄວາມຄູ້ ມຄອງໃນແຜນຈັດບໍລິການຂອງທ່ານໃນເຄົ້າຄວ້າ ທີ່ າຂອງທ່ານຈະສົ່ງຜົນສຸດລົງໃນມື້ ສຸດທ້າຍຂອງເດ ອນ. ທ່ານຕ້ອງລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນຈັດບໍລິການໃນເຄົ້າຄວ້າ ໃໝ່ຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານອອກຈາກເຄື້ອດີ ຊີ ວຄາວ, Medi-Cal ຂອງທ່ານບໍ່ ຕ້ອງໂອນຍ້າຍ. ກໍລະນີ ນີ້ ລວມເຖິງລູກ ກທີ່ ກຳລັງຮຽນວິທະຍາ ໄລທ ຖ້າທ່ານກຳລັງດູ ແລພີ່ນ້ອງທີ່ ປ່ວຍ. ຕິດຕໍ່ ຫ້ອງການ ເຄື້ອດີ ທ້ອງຖີ່ ນຂອງທ່ານເພື່ອລາຍງານການປ່ຽນແປງທີ່ ຢູ່ ຊີ ວຄາວຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮ ອນກັບເຄື້ອດີ ໃໝ່. ຫ້ອງການ ເຄື້ອດີ ທ້ອງຖີ່ ນຈະປ່ຽນທີ່ ຢູ່ ເພື່ອໃຫ້ສະມາຊິກໃນຄົວເຮ ອນສາມາດລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນໃນເຄື້ອດີ ໃໝ່ໄດ້.

## ຊື່ າພະເຈົ້າ ຈະຕໍ່ອາຍຸ ຄວາມຄຸ້ ມ ຄອງMedi-Cal ໄດ້ ແນວໃດ?

ເພື່ອຮັກສາສະຫວັດດ ການMedi-Cal ຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງ ຕໍ່ອາຍຸ ຢ່າງໜ້ອຍປີ ລະຄີ້ ງ. ຖ້າຫ້ອງການເຄື້ອດີ ທ້ອງຖີ່ ນ ຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດຕໍ່ອາຍຸ ຄວາມຄຸ້ ມຄອງ Medi-Cal ໂດຍໃຊ້ ເຄື້ອມ ອ ເລັກໂຕຣນິກໄດ້, ເຂ າເຈົ້າ ຈະສີ້ ງຟອມຕໍ່ອາຍຸ ໃຫ້ ທ່ານ. ທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ຂີ້ ມູ ນໃໝ່ຫ ທີ່ ປ່ຽນແປງ. ທ່ານອາດຈະ ຕ້ອງໃຫ້ຂີ້ ມູ ນທີ່ ເປັ ນປະຈຸ ບັນທີ່ ສຸ ດຂອງທ່ານ. ທ່ານສາ ມາດສີ້ ງຄ ນຂີ້ ມູ ນຂອງທ່ານທາງອອນໄລນ໌, ດ້ວຍຕົນເອງ, ຫ ທາງໂທລະສັບຫ ວິທ ອ ເລັກໂຕຣນິກອື່ ນໆທີ່ ມ ໃຫ້ ໃນເຄື້ອ າຕີ້ ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານສີ້ ງໄປສະນ ຫ ສີ້ ງຄ ນຟອມຕໍ່ອາຍຸ ດ້ວຍຕົນເອງ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ເຊັນຊີ້ ຮຽບຮ້ອຍ.Medi-Cal ຂອງ ທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງຕໍ່ອາຍຸ ຢ່າງໜ້ອຍປີ ລະຄີ້ ງ. ຖ້າຫ້ອງການ ເຄື້ອດີ ທ້ອງຖີ່ ນຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດຕໍ່ອາຍຸ ຄວາມຄຸ້ ມຄອງ Medi-Cal ໂດຍໃຊ້ເຄື້ອມ ອ ເລັກໂຕຣນິກໄດ້, ເຂ າເຈົ້າ ຈະສີ້ ງຟອມຕໍ່ອາຍຸ ໃຫ້ທ່ານ. ທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ຂີ້ ມູ ນໃໝ່ຫ ທີ່ ປ່ຽນແປງ. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໃຫ້ຂີ້ ມູ ນທີ່ ເປັ ນປະຈຸ ບັນ ທີ່ ສຸ ດຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດສີ້ ງຄ ນຂີ້ ມູ ນຂອງທ່ານທາງ ອອນໄລນ໌, ດ້ວຍຕົນເອງ, ຫ ທາງໂທລະສັບຫ ວິທ ອ ເລັກໂຕຣ ນິກອື່ ນໆທີ່ ມ ໃຫ້ ໃນເຄື້ອ າຕີ້ ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານສີ້ ງໄປສະນ ຫ ສີ້ ງຄ ນຟອມຕໍ່ອາຍຸ ດ້ວຍຕົນເອງ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ເຊັນຊີ້ ຮຽບຮ້ອຍ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ ໃຫ້ຂີ້ ມູ ນທີ່ ຈຳເປັ ນພາຍໃນມີ້ ທີ່ ກຳນົດ, ສະຫວັດ ດ ການ Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະສີ້ ນສຸ ດລົງ. ຫ້ອງການເຄື້ອ າຕີ້ ທ້ອງຖີ່ ນຂອງທ່ານຈະສີ້ ງໃບແຈ້ງການໃຫ້ທ່ານທາງໄປສະນ. ທ່ານມ ເວລາ 90 ມີ້ ທີ່ ຈະໃຫ້ຂີ້ ມູ ນທີ່ ຍັງຂາດຢູ່ ກັບ ຫ້ອງການເຄື້ອ າຕີ້ ທ້ອງຖີ່ ນໂດຍບໍ່ ຈຳເປັ ນຕ້ອງສະໝັກໃໝ່. ຖ້າທ່ານໃຫ້ຂີ້ ມູ ນທີ່ ຍັງຂາດຢູ່ ພາຍໃນ 90 ມີ້ ແລະຍັງມ ສິດ ຮັບ Medi-Cal, ຫ້ອງການເຄື້ອ າຕີ້ ທ້ອງຖີ່ ນຈະຄ ນສິດທິ ຄວາມຄຸ້ ມຄອງ Medi-Cal, ໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ ມ ຊ່ອງວ່າງ.

# ສິດທິ ແລະຄວາມ ຮັບຜິດຊອບ



ຕອນທີ່ທ່ານສະໝັກເອາ Medi-Cal, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃບລາຍການສິດທິ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ. ລວມເຖິງຂໍ້ກຳນົດທີ່ຕ້ອງລາຍງານຄວາມປ່ຽນແປງທາງທີ່ຢູ່ ຫາ ລາຍໄດ້, ຫມ ຄົນຖຸ ພາຫ ອອກລູ ກ. ທ່ານສາມາດໂທຫາຫ້ອງການເຄົ້າ ທຕ້ອງຖື ນຫ ຫາໃບລາຍການສິດທິ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ເປັນປະຈຸ ບັນທີ່ສຸ ດ ທາງອອນໄລນ໌ທີ່:

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

## ສິດທິ ໃນການອຸ ທອນແລະການພິ ຈາລະນາ

### ບໍລິການທາງສຸ ຂະພາບແລະສະຫວັດດີ ການ

ທ່ານມ ສິດຂໍອຸ ທອນຖ້າທ່ານບໍ່ ເຫັນດ ນຳກັບການປະຕິເສດບໍລິການຫ ສະຫວັດດ ການດ້ານສຸ ຂະພາບ.

ຖ້າທ່ານຢູ່ ໃນແຜນ Medi-Cal Managed Care ແບບຈັດບໍລິການແລະໄດ້ຮັບໃບແຈ້ງການທີ່ ບອກທ່ານວ່າບໍລິການຫ ສິດທິດ້ານສຸ ຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການປະຕິເສດ, ທ່ານມ ສິດຂໍອຸ ທອນ.

ທ່ານຕ້ອງສິ ງການອຸ ທອນກ່ຽວກັບແຜນຂອງທ່ານພາຍໃນ 60 ມ້ ຂອງໃບແຈ້ງການ. ຫັງຈາກທີ່ທ່ານສິ ງການອຸ ທອນແລ້ວ, ແຜນຈະສິ ງຄ າຕັດສິນໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 30 ມ້. ຖ້າທ່ານບໍ່

ໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນພາຍໃນ 30 ມ້ ຫ ບໍ່ພໍໃຈກັບຄ າຕັດສິນຂອງແຜນ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ມ ການພິ ຈາລະນາຄະດ ໂດຍສານປົກຄອງໄດ້. ຜູ້ ພິ ພາກສາຈະພິ ຈາລະນາຄະດ ຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງສິ ງການອຸ ທອນຄັ ງທຳອິດຕໍ່ແຜນຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ຈະຂໍໃຫ້ ມີ ການພິ ຈາລະນາຄະດີ ໂດຍສານປົກຄອງ. ທ່ານຕ້ອງຂໍການພິ ຈາລະນາໂດຍສານປົກຄອງພາຍໃນ 120 ມ້ ຂອງວັນທີ່ຂອງຄຳຕັດສິນການອຸ ທອນຂອງແຜນທ່ານ.

ຖ້າທ່ານຢູ່ ໃນແຜນ Medi-Cal ແບບຈ່າຍເງິນເພີ່ອຮັບບໍລິການແລະທ່ານໄດ້ຮັບໃບແຈ້ງການທີ່ ບອກທ່ານວ່າບໍລິການຫ ສະຫວັດດ ການຂອງທ່ານຖ ກປະຕິເສດ,ທ່ານມ ສິດຂໍການພິ ຈາລະນາຄະດ ໂດຍສານປົກຄອງທັນຫ . ທ່ານຕ້ອງຂໍການພິ ຈາລະນາໂດຍສານປົກຄອງພາຍໃນ 90 ມ້ ຂອງວັນທີ່ໃນໃບແຈ້ງການ.

ທ່ານຍັງມ ສິດຂໍການພິ ຈາລະນາຄະດ ໂດຍສານປົກຄອງຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດ ນຳກັບສິ ງທີ່ກຳລັງຫ ດຂັ ນກັບການສະໝັກຫ ສິດທິ ໃນ Medi-Cal ຂອງທ່ານ ມັນອາດເປັນຕອນທີ່:

- ທ່ານບໍ່ ເຫັນດ ນຳກັບເຄົ້າ ທຕ້ ຫ ລັດກ່ຽວກັບການສະໝັກ Medi-Cal ຂອງທ່ານ
- ເຄົ້າ ທຕ້ ບໍ່ ໃຫ້ຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບການສະໝັກ Medi-Calຂອງທ່ານພາຍໃນ 45 ຫ 90 ມ
- ການມ ສິດຮັບ Medi-Cal ຫ ສ່ວນແບ່ງຈ່າຍຂອງທ່ານ

## ຄໍາຕັດສິນສິດທິ

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຈົດໝາຍໃບແຈ້ງການທີ່ບອກທ່ານກ່ຽວກັບຄໍາຕັດສິນສິດທິທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີ, ທ່ານສາມາດໂອ້ລົມກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ຄັດກອງຄຸນສົມບັດແລະ/ຫຼື ຂໍໃຫ້ມາ ການພິຈາລະນາຄະດ ໂດຍສານປົກຄອງ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຍຸຕິຂໍ້ຂັດແຍ້ງຜ່ານເຂົ້າຕໍ່ຂອງທ່ານໄດ້, ທ່ານຕ້ອງຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາຄະດ ໂດຍສານປົກຄອງ ພາຍໃນ 90 ມື້ຂອງວັນທີ່ໃບແຈ້ງການ. ທ່ານສາມາດຂໍການພິຈາລະນາໂດຍສານປົກຄອງໂດຍຕິດຕໍ່ຫ້ອງການເຂົ້າຕໍ່ຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດໂທຫາ ຂຽນໄປທີ່:

**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)**

ທ່ານສາມາດສົ່ງຄໍາຂໍການພິຈາລະນາທາງອອນໄລນ໌ທີ່:

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

ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານກໍາລັງຖືກ ກເລ ອກປະຕິບັດໂດຍມ ສາເຫດຈາກເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສ ຜິວ, ສາດສະໜາ, ບັນພະບຸລຸດ, ສັນຊາດກາ ແນດ, ຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍ, ສະພາບທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນພັນທຸກາ, ສະຖານະພາບສົມລົດ, ເພດ, ອັຕະລັກທາງເພດ, ຫລື ລົດນິຍົມທາງເພດ, ທ່ານສາມາດສົ່ງຄໍາຮ້ອງກັບຫ້ອງການສິດທິມະນຸດ (Office of Civil Rights) ຂອງ DHCS

ທ່ານສາມາດຮຽນຮູ້ ວິທ ຮ້ອງຮຽນການເລ ອກປະຕິບັດໄດ້ໃນ “ຂໍ້ກຳນົດການແຈ້ງບຸກຄົນກ່ຽວກັບການເລ ອກປະຕິບັດແລະການເຂົ້າເຖິງຂອງລັດຖະບານກາງ” ຢູ່ ໜ້າ 30.

## ກ່ຽວກັບການພິຈາລະນາຄະດີ ໂດຍສານປົກຄອງ

ລັດຈະບອກທ່ານວ່າເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃບແຈ້ງການກ່ຽວກັບເວລາ, ວັນທຳແລະສະຖານທີ່ຂອງການພິຈາລະນາຂອງທ່ານ. ຕົວແທນການພິຈາລະນາຈະກວດກາຄະດີຂອງທ່ານແລະພະຍາຍາມແກ້ໄຂບັນຫາຂອງທ່ານ. ຖ້າເຂົາເຈົ້າໄດ້ລັດສະເໜີ ຂໍ້ຕົກລົງໃນການແກ້ບັນຫາໃຫ້ທ່ານ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ສະເໜີ ນີ້ເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ທ່ານສາມາດອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ເພື່ອນ, ຄອບຄົວ ຜູ້ສະໜັບສະໜູນ ນມາຊ່ວຍທ່ານໃນການພິຈາລະນາ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດແກ້ບັນຫາໄດ້ ງໝົດກັບເຂົ້າຕໍ່ຫລັດ, ທ່ານຫລື ຕົວແທນຂອງທ່ານຕ້ອງໄປຮ່ວມການພິຈາລະນາຄະດີ ໂດຍສານປົກຄອງ. ການພິຈາລະນາຄະດີຂອງທ່ານອາດໄປດ້ວຍຕົນເອງຫລື ທາງໂທລະສັບກໍໄດ້. ຜູ້ພິພາກສາຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ເຮັດກວຽກໃຫ້ເຂົ້າຕໍ່ຫລັດ ໂຄງການ Medi-Cal ຈະໄດ້ສວນຄະດີຂອງທ່ານ.

ທ່ານມີສິດຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອທາງພາສາໄດ້ຟຣ. ຂຽນພາສາຂອງທ່ານລົງໃນໃບຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາ. ຫລື ບອກຕົວແທນໃນການພິຈາລະນາວ່າທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາຟຣ. ທ່ານບໍ່ສາມາດໃຊ້ຄອບຄົວ ເພື່ອນແປພາສາໃຫ້ໄດ້ໃນການພິຈາລະນາ.

**ຖ້າທ່ານມີຄວາມພິການແລະຕ້ອງໃຊ້ການອໍານວຍຄວາມສະດວກທີ່ເໝາະສົມເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມການພິຈາລະນາໂດຍສານປົກຄອງຢ່າງເຕັມທີ່, ທ່ານສາມາດໂທໄປທີ່**  
**1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349)**  
**ທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງອີເມວໄປທີ່**  
**[SHDCSU@DSS.ca.gov](mailto:SHDCSU@DSS.ca.gov)**

ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການພິຈາລະນາຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຂໍການສົ່ງຕົວໄປຫາຜູ້ຊ່ວຍເຫລືອທາງກົດໝາຍໄດ້. ທ່ານສາມາດຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອທາງກົດໝາຍຟຣ ທີ່ຫ້ອງການສິດທິທາງກົດໝາຍ ສິດທິດ້ານສະຫວັດດີການ.

## ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງບຸກຄົນທີ່ສາມ

ຖ້າທ່ານມີການບາດເຈັບ, ທ່ານສາມາດໃຊ້ Medi-Cal ເພື່ອຮັບບໍລິການທາງການແພດ. ຖ້າທ່ານສິ່ງເລື່ອມປະກັນຫາພ້ອງຮ້ອງຜູ້ອື່ນສໍາລັບຄວາມເສຍຫາຍເນື່ອງຈາກການບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ໂຄງການການບາດເຈັບສ່ວນບຸກຄົນ (Personal Injury-PI) ຂອງ Medi-Cal ຮູ້ພາຍໃນ 30 ມື້ຂອງການເລື່ອມຫາການດໍາເນີນການຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງບອກໃຫ້ທັງໝົດທ້ອງການເຄົາລົບທີ່ທ້ອງຖິ້ນແລະໂຄງການ PI ຮູ້.

ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ໂຄງການ PI ຂອງ Medi-Cal ຮູ້, ກະລຸນາປະກອບຟອມໃບ “ແຈ້ງການບາດເຈັບສ່ວນບຸກຄົນ (ກໍລະນີໃໝ່)”. ທ່ານສາມາດຄົ້ນຫາຟອມໄດ້ທີ່ເວັບໄຊທ໌ຂ້າງລຸ່ມ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີອິນເຕີແນັດ, ກະລຸນາຂໍໃຫ້ທະນາຍຫາຕົວແທນບໍລິສັດປະກັນຂອງທ່ານໃຫ້ແຈ້ງໂຄງການ PI ຂອງ Medi-Cal ແທນທ່ານ. ທ່ານສາມາດຄົ້ນຫາຟອມແຈ້ງການແລະປັບປຸງຂໍ້ມູນທີ່: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

ຖ້າທ່ານຈ້າງທະນາຍເປັນຕົວແທນທ່ານສໍາລັບການເລື່ອມຫາການພ້ອງຮ້ອງ, ທະນາຍຂອງທ່ານເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບການແຈ້ງໂຄງການ PI ຂອງ Medi-Cal ແລະໃຫ້ຈົດໝາຍມອບສັນທະການອະນຸຍາດນີ້ເຮັດໃຫ້ພະນັກງານຂອງ Medi-Cal ຕິດຕໍ່ທະນາຍຂອງທ່ານແລະໂອ້ລົມການບາດເຈັບສ່ວນບຸກຄົນໃນຄະດຂອງທ່ານ. Medi-Cal ບໍ່ຫາຜູ້ແທນທາງກົດໝາຍທະນາຍໃຫ້. ພະນັກງານສາມາດສະເໜີຂໍ້ມູນທີ່ຈະຊ່ວຍທະນາຍໃນຂັ້ນຕອນການເລື່ອມຫາພ້ອງຮ້ອງ.

## ການຍຶດເອົາຊັບສິນ

ໂຄງການ Medi-Cal ຕ້ອງຫາການຈ່າຍເງິນຄວາມຈາກຊັບສິນຂອງສະມາຊິກ Medi-Cal ບາງຄົນທີ່ຕາຍໄປແລ້ວ. ການຈ່າຍເງິນຄວາມຈາກຊັບສິນ ພຽງແຕ່ເງິນທີ່ໄດ້ຈ່າຍໄປແລ້ວ, ລວມເຖິງເບ້ຍປະກັນແບບຈັດບໍລິການ, ສາລັບບໍລິການດ້ານພະຍາບານ, ແລະໂຮງໝໍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ການບໍລິການຢູ່ບ້ານ ແລະຊຸມຊົນ ແລະບໍລິການຢາຕາມໃບສິ່ງແພດຖ້າຜູ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດ:

- ເຄຍເປັນຜູ້ປ່ວຍໃນທີ່ຢູ່ ໃນສະຖານພະຍາບານ, ຫາ
- ເຄຍໄດ້ຮັບບໍລິການໃນເຮືອນແລະໃນຊຸມຊົນໃນຕອນທີ່ເຂົາເຈົ້າອາຍຸຄົບ 55th ປີ ຫາຫລັງຈາກນັ້ນ.

ຖ້າສະມາຊິກທີ່ຕາຍໄປບໍ່ຖືກຊັບສິນໄວ້ສໍາລັບການພິສູດພິໄນກໍາຫນົບ ສິ່ງໃດເລຍໃນເວລາທີ່ຕາຍ, ຈະບໍ່ມີສິນຕິດຄ້າງ.

**ເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມ, ໄປທີ່**  
<http://dhcs.ca.gov/er> ຫຼື ໂທ  
**1-916-650-0590**

## ການຫາກອງ Medi-Cal

### ຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນຂອງຜູ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດ

ຜູ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດຕ້ອງສະແດງຫາກຖານຄວາມຄູ່ມອງ Medi-Cal ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການກ່ອນຈະຮັບບໍລິການ. ຖ້າທ່ານຮັບການປິ່ນປົວຈາກທ່ານໝໍຫາແຂ້ວຫາຍທ່ານ, ທ່ານຄວນບອກໝໍຫາແຂ້ວແຕ່ລະທ່ານກ່ຽວກັບໝໍທ່ານອື່ນທີ່ປິ່ນປົວທ່ານ.

ມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານທີ່ຈະບໍ່ໃຊ້ຢາເກນຂະໜາດຫາໃຊ້ສະຫວັດດ ການ Medi-Cal ຢ່າງບໍ່ເໝາະສົມມັນເປັນອາດຊະຍາກໍາຖ້າທ່ານ:

- ໃຫ້ຄົນອື່ນໃຊ້ສະຫວັດດ ການ Medi-Cal ຂອງທ່ານ
- ຮັບຢາໂດຍການເວັ້າຕົວຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ
- ຂາຍຫາໃຫ້ຜູ້ອື່ນ ມັດ BIC ຂອງທ່ານຫາໃຫ້ບັດ BIC ຜູ້ອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕາມທີ່ກຳນົດໃນຄຳແນະນຳຂອງ Medi-Cal.



ການໃຊ້ບັດ BIC/ສະຫວັດດ ການຂອງ Medi-Cal ໃນທາງຜິດ ເປັນອາດຊະຍາກ 1. ມັນຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ມີ ການດໍາເນີນ ການໃນ ທາງລົບໃນເສດຂອງທ່ານ ທ່ານອາດຖືກດໍາເນີນ ນຄະດ . ຖ້າທ່ານ ສົງໄສເລ ອງການຫ ອກລວງກ່ຽວກັບ Medi-Cal, ການໃຊ້ຟຸ່ມ ແຟ ອຍຫ ຫ ນຂະໜາດ, ໃຫ້ລາຍງານຢ່າງເປັນ ນຄວາມລັບໂດຍໂທ ໄປທີ່ : 1-800-822-6222.

## ຂໍ້ ກໍານົດໂດຍລັດຖະບານກາງໃຫ້ ແຈ້ ງ ບຸ ກຄົນກ່ຽວກັບການເລ ອກປະຕິບັດ ແລະການເຂົ້າ າຖິງ

DHCS ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍສິດທິມະນຸດ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຂອງ ລັດຖະບານກາງແລະຂອງລັດ. DHCS ບໍ່ ເລ ອກປະຕິບັດຢ່າງ ຜິດກົດໝາຍໂດຍມ ສາຍເຫດມາຈາກເພດ, ເຊື້ອສາຍ, ສ ຜິວ, ສາດສະໜາ, ບັນພະບຸ ລຸ ດ, ສັນຊາດ ກ າ ເ ດ, ຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ , ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍ, ສະພາບ ທາງການແພດ, ຂໍ້ ມູ ນພັນທຸ ກໍາ, ສະຖານະພາບສົມລົດ, ເພດ, ເອກະລັກທາງເພດ ທ ລົດນິຍົມທາງເພດ. DHCS ບໍ່ ແບ່ງແຍກ ປະຊາຊົນຫ ປະຕິບັດຕໍ່ເຂົ້າ ເຈົ້າ ແຕກຕ່າງໄປໂດຍມ ສາຍເຫດ ຈາກເພດ, ເຊື້ອສາຍ, ສ ຜິວ, ສາດສະໜາ, ບັນພະບຸ ລຸ ດ, ສັນ ຊາດ ກ າ ເ ດ, ຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ , ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມ ພິການທາງຮ່າງກາຍ, ສະພາບທາງການແພດ, ຂໍ້ ມູ ນທາງພັນ ທຸ ກໍາ, ສະຖານະພາບສົມລົດ, ເພດ, ເອກະລັກທາງເພດ ທ ລົດ ນິຍົມທາງເພດ. DHCS:

- ຈັດຫາຄວາມຊ່ວຍເຫ ອແລະບໍລິການຟຣ ໃຫ້ປະຊາຊົນ ທີ່ ພິການເພື່ອໃຫ້ສື່ ສານໄດ້ຢ່າງມ ປະສິດທິພາບ ກັບDHCS, ເຊື້ ນ:
  - ນາຍພາສາ ທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງ
  - ຂໍ້ ມູ ນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູ ບແບບອື່ນໆ ເຊື້ ນ ຕົວໜັງສື ຂະນາດໃຫຍ່, ເທັບສຽງ, ຮູ ບແບບອ ເລັກໂຕຣນິກທີ່ເຂົ້າ າຖິງໄດ້ແລະຮູ ບແບບອື່ນໆ

- ຈັດຫາບໍລິການທາງພາສາຟຣ ໃຫ້ປະຊາຊົນທີ່ ບໍ່ ໄດ້ ໃຊ້ ພາສາອັງກິດເປັນພາສາຫັກ, ເຊື້ ນ:
  - ນາຍພາສາທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງ
  - ຂໍ້ ມູ ນທີ່ ຂຽນເປັນພາສາອື່ນໆ

ຖ້າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ບໍລິການເຫື່ ານີ້ , ໂທຫາຫ້ອງການ ສິດທິມະນຸ ດ, ຫ 1-916-440-7370, (Ext. 711, California State Relay) ຫ ອ ເມວ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

ຖ້າທ່ານຄ ດວ່າ DHCS ບໍ່ ໄດ້ຈັດຫາບໍລິການເຫື່ ານີ້ ໃຫ້ຫ ທ່ານ ກ ເລ ອກປະຕິບັດໃນທາງໃດໜຶ່ງໂດຍມ ສາຍເຫດມາຈາກ ເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສ ຜິວ, ສາດສະໜາ, ບັນພະບຸ ລຸ ດ, ສັນຊາດ ກ າ ເ ດ, ຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ , ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການ ທາງຮ່າງກາຍ, ສະພາບທາງການແພດ, ຂໍ້ ມູ ນທາງພັນທຸ ກໍາ, ສະຖານະພາບສົມລົດ, ເພດ, ອັຕະລັກທາງເພດ ທ ລົດນິຍົມທາງ ເພດ, ທ່ານສາມາດສື່ ງຄ າຮ້ອງທຸ ກໄດ້ທີ່ :

**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](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫ ອໃນການສື່ ງຄຳຮ້ອງທຸ ກ, ຫ້ອງການສິດທິມະນຸ ດສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ຟອມຄ າຮ້ອງມ ໃຫ້ທີ່ :

[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

ຖ້າທ່ານຄ ດວ່າທ່ານຖ ກ ເລ ອກປະຕິບັດໂດຍມ ສາຍເຫດ ມາຈາກເຊື້ອຊາດ, ສ ຜິວ, ສັນຊາດກໍາ ເ ດ, ອາຍຸ , ຄວາມ ພິການຫ ເພດ, ທ່ານຍັງສາມາດສື່ ງຄຳຮ້ອງຮຽນສິດທິ

# ແຫ່ງຂໍ້ ມູ ນທີ່ ສໍາຄັນ



## ອອນໄລນ໌

ເວ ບໄຊທ໌ຫັກຂອງ Medi-Cal:  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

ຕາວໂທ ດເອ ບ myMedi-Cal ແອ  
ບໂທລະສັບເພື່ອຊ່ວຍທ່ານ ຮຽນ  
ຮູ້ ເພື່ອ ມເຕີມກ່ຽວກັບຄວາມຄຸ້ ມ  
ຄອງຂອງທ່ານ, ຫາຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ອໃນ  
ທີ່ ອງຖີ່ ນ, ແລະອີກຫ ວງຫ າຍ!



## ເບີ ໂທລະສັບ

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:  
1-800-300-1533

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

ມະນຸ ດກັບ ກະຊວງບໍລິການສຸ ຂະພາບແລະສິດທິມະນຸ ດ  
(U.S. Department of Health and Human Services),  
ທີ່ ອງການສິດທິມະນຸ ດ. ທ່ານສາມາດສື່ ງທາງອເລັກ  
ໂຕຣນິກຜ່ານທີ່ ອງການສຸ ມການຮ້ ອງຮຽນສິດທິ  
ທ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ຫ  
ທ່ານສາມາດສື່ ງທາງໄປສະນ ຫ ໂທລະສັບທີ່ :

**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

ທ່ານສາມາດເອ າຟອມຮ້ ອງຮຽນທີ່ :

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

ເອກະສານນີ້ ເຮັດຕາມມາດຕະຖານການເຂົ້ າເຖິງ ມາດຕາ  
508. ສີ່ ງພິມນີ້ ຍັງສາມາດຈັດຫາໃຫ້ ໃນຮູ ບແບບຕົວ  
ໜັງສຸ ບຣລ, ຕົວໜັງສຸ ຂະມາດໃຫຍ່, ແລະຮູ ບແບບອ  
ເລັກໂຕຣນິກອື່ ນໆເພື່ອສະໜອງການອໍານວຍຄວາມ  
ສະດວກທີ່ ເໝາະສົມທີ່ ຮ້ ອງຂໍໂດຍບຸ ກຄົນພິການທີ່ ມ  
ຄຸ ນສົມບັດ. ເພື່ອຂໍສ າພ າສີ່ ງພິມນີ້ ເປັນຮູ ບແບບອ  
ື່ ນ, ໂທຫາຜະແນກຄັດກອງຄຸ ນສົມບັດ Medi-Cal ຫ  
1-916-552-9200 (TTY 1-800-735-2929)  
ຫຼື ອີ ເມວ [MCED@dhcs.ca.gov](mailto:MCED@dhcs.ca.gov).

## ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ ານພາສາ

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 المجانية بلغتك. اتصل بمكتب المقاطعة المحلي للمشكلات أو الأسئلة المتعلقة بالتأهل. (Arabic)

Ուղադրողներ: Եթե Դուք հայերեն եք խոսում, կարող եք զանգահարել 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) և անվճար օգնություն ստանալ Ձեր լեզվով: Իրավասություն հետ կապված խնդիրների կամ հարցերի դեպքում զանգահարեք Ձեր շրջանային գրասենյակ: (Armenian)

សម្គាល់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) សម្រាប់ជំនួយ ដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាខ្មែរ។ ទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោន ដើម្បីមូលដ្ឋានរបស់អ្នកសម្រាប់ព្យាបាលកងឆ្លងស្ថិតិទទួលបានសេវា 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 निःशुल्क 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 nyog 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)

ເຂົນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໂທຫາເບີ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) ເພື່ອຂໍຄວາມ ຊ່ວຍເຫຼືອພຣີໃນພາສາຂອງທ່ານ. ໂທຫາຫ້ອງການເຂດໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງ ທ່ານເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ມີຄໍາຖາມ ອື່ນໆ. (Laotian)

Waac-mbung: Se gorngv meih gongv mien waac 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. Gunv 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 libreng tulong sa wika mo. Tawagan ang lokal mong tanggapan sa county para sa mga isyu sa pagiging narapat o mga tanong. (Tagalog)

โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถโทรศัพท์ ไปที่เบอร์ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) เพื่อรับความช่วยเหลือในภาษาของท่านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กรุณาโทรศัพท์หาสำนักงานประจำท้องถิ่นของท่านเพื่อ สอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน (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)

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

PUB 68 | ຜະລິດໂດຍ DHCS  
Office of Communications



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

