



Lütfen saklayın!

21 yaşına kadar çocukların ve gençlerin ihtiyaç duydukları tüm bakımı almalarına yardımcı olacak önemli bilgiler içerir

Medi-Cal'e kayıtlı çocuklar ve gençler hangi hizmetleri alabilir?

Kaliforniya ve federal yasalar uyarınca, 21 yaşa kadar Medi-Cal'e kayıtlı tüm çocuklar ve gençler, sağlıklı olmak veya sağlıklı kalmak için gerekli olan düzenli **kontrolleri** ve diğer **önleyici** ve **tedavi edici** hizmetleri alma hakkına sahiptir.

Bu hak, federal yasalarda Erken ve Periyodik Tarama, Teşhis ve Tedavi (EPSDT) gerekliliği olarak bilinir. Medi-Cal'e kayıtlı her çocuğun mümkün olduğunca sağlıklı büyüebilmesi için ihtiyacı olan bakımı almasını sağlar. Kaliforniya'da EPSDT, **Çocuklar ve Gençler için Medi-Cal** olarak anılmaktadır.

Çocuğun veya gencin Medi-Cal hakkına kaydolurken Maliyet Payı olduğu belirtilmediyse, hizmetler **ücretsizdir**.

Çocuklar ve Gençler için Medi-Cal, gerektiğinde bu hizmetleri sınırsız olarak kapsmalıdır:

- Öncelikli bakım ve uzman ziyaretleri dahil olmak üzere fiziksel sağlık hizmetleri
- Gözlük dahil görme hizmetleri
- İditme hizmetleri
- Diş kontrolleri ve takip hizmetleri
- Terapi dahil ruh sağlığı ve uyuşturucu veya alkol bağımlılığı tedavisi hizmetleri
- Fiziksel ve mesleki terapi ve konuşma terapisi
- Dayanıklı tıbbi ekipman dahil olmak üzere tekerlekli sandalye gibi tıbbi ekipman ve malzemeler
- Reçeteli ve reçetesiz ilaçlar
- Kurşun seviyelerini ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları (CYBE) kontrol etmek için kan testleri dahil laboratuvar testleri ve gerekli takip bakımı
- Hemşirelik bakımı da dahil olmak üzere evde sağlık hizmetleri
- Hastanede ve evde yatılı tedavi
- Doğum kontrolü ve kürtaj bakımı gibi üreme ve cinsel sağlık hizmetleri
- Gebelik kontrolleri
- COVID-19 testi ve tedavisi
- Yönetilen bir bakım planına kayıtlıysa, bakımın koordinasyonu
- Tıbbi sağlayıcınız tarafından belirlendiği şekilde Medi-Cal kapsamında karşılanabilecek diğer tüm ihtiyaç duyulan tıbbi hizmetler ("tıbben gerekli hizmetler" olarak bilinir)



Bu mektuba veya diğer Medi-Cal materyallerine daha büyük yazı tipi, sesli format, CD veya körler alfabesi gibi alternatif bir formatta ihtiyacınız varsa, lütfen 1-833-284-0040 numaralı telefonu arayın.

Çocuklar ve gençler, bakım almak için ücretsiz destek alma hakkına sahiptir, örneğin:

- Randevunuza gidip gelmek veya ilaç, tıbbi ekipman ve malzeme almak için ücretsiz yolculuk
- Tıbbi randevu alma konusunda destek
- Bir doktor veya sağlık hizmeti sağlayıcısı bulma konusunda yardım
- Tercüme hizmetleri (tıbbi randevuya kendi tercümanınızı getirmenize gerek yoktur)

“Tıbben gerekli” ne anlama gelir?

Çocuklar ve gençler için **tıbben gerekli** terimi; bir hastalığı veya sağlık sorununu tedavi etmek, düzeltmek, yönetmek veya iyileştirmek için gerekli olan hizmetler anlamına gelir.

Bir şeyin tıbbi olarak gerekli olup olmadığına genellikle çocuğunuzun doktoru veya sağlık hizmeti sağlayıcısı karar verir.

Bazı hizmetler ön onay gerektirebilir. Hizmetler 21 yaşına kadar olan çocuk veya gençler için tıbben gerekliyse, hizmet veya tedavi sayısında sınır yoktur. Örneğin, bir çocuk için iki yılda bir gözlük gibi sınırlandırmalar yoktur. Bir çocuğun gözlüğü varsa ancak görme sorunu varsa, gerektiğinde yeni bir reçete ve yeni gözlük alma hakkı vardır.

KUTU 1

Çocuğunuz için Medi-Cal



Medi-Cal'deki çocuklar ve gençler faydalarını şu iki yoldan biriyle alır:

1. Bir sağlık sigortası planı, ruh sağlığı planı veya diş sağlığı planı üzerinden **yönetilen bakım**, veya
2. Kaliforniya Sağlık Hizmetleri Departmanı (DHCS), Eyalet Medi-Cal ajansı üzerinden **hizmet ücreti**

Bu belge, kayıtlı bir çocuk veya gencin gerekli hizmetleri **yönetilen bakım** veya **hizmet ücreti** üzerinden alamaması durumunda ne yapılacağını açıklamaktadır. Şu süreçleri açıklar:

- İtirazda bulunma
- Adil Eyalet Duruşması talep etme
- Şikayette bulunma

Hizmet alma konusunda yardım almak veya fayda haklarınızla ilgili sorularınız için **1-800-541-5555** numaralı telefondan Medi-Cal Üye Yardım hattını arayın.

Çocuğunuzun bakımı reddedilirse, ertelenirse, azaltılırsa veya durdurulursa ne yapmalısınız?

Çocuğunuzun bakımı reddedilir, ertelenir, azaltılır veya durdurulursa ve size verilen yazılı bildirimde açıklanan karara katılmıyorsanız, kararın gözden geçirilmesini ve geri alınmasını isteyebilirsiniz.

Bu, çocuğunuzun ihtiyaç duyduğu ve hakkı olan bakımı alabilmesine destek olmak içindir. Çocuğunuzun **itiraz** etme, **Adil Eyalet Duruşması** talep etme veya **şikayette bulunma** hakkı vardır. Bu aksiyonların herhangi bir cezası yoktur.

İtirazınız, Adil Eyalet Duruşmanız veya şikayetiniz başarılı olsun ya da olmasın, bu işlemlerden herhangi birini yaptığınız için çocuğunuzun Medi-Cal kapsamı **sona ermez**.

İtiraz sonucunda, çocuğunuzun yönetilen bakım planı sizinle aynı fikirde olup olmadıklarını öğrenmek için reddedilen, geciken, azaltılan veya durdurulan hizmetleri gözden geçirecektir.

Adil Eyalet Duruşması, çocuğunuzun yönetilen bakım planının veya DHCS'nin (Eyalet Medi-Cal ajansı) kabul etmediğiniz bir kararının değerlendirilmesi için bir hakim önünde konuşma fırsatıdır.

Şikayet, memnun kalmadığınız veya itirazın veya Adil Eyalet Duruşmasının kapsamadığı herhangi bir konu ile ilgili anlaşmazlıklar içindir. Çocuğunuzun yönetilen bakım planı veya DHCS ile ilgili olarak hizmetlerin reddedilmesi, geciktirilmesi, azaltılması veya durdurulması gibi durumların söz konusu olmadığı sorunlar veya endişeler içindir.

İtiraz etme, Adil Eyalet Duruşması talep etme veya şikayette bulunma prosedürleri

Yazılı bildirim okuyun. Yönetilen bir bakım planı, DHCS (Eyalet Medi-Cal ajansı) veya sağlayıcı çocuğunuzun hizmetlerini reddeder, azaltır veya durdurursa, kararlarını bildiren yazılı bir Eylem Bildirimi ("Olumsuz Fayda Kararı Bildirimi" olarak da adlandırılır) göndermeleri gerekmektedir.

Bu bildirim, çocuğunuzun tedavisinin veya hizmetinin azaltılmasından veya durdurulmasından en az **10** gün önce almış olmanız gerekir. Bildirimde şunlar açıklanır:

- Çocuğunuzun yönetilen bakım planının veya DHCS'in bu kararı neden ve nasıl verdiği
- Çocuğunuzun hakları
- Nasıl itirazda bulunulacağı veya Adil Eyalet Duruşması talep edileceği

Eğer karara katılmıyorsanız, itiraz veya Adil Eyalet Duruşması sırasında hizmetlerin devam edebilmesi için, hizmetler durdurulmadan veya azaltılmadan **önce** itirazda bulunmanız önemlidir.

Eğer bir bildirim almadıysanız, aşağıdaki Sağlık Tüketici Birliği (HCA) numarasını arayın. Bildirim almamış olsanız da itirazda bulunabilirsiniz. Nasıl itirazda bulunacağınızı, Adil Eyalet Duruşması talep edeceğinizi veya şikayette bulunacağınızı öğrenmek için aşağıdaki sayfaları okuyun.

Nasıl yardım alınır

Medi-Cal Üye Yardım Hattı

Medi-Cal Üye Yardım Hattı ücretsiz destek sunar. Medi-Cal ile ilgili sorularınızı yanıtlamak için sizi yerel Medi-Cal ofisiniz, yönetilen bakım planınız veya diğer Medi-Cal kaynakları ile bağlantıya geçirebilirler.

- Telefon: 1-800-541-5555
- İnternet: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

Sağlık Tüketici Birliği (HCA)

HCA (Health Consumer Alliance), Medi-Cal'e kayıtlı kişilere sağlık sorunlarını çözmeleri için telefonla veya yüz yüze ücretsiz yardım sağlar. Ayrıca, sağlık hizmetleriyle ilgili yasal sorunların ele alınmasına yardımcı olmak için sizi ücretsiz kaynaklarla bağlantıya geçirebilirler.

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

KUTU 2

Bir kararın yanlış olduğunu düşünüyorsanız

Çocuğunuzun Medi-Cal'inin haksız yere durdurulduğunu düşünüyorsanız veya çocuğunuzun Medi-Cal için haksız bir şekilde uygunsuz görüldüğünü düşünüyorsanız:

- İtiraz etmek için bildirimdeki talimatları izleyin, **veya**
- dhcs.ca.gov/COL adresinden yerel ilçe insan hizmetleri kurumunuzu bulun



Çocuğunuzun Medi-Cal yönetilen bakımındaki hakları nelerdir?

5.-8. sayfalardaki bilgiler Medi-Cal'deki tüm yönetilen bakım sistemleri için geçerlidir. Medi-Cal'e kayıtlı çocukların çoğu, **Medi-Cal yönetilen bakım planı** üzerinden bakım almaktadır. Bu plan, fiziksel sağlık hizmetleri içindir. Ayrıca "uzmanlık dışı ruh sağlığı hizmetleri" adı verilen sınırlı ruh sağlığı hizmetleri içindir.

Diğer yönetilen bakım sistemleri şunları içerir:

- Ayrı bir ruh sağlığı planı aracılığıyla yoğun davranışsal sağlık hizmetleri için **Ruh Sağlığı Uzmanlık Hizmetleri**.
- Uyuşturucu ve alkol bağımlılığı tedavisi için **Drug Medi-Cal Organize Dağıtım Sistemi**.
- Los Angeles ve Sacramento ilçelerinde dış **bakımı için Yönetilen Dış Bakımı**. Sayfa 8'deki **Tablo 1**'e bakın.

Çocuğunuz, yukarıdaki planlardan birinin kapsamı gerektiğini düşündüğünüz bir hizmeti alma veya devam ettirme konusunda sorun yaşıyorsa, aşağıdakileri okuyun. Çocuğunuz bir plan kapsamında değilse, 9. sayfadaki **hizmet ücreti** hakkında bilgi edinin.

Yönetilen bakımda çocuğunuzun bakımı reddedilirse, ertelenirse, azaltılırsa veya durdurulursa ne yapmalısınız?

Çocuğunuzun yönetilen bakım planına itirazda bulunun

Yönetilen bakım planına bir **itirazda** bulunarak başlamalısınız. Planınızı bulmak için www.dhcs.ca.gov/mmchpd adresine gidin. Bu itiraz sonucunda, çocuğunuzun planı sizinle aynı fikirde olup olmadıklarını öğrenmek için reddedilen, geciken, azaltılan veya durdurulan hizmetleri gözden geçirecektir. Adil Eyalet Duruşması talebinde bulunmadan önce itirazda bulunmalısınız.

- Çocuğunuz yönetilen bakım planından gelen yazılı Eylem Bildirimini aldıktan sonra itirazda bulunabilirsiniz. Eylem Bildirimi **almadıysanız**, yine de itirazda bulunabilirsiniz.
- Eylem Bildirimini aldıktan sonra yönetilen bakım planına itirazda bulunmak için **60** takvim günü süreniz olur. Plana yazılı olarak, telefonla veya online olarak itirazda bulunabilirsiniz. İrtibat numaralarını 8. sayfadaki **Tablo 1**'de bulabilirsiniz.
- Eylem Bildirimi çocuğunuzun halihazırda almakta olduğu bir hizmetin durdurulacağını veya azaltılacağını belirtiyorsa, itiraz sırasında çocuğunuzun hizmeti almaya devam etmesini de talep edebilirsiniz. Buna **faydaların devamı** denir. Bunu nasıl isteyeceğinizi öğrenmek için **Kutu 3**'ü okuyun.

KUTU 3

Yönetilen bakımda faydaların devamı nasıl istenir?



Bildirim, çocuğunuzun halihazırda almakta olduğu bir hizmetin durdurulacağını veya azaltılacağını belirtiyorsa, itiraz veya Adil Eyalet Duruşması sırasında çocuğunuz için **faydaların devamını** ("Aid Paid Pending" olarak da adlandırılır) talep edebilirsiniz.

- İtirazda bulunma veya Adil Eyalet Duruşması talep etme sürecini durdurulmadan veya azaltılmadan **önce** gerçekleştirmeniz gerekmektedir.
- Yönetilen bakım planının, çocuğunuz için hizmeti durdurmaya veya azaltmaya plandığı tarihten en az **10** takvim günü öncesi size yazılı bildirimde bulunması gerekmektedir.

- Çocuğunuzun yönetilen bakım planı, itirazı aldığı tarihten itibaren **5** takvim günü içerisinde yazılı olarak bildirmelidir. Ayrıca size, itiraz ve ilerleme durumu hakkında daha fazla bilgi verebilecek plandaki kişinin adını, telefon numarasını ve adresini de vermeleri gerekmektedir. İtiraz talebini takiben **30** takvim günü içerisinde plan tarafından size yazılı bir karar gönderilmesi gerekmektedir. Buna Karar Bildirimi denir.
- Çocuğunuzun durumu acilse ve 30 gün beklemek durumunu daha da kötüleştirecekse, **hızlandırılmış** (daha hızlı) bir karar talep edebilirsiniz. Bunun nasıl yapılacağını öğrenmek için **Box 4**'ü okuyun.
- Çocuğunuzun itirazı ile ilgili sorularınız için dilediğiniz zaman çocuğunuzun yönetilen bakım planı ile irtibata geçebilirsiniz. İrtibat numaraları için, 8. sayfadaki **Tablo 1**'e bakın.
- Çocuğunuzun yönetilen bakım planı, Bağımsız Tıbbi Değerlendirme Kurulu adı verilen bir süreci dahil edebilir. Bu süreç çocuğunuzun Eylem Bildiriminde açıklanacaktır. Çocuğunuzun yönetilen bakım planı bu süreci teklif ediyorsa, bu, çocuğunuzun itirazı tamamlandıktan sonra gerçekleşecektir. Bağımsız Tıbbi Değerlendirme Kurulu hakkında daha fazla bilgi edinmek için 1-888-466-2219 (Sağırılar için: 1-877-688-9891) numaralı telefonda Kaliforniya Yönetilen Sağlık Hizmetleri Departmanını arayın. Veya <https://bit.ly/IMRCR> adresini ziyaret edin.

KUTU 4

Hızlandırılmış (daha hızlı) itiraz veya Adil Eyalet Duruşması



Çocuğunuzun hayatı, sağlığı veya işlevlerini yerine getirme yeteneği tehlikede olduğu için **hızlandırılmış** (daha hızlı) bir itiraz sürecine veya Adil Eyalet Duruşmasına ihtiyacınız varsa, **1-800-743-8525** numaralı telefonu arayın.

Hızlandırılmış süreci nasıl talep edeceğiniz konusunda daha fazla bilgi için Üye El Kitabınızı okuyabilirsiniz.

Medi-Cal Adil Eyalet Duruşması Talep Edin

Yönetilen bakım planının itiraz süreci tamamlandıysa ve planın kararına halen katılmıyorsanız, çocuğunuz için **Adil Eyalet Duruşması** talebinde bulunabilirsiniz. Aynı zamanda çocuğunuzun yönetilen bakım planı çocuğunuzun itiraz hakkıyla ilgili bir bildirim göndermezse veya bildirimi makul bir süre içinde göndermezse, bununla ilgili olarak da Adil Eyalet Duruşması talebinde bulunabilirsiniz.

Adil Eyalet Duruşması, yönetilen bakım planının kabul etmediğiniz bir kararının değerlendirilmesi için bir hakim önünde konuşma fırsatıdır. Hakim, çocuğunuzun planı için değil, Kaliforniya Sosyal Hizmetler Departmanı için çalışır.

- Çocuğunuzun itirazına ilişkin yönetilen bakım planının yazılı kararını aldığınız tarihten itibaren **120** takvim günü içerisinde Adil Eyalet Duruşması talebinde bulunmanız gerekmektedir. Çocuğunuzun davası, tarafsız bir hakim tarafından değerlendirilecektir. Duruşma talebinde bulunduğunuz karar, çocuğunuzun halihazırda aldığı bir hizmeti durduruyorsa, çocuğunuz için sağlanan faydaların devam etmesini de talep edebilirsiniz. 5. sayfadaki **Kutu 3**'ü okuyun.
- Telefon, posta, faks yoluyla veya online olarak Adil Eyalet Duruşması talebinde bulunabilirsiniz. Telefon: 1-800-743-8525. Web sitesi: www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- Çocuğunuzun Adil Eyalet Duruşmasında sizi temsil edecek bir kişi getirme hakkınız bulunmaktadır. Bir arkadaşınızı, akrabanızı, avukatınızı veya dilediğiniz herhangi bir kişiyi getirebilirsiniz. Ücretsiz yasal yardımın nasıl alınacağını öğrenmek için 4. sayfadaki **Nasıl yardım alınır** bölümünü okuyun.
- Adil Eyalet Duruşması için ödeme yapmanıza gerek yoktur. Duruşma, ücretsizdir.

- Eyaletin, çocuğunuz için Adil Eyalet Duruşması talebinde bulunduğunuz tarihten itibaren **90** takvim günü içerisinde son bir karar vermesi gerekmektedir. Çocuğunuzun hemen hizmete ihtiyacı varsa ve 90 gün beklemek durumunu daha da kötüleştirecekse, **hızlandırılmış** (daha hızlı) bir karar talep edebilirsiniz. Yukarıdaki **Kutu 4**'ü okuyun.
- Daha fazla yardım için çocuğunuzun yönetilen bakım planındaki bildirimleri okuyun. Veya 1-800-743-8525 numaralı telefonu arayın. Veya www.dhcs.ca.gov/fair-hearing adresini ziyaret edin.

Ombudsman ile iletişime geçin

Ombudsman, DHCS (Eyalet Medi-Cal ajansı) için çalışan bir kişidir. Ombudsman'ın görevi, çocuğunuzun yönetilen bakım planıyla ilgili anlaşmazlıkların giderilmesi için size ve çocuğunuza yardımcı olmaktır. Ombudsman'ı dilediğiniz zaman arayabilirsiniz. Buna çocuğunuzun bildirim aldığı, itiraz başvurusunda bulunduğu, Adil Eyalet Duruşması talebinde bulunduğu veya şikayette bulunduğu durumlar dahildir. Ombudsman, yalnızca yönetilen bir bakım planına kayıtlı kişiler içindir.

Ombudsman ile şu yollardan iletişime geçebilirsiniz:

- Telefon: 1-888-452-8609
- E-posta: MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
 - » E-postaya kişisel sağlık bilgilerinizi yazmayın.

Ombudsman hakkında daha fazla bilgi edinmek için www.dhcs.ca.gov/ombudsman adresini ziyaret edin.

Yönetilen bakımda çocuğunuzun bakımından, doktorundan veya sağlık hizmeti sağlayıcısından memnun değilseniz ne yapmalısınız?

Şikayette bulunun

Bir doktor çocuğunuza kötü veya kaba davrandıysa veya verilen bakımın kalitesinden memnun değilseniz veya doktor bulamıyorsanız, çocuğunuz için bir **şikayette** bulunabilirsiniz. Şikayet, itirazın veya Adil Eyalet Duruşmasının kapsamadığı herhangi bir konu ile ilgili anlaşmazlıklar içindir. Çocuğunuzun hizmetlerinin reddedilme, geciktirilme, azaltılma veya durdurulma durumunun olmadığı sorunlar veya endişeler içindir.

- Çocuğunuz için dilediğiniz zaman şikayette bulunabilirsiniz. Telefonla, online veya posta yoluyla yazılı olarak şikayette bulunabilirsiniz. Bir şikayette bulunmak için çocuğunuzun yönetilen bakım planı ile irtibata geçin. İrtibat numaraları için, 8. sayfadaki **Tablo 1**'e bakın.
- Çocuğunuzun yönetilen bakım planı, şikayetinizi aldığı tarihten itibaren **5** takvim günü içerisinde yazılı olarak bildirmelidir. Size, çocuğunuzun şikayeti ve ilerleme durumu hakkında daha fazla bilgi verebilecek plandaki kişinin adını, telefon numarasını ve adresini de vermeleri gerekmektedir.
- Çocuğunuzun yönetilen bakım planının, çocuğunuzun şikayetini çözmek için şikayeti gönderdiğiniz tarihten itibaren **30** takvim günü süresi vardır.

Sorularınız için nereyle iletişime geçmelisiniz?

TABLO 1

Yönetilen bakım sistemlerine genel bakış ve iletişim bilgileri

Medi-Cal Yönetilen Bakım (MCMC)

Çoğu çocuk bu hizmetlerin çoğunu Medi-Cal yönetilen bakım planları aracılığıyla alır:

- Sağlıklı çocuk muayeneleri ve aşıları gibi fiziksel sağlık ihtiyaçları
- Terapi ve ilaç gibi uzmanlık dışı ruh sağlığı ihtiyaçları
- Bakım koordinasyonu

Çocuğunuz gerekli hizmetleri alamıyorsa veya endişeleri varsa, çocuğunuzun Medi-Cal yönetilen bakım planını arayın. Planın telefon numarası, çocuğunuzun plan kimlik kartınızın üzerindedir. Ayrıca planın internet sitesinde de bulabilirsiniz. Telefon numaralarını www.dhcs.ca.gov/mmchpd adresinde de bulabilirsiniz. Veya 1-916-449-5000 numaralı telefonu arayın.

Ruh Sağlığı Uzmanlık Hizmetleri (SMHS)

Ciddi bir ruh sağlığı sorunu için bakım gibi ruh sağlığı uzmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bazı çocuklar, bu bakımı Ruh Sağlığı Uzmanlık Hizmetleri aracılığıyla alırlar. Her ilçe için bir ruh sağlığı planı vardır.

Çocuğunuz gerekli hizmetleri alamıyorsa veya endişeleri varsa, çocuğunuzun ilçe ruh sağlığı planını arayın. Telefon numarasını www.dhcs.ca.gov/CMHP adresinde bulabilirsiniz.

Drug Medi-Cal Organize Dağıtım Sistemi (DMC-ODS)

Terapi dahil olmak üzere uyuşturucu veya alkol tedavisi gibi madde kullanım hizmetlerine ve gerektiğinde yatılı uyuşturucu veya alkol yatılı tedavisi gibi diğer klinik tedavilere ihtiyaç duyan çocuklar bu bakımı Drug Medi-Cal Organize Dağıtım Sistemi aracılığıyla alırlar. Her ilçede bir DMC-ODS planı vardır ya da Drug Medi-Cal kapsamındadır. Drug Medi-Cal hakkında daha fazla bilgi edinmek için, 11. sayfadaki **Tablo 2'**ye bakın.

Çocuğunuz gerekli hizmetleri alamıyorsa veya endişeleri varsa, çocuğunuzun DMC-ODS planını arayın. Telefon numarasını www.dhcs.ca.gov/sud-cal adresinde bulabilirsiniz.

Dental Yönetilen Bakım (Dental MC)

Los Angeles veya Sacramento İlçesinde yaşayan bazı çocuklar, Dental Yönetilen Bakım planları aracılığıyla yılda iki kez diş muayenesi ve temizliği ve ağız sağlığı bakımı dahil olmak üzere diş hizmetleri alır. Diğer tüm ilçelerde yaşayan çocuklar, diş bakımlarını Dental Hizmet Ücreti (Dental FFS) aracılığıyla alırlar. Dental FFS hakkında daha fazla bilgi edinmek için, 11. sayfadaki **Tablo 2'**ye bakın.

Los Angeles veya Sacramento'da yaşıyorsanız ve çocuğunuz gerekli hizmetleri alamıyorsa veya endişeleri varsa, çocuğunuzun Dental MC planını arayın. Telefon numarası çocuğunuzun Dental MC kimlik kartının üzerindedir. Ayrıca çocuğunuzun Dental MC planının internet sitesinde de bulabilirsiniz. Veya 1-800-322-6384 numaralı telefonu arayın. Planın telefon numarasını <https://bit.ly/DMC-Contact> adresinde de bulabilirsiniz.

Çocuğunuzun Medi-Cal Hizmet Ücreti hakları nelerdir?

9.-11. sayfalarda yer alan bilgiler Medi-Cal Hizmet Ücreti (FFS) için geçerlidir. Medi-Cal'a kayıtlı bazı çocuklar bakımlarını FFS aracılığıyla almaktadır. FFS aynı zamanda "normal" Medi-Cal olarak da adlandırılır. FFS'deki çocuklar bakımlarını DHCS (Eyalet Medi-Cal ajansı) aracılığıyla alırlar. Herhangi bir yönetilen bakım planı söz konusu değildir. FFS; fiziksel sağlık hizmetleri için Medi-Cal FFS'yi ve "uzmanlık dışı ruh sağlığı hizmetleri" adı verilen birtakım sınırlı ruh sağlığı hizmetlerini, uyuşturucu ve alkol tedavisi hizmetleri için Drug Medi-Cal'i, diş bakımı için Dental FFS'yi ve ilaçlar için Medi-Cal Rx'i içerir. Daha fazla bilgi edinmek için 11. sayfadaki **Tablo 2**'ye bakın.

Çocuğunuz, DHCS'nin kapsamı gerektiğini düşündüğünüz bir hizmeti alma veya devam ettirme konusunda sorun yaşıyorsa, aşağıdakileri okuyun. Çocuğunuz yönetilen bir bakım planında olmasa bile, çocuğunuzun ciddi bir ruh sağlığı sorunu nedeniyle bakıma ihtiyacı olursa, bu bakımı Ruh Sağlığı Uzmanlık Hizmetleri ruh sağlığı planı üzerinden alabilir. Daha fazla bilgi edinmek ve bölgedeki ruh sağlığı planı için nereden yardım alacağınızı öğrenmek için 8. sayfadaki **Tablo 1**'i okuyun.

Çocuğunuzun FFS bakımı ertelenirse, reddedilirse, azaltılırsa veya durdurulursa ne yapabilirsiniz?

Medi-Cal Adil Eyalet Duruşması Talep Edin

Adil Eyalet Duruşması, DHCS'nin kabul etmediğiniz bir kararının değerlendirilmesi için bir hakim önünde konuşma fırsatıdır. Her türlü hizmet reddi, gecikme, azaltma veya durdurma buna dahildir. Hakim, DHCS için değil, Kaliforniya Sosyal Hizmetler Departmanı için çalışır.

- Çocuğunuz DHCS'den Eylem Bildirimini aldıktan sonra, Adil Eyalet Duruşması talebinde bulunabilirsiniz. Eylem Bildirimi almadıysanız, yine de itirazda bulunabilirsiniz.
- DHCS tarafından yazılı Eylem Bildirimini aldığınız tarihten itibaren **90** takvim günü içerisinde Adil Eyalet Duruşması talebinde bulunmanız gerekmektedir. Çocuğunuzun davası, tarafsız bir hakim tarafından değerlendirilecektir. Eylem Bildirimi almadıysanız, yine de dilediğiniz zaman Adil Eyalet Duruşması talep edebilirsiniz. Duruşma talebinde bulunduğunuz karar, çocuğunuzun halihazırda aldığı bir hizmeti durduracaksa, çocuğunuz için sağlanan faydaların devam etmesini de talep edebilirsiniz. Yukarıdaki **Kutu 5**'i okuyun.
- Telefon, posta, faks yoluyla veya online olarak Adil Eyalet Duruşması talebinde bulunabilirsiniz. Telefon: 1-800-743-8525. Web sitesi: www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- Duruşmada sizi temsil edecek bir kişi getirme hakkınız bulunmaktadır. Bir arkadaşınızı, akrabanızı, avukatınızı veya dilediğiniz herhangi bir kişiyi getirebilirsiniz. Ücretsiz yasal yardım için 4. sayfadaki **Nasıl yardım alınır** bölümünü okuyun.

KUTU 5

Hizmet ücretinde faydaların devamı nasıl istenir



Bildirim, çocuğunuzun halihazırda almakta olduğu bir hizmetin durdurulacağını veya azaltılacağını belirtiyorsa, Adil Eyalet Duruşması sırasında çocuğunuz için **faydaların devamını** ("Aid Paid Pending" olarak da adlandırılır) talep edebilirsiniz.

- Adil Eyalet Duruşmasını hizmet durdurulmadan veya azaltılmadan **önce** talep etmeniz gerekmektedir.
- DHCS'nin, çocuğunuz için hizmeti durdurmaya veya azaltmaya plandığı tarihten en az **10** takvim günü öncesi size yazılı bildirimde bulunması gerekmektedir.

- Adil Eyalet Duruşması için ödeme yapmanıza gerek yoktur. Duruşma, ücretsizdir.
- Eyaletin, çocuğunuz için Adil Eyalet Duruşması talebinde bulunduğunuz tarihten itibaren **90** takvim günü içerisinde son bir karar vermesi gerekmektedir. Çocuğunuzun hemen hizmete ihtiyacı varsa ve 90 gün beklemek durumunu daha da kötüleştirecekse, **hızlandırılmış** (daha hızlı) bir karar talep edebilirsiniz. Yukarıdaki **Kutu 6**'yı okuyun.
- Daha fazla yardım için çocuğunuzun DHCS'den aldığı bildirimleri okuyun. Veya 1-800-743-8525 numaralı telefonu arayın. Veya www.dhcs.ca.gov/fair-hearing adresini ziyaret edin.

KUTU 6

Hızlandırılmış (daha hızlı) itiraz veya Adil Eyalet Duruşması



Çocuğunuzun hayatı, sağlığı veya işlevlerini yerine getirme yeteneği tehlikede olduğu için **hızlandırılmış** (daha hızlı) bir Adil Eyalet Duruşmasına ihtiyacınız varsa, 1-800-743-8525 numaralı telefonu arayın.

FFS'de çocuğunuzun bakımından, doktorundan veya sağlık hizmeti sağlayıcısından memnun değilseniz ne olur?

Şikayette bulunun

Bir doktor çocuğunuza kötü veya kaba davrandıysa veya verilen bakımın kalitesinden memnun değilseniz veya doktor bulamıyorsanız, çocuğunuz için bir **şikayette** bulunabilirsiniz. Şikayet, Adil Eyalet Duruşmasının kapsamadığı herhangi bir konu ile ilgili anlaşmazlıklar içindir. Çocuğunuzun hizmetlerinin reddedilme, geciktirilme, azaltılma veya durdurulma durumunun **olmadığı** sorunlar veya endişeler içindir.

- Çocuğunuz için Drug Medi-Cal, Dental FFS veya Medi-Cal Rx için dilediğiniz zaman şikayette bulunabilirsiniz. Telefonla, online veya posta yoluyla yazılı olarak şikayette bulunabilirsiniz. Şikayet göndermek için Drug Medi-Cal, Dental FFS veya Medi-Cal Rx ile iletişime geçin. İrtibat numaraları için, 11. sayfadaki **Tablo 2**'ye bakın. Fiziksel sağlık hizmetleri ve uzmanlık dışı ruh sağlığı hizmetleri Medi-Cal FFS için şikayet süreci **yoktur**.
- DHCS, şikayetinizi aldığı tarihten itibaren **5** takvim günü içerisinde yazılı olarak bildirmelidir. Size, çocuğunuzun şikayeti ve ilerleme durumu hakkında daha fazla bilgi verebilecek DHCS'deki kişinin adını, telefon numarasını ve adresini de vermeleri gerekmektedir.
- DHCS'nin, çocuğunuzun Dental FFS ve Medi-Cal Rx şikayetini çözmek için şikayeti gönderdiğiniz tarihten itibaren **30** takvim günü süresi vardır. Drug Medi-Cal'in çocuğunuzun şikayetini çözmek için **90** takvim günü süresi vardır.

Sorularınız için nereyle iletişime geçmelisiniz?

TABLO 2

Hizmet ücretine genel bakış ve iletişim bilgileri

Medi-Cal Hizmet Ücreti (Medi-Cal FFS)

Koruyucu aile gibi bir bakım altındaki bazı çocuklar fiziksel sağlık hizmetlerini Medi-Cal FFS aracılığıyla alırlar.

Çocuğunuz bu hizmetleri alamıyorsa veya endişeleri varsa, 1-800-541-5555 (Sağırılar için: 1-800-430-7077) numaralı telefonu arayın.

Drug Medi-Cal (DMC)

Terapi dahil olmak üzere uyuşturucu veya alkol tedavisi gibi madde kullanım hizmetlerine ve gerektiğinde yatılı uyuşturucu veya alkol yatılı tedavisi gibi diğer klinik tedavilere ihtiyaç duyan çocuklar bu bakımı Drug Medi-Cal aracılığıyla alırlar. Her ilçede bir DMC-ODS planı vardır ya da DMC kapsamındadır. DMC-ODS hakkında daha fazla bilgi edinmek için, 8. sayfadaki **Tablo 1**'i okuyun.

Çocuğunuz bu hizmetleri alamıyorsa veya endişeleri varsa, çocuğunuzun DMC programını arayın. Telefon numarasını bulmak için www.dhcs.ca.gov/sud-cal adresine gidin.

Diş Hizmet Ücreti (Dental FFS)

Çoğu çocuk Medi-Cal diş hizmetlerini Dental FFS aracılığıyla alır. Buna yılda iki kez diş muayenesi ve temizliği ve ağız sağlığı bakımı dahildir.

Çocuğunuz bu hizmetleri alamıyorsa veya endişeleri varsa 1-800-322-6384 numaralı telefonu arayın. Daha fazla bilgi edinmek için smilecalifornia.org adresini ziyaret edin.

Medi-Cal Rx

Çocuklar, Medi-Cal eczane hizmetlerini Medi-Cal Rx üzerinden alırlar. Bunlara reçeteli ve reçetesiz ayakta tedavi ilaçları, beslenme tüpü gibi enteral beslenme ürünleri ve tıbbi malzemeler dahildir.

Çocuğunuz bu hizmetleri alamıyorsa veya endişeleri varsa, 1-800-977-2273 numaralı telefonu arayın. Daha fazla bilgi için <https://bit.ly/3D1rQFV> adresini ziyaret edin.