

# myMedi-Cal

كيف تحصل على الرعاية الصحية التي تحتاجها



# جدول المحتويات



- 3** **التغطية الصحية في California**  
Covered California و Medi-Cal  
متطلبات Medi-Cal  
مقارنة برنامج Medi-Cal
- 6** **كيف أتقدم بطلب؟**  
طرق التقديم بطلب  
أوقات معالجة الطلب
- 7** **كيف أستخدم امتيازات Medi-Cal الخاصة بي؟**  
زيارة الطبيب  
رسوم مقابل الخدمة (Medi-Cal (Fee-for-Service)  
حصة التكلفة (Medi-Cal (Share of Cost-SOC)  
Medi-Cal Managed Care  
إذا كان لدي تأمين صحي آخر  
المساعدة في الوصول إلى الرعاية الصحية  
استخدام برنامج Medicare و Medi-Cal معاً
- 12** **الامتيازات المشمولة بموجب Medi-Cal**  
الخدمات الطبية العامة  
برنامج الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان  
(Substance Use Disorder Program)  
خدمات رعاية الأسنان  
الفحص والتشخيص والعلاج المبكر والدوري  
(Early and Periodic Screening, Diagnostic  
(and Treatment (EPSDT)  
خدمات النقل  
خدمات الصحة العقلية المتخصصة
- 15** **البرامج والخدمات الصحية الأخرى**  
Medi-Cal بأثر رجعي (Retroactive Medi-Cal)
- 18** **تحديث وتجديد Medi-Cal الخاص بي**  
الإبلاغ عن التغييرات الأسرية  
الخروج من المقاطعة أو الولاية  
تجديد Medi-Cal الخاص بي
- 19** **الحقوق والمسؤوليات**  
حقوق الاستئناف والطعن  
جلسات استماع عادلة بالولاية  
مسؤولية الطرف الثالث (Third Party Liability)  
استرداد تكاليف العلاج من التركة (Estate Recovery)  
عمليات الاحتيال المتعلقة بـ Medi-Cal  
عدم التفرقة ومتطلبات إمكانية الوصول

## DHCS على وسائل التواصل الاجتماعي

@DHCS\_CA



DHCS.CA



California Department of  
Health Care Services



DHCS\_CA



# التغطية الصحية في California

تستخدم مكاتب المقاطعات المحلية العديد من الحقائق لتحديد نوع المساعدة التي يمكنك الحصول عليها من Medi-Cal. وتشمل:

- كم مقدار المال الذي تكسبه
- عمرك
- عمر أي طفل في استمارة طلبك
- ما إذا كنت حاملاً أو مكفوفة البصر أو من ذوي الاحتياجات الخاصة
- ما إذا كنت تتلقى Medicare

**”My Medi-Cal“: كيف تحصل على الرعاية الصحية التي تحتاجها**“ يخبر سكان California كيفية التقدم بطلب للحصول على Medi-Cal للتأمين الصحي بدون تكلفة أو منخفض التكلفة. سوف تعلم ما يجب القيام به للتأهل. يرشدك هذا الدليل أيضا إلى كيفية استخدام امتيازات Medi-Cal. يخبرك متى تبلغ عن التغييرات. يجب أن تحتفظ بهذا الدليل وتستخدمه عندما يكون لديك أسئلة حول Medi-Cal.

تقدم California طريقتين للحصول على التغطية الصحية. وهما ”Medi-Cal“ و”Covered California“. يستخدم كلا البرنامجين نفس التطبيق.

## هل كنت تعلم؟

من الممكن لأفراد الأسرة الواحدة التأهل لكل من **Medi-Cal** و **Covered California**. وذلك لأن قواعد أهلية **Medi-Cal** مختلفة للأطفال والبالغين.

على سبيل المثال، يمكن أن تبدو تغطية الأسرة المكونة من أبوين وطفل مثل:

الآباء — المؤهلون للخطة الصحية **Covered California** ويحصلون على الخصومات الضريبية وتقاسم التكاليف للحد من تكاليفها



الطفل — المؤهل لـ **Medi-Cal** بدون تكلفة أو بتكلفة منخفضة



## ما هو Medi-Cal؟

يعد Medi-Cal إصدار California لبرنامج Medicaid الفيدرالي. تقدم Medi-Cal تغطية صحية بدون تكلفة ومنخفضة التكلفة للأشخاص المؤهلين الذين يعيشون في California.

تشرف Department of Health Care Services (DHCS) على برنامج Medi-Cal.

يدير مكتب المقاطعة المحلي معظم حالات Medi-Cal. DHCS. يمكنك الوصول إلى مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك عبر الإنترنت على [www.benefitscal.com](http://www.benefitscal.com). يمكنك أيضًا الاتصال بمكتب المقاطعة المحلي الخاص بك.

للحصول على رقم هاتف مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك، انتقل إلى:

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

أو اتصل برقم 1-800-541-5555  
(TTY 1-800-430-7077)

رقم. يجب على كل شخص يطلب Medi-Cal تقديم معلومات حول وضعه كمهاجر. حالة الهجرة المقدمة كجزء من تطبيق Medi-Cal تعد سرية. لا تستطيع خدمات المواطنة والهجرة في الولايات المتحدة (United States Citizenship and Immigration Services) استخدامه لإنفاذ قوانين الهجرة إلا إذا ارتكبت أي عملية احتيالية.

قد يتأهل البالغون من العمر 19 سنة أو أكبر للحصول على امتيازات محدودة من برنامج Medi-Cal حتى ولو لم يكن لديهم رقم ضمان اجتماعي أو لم يتمكنوا من إثبات حالة هجرتهم. تغطي هذه الامتيازات خدمات الرعاية الطارئة وذات الصلة بالحمل والخدمات طويلة الأجل (long-term care).

يمكنك التقدم بطلب للحصول على Medi-Cal لطفلك حتى لو كنت غير مؤهل للحصول على التغطية الكاملة.

في ولاية California، لا تؤثر حالة الهجرة على امتيازات Medi-Cal للأطفال دون سن 19. قد يكون الأطفال مؤهلين للحصول على امتيازات Medi-Cal الكاملة، بغض النظر عن حالة الهجرة.

لمعرفة المزيد حول قواعد برنامج Medi-Cal، اقرأ مقارنة برنامج Medi-Cal في الصفحة التالية.

يمكن لمعظم الأشخاص الذين يتقدمون بطلب للحصول على Medi-Cal معرفة ما إذا كانوا مؤهلين بناءً على دخلهم. في بعض أنواع Medi-Cal، قد يحتاج الأشخاص أيضًا إلى تقديم معلومات حول أصولهم وممتلكاتهم. لمعرفة المزيد، انظر مقارنة برنامج Medi-Cal في صفحة 5.

## ما هو Covered California؟

Covered California هي سوق التأمين الصحي بالولاية. يمكنك مقارنة الخطط الصحية من شركات التأمين ذات الأسماء التجارية أو التسوق للحصول على خطة. إذا كان دخلك مرتفعًا جدًا بالنسبة لـ Medi-Cal، فقد تكون مؤهلاً لشراء التأمين الصحي من خلال Covered California.

توفر Covered California "المساعدة المتميزة" (premium assistance). فهو يساعد على خفض تكلفة الرعاية الصحية للأفراد والعائلات الذين يلتحقون بالخطة الصحية Covered California ويلبون قواعد الدخل. للتأهل للحصول على المساعدة المتميزة، يجب أن يكون دخلك تحت حدود دخل برنامج Covered California.

Covered California لديها أربعة مستويات من التغطية للاختيار من بينها: البرونز والفضي والذهبي والبلاتيني. الامتيازات داخل كل مستوى هي نفسها بغض النظر عن شركة التأمين التي تختارها. سيحدد دخلك والحقائق الأخرى البرنامج الذي تتأهل له.

لمعرفة المزيد حول Covered California، انتقل إلى [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) أو اتصل برقم 1-800-826-6317 (TTY 1-888-889-4500).

## ما هي متطلبات الحصول على Medi-Cal؟

للتأهل لـ Medi-Cal، يجب أن تعيش في ولاية California وتلبي بعض القواعد. يجب عليك تقديم معلومات عن حالة الدخل والإيداع الضريبي لكل فرد في أسرتك ويكون ضمن إقرارك الضريبي. قد تحتاج أيضًا إلى تقديم معلومات عن ممتلكاتك.

لا يتعين عليك تقديم البيانات الضريبية للتأهل لبرنامج Medi-Cal. لطرح الأسئلة حول تقديم الإقرارات الضريبية، تحدث إلى إدارة ضرائب الدخل (Internal Revenue Service-IRS) أو مع متخصص في الضرائب.

يجب على جميع الأفراد الذين يتقدمون بطلب للحصول على Medi-Cal إعطاء رقم الضمان الاجتماعي (Social Security Number-SSN) الخاص بهم إذا كان لديهم

## مقارنة برنامج Medi-Cal

### Non-MAGI

إزاء

### MAGI

Non-MAGI Medi-Cal يشمل العديد من البرامج الخاصة. الأشخاص غير المؤهلين لـ MAGI Medi-Cal قد يكونوا مؤهلين لـ Non-MAGI Medi-Cal.

تستخدم طريقة Medi-Cal بموجب إجمالي الدخل المعدل (The Modified Adjusted Gross Income-MAGI) قواعد الضرائب الفيدرالية لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً بناءً على كيفية تقديم الضرائب الخاصة بك ودخلك المعدود.



مَن المؤهل:

- البالغون 65 عاماً أو أكثر
- الطفل دون 21
- الحامل
- ولي الأمر/القائم على رعاية الطفل المؤهل حسب عمره
- بالغ أو طفل في مرفق رعاية طويلة الأجل
- الشخص الذي يحصل على Medicare
- كفيف أو من ذوي الإعاقة



- الأطفال دون 19 عاماً
- أولياء الأمور والقائمين على رعاية الأطفال القصر
- البالغين 19 وحتى 64 عاماً
- الأفراد الحوامل



قواعد الملكية:

- يجب تقديم تقريراً وإثباتات للملكية مثل السيارات أو الحسابات المصرفية أو منازل الإيجار
- الحدود لقدرة الممتلكات في المنزل



لا حدود للملكية.

### لكل من MAGI و Non-MAGI:

- سيتحقق مكتب المقاطعة المحلي من معلومات طلبك. قد تحتاج إلى تقديم المزيد من الأدلة.
  - يجب أن تكون من سكان California.
  - يجب على مواطني الولايات المتحدة أو مقدمي الطلبات المتواجدين بشكل قانوني تقديم SSN الخاص بهم.
  - يجب عليك تقديم طلب للحصول على أي دخل قد يؤهلك مثل امتيازات البطالة (unemployment benefits) وتأمين الإعاقة التابع للولاية (State Disability Insurance).
  - يجب أن تلتزم بتطبيق الدعم الطبي\* الذي سوف:
  - يثبت الأبوة للطفل أو الأطفال المولودين خارج نطاق الزوجية.
  - يحصل على الدعم الطبي للطفل أو الأطفال مع أحد الوالدين الغائبين.
- \*إذا كنت ترى أن لديك سبباً وجيهاً لعدم اتباع هذه القاعدة، فاتصل بمكتب المقاطعة المحلي الخاص بك.

# كيف أتقدم بطلب؟



التقدم بالطلب عبر الإنترنت على: 

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

أو

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

شخصياً: 

ابحث عن مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك على <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. يمكنك الحصول على مساعدة خلال التقدم بالطلب.

يمكنك أيضاً العثور على مستشار تسجيل معتمد لدى Covered California (Certified Enrollment Counselor) أو وكيل تأمين (Insurance Agent) عبر [www.CoveredCA.com/get-help/local](http://www.CoveredCA.com/get-help/local)

## ما المدة التي سنتغرقها عملية تقديم الطلب؟

قد يستغرق الأمر ما يصل إلى 45 يوماً لمعالجة طلب Medi-Cal الخاص بك. إذا تقدمت بطلب للحصول على Medi-Cal على أساس الإعاقة، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 90 يوماً. سيرسل لك مكتب المقاطعة المحلي التابع لك أو Covered California خطاب قرار الأهلية. يسمى هذا الخطاب "إعلان نية الإجراء (Notice of Action)". إذا لم تتلق الخطاب خلال 45 أو 90 يوماً، فيمكنك أن تطلب "جلسة استماع عادلة بالولاية (State Fair Hearing)". يمكنك أيضاً طلب جلسة استماع في حال عدم موافقتك على القرار. لمعرفة المزيد، اقرأ "حقوق الاستئناف والطعن" في صفحة 19.

يمكنك التقدم بطلب للحصول على Medi-Cal في أي وقت من العام عن طريق البريد أو الهاتف أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. يمكنك أيضاً التقدم بطلب عبر الإنترنت أو شخصياً.

يمكنك التقدم بطلب للحصول على تغطية Covered California في مواعيد معينة. لمعرفة متى يمكنك التقدم بطلب، انتقل إلى [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) أو اتصل برقم **1-800-826-6317 (TTY 1-888-889-4500)**

تقدم بالطلب عن طريق البريد: 

يمكنك التقدم بطلب للحصول على Medi-Cal و Covered California عن طريق التطبيق المبسط المنفرد (Single Streamlined Application). يمكنك الحصول على التطبيق باللغة الإنجليزية ولغات أخرى عبر: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. قم بإرسال طلبات التقدم المكتملة إلى مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك.

تجد عن مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك على:

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

يمكنك أيضاً إرسال الطلبات إلى:

**Covered California**

**P.O. Box 989725**

**West Sacramento, CA 95798-9725**

التقدم بالطلب عبر الهاتف أو الفاكس أو البريد الإلكتروني: 

اتصل بمكتب المقاطعة المحلي الخاص بك. يمكنك العثور على رقم الهاتف على الويب عبر <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> أو الاتصال بـ Covered California على رقم **1-800-826-6317**

# كيف أستخدم امتيازات Medi-Cal الخاصة بي؟

- يرجى الاتصال بمكتب المقاطعة المحلي الخاص بك في حالة:
- عدم حصولك على بطاقة تعريف الامتيازات (BIC) الخاصة بك
  - فقدان بطاقة تعريف الامتيازات (BIC) الخاصة بك
  - لدى بطاقة تعريف الامتيازات (BIC) الخاصة بك معلومات خاطئة
  - سرقة بطاقة تعريف الامتيازات (BIC) الخاصة بك
- بمجرد إرسال بطاقة تعريف الامتيازات (BIC) الجديدة الخاصة بك، لا يمكنك استخدام بطاقة تعريف الامتيازات (BIC) القديمة.
- يمكنك الحصول على رقم هاتف مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك على:

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

أو الاتصال برقم:

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

## كيف يمكنني زيارة الطبيب؟

معظم الأشخاص المسجلين في Medi-Cal يمكنهم زيارة الطبيب من خلال خطة Medi-Cal Managed Care. الخطط مثل الخطط الصحية التي لدى الأفراد المسجلين بالتأمين الخاص. اطلع على المزيد حول خطط الرعاية المدارة بدءاً من الصفحة التالية.

قد يستغرق تعيين خطة Medi-Cal Managed Care بضعة أسابيع. عندما تسجل لأول مرة في Medi-Cal، أو إذا كان لديك حالات خاصة، فقد تحتاج إلى زيارة الطبيب من خلال "رسوم مقابل الخدمة Medi-Cal".

Medi-Cal يغطي معظم الرعاية الطبية الضرورية. ويشمل ذلك زيارات الطبيب وطبيب الأسنان، والأدوية التي تستلزم وصفة طبية، والرعاية البصرية، وتنظيم الأسرة، ورعاية الصحة العقلية، وعلاج إدمان المخدرات أو المشروبات الكحولية. كما يغطي Medi-Cal النقل إلى هذه الخدمات. اقرأ المزيد عن "Covered Benefits" في الصفحة 12.

بمجرد الموافقة عليك، يمكنك استخدام امتيازات Medi-Cal على الفور. يحصل المستفيدون الجدد الذين تمت الموافقة عليهم لبرنامج Medi-Cal على بطاقة تعريف الامتيازات (Benefits Identification Card-BIC) بموجب Medi-Cal. يحتاج مقدمو الرعاية الصحية ورعاية الأسنان خاصتك إلى بطاقة تعريف الامتيازات (BIC) لتقديم الخدمات ولدفع فاتورة Medi-Cal. يحصل المستفيدون الجدد والذين يطلبون بطاقات بديلة على تصميم بطاقة تعريف الامتيازات (BIC) الجديد الذي يظهر خشخاش California. كلاهما من تصميمات بطاقة تعريف الامتيازات (BIC) المعروضة هنا صالحة:



## ما هي رسوم مقابل الخدمة Medi-Cal؟

الرسوم مقابل الخدمة هي وسيلة يسدد بها Medi-Cal أجور الأطباء ومقدمي الرعاية الآخرين. عندما تقوم بالتسجيل لأول مرة في Medi-Cal، ستحصل على امتيازاتك من خلال الرسوم مقابل الخدمة التابعة لـ Medi-Cal حتى يتم تسجيلك في خطة الرعاية الصحية المُدارة.

قبل الحصول على الخدمات الطبية أو خدمات رعاية الأسنان، اسأل ما إذا كان مقدم الخدمة يقبل مدفوعات الرسوم مقابل الخدمة Medi-Cal. يحق لمقدم الرعاية رفض استقبال مرضى Medi-Cal. إذا لم تخبر مقدم الرعاية بأنك مسجل لدى Medi-Cal، فقد تضطر لدفع تكاليف الخدمة الطبية أو خدمات رعاية الأسنان.

## كيف يتم دفع النفقات الطبية أو نفقات رعاية الأسنان بموجب تغطية الرسوم مقابل الخدمة؟

يستخدم مقدم الرعاية بطاقة تعريف الامتيازات (BIC) الخاصة بك للتأكد من أنك مسجل لدى Medi-Cal. سيعلم مقدم الرعاية ما إذا كان Medi-Cal سيسدد تكاليف العلاج الطبي أو علاج رعاية الأسنان. في بعض الأحيان قد تضطر إلى سداد "الدفع المشترك" للعلاج. قد تضطر إلى دفع \$1 في كل مرة تحصل فيها على الخدمة الطبية أو علاج رعاية الأسنان أو الأدوية الموصوفة. قد تضطر إلى دفع \$5 إذا ذهبت إلى غرفة الطوارئ بالمستشفى عندما لا تحتاج إلى خدمة طوارئ. لا يتعين على هؤلاء المستفيدين المسجلين في خطة الرعاية المدارة تسديد المدفوعات المشتركة.

هناك بعض الخدمات التي يجب على Medi-Cal الموافقة عليها قبل أن تحصل عليها. انظر صفحة 9 لمزيد من المعلومات.

## كيف يمكنني الحصول على الخدمات الطبية أو رعاية الأسنان عندما يتعين علي دفعة حصة التكلفة (Share of Cost)؟

تتطلب بعض برامج Non-MAGI Medi-Cal دفع حصة التكلفة (SOC). سوف يخبرك إعلان نية الإجراء الذي تحصل عليه بعد موافقة Medi-Cal الخاص بك إذا كان لديك حصة التكلفة (SOC). كما سيحدد مقدار حصة التكلفة (SOC). إن حصة التكلفة (SOC) الخاصة بك هو المبلغ الذي يجب عليك دفعه أو الوعد بدفعه إلى مقدم الرعاية الصحية أو الرعاية بالأسنان قبل أن يبدأ Medi-Cal بالدفع.

يعاد مقدار حصة التكلفة (SOC) كل شهر. تحتاج فقط إلى دفع

حصة التكلفة (SOC) الخاصة بك خلال أشهر عندما تحصل على خدمات الرعاية الصحية و / أو رعاية الأسنان. إن مقدار حصة التكلفة (SOC) مستحق لمقدم الرعاية الصحية أو رعاية الأسنان. وليست مستحقة لـ Medi-Cal أو الولاية. قد يسمح لك مقدمو الخدمات بالدفع مقابل الخدمات في وقت لاحق بدلاً من الدفع مرة واحدة. في بعض المقاطعات، إذا كان لديك حصة التكلفة (SOC) لا يمكنك التسجيل في خطة الرعاية المدارة.

إذا دفعت مقابل خدمات الرعاية الصحية من شخص لا يقبل Medi-Cal، فقد تحسب تلك المدفوعات نحو حصة التكلفة (SOC) الخاصة بك. يجب أن تأخذ الإيصالات من نفقات الرعاية الصحية إلى مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك. سوف يعزو ذلك المبلغ إلى حصة التكلفة (SOC) الخاصة بك.

قد تتمكن من خفض حصة التكلفة (SOC) الأشهر المقبلة إذا كان لديك فواتير طبية غير مدفوعة. اطلب من مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك معرفة ما إذا كانت فواتيرك مؤهلة.

## ما هي Medi-Cal Managed Care؟

Medi-Cal Managed Care هي نظام منظم لمساعدتك في الحصول على رعاية عالية الجودة والحفاظ على الصحة.

تساعدك الخطط الصحية Medi-Cal Managed Care في العثور على الأطباء والصيدليات وبرامج التوعية الصحية.

يجب على معظم الأشخاص التسجيل في خطة الرعاية المدارة، ما لم تستوف معايير معينة أو تتأهل للحصول على الإعفاء. تعتمد خيارات خطة الرعاية الصحية الخاصة بك على المقاطعة التي تعيش فيها. إذا كانت مقاطعتك تحتوي على خطط صحية متعددة، فستحتاج إلى اختيار الخطة التي تناسب احتياجاتك واحتياجات أسرتك.

كل خطة Medi-Cal Managed Care داخل كل مقاطعة لديها نفس الخدمات. يمكنك الحصول على دليل خطط الرعاية المدارة عبر <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. يمكنك اختيار الطبيب الذي يعمل مع خطتك ليكون طبيب الرعاية الأولية الخاص بك. أو يمكن لخطتك اختيار طبيب الرعاية الأولية نيابة عنك. يمكنك اختيار أي مقدم خدمات تنظيم الأسرة بموجب Medi-Cal من اختيارك، بما في ذلك مقدم خدمات من خارج خطتك. اتصل بخطة الرعاية المدارة الخاصة بك لمعرفة المزيد.



كما تقدم خطط الرعاية الصحية المدارة:

- تنسيق الرعاية
- الإحالات إلى الأخصائيين
- خدمات استشارات التمريض عبر الهاتف على مدار 24- ساعة
- مراكز خدمة العملاء

## كيف يمكنني إلغاء التسجيل أو طلب الإعفاء من التسجيل الإلزامي أو تغيير خطة Medi-Cal Managed Care الخاصة بي؟

يجب على معظم المستفيدين من برنامج Medi-Cal التسجيل في خطة Medi-Cal Managed Care. إذا قمت بالتسجيل في خطة الرعاية الصحية عن طريق الاختيار، يجوز لك إلغاء التسجيل في أي وقت. لإلغاء التسجيل، اتصل بـ Health Care Options على رقم **1-800-430-4263**.

عندما يكون لدى مقاطعتك أكثر من خطة واحدة، يمكنك الاتصال بـ Health Care Options إذا كنت ترغب في تغيير خطة الرعاية الصحية المدارة الخاصة بك.

إذا كنت تتلقى العلاج الآن من مقدم خدمة رسوم مقابل الخدمة التابعة لـ Medi-Cal، فقد تكون مؤهلاً للحصول على إعفاء مؤقت من التسجيل الإلزامي في خطة Medi-Cal Managed Care. لا يمكن أن يكون مقدم خدمة الرسوم مقابل الخدمة جزءاً من خطة Medi-Cal Managed Care في مقاطعتك. يجب أن تكون تحت العلاج لحالة معقدة مع مقدم الرعاية التي قد تزداد سوءاً إذا كان عليك تغيير مقدمي الرعاية.

اسأل مقدم الرعاية الخاص بك إذا كان جزءاً من خطة Medi-Cal Managed Care في مقاطعتك. إذا لم يكن مقدم الرعاية الخاص بك جزءاً من خطة Medi-Cal Managed Care في مقاطعتك، اطلب من مقدم الرعاية الخاص بك ملء استمارة معك لطلب إعفاء من التسجيل في خطة Medi-Cal Managed Care.

سيحتاج مقدم الرعاية الخاص بك إلى توقيع الاستمارة وإرفاق الإثبات المطلوب وإرساله عبر البريد أو الفاكس إلى Health Care Options. وسوف يقوموا بمراجعتها وتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على إعفاء مؤقت من التسجيل في خطة Medi-Cal Managed Care. يمكنك العثور على الاستمارة والتعليمات على <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

إذا كانت لديك أسئلة، فاتصل برقم **1-800-430-4263**.

## ماذا لو كان لدي تأمين صحي آخر؟

حتى إذا كان لديك تغطية صحية أخرى مثل التأمين الصحي تبعاً لعملك، فقد تظل مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal. إذا كنت مؤهلاً، سيغطي Medi-Cal التكاليف المسموح بها التي لم يدفعها التأمين الأساسي الخاص بك. بموجب القانون الفيدرالي، يجب إصدار فاتورة التأمين الصحي الخاص للمستفيدين من Medi-Cal أولاً قبل إصدار الفواتير من Medi-Cal.

هناك بعض الخدمات التي يجب على Medi-Cal الموافقة عليها قبل أن تحصل عليها. سيعلم مقدم الخدمة متى تحتاج إلى موافقة مسبقة. معظم خدمات الأطباء ومعظم زيارات العيادات ليست محدودة. ولا تحتاج إلى الموافقة. تحدث مع طبيبك حول خطة العلاج والتعيينات الخاصة بك.

## كيف يمكنني التسجيل في خطة Medi-Cal Managed Care؟

إذا كنت في مقاطعة بها أكثر من خطة واحدة، يجب عليك اختيار خطة صحية في غضون 30 يوماً من موافقة Medi-Cal. سوف تحصل على حزمة معلومات عن طريق البريد. ستخبرك عن الخطط الصحية المتاحة في مقاطعتك. ستخبرك الحزمة أيضاً عن كيفية التسجيل في خطة الرعاية المدارة التي تختارها. إذا لم تختار خطة في غضون 30 يوماً من الحصول على موافقة Medi-Cal، فستقوم الولاية باختيار خطة لك.

يرجى انتظار حزمة معلومات الخطة الصحية الخاصة بك في البريد.

إذا كان لدى مقاطعتك خطة صحية واحدة فقط، فستختار المقاطعة الخطة نيابةً عنك.

إذا كنت تعيش في مقاطعة **San Benito**، فهناك خطة صحية واحدة فقط. يمكنك التسجيل في هذه الخطة الصحية. أو يمكنك اختيار البقاء في رسوم مقابل الخدمة التابعة لـ Medi-Cal.

إذا كان بمقاطعتك أكثر من خطة صحية واحدة، فستحتاج إلى اختيار الخطة التي تناسب احتياجاتك واحتياجات أسرتك.

لمعرفة الخطة المتوفرة في مقاطعتك، انتقل إلى <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>

## ماذا عليّ أن أفعل إذا لم أستطع الحصول على زيارة طبية أو أي رعاية أخرى أحتاجها؟

يساعد مكتب Medi-Cal Managed Care التابع لأومبادزمان على حل المشكلات من وجهة نظر محايدة. وسيتأكدون من حصولكم على جميع الخدمات المغطاة اللازمة. مكتب أومبادزمان:

- المساعدة في حل المشاكل بين أعضاء Medi-Cal Managed Care وخطط الرعاية المدارة دون انحياز
- المساعدة في حل المشاكل بين المستفيدين من برنامج Medi-Cal وخطط الصحة العقلية في المقاطعة دون انحياز
- التحقيق في شكاوى الأعضاء حول خطط الرعاية المدارة وخطط الصحة العقلية في المقاطعة
- مساعدة الأعضاء في حل المشاكل العاجلة للتسجيل وإلغاء التسجيل
- مساعدة مستفيدي Medi-Cal في الوصول إلى خدمات الصحة العقلية المتخصصة في Medi-Cal
- توفير المعلومات والإحالات
- إيجاد طرق لجعل برنامج Medi-Cal Managed Care أكثر فعالية
- تثقيف الأعضاء حول كيفية التنقل في Medi-Cal Managed Care ونظام الرعاية الصحية العقلية المتخصصة

لمعرفة المزيد عن مكتب أومبادزمان، يمكنك الاتصال برقم:

1-888-452-8609

أو الانتقال إلى:

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

## كيف يعمل Medi-Cal إذا كان لديّ أيضاً برنامج الرعاية الطبية؟

كثير من الأشخاص الذين يبلغون من العمر 65 عاماً أو أكبر أو الذين من ذوي الاحتياجات الخاصة مؤهلون لكل من Medi-Cal و Medicare. إذا كنت مؤهلاً لكلا البرنامجين، فستحصل على معظم خدماتك الطبية والأدوية الموصوفة من خلال Medicare.

يطلب القانون الفيدرالي والولاية من المستفيدين من Medi-Cal الإبلاغ عن التأمين الصحي الخاص. للإبلاغ عن التأمين الصحي الخاص أو تغييره، انتقل إلى <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> أو اتصل برقم خارج California، اتصل برقم 1-916-636-1980.

يجب عليك أيضاً الإبلاغ عن ذلك لمكتب المقاطعة المحلية ومقدم الرعاية الصحية الخاص بك. إذا لم تقم بالإبلاغ عن أي تغطية للتأمين الصحي الخاص، فأنت بذلك ترتكب جريمة جنحة.

## هل يمكنني الحصول على خدمات Medi-Cal عندما لا أكون متواجداً في California؟

عندما تسافر خارج California، خذ معك بطاقة تعريف الامتيازات (BIC) الخاصة بك أو أي إثبات بأنك مسجل في خطة الرعاية الصحية Medi-Cal. يساعد Medi-Cal في بعض الحالات، مثل حالات الطوارئ بسبب الحوادث أو الإصابات أو الأمراض الخطيرة. باستثناء حالات الطوارئ، يجب أن تعتمد خطة الرعاية المدارة الخاصة بك أية خدمات طبية خارج الولاية قبل أن تحصل على الخدمة. إذا لم يقبل مقدم الرعاية Medicaid، فسيتم عليك دفع التكاليف الطبية للخدمات التي تحصل عليها خارج California. تذكر: قد يكون هناك العديد من مقدمي الرعاية المشاركين في الرعاية الطارئة على سبيل المثال، يمكن للطبيب الذي تزوره أن يقبل برنامج Medicaid ولكن قد لا يقبل قسم الأشعة. تعامل مع خطة الرعاية المدارة الخاصة بك للحد من المبلغ الذي عليك دفعه. يجب على مقدم الرعاية أولاً التأكد من أهليتك من خلال الاتصال برقم 1-916-636-1960.

إذا كنت تعيش بالقرب من خط ولاية California وتحصل على الخدمات الطبية في ولاية أخرى، فإن بعض هذه القواعد لا تنطبق. لمعرفة المزيد، اتصل بخطة Medi-Cal Managed Care.

لن تحصل على Medi-Cal إذا انتقلت خارج California. يمكنك تقديم طلب للحصول على المساعدة الطبية في الولاية التي تنتقل إليها.

إذا كنت تنتقل إلى مقاطعة جديدة في California، فستحتاج أيضاً إلى إخبار المقاطعة التي تعيش فيها أو المقاطعة التي تنتقل إليها. هذا للتأكد من استمرار حصولك على امتيازات Medi-Cal. يجب أن تخبر مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك في غضون 10 أيام من انتقالك إلى مقاطعة جديدة.

## إذا كنت مسجلاً بـ Medicare، هل يجب عليّ الاستعانة بالأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الذين يتعاملون مع Medi-Cal؟

لا، يمكنك استخدام أي مقدم رعاية تابع لـ Medicare، حتى إذا كان مقدم الرعاية لا يتعامل مع Medi-Cal أو ليس جزءاً من خطة Medi-Cal Managed Care. قد لا يقبلك بعض مقدمي رعاية Medicare كمرضى.

توفر Medi-Cal خدمات ودعم على المدى الطويل مثل الرعاية المنزلية التمريضية والخدمات المنزلية والمجتمعية.

يغطي Medi-Cal بعض الامتيازات التي لا يغطيها Medicare.

كما قد يدفع Medi-Cal أيضاً أقساط Medicare الخاصة بك.

## ما هو برنامج الدعم لدفع أقساط Medicare؟

يسمح برنامج دفع الأقساط (Premium Payment Program) التابع لـ Medicare، المعروف أيضاً باسم برنامج الدعم (-Buy In) التابع لـ Medicare، لـ Medi-Cal بدفع الجزء أ (تأمين المستشفى) من أقساط Medicare و / أو أقساط الجزء ب (التأمين الطبي) لأعضاء Medi-Cal وغيرهم من المؤهلين للحصول على برامج Medi-Cal.

## ما هو برنامج التوفير

## (Savings Program-MSP) التابع لـ Medicare؟

قد تدفع برامج التوفير التابع لـ Medicare مقتطعات الجزء أ Medicare والجزء ب Medicare والتأمين المشترك والدفع المشترك إذا استوفيت شروطاً معينة. عندما تتقدم بطلب للحصول على Medi-Cal، فإن مقاطعتك ستُقيم حالتك للحصول على هذا البرنامج. قد لا يزال بعض الأشخاص غير المؤهلين للحصول على امتيازات Medi-Cal كاملة النطاق مؤهلين لـ MSP.

## إذا استعنت بمقدم رعاية تابع لـ Medicare، فهل سأضطر لدفع التأمين الصحي المشترك التابع لـ Medicare؟

لا. إذا كنت مؤهلاً لـ MSP فلن تضطر إلى دفع أي تأمين مشترك أو مقتطعات. إذا حصلت على فاتورة من مقدم الرعاية الخاص بك التابع لـ Medicare، فاتصل بخطة Medi-Cal Managed Care أو اتصل برقم **1-800-MEDICARE**.

## هل كنت تعلم؟

توفر Medi-Cal التوعية بشأن الرضاعة الطبيعية كجزء من رعاية الأمومة ورعاية حديثي الولادة.



أنت مؤهل لفحوصات العين الروتينية مرة كل 24 شهراً.



لمعرفة المزيد حول ما يتم تقديمه، تفضل بزيارة:

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



# الامتيازات التي تغطيها Medi-Cal



الإعداد على أنواع العلاج التي تحتاجها. الخدمات تشمل:

- العلاج في الوحدات الخارجية بدون مخدرات (الاستشارات الجماعية و / أو الفردية)
- العلاج المكثف لمرضى الوحدات الخارجية (خدمات الاستشارات الجماعية المقدمة ثلاث ساعات على الأقل في اليوم، ثلاثة أيام في الأسبوع)
- العلاج السكني (خدمات إعادة التأهيل المقدمة أثناء الإقامة في المبنى)
- العلاج البديل بالمواد المخدرة (مثل ميثادون)

تقدم بعض المقاطعات المزيد من خدمات العلاج والإنعاش. أخبر أطباءك عن حالتك حتى يتمكنوا من إحالتك إلى العلاج الصحيح. يمكنك أيضاً إحالة نفسك إلى أقرب وكالة علاج محلية. أو اتصل بخط إحالة العلاج غير الطارئ للاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان على رقم **1-800-879-2772**.

## برنامج Medi-Cal لرعاية الأسنان (Medi-Cal Dental Program)

تعد صحة الأسنان جزءاً هاماً من الصحة العامة. يغطي برنامج Medi-Cal لرعاية الأسنان (Medi-Cal Dental Program) العديد من الخدمات للحفاظ على صحة أسنانك. يمكنك الحصول على امتيازات رعاية الأسنان بمجرد الموافقة عليك للحصول على Medi-Cal.

يمكنك الاطلاع على امتيازات رعاية الأسنان والموارد الأخرى عبر <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. أو يمكنك الاتصال برقم (1-800-322-6384 TTY 1-800-735-2922) من الاثنين إلى الجمعة بين 8:00 صباحاً وحتى 5:00 مساءً.

توفر Medi-Cal مجموعة كاملة من الامتيازات تسمى الامتيازات الصحية الأساسية (Essential Health Benefits). لمعرفة ما إذا كانت الخدمة مغطاة، اسأل طبيبك أو الخطة الصحية. الامتيازات الصحية الأساسية تشمل:

- خدمات العلاج الخارجي، مثل الفحص في مكتب الطبيب
- خدمات الطوارئ
- دخول المستشفى
- رعاية الأمومة وحديثي الولادة
- خدمات الصحة العقلية
- خدمات الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان، مثل العلاج من إدمان المخدرات أو الكحوليات
- الأدوية التي تستلزم وصفة طبية
- خدمات المختبر، مثل اختبارات الدم
- برامج مثل العلاج الطبيعي (تسمى خدمات إعادة التأهيل والتأهيل) والمستلزمات والأجهزة الطبية مثل الكراسي المتحركة وخزانات الأكسجين
- الخدمات الوقائية والصحية
- إدارة الأمراض المزمنة
- خدمات الأطفال (طب الأطفال)، بما في ذلك الرعاية الفموية والبصرية
- الرعاية داخل المنزل وغيرها من الخدمات والدعم طويل الأجل

## برنامج الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان

يوفر Medi-Cal إعدادات رعاية المرضى بالوحدات الداخلية والخارجية لعلاج إساءة استعمال المخدرات أو الكحوليات. كما تسمى الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان. يعتمد

## الفحص والتشخيص والعلاج المبكر والدوري (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT))

إذا كان عمرك أنت أو طفلك أقل من 21 عامًا، فستغطي Medi-Cal الخدمات الوقائية، مثل الفحوصات والكشوفات الصحية المنتظمة. تقوم الفحوصات والكشوفات المنتظمة بالبحث عن أي مشاكل تتعلق بصحتك الطبية والأسنان والبصر والسمع والصحة العقلية وأي اضطرابات ناجمة عن تعاطي المخدرات. يمكنك أيضًا الحصول على لقاحات للحفاظ على صحتك. تغطي Medi-Cal خدمات الفحص في أي وقت تكون هناك حاجة إليها، حتى لو لم يكن ذلك أثناء الفحص الدوري. كل هذه الخدمات بدون أي تكلفة عليك.

تعد الفحوصات والكشوفات مهمة لمساعدة مقدم الرعاية الصحية على تحديد المشكلات في وقت مبكر. عندما يتم العثور على مشكلة أثناء الفحص أو الكشف، تغطي Medi-Cal الخدمات اللازمة لعلاج أو تحسين أي حالة أو مرض صحي بدني أو عقلي. يمكنك الحصول على الخدمات التشخيصية والعلاجية إذا رأى طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية أو العيادة أو برنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة (Child Health and Disability Prevention program (CHDP)) بالمقاطعة أو إدارة الصحة العقلية في المقاطعة أنك في حاجة إليها. تغطي EPSDT هذه الخدمات بدون أي تكلفة عليك.

سوف يخبرك مقدم الرعاية الخاص بك أيضًا متى ستعود للفحص أو الكشف الصحي أو الموعد الطبي التالي. إذا كانت لديك أسئلة حول تحديد موعد زيارة طبية أو كيفية الحصول على مساعدة في الذهاب إلى الزيارة الطبية، يمكن لـ Medi-Cal المساعدة. اتصل بخطة Medi-Cal Managed Care الخاصة بك. إذا لم تكن بخطة الرعاية الصحية المدارة MCP، فيمكنك الاتصال بطبيبك أو بمقدم رعاية آخر أو تفضل بزيارة <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> للحصول على المساعدة في التنقل.

لمزيد من المعلومات حول EPSDT يمكنك الاتصال برقم **1-800-541-5555**، أو الذهاب إلى <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>، أو الاتصال ببرنامج CHDP بمقاطعتك، أو خطة الرعاية الصحية المدارة MCP الخاصة بك. لمعرفة المزيد حول خدمات EPSDT الخاصة بالصحة العقلية المتخصصة أو خدمات الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة، اتصل بقسم الصحة العقلية أو السلوكية في المقاطعة.

## كيف يمكنني الحصول على خدمات Medi-Cal لرعاية الأسنان؟

يقدم برنامج Medi-Cal لرعاية الأسنان (Medi-Cal Dental Program) الخدمة بطريقتين. الطريقة الأولى هي رسوم مقابل خدمة (Fee-for-Service) رعاية الأسنان ويمكنك الحصول عليها في جميع أنحاء California. إن خدمات رسوم مقابل خدمة (Fee-for-Service) رعاية الأسنان مطابقة تمامًا لخدمات رسوم مقابل الخدمة (Fee-for-Service) Medi-Cal. قبل أن تحصل على خدمات رعاية الأسنان، يجب عليك إظهار بطاقة تعريف الامتيازات BIC الخاصة بك لمقدم رعاية الأسنان وستحتاج إلى التأكد من أن مقدم الرعاية يتعامل مع رسوم مقابل خدمة (Fee-for-Service) رعاية الأسنان.

الطريقة الأخرى يقدم Medi-Cal خدمات رعاية الأسنان عن طريق Dental Managed Care (DMC). يتم تقديم DMC فقط في مقاطعة Los Angeles ومقاطعة Sacramento. تغطي خطط DMC نفس خدمات رعاية أسنان رسوم مقابل خدمة (Fee-for-Service) رعاية الأسنان. تستخدم DHCS ثلاث خطط للرعاية المدارة في مقاطعة Sacramento. كما تتعاقد DHCS مع ثلاث خطط صحية مسبقة الدفع في مقاطعة Los Angeles. تقدم هذه الخطط خدمات رعاية الأسنان لمستفيدي Medi-Cal.

إذا كنت تعيش في مقاطعة Sacramento، يجب عليك التسجيل في DMC. في بعض الحالات، قد تكون مؤهلاً للحصول على إعفاء من التسجيل في DMC.

لمعرفة المزيد، انتقل إلى Health Care Options عبر <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

في مقاطعة Los Angeles، يمكنك البقاء في رسوم مقابل خدمة (Fee-for-Service) رعاية الأسنان أو يمكنك اختيار برنامج DMC. لاختيار خطة رعاية الأسنان أو تغييرها، اتصل بـ Health Care Options.

## خدمات النقل

يمكن لـ Medi-Cal المساعدة في إمكانية التوصيل للحصول على الخدمات الطبية أو العقلية أو العلاج من تعاطي مواد الإدمان أو زيارات رعاية الأسنان عند تغطية هذه الزيارات من قبل Medi-Cal. يمكن أن تكون خدمات التوصيل إما خدمات نقل غير طبية (nonmedical transportation-NMT) أو خدمات نقل طبية في غير حالات الطوارئ (nonemergency medical transportation-NEMT). يمكنك أيضاً استخدام NMT إذا كنت بحاجة إلى استلام الوصفات أو المستلزمات أو المعدات الطبية.

إذا كان بإمكانك التنقل بالسيارة أو الحافلة أو القطار أو سيارة الأجرة، ولكن ليس لديك إمكانية الوصول إلى الزيارة الطبية، يمكن ترتيب NMT.

إذا كنت مسجلاً في خطة صحية، فاتصل بخدمات الأعضاء الخاصة بك للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على خدمات NMT.

إذا كان لديك رسوم مقابل الخدمة، فيمكنك إجراء ما يلي:

- اتصل بمكتب Medi-Cal بمقاطعتك لمعرفة إذا كان بإمكانهم مساعدتك في الحصول على خدمة التوصيل NMT.
- لترتيب الحصول على خدمة التوصيل، يجب عليك أولاً الاتصال بمقدم الرعاية الطبية التابع للرسوم مقابل الخدمة الخاص بك واسأل عن مقدم خدمة النقل في منطقتك. أو يمكنك الاتصال بأحد مقدمي خدمة NMT المعتمدين في منطقتك المدرجين على <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

إذا كنت بحاجة إلى سيارة طبية خاصة للوصول إلى زيارتك الطبية، فأخبر مقدم الرعاية الصحية الخاص بك بذلك. إذا كنت مشتركاً في خطة صحية، فيمكنك أيضاً الاتصال بالخطة لإعداد وسيلة النقل الخاصة بك. إذا كنت مسجلاً في الرسوم مقابل الخدمة، فاتصل بمقدم الرعاية الصحية الخاص بك. يمكن للخطة أو مقدم الرعاية طلب NEMT مثل عربة بكرسي متحرك أو عربة مجهزة لنقل المرضى أو سيارة الإسعاف أو النقل الجوي.

احرص على طلب وسيلة نقل في أقرب وقت ممكن قبل موعد الزيارة الطبية. إذا كان لديك زيارات طبية متكررة، يمكن لمقدم الرعاية الصحية أو خطة الرعاية الصحية الخاصة بك طلب وسيلة نقل لتغطية الزيارات المستقبلية.

انتقل إلى <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> للحصول على مزيد من المعلومات حول وسائل النقل التي يترتبها مقدمو خدمات NMT معتمدين.

## خدمات الصحة العقلية المتخصصة

إذا كنت تعاني من مرض عقلي أو احتياجات عاطفية لا يستطيع طبيبك العادي علاجها، فإن خدمات الصحة العقلية المتخصصة متاحة. تقدم خطة الصحة العقلية (Mental Health Plan-MHP) خدمات متخصصة في الصحة العقلية. لدى كل مقاطعة MHP.

قد تشمل خدمات الصحة العقلية المتخصصة، على سبيل المثال لا الحصر، العلاج الفردي والجماعي وخدمات الأدوية وخدمات الأزمات وإدارة الحالات والخدمات السكنية والمستشفيات والخدمات المتخصصة لمساعدة الأطفال والشباب.

لمعرفة المزيد عن خدمات الصحة العقلية المتخصصة، أو للحصول على هذه الخدمات، اتصل بمكتب MHP الخاص بك بمقاطعتك. ستحدد MHP إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمات الصحة العقلية المتخصصة. يمكنك الحصول على رقم هاتف MHP من مكتب أومبادزمان على رقم 1-888-452-8609 أو الانتقال إلى <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

## هل كنت تعلم؟

إذا كنت مؤهلاً للحصول على Supplemental Security Income (SSI)، فأنت مؤهل تلقائياً للحصول على SSI-linked Medi-Cal.



يمكن لمكتب المقاطعة المحلي الخاص بك تقديم المساعدة في بعض المشكلات ذات الصلة بـ SSI Medi-Cal. سوف يخبرونك إذا كنت بحاجة إلى الاتصال بمكتب الضمان الاجتماعي (Social Security) لحل المشكلة.



# البرامج والخدمات الصحية الأخرى



المخدرات أو الكحوليات والأمراض المنقولة جنسياً والاعتداء الجنسي والصحة العقلية.

## 250% برنامج العاملين من ذوي الاحتياجات الخاصة (Working Disabled Program)

يمنح برنامج العاملين من ذوي الاحتياجات الخاصة Medi-Cal للبالغين من ذوي الإعاقة الذين لديهم دخل أعلى من معظم متلقي Medi-Cal. إذا كنت قد حصلت على دخل بسبب الإعاقة من خلال الضمان الاجتماعي أو وظيفتك السابقة، فيمكنك التأهل. يتطلب البرنامج قسطاً شهرياً منخفضاً، يتراوح من \$20 إلى \$250 حسب دخلك. للتأهل، يجب عليك:

- تلبية تعريف الضمان الاجتماعي للإعاقة، والحصول على دخل بسبب الإعاقة، وحالياً تكسب بعض المال من خلال العمل
- تلبية قواعد دخل البرنامج للدخل المكتسب وغير المكتسب
- تلبية قواعد البرنامج الأخرى

## Medi-Cal Access Program (MCAP)

يوفر MCAP تغطية شاملة للتأمين الصحي منخفضة التكلفة للسيدات الحوامل. لا يوجد لدى MCAP أي مدفوعات مشتركة أو مقتطعات مقابل خدماتها المغطاة. التكلفة الإجمالية لـ MCAP هي 1.5% من إجمالي الدخل المعدل الخاص بك. على سبيل المثال، إذا كان دخلك \$50,000 سنوياً، فستكون تكلفتك \$750 مقابل التغطية. يمكنك الدفع دفعة واحدة أو على أقساط شهرية على مدى 12 شهراً. إذا كنت حاملاً ومسجلة في تغطية Covered California، فيمكنك التغيير إلى MCAP. يتأهل الأطفال الذين يولدون لأفراد مسجلين في MCAP لبرنامج الرضع التابع لـ Medi-Cal أو Medi-Cal. للتأهل لـ MCAP، يجب أن تكون:

- مقيم في California
- غير مسجل في برنامج Medi-Cal أو Medicare بدون

تقدم California برامج أخرى لتلبية احتياجاتك الطبية. يمكنك التقدم للحصول على بعض البرامج من خلال نفس مكتب المقاطعة المحلي الذي يتعامل مع Medi-Cal.

## من مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك

يمكنك طلب البرامج المذكورة أدناه من نفس مكتب المقاطعة المحلي الذي تقدمت إليه بطلب الحصول على Medi-Cal. يمكنك الحصول على رقم الهاتف التابع لمقاطعتك على <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> أو الاتصال برقم **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)**.

## شباب دور الرعاية الاجتماعية سابقاً (Former Foster Youth)

إذا كنت في دور الرعاية الاجتماعية يوم ميلادك الـ 18th أو في وقت لاحق، فقد تكون مؤهلاً للحصول على برنامج Medi-Cal المجاني. قد تستمر التغطية حتى يوم ميلادك الـ 26th. الدخل لا يهم. لست بحاجة إلى ملء طلب Medi-Cal كامل أو إعطاء معلومات عن الدخل أو الضرائب عند تقديمك للطلب. لطلب التغطية الآن، اتصل بمكتب المقاطعة المحلي الخاص بك.

## الخدمات الطبية السرية

يمكنك تقديم طلب للحصول على خدمات سرية إذا كان عمرك أقل من 21 عاماً. للتأهل، يجب أن تكون:

- غير متزوج وتعيش مع والديك، أو
- يجب أن يكون الأبوين مسؤولاً عنك من الناحية المالية، مثل طلاب الجامعات

لا تحتاج إلى موافقة الوالدين للتقدم للتغطية أو الحصول عليها. تشمل الخدمات تنظيم الأسرة ورعاية الحمل والعلاج من تعاطي

## خدمات صحية أخرى تابعة للولاية

تحتوي البرامج أدناه على عملية تطبيق مختلفة عن Medi-Cal's. يمكنك التقدم بطلب أو معرفة المزيد حول البرنامج باستخدام معلومات الاتصال المدرجة.

### برنامج علاج سرطان الثدي وعنق الرحم (Breast and Cervical Cancer Treatment Program)

يقدم برنامج علاج سرطان الثدي وعنق الرحم علاج السرطان والخدمات ذات الصلة لسكان ولاية California المؤهلين من ذوي الدخل المنخفض. يجب أن يتم فحصهم و / أو تسجيلهم من خلال برنامج كشف السرطان (Cancer Detection Program)، أو كل امرأة تهتم (Every Woman Counts)، أو برامج تنظيم الأسرة، والوصول إليها، والرعاية والعلاج (Family Planning, Access, Care and Treatment programs). للتأهل، يجب أن يكون لديك دخل تحت الحد وتحتاج إلى علاج سرطان الثدي أو سرطان عنق الرحم. لمعرفة المزيد، اتصل برقم **1-800-824-0088** أو أرسل بالبريد الإلكتروني إلى [BCCTP@dhcs.ca.gov](mailto:BCCTP@dhcs.ca.gov).

### الخدمات المنزلية والمجتمعية

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

يسمح Medi-Cal لبعض المسنين المؤهلين والأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة بالحصول على العلاج في المنزل أو في بيئة مجتمعية بدلاً من بيت التمريض أو أي مؤسسة أخرى. تشمل الخدمات المنزلية والمجتمعية، على سبيل المثال لا الحصر، إدارة الحالات (الدعم وتنسيق الخدمات) والخدمات الصحية النهارية للأشخاص البالغين والتأهيل (اليومي والسكني) ومساعدة ربة المنزل والمساعدة الصحية المنزلية والخدمات الغذائية وخدمات التمريض والعناية الشخصية والرعاية المؤقتة لكبار السن وذوي الأمراض الذهنية. يجب أن تكون مؤهلاً للحصول على Medi-Cal كامل النطاق وتلبية جميع قواعد البرنامج. لمعرفة المزيد، اتصل بـ DHCS, Integrated Systems of Care Division على رقم **1-916-552-9105**.

### برنامج خدمات الأطفال في California (California Children's Services (CCS) Program)

يقدم برنامج CCS خدمات التشخيص والعلاج وإدارة الحالات الطبية وخدمات العلاج البدني والمهني للأطفال دون سن 21 عامًا الذين لديهم شروط طبية مؤهلة لـ CCS. الشروط الطبية المؤهلة لـ CCS هي تلك الحالات التي بها إعاقة جسدية أو تتطلب خدمات طبية أو جراحية أو إعادة تأهيل. لا تعد الخدمات المرخص بها من

تكلفة الجزء أ والجزء ب في وقت تقديم الطلب  
• غير مشمول بأي خطة تأمين صحية أخرى  
• في إطار مبادئ البرنامج التوجيهية للدخل

لمعرفة المزيد عن MCAP، انتقل إلى  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> أو اتصل برقم  
**1-800-433-2611**

### برنامج الخدمات الداعمة داخل المنزل (In-Home Supportive Services-IHSS) Program

يساعد IHSS في الدفع مقابل الخدمات حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. إذا كنت مؤهلاً للحصول على Medi-Cal، فقد تكون مؤهلاً للحصول على IHSS. إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على Medi-Cal، فقد تظل مؤهلاً للحصول على IHSS إذا كنت تستوفي معايير الأهلية الأخرى. إذا كان لديك Medi-Cal بدون SOC، فسوف تدفع مقابل كل خدمات IHSS الخاصة بك. إذا كان لديك Medi-Cal مع SOC، فيجب عليك تلبية SOC بموجب Medi-Cal قبل أن يتم دفع أي خدمات IHSS. للتأهل، يجب أن تكون واحدًا على الأقل مما يلي:

- عمر 65 فما فوق
- كفيف
- معاق (بما في ذلك الأطفال المعاقين)
- وجود حالة مزمنة ومعيقة تسبب ضعف وظيفي من المتوقع أن يستمر لمدة 12 شهرًا متتالية على الأقل أو يتوقع أن يؤدي إلى الوفاة في غضون 12 شهرًا

يمكن لـ IHSS التصريح بخدمات مثل:

- الخدمات المنزلية مثل غسيل طاولات المطبخ أو تنظيف الحمام
- إعداد وجبات الطعام
- غسيل الملابس
- التسوق لشراء الطعام
- خدمات العناية الشخصية
- المرافقة إلى الزيارات الطبية
- الإشراف الوقائي للأشخاص المصابين بمرض عقلي أو ذوي الإعاقة العقلية ولا يمكنهم البقاء بأمان في منزلهم دون مراقبة
- خدمات شبه طبية

لمعرفة المزيد، انتقل إلى

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



# Medi-Cal بأثر رجعي (Retroactive Medi-Cal)

إذا كان لديك فواتير طبية أو خاصة برعاية الأسنان غير مدفوعة عند تقدمك بطلب التسجيل بـ **Medi-Cal**، يمكنك طلب **Medi-Cal** بأثر رجعي. قد يساعد **Medi-Cal** بأثر رجعي في دفع الفواتير الطبية أو الخاصة برعاية الأسنان في أي من الأشهر الثلاثة قبل تاريخ تقديم الطلب.

على سبيل المثال، إذا تقدمت بطلب للحصول على **Medi-Cal** في أبريل، فقد تتمكن من الحصول على مساعدة بشأن فواتير الخدمات الطبية أو خدمات رعاية الأسنان التي حصلت عليها في يناير وفبراير ومارس.

للحصول على **Medi-Cal** بأثر رجعي، يجب عليك:

- التأهل لـ **Medi-Cal** في الشهر الذي حصلت فيه على الخدمات الطبية
- تلقيت خدمات طبية أو رعاية الأسنان يغطي **Medi-Cal**
- اطلبها في غضون عام واحد من الشهر الذي تلقيت فيه الخدمات المشمولة
- يجب عليك الاتصال بمكتب المقاطعة المحلي الخاص بك طلب **Medi-Cal** بأثر رجعي

على سبيل المثال، إذا كنت قد عولجت بسبب كسر ذراع في يناير 2017 وتقدمت بطلب للحصول على **Medi-Cal** في أبريل 2017، فيجب عليك طلب **Medi-Cal** بأثر رجعي في موعد أقصاه يناير 2018 لدفع الفواتير الطبية.

إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمات الطبية أو خدمات رعاية الأسنان التي حصلت عليها خلال الأشهر الثلاثة من الفترة الرجعية، فإن **Medi-Cal** قد يساعدك أيضًا في الحصول على المال. يجب عليك تقديم مطالبتك خلال سنة واحدة من تاريخ الخدمة، أو في غضون 90 يومًا بعد الموافقة على أهليتك **Medi-Cal**، أيهما أطول.

لتقديم المطالبة، يجب عليك الاتصال أو الكتابة إلى:

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

للمعالجات الطبية والصحة العقلية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان ومطالبات الخدمات الداعمة داخل المنزل

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

لمطالبات رعاية الأسنان.

قبل برنامج CCS لمعالجة الحالة الطبية للطفل المؤهلة لـ CCS التابعة لـ **Medi-Cal** خدمات تغطي معظم خطط الرعاية الصحية. لا تزال خطة **Medi-Cal** للرعاية الصحية توفر الرعاية الأولية والخدمات الصحية الوقائية غير المرتبطة بالشروط الطبية المؤهلة لـ **CCS**.

للتقدم بطلب للحصول على **CCS**، اتصل بمكتب **CCS** المحلي التابع لمقاطعتك. لمعرفة المزيد، انتقل إلى <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> أو اتصل برقم **1-916-552-9105**.

## برنامج المعاقين وراثيا (Genetically Handicapped Person's Program-GHPP)

تقدم **GHPP** إدارة الحالات الطبية والإدارية وتدفع مقابل الخدمات الطبية اللازمة للأشخاص الذين يعيشون في **California**، والذين تزيد أعمارهم عن 21 عامًا، ولديهم شروط طبية مؤهلة لـ **GHPP**. الشروط المؤهلة لـ **GHPP** هي حالات وراثية مثل الهيموفيليا والتليف الكيسي وبيلة الفينيل كيتون ومرض الخلايا المنجلية التي لها تأثيرات صحية كبيرة. يستخدم **GHPP** نظام مراكز الرعاية الخاصة (**Special Care Centers-SCCs**). تمنح **SCCs** الرعاية الصحية الشاملة والمنسقة للعملاء الذين لديهم شروط مؤهلة محددة. إذا كانت الخدمة غير متوفرة في الامتيازات المغطاة للخطة الصحية، فإن **GHPP** تحيز تقييمات **SCC** السنوية للبالغين المسجلين في **Medi-Cal** مع الحالة الطبية المؤهلة لـ **GHPP**.

للتقدم بطلب للحصول على **GHPP**، أكمل الطلب. أرسله بالفاكس إلى **1-800-440-5318** لمعرفة المزيد، اتصل برقم **1-916-552-9105** أو انتقل إلى <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

# تحديث وتجديد Medi-Cal الخاص بي



شخصيًا أو عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني أو الفاكس. ستنتهي تغطية خطة الرعاية المدارة الخاصة بك في مقاطعتك القديمة في اليوم الأخير من الشهر. سوف تحتاج إلى التسجيل في خطة الرعاية المدارة في مقاطعتك الجديدة.

عندما تغادر المقاطعة مؤقتًا، لن يتم نقل Medi-Cal الخاص بك. ويشمل ذلك الابن الذي يذهب إلى الكلية أو عندما تعتني بقریب مريض. اتصل بمكتب المقاطعة المحلي الخاص بك للإبلاغ عن التغيير المؤقت للعنوان الخاص بأحد أفراد الأسرة إلى المقاطعة الجديدة. سوف يحدث مكتب المقاطعة المحلي العنوان حتى يتمكن أفراد الأسرة من التسجيل في خطة صحية في المقاطعة الجديدة.

## كيف يمكنني تجديد تغطية Medi-Cal الخاصة بي؟

للحفاظ على امتيازات Medi-Cal، يجب عليك تجديد الخدمة مرة واحدة على الأقل كل عام. إذا لم تتمكن مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك من تجديد تغطية Medi-Cal الخاصة بك باستخدام المصادر الإلكترونية، فسوف يرسل لك استمارة التجديد. ستحتاج إلى تقديم معلومات جديدة أو متغيرة. سوف تحتاج أيضًا إلى إعطاء أحدث المعلومات الخاصة بك. يمكنك إعادة معلوماتك عبر الإنترنت أو شخصيًا أو عن طريق الهاتف أو غيرها من الوسائل الإلكترونية إذا كانت متوفرة في مقاطعتك. في حالة إرسال استمارة التجديد أو إرسالها شخصيًا، يجب توقيعها.

إذا لم تقدم المعلومات المطلوبة في الموعد المحدد، فسوف تنتهي امتيازات Medi-Cal الخاصة بك. سيرسل لك مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك إخطارًا بالإجراء في البريد. لديك 90 يومًا لتزويد مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك بكافة المعلومات المفقودة دون الحاجة إلى إعادة تقديم الطلب. إذا قدمت المعلومات المفقودة في غضون 90 يومًا وما زلت مؤهلاً للحصول على Medi-Cal، فسوف يقوم مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك بإعادة خدمة Medi-Cal بدون وجود ثغرات في التغطية.

يجب عليك الإبلاغ عن أي تغييرات منزلية في غضون 10 أيام إلى مكتب المقاطعة المحلية الخاص بك. يمكنك الإبلاغ عن التغييرات شخصيًا أو عبر الإنترنت أو عن طريق الهاتف أو البريد الإلكتروني أو الفاكس. يمكن أن تؤثر التغييرات على أهلية Medi-Cal الخاصة بك.

يجب عليك الإبلاغ إذا كنت:

- متزوجا أو مطلقا
- لديك طفل أو متبني طفل أو تعرض طفل للتبني
- لديك تغيير في الدخل أو الممتلكات (إن وجدت)
- الحصول على أي تغطية صحية أخرى بما في ذلك من خلال وظيفة أو برنامج مثل Medicare
- انتقلت أو لديك تغيير في من يعيش في منزلك
- لديك تغيير في حالة الإعاقة
- لديك تغيير في حالة الإيداع الضريبي، بما في ذلك التغيير في المعالين ضريبيًا
- لديك تغيير في الجنسية أو وضع الهجرة
- السجن (الحجز، السجن، إلخ) أو الإفراج من السجن
- لديك تغيير في وضع الهنود الأمريكيين أو الأسكا الأصليين أو تغيير وضعك القبلي
- تغيير اسمك أو تاريخ ميلادك أو SSN
- لديك أي تغييرات أخرى قد تؤثر على دخلك أو حجم الأسرة

## ماذا لو انتقلت إلى مقاطعة أخرى في ولاية California؟

ذا انتقلت إلى مقاطعة أخرى في California، فيمكنك نقل ملف Medi-Cal الخاص بك إلى المقاطعة الجديدة. وهذا ما يسمى بالنقل بين المقاطعات (Inter-County Transfer-ICT). يجب عليك الإبلاغ عن تغيير عنوانك إلى أي مقاطعة خلال 10 أيام من التغيير. يمكنك الإبلاغ عن تغيير عنوانك عبر الإنترنت أو



# الحقوق والمسؤوليات

عادلة بالولاية. يجب عليك طلب جلسات استماع عادلة بالولاية في غضون 90 يومًا من تاريخ إعلان نية الإجراء.

لديك أيضًا الحق في طلب جلسات استماع عادلة بالولاية إذا كنت لا توافق على ما يحدث مع تطبيق Medi-Cal أو أهليتك. يمكن حدوث هذا في حالة:

- عدم رضاك عن إجراء المقاطعة أو الولاية بشأن تقديم طلب Medi-Cal الخاص بك
- لا تمنحك المقاطعة قرارًا بشأن طلب Medi-Cal الخاص بك في غضون 45 أو 90 يومًا
- التأهل الخاص بك للتسجيل بالـ Medi-Cal أو تغييرات حصة التكلفة (Share of Cost)

## قرارات الأهلية

إذا حصلت على خطاب إعلان نية الإجراء الذي يخبرك عن قرار أهليتك الذي لا توافق عليه، يمكنك التحدث إلى أحد موظفي شؤون الأهلية في المقاطعة و / أو طلب جلسة استماع عادلة بالولاية. إذا لم تستطع حل خلافك من خلال المقاطعة، يجب عليك طلب جلسة استماع عادلة بالولاية في غضون 90 يومًا من تاريخ إعلان نية الإجراء. يمكنك طلب جلسة استماع عادلة بالولاية عن طريق الاتصال بمكتب المقاطعة المحلي الخاص بك. يمكنك أيضًا الاتصال أو الكتابة إلى:

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)

عندما تقدم طلبًا للحصول على Medi-Cal، ستحصل على قائمة بحقوقك ومسؤولياتك. وهذا يشمل شرط الإبلاغ عن التغييرات في العنوان أو الدخل، أو إذا كان هناك حامل أو ستضع مولودًا. يمكنك الاتصال بمكتب المقاطعة المحلي الخاص بك أو العثور على أحدث قائمة بحقوقك ومسؤولياتك عبر الإنترنت على:

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

## حقوق الاستئناف

### الطعن خدمات الرعاية الصحية وامتيازاتها

لديك الحق في طلب الاستئناف إذا كنت لا توافق على الحرمان من خدمة الرعاية الصحية أو الامتيازات.

إذا كنت مسجلاً بخطة Medi-Cal Managed Care، وحصلت على خطاب إعلان نية الإجراء تخبرك بأن خدمة الرعاية الصحية أو الامتيازات مرفوضة، يحق لك طلب استئناف.

يجب عليك تقديم استئناف عن طريق خطتك في غضون 60 يومًا من تاريخ إعلان نية الإجراء. بعد تقديم الطعن، سترسل إليك الخطة قرارًا خلال 30 يومًا. إذا لم تحصل على قرار في غضون 30 يومًا أو إذا لم تكن راضيًا عن قرار الخطة، فيمكنك حينها طلب جلسة استماع عادلة بالولاية. سيراجع القاضي حالتك. يجب عليك أولاً تقديم استئناف بشأن خطتك قبل أن تتمكن من طلب جلسة استماع عادلة بالولاية. يجب عليك طلب جلسة استماع عادلة بالولاية في غضون 120 يومًا من تاريخ قرار الاستئناف الخطي للخطة.

إذا أنت مسجل بالرسوم مقابل الخدمة التابع لـ Medi-Cal وحصلت على خطاب إعلان نية الإجراء تخبرك بأن الخدمة الصحية أو الامتيازات قد تم رفضها، فيحق لك طلب جلسة استماع

يمكنك أيضًا تقديم طلب جلسة استماع عبر الإنترنت على:

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

## مسؤولية الطرف الثالث

إذا كنت تعاني من إصابة، فيمكنك استخدام Medi-Cal للحصول على الخدمات الطبية. إذا قمت بتقديم مطالبة تأمين أو رفع دعوى قضائية ضد شخص ما بسبب الأضرار نتيجة إصابتك، يجب عليك إخطار برنامج الإصابات الشخصية (-Personal Injury PI) التابع لـ Medi-Cal في غضون 30 يومًا من تقديم المطالبة أو الإجراء. يجب أن تخبر مكتب المقاطعة المحلي الخاص بك وبرنامج PI.

لإخطار برنامج PI التابع لـ Medi-Cal، يرجى إكمال "استمارة الإبلاغ عن إصابة شخصية (حالة جديدة)". يمكنك العثور عليها عبر الموقع أدناه. إذا لم يكن لديك اتصال بالإنترنت، فيرجى أن تطلب من محاميك أو ممثل شركة التأمين إخطار برنامج PI التابع لـ Medi-Cal نيابة عنك. يمكنك العثور على نماذج الإشعارات والتحديث على: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

إذا كنت تتعاقد مع محام ليمثلك في مطالبتك أو قضيتك، فإن محاميك مسؤول عن إخطار برنامج PI التابع لـ Medi-Cal وإعطاء خطاب التفويض. يسمح هذا التفويض لموظفي Medi-Cal بالاتصال بمحاميك ومناقشة قضية الإصابة الشخصية. لا يوفر Medi-Cal التمثيل أو إحالات المحامي. يمكن للموظفين تقديم المعلومات التي يمكن أن تساعد المحامي خلال هذه العملية.

## استرداد من التركة

يجب أن يطلب برنامج Medi-Cal السداد من ممتلكات بعض أعضاء Medi-Cal الذين توفوا. يقتصر السداد على المبالغ المدفوعة، بما في ذلك أقساط الرعاية المدارة وخدمات مرافق التمريض والخدمات المنزلية والمجتمعية، وما يتصل بها من خدمات الأدوية والعقاقير وخدمات المستشفى في حالة أن المستفيد:

- كان في وحدة العلاج الداخلي في مرفق التمريض، أو
- تلقى الخدمات المنزلية والمجتمعية في يوم عيد ميلادهما الـ 55th أو بعده

إذا لم يترك العضو المتوفى عقارًا خاضعًا للوصايا أو لا يملك شيئًا عند وفاته، فلن يكون هناك شيء مستحق.

لمعرفة المزيد، انتقل إلى

<http://dhcs.ca.gov/er>

أو اتصل برقم 1-916-650-0590

إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز غير القانوني على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل القومي أو تحديد المجموعة العرقية أو السن أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو نوع الجنس أو هوية النوع أو التوجه الجنسي، يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية (Office of Civil Rights) التابع لـ DHCS.

يمكنك أن تتعلم تقديم شكوى بشأن التمييز في "الإشعار المطلوب فيدراليا لإخطار الأفراد حول عدم التمييز ومتطلبات حق الوصول" في صفحة 21.

## حول جلسات الاستماع العادلة بالولاية

ستخبرك الولاية بأنها حصلت على طلب الاستماع الخاص بك. ستحصل على إشعار بموعد الجلسة وتاريخها ومكانها. سيراجع ممثل الاستماع حالتك وسيحاول حل مشكلتك. إذا قدمت المقاطعة / الولاية اتفاقًا لحل مشكلتك، فستحصل على موافقة كتابية.

يمكنك إعطاء إذن كتابي لصديق أو أحد أفراد الأسرة أو محام لمساعدتك في الجلسة. إذا لم تتمكن من حل مشكلتك بالكامل مع المقاطعة أو الولاية، فيجب أن تحضر أنت أو ممثلك جلسة الاستماع العادلة. يمكن أن تكون جلسة الاستماع بصفة شخصية أو عن طريق الهاتف. سوف يسمع القاضي الذي لا يعمل لصالح المقاطعة أو برنامج Medi-Cal قضيتك.

لديك الحق في المساعدة باللغة المجانية. أدرج لغتك في طلب جلسة الاستماع الخاصة بك. أو أخبر ممثل جلسة الاستماع بأنك تود الحصول على مترجم مجاني. لا يمكنك استخدام الأسرة أو الأصدقاء للترجمة لك في جلسة الاستماع.

إذا كان لديك إعاقة وتحتاج إلى تسهيلات معقولة للمشاركة بشكل كامل في عملية جلسة الاستماع، يمكنك الاتصال برقم

1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349)

يمكنك أيضًا إرسال بريد إلكتروني إلى

[SHDCSU@DSS.ca.gov](mailto:SHDCSU@DSS.ca.gov)

للحصول على مساعدة بشأن جلسة الاستماع، يمكنك طلب إحالة للمساعدة القانونية. يمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية في مكتب المساعدة القانونية المحلي أو مكتب الرعاية الاجتماعية.

## تجاه عمليات الاحتيال المتعلقة بـ Medi-Cal

### مسؤوليات المستفيد

يجب أن يقدم المستفيد دائماً دليلاً على تغطية Medi-Cal لمقدمي الرعاية قبل الحصول على الخدمات. إذا كنت تتلقى العلاج من أكثر من طبيب أو طبيب أسنان، يجب أن تخبر كل طبيب أو طبيب أسنان عن الطبيب الآخر أو طبيب الأسنان الآخر الذي يقدم لك الرعاية.

تقع على عاتقك مسؤولية عدم إساءة استخدام امتيازات Medi-Cal الخاصة بك أو استخدامها بشكل غير صحيح. ما يلي يعد جريمة:

• السماح للآخرين باستخدام امتيازات Medi-Cal

• الحصول على العقاقير عن طريق بيانات مزورة تقدم إلى مقدم الرعاية

• بيع أو إعاره بطاقة تعريف الامتيازات (BIC) الخاصة بك إلى أي شخص أو إعطاء BIC الخاصة بك إلى أي شخص بخلاف مقدمي الخدمة خاصتك كما هو مطلوب بموجب إرشادات Medi-Cal

إساءة استخدام BIC / امتيازات Medi-Cal يعد جريمة. ويمكن أن يؤدي إلى إجراءات سلبية لقضيتك أو المقاضاة الجنائية. إذا كنت تشك في عملية احتيال تتعلق بـ Medi-Cal أو إهدار أو إساءة، قم بعمل تقرير سري عن طريق الاتصال برقم **1-800-822-6222**.

## الإشعار المطلوب فيدراليا لإخطار الأفراد حول عدم التمييز ومتطلبات حق الوصول

تتوافق DHCS مع قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وقوانين الولايات المعمول بها. لا تمارس DHCS التمييز بشكل غير قانوني على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل القومي أو المجموعة العرقية أو السن أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو نوع الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي. لا تستبعد DHCS الناس بشكل غير قانوني أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل القومي أو المجموعة العرقية أو السن أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو نوع الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي. DHCS :

• توفر مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص من ذوي

الاحتياجات الخاصة للتواصل بفعالية مع DHCS، مثل:

- مترجمين مؤهلين بلغة الإشارة
- معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى مثل المطبوعات الكبيرة والصوتية والتنسيقات الإلكترونية التي يمكن الوصول إليها وغيرها من التنسيقات
- توفر خدمات اللغة مجاناً للأشخاص الذين ليست لغتهم الأساسية اللغة الإنجليزية، مثل:
- المترجمين المؤهلين
- معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بمكتب

الحقوق المدنية، على رقم **1-916-440-7370**

(Ext. 711, California State Relay) أو أرسل رسالة بريد إلكتروني إلى [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

إذا كنت ترى أن DHCS لم تنجح في تقديم هذه الخدمات أو قد تعرضت للتمييز بطريقة أخرى على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل القومي أو المجموعة العرقية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو نوع الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي، يمكنك تقديم شكوى إلى:

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)

إذا احتجت إلى مساعدة في تقديم شكوى، يمكن لمكتب الحقوق المدنية مساعدتك. نماذج الشكوى متوفرة على:

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

إذا كنت ترى أنك تعرضت للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس، يمكنك أيضاً تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية لدى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (U.S. Department of Health and Human Services)، مكتب الحقوق المدنية. يمكنك تقديم الطلب إلكترونياً من خلال بوابة شكوى الحقوق المدنية على

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

أو يمكنك تقديم الطلب عبر البريد أو الهاتف على العنوان التالي:

**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**

يمكنك الحصول على استمارة الشكوى عبر:

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

تلمي هذه الوثيقة معايير الوصول قسم 508. كما يمكن إتاحة هذا المنشور بلغات برايل، والمطبوعات الكبيرة، وغيرها من التنسيقات الإلكترونية استجابة لطلب التسهيلات المعقولة المقدم من فرد مؤهل لديه إعاقة. لطلب نسخة من هذا المنشور بتنسيق آخر، اتصل بقسم الأهلية Medi-Cal على رقم **1-916-552-9200** أو أرسل رسالة بريد إلكتروني إلى [MCED@dhcs.ca.gov](mailto:MCED@dhcs.ca.gov).

## المساعدة اللغوية

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

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

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

សម្គាល់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ

## مصادر هامة

عبر الإنترنت

موقع Medi-Cal الرئيسي:  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

احصل على تطبيق الهاتف الذكي  
**myMedi-Cal** لمساعدتك تعلم المزيد  
عن التغطية، العثور على المساعدة المحلية  
والمزيد



أرقام الهواتف

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

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

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

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

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

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



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 ท่านสามารถโทรศัพท์ไปที่เบอร์ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) เพื่อรับความช่วยเหลือในภาษาของท่านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กรุณาโทรศัพท์หาสำนักงานประจำท้องถิ่นของท่านเพื่อสอบถามเกี่ยวกับสิทธิ์ของท่าน (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)

ជាភាសារបស់អ្នក។ ទូរសព្ទនៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកសម្រាប់បញ្ហាទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបានសេវាឬក្នុងករណីមានសំណួរណាមួយ។ (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)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໂທຫາເບີ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອພູມິໃນພາສາຂອງທ່ານ. ໂທຫາຫ້ອງການເຂດໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບຖືງອິດໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ມີຄໍາຖາມອື່ນໆ. (Laotian)

Waac-mbungh: 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.

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

PUB 68 | DHCS تم الإنتاج عن طريق  
Office of Communications



**PUB 68 ARA (0219) | myMedi-Cal**  
Department of Health Care Services  
[dhcs.ca.gov](http://dhcs.ca.gov)