



MICHELLE BAASS  
DIRECTOR

State of California—Health and Human Services Agency  
**Department of Health Care Services**



GAVIN NEWSOM  
GOVERNOR

**Կարևոր նորություն Ձեր առողջության ապահովագրության վերաբերյալ  
Coronavirus (COVID-19) Uninsured Group Program**

Հարգելի նպաստառու

Դուք ընդգրկված եք «Coronavirus (COVID-19) Uninsured Group Program»-ում: Այն վճարում է միայն COVID-19-ի բժշկական առումով անհրաժեշտ ստուգումների, ստուգման հետ կապված ծառայությունների և բուժման համար:

**«COVID-19 Uninsured Group Program»-ն ավարտվում է May 31, 2023-ին:**  
Ծրագիրն ավարտվում է, քանի որ օրենքը փոխվել է:

**Պարզեք, թե արդյոք Դուք իրավունակ եք «Medi-Cal»-ի կամ «Covered California»-ի համար:**

Դուք կարող եք «Medi-Cal»-ի կամ «Covered California»-ի միջոցով դիմել անվճար կամ մատչելի գներով առողջության ապահովագրություն ստանալու համար: Երկու ծրագրի համար էլ մի դիմումով են դիմում:

**ԴԻՄԵՔ ԱՅՍՕՐ** հետևյալ եղանակներից մեկի օգնությամբ.

- **Առցանց** այցելելով [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com), [MyBenefitsCALWIN.org](http://MyBenefitsCALWIN.org) կամ [BenefitsCal.com](http://BenefitsCal.com)

- **Փոստով**

Լրացրեք Առողջության ապահովագրության դիմումը, որը ստացել եք այս նամակի հետ և փոստով ուղարկեք հետևյալ հասցեով.

Covered California

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA, 95798-9725

Կամ փոստով ուղարկեք այն Ձեր տեղական շրջանային գրասենյակ:  
Ձեր տեղական շրջանային գրասենյակի մասին տեղեկությունները կգտնեք այցելելով <http://dhcs.ca.gov/COL>: Կամ զանգահարեք «Medi-Cal»-ի օգնության հեռախոսագիծ 800-541-5555 հեռախոսահամարով:

Կարող եք նաև ներբեռնել դիմումի ձևը տարբեր լեզուներով՝ այցելելով <https://www.dhcs.ca.gov/applyformedi-cal>:

- **Հեռախոսով**

Զանգահարեք «Covered California» 800-300-1506 հեռախոսահամարով: Կամ զանգահարեք Ձեր տեղական շրջանային գրասենյակ: Ձեր տեղական շրջանային գրասենյակը կգտնեք այցելելով <http://dhcs.ca.gov/COL>: Կամ զանգահարեք «Medi-Cal»-ի օգնության հեռախոսագիծ՝ 800-541-5555 հեռախոսահամարով:

- **Անձամբ այցելելով**

Ձեր տեղական շրջանային գրասենյակ այցելեք և անձամբ դիմում ներկայացրեք «Medi-Cal»-ի կամ «Covered California»-ի համար: Ձեր տեղական շրջանային գրասենյակի մասին տեղեկությունները կգտնեք այցելելով <http://dhcs.ca.gov/COL>: Կամ զանգահարեք 800-541-5555:

### **Դիմեք «Covered California»-ի համար մինչև «COVID-19 Uninsured Group Program»-ի Ձեր ապահովագրության ավարտվելը**

COVID-19-ի հանրային առողջապահական արտակարգ իրավիճակի պատճառով «Covered California»-ն անդամագրման հատուկ ժամանակաշրջան ունի: Այդ ժամանակաշրջանն ավարտվելու է այն ամսվա վերջին օրվանից **60 օր** հետո, որի ընթացքում հանրային առողջապահական արտակարգ իրավիճակը դադարեցվում է: Դուք կարող եք անդամագրվել նաև այն դեպքում, եթե Ձեր կյանքում մեկ այլ որակող կենսական իրադարձություն տեղի ունենա: Կամ անդամագրվեք «Covered California»-ի բաց անդամագրման շրջանում:

«Covered California»-ի համար կարող եք առցանց դիմել այցելելով [CoveredCA.com/apply](http://CoveredCA.com/apply):

- «Special Enrollment» բացվող ընտրացանկից ընտրեք «Pandemic (COVID-19)/Առողջապահական արտակարգ իրավիճակ» տարբերակը՝ որպես որակող կենսական իրադարձություն:
- Որպես որակող կենսական իրադարձության ամսաթիվ՝ նշեք այդ օրվա ամսաթիվը:

### **Ի՞նչ անել, եթե ինձ հաշիվ են ուղարկել COVID-19-ի ստուգման կամ բուժման համար:**

- Եթե Դուք COVID-19-ի ստուգման կամ բուժման համար հաշիվ ես ստացել **նախքան** ծրագրի ավարտվելը, ասացեք հաշիվը ներկայացնող «Medi-Cal»-ի սպասարկողին, որ վճարման հայցը «Medi-Cal»-ին ուղարկի, ո՛չ թե Ձեզ:
- Եթե Դուք COVID-19-ի ստուգման կամ բուժման համար հաշիվ ես ստացել ծրագրի ավարտից **հետո**, ապա կարող եք «Medi-Cal»-ում ընդգրկվելու դիմում ներկայացնել, և ծրագիրը կճվարի այդ ծառայությունների համար, եթե Դուք իրավունակ լինեք նման ապահովագրություն ստանալու: Դա ներառում է հետին թվով (հետադարձ) երեք ամսվա «Medi-Cal»-ի ապահովագրություն: Եթե Դուք

«Covered California»-ին անդամագրվեք, ապա հաշիվը ներկայացնողին ասացեք, որ վճարման հայցն ուղարկի Ձեր առողջության ապահովագրության ընկերությանը:

- Եթե «COVID-19 Uninsured Group Program»-ում գտնված ժամանակ Դուք վճարել եք COVID-19-ի ստուգման կամ բուժման համար, կարող եք փոխհատուցում պահանջել: Զանգահարեք «Medi-Cal»-ի Beneficiary Service Center՝ 916-403-2007 հեռախոսահամարով: Փոխհատուցումների մասին ավելին իմանալու համար այցելեք «Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement»-ի (Conlan) կայքը՝ <https://www.dhcs.ca.gov/conlan> հասցեով:

### **Երբ այս ծրագիրն ավարտվի, ես կարող եմ COVID-19-ի պատվաստանյութ, ստուգում և բուժում ստանալ:**

Այս ծրագրի ավարտից հետո էլ Դուք կարող եք անվճար պատվաստվել: Ավելին իմանալու համար այցելեք [www.myturn.ca.gov](http://www.myturn.ca.gov):

Եթե այս ծրագրի ավարտից հետո Ձեզ անհրաժեշտ լինի COVID-19-ի ստուգում կամ բուժում ստանալ, կարող եք դիմել «Medi-Cal»-ի կամ «Covered California»-ի համար: Եթե իրավունակ լինեք, կարող եք ստանալ COVID-19-ի հետ կապված ծառայություններ և ավելին:

### **Հարցերը**

- Մեզ էլեկտրոնային հաղորդագրություն ուղարկեք [COVID19Apps@dhcs.ca.gov](mailto:COVID19Apps@dhcs.ca.gov) հասցեով:
- Կամ զանգահարեք 916-552-9200:
- Կամ Ձեր հարցերը փոստով ուղարկեք.  
Department of Health Care Services  
Medi-Cal Eligibility Division, MS 4607  
P.O. Box 997417  
Sacramento, CA 95899-7417

Այլ լեզուներով օգնություն ստանալու համար օգտվեք այն հեռախոսահամարներից, որոնք նշված են այս նամակին կից ուղարկված «Notice of Language Services»-ի մեջ:

Շնորհակալություն,

Department of Health Care Services  
State of California

## **Կարևոր տեղեկություն Անկողմնակալ դատավարության Ձեր իրավունքների մասին**

«COVID-19 Uninsured Group Program»-ն ավարտվում է May 31, 2023-ին, քանի որ օրենքը փոխվել է: Դուք չեք կարող բողոքարկել ծրագրի ավարտվելը, քանի որ այն օրենքի պահանջի համաձայն է տեղի ունենում: (Բողոքարկումը մի գործընթաց է, որի ժամանակ Դուք վիճարկում եք որևէ որոշում և անկողմնակալ դատավարություն եք պահանջում՝ այդ որոշումը վերանայելու համար:) Դուք կարող եք անկողմնակալ դատավարություն պահանջել, եթե համաձայն չեք «Medi-Cal»-ի Ձեր դիմումի, նպաստների կամ ծառայությունների հետ կապված որևէ որոշմանը: Բողոքարկման հայց ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք ստանալ այցելելով:

<https://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing>:

Կամ կարող եք զանգահարել 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349):