

myMedi-Cal

Ինչպես ստանալ Ձեզ անհրաժեշտ բուժնպասարկումը





Բովանդակություն

4 Առողջության ապահովագրությունը «California»

Medi-Cal և Covered California
«Medi-Cal»-ի պահանջները
«Medi-Cal»-ի ծրագրերի
համեմատությունը

9 Ինչպե՞ս դիմեմ

Դիմելու ձևերը
Դիմումների քննության ժամկետները

11 Ինչպե՞ս օգտվեմ «Medi-Cal»-ի իմ նպաստներից

Բժշկի այցելելը
«Վճարում ծառայության դիմաց»
(Fee-for-Service) «Medi-Cal»
«Ծախսերի բաժնով» (Share of Cost-SOC)
«Medi-Cal»
Medi-Cal Managed Care
Եթե ես առողջության մեկ այլ
ապահովագրություն ունեմ
Օգնություն բուժսպասարկումը
գնահատելու հարցում
«Medicare»-ի և «Medi-Cal»-ի
համատեղումը

19 «Medi-Cal»-ի կողմից վճարվող նպաստները

Ընդհանուր բժշկական
ծառայությունները
Հոգեմետ նյութերից կախվածության
ծրագիրը (Substance Use Disorder
Program)
Ատամնաբուժական ծառայությունները
Վաղ և պարբերական ստուգումներ,
ախտորոշում և բուժում (Early and Periodic
Screening, Diagnostic and Treatment
(EPSDT))
Փոխադրման ծառայությունները
Հոգեկան առողջության
մասնագիտացված ծառայությունները

24 Այլ առողջապահական ծրագրերը և ծառայությունները

Հետին թվով «Medi-Cal»
(Retroactive Medi-Cal)

30 Ինչպես տեղեկացնեմ փոփոխությունների մասին և երկարաձգեմ իմ «Medi-Cal»-ը

Ինչպես հայտնել տանը կատարված այլ
փոփոխությունների մասին
Շրջանից կամ նահանգից
տեղափոխվելը
Ինչպես երկարաձգեմ իմ «Medi-Cal»-ը

32 Իրավունքները և պարտականությունները

Բողոքարկման և դատալսման իրավունքները
Նահանգային անկողմնակալ դատալսումը
Երրորդ կողմի պատասխանատվությունը (Third Party Liability)
Գույքով փոխհատուցումը (Estate Recovery)
«Medi-Cal»-ի հետ կապված խարդախությունները
Խտրականության բացառման և հասանելիության ապահովման պահանջները

Դուք գիտեի՞ք

Հնարավոր է, որ նույն ընտանիքի անդամներն ընդգրկված լինեն և՛ «Medi-Cal»-ում, և՛ «Covered California»-ում: Պատճառն այն է, որ «Medi-Cal»-ի իրավունակության կանոնները տարբեր են երեխաների և չափահասների համար:

Օրինակ՝ երկու ծնողից և մեկ երեխայից բաղկացած ընտանիքի ապահովագրությունը կարող է հետևյալ տեսքն ունենալ.



Ծնողները կարող են «Covered California»-ի որևէ առողջապահական ծրագրի անդամ լինել և հարկային վարկ ու ծախսերի բաժին ստանալ՝ իրենց ծախսերը կրճատելու համար:



Երեխան կարող է անվճար կամ մատչելի գնով «Medi-Cal» ստանալ:

DHCS-ը սոցիալական ցանցերում



@DHCS_CA



DHCS.CA



California Department of Health Care Services



DHCS_CA

Առողջության ապահովագրությունը «California» ում



«Իմ «Medi-Cal»-ը. ինչպես ստանալ Ձեզ անհրաժեշտ բուժսպասարկումը» բաժինը «California»-ի բնակիչները բացատրում է, թե ինչպես դիմել «Medi-Cal»-ի անվճար կամ մատչելի գնով ապահովագրության համար: Դուք կիմանաք, թե ինչ պետք է անեք՝ ծրագրի պահանջները բավարարելու համար: Այս ուղեցույցը բացատրում է նաև, թե ինչպես օգտվել «Medi-Cal»-ի Ձեր նպաստներից: Դրանում ասվում է, թե երբ է հարկավոր հայտնել փոփոխությունների մասին: Հարկավոր է պահել այս ուղեցույցը և օգտվել դրանից, երբ հարցեր ունենաք «Medi-Cal»-ի վերաբերյալ:

«California»- ում առողջության ապահովագրություն ստանալու երկու եղանակ կա: Դրանք են «Medi-Cal»-ը և «Covered California»-ն: Երկու ծրագրերն էլ դիմելու նույն ընթացակարգն են օգտագործում:

Ի՞նչ է «Medi-Cal»-ը

«Medi-Cal»-ը դաշնային «Medicaid» ծրագրն է «California» ի տարբերակով: «Medi-Cal»-ն առողջության անվճար և մատչելի գնով ապահովագրություն է տրամադրում «California» ում բնակվող այն անձանց, որոնք բավարարում են ծրագրի պահանջները:

«Department of Health Care Services»-ը (DHCS) վերահսկում է «Medi-Cal» ծրագիրը:

Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակը DHCS-ի փոխարեն կառավարում է «Medi-Cal»-ի գործերի մեծ մասը: Դուք կարող եք առցանց կապ հաստատել Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակի հետ՝ այցելելով www.benefitscal.com: Կարող եք նաև զանգահարել Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակ:

Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակի հեռախոսահամարը կարող եք գտնել՝ այցելելով՝
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

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

Շրջանների տեղական գրասենյակները մի շարք տվյալների օգնությամբ որոշում են, թե Դուք ինչ տիպի օգնություն կարող եք ստանալ «Medi-Cal»-ից: Այդ տվյալների թվում են՝

- որքան գումար եք Դուք վաստակում.
- Ձեր տարիքը.
- Ձեր դիմումի մեջ նշված երեխաների տարիքը.
- արդյոք Դուք հղի եք, կույր կամ հաշմանդամ.
- արդյոք Դուք ստանում եք «Medicare»:

«Medi-Cal»-ի համար դիմողների մեծ մասը կարող են իրենց եկամտի հիման վրա ինքնուրույն պարզել, թե արդյոք բավարարում են ծրագրի պահանջները: «Medi-Cal»-ի որոշ տեսակների համար անհրաժեշտ է նաև տեղեկություն տրամադրել դրամական միջոցների և գույքի մասին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս «Medi-Cal»-ի ծրագրերի համեմատությունը՝ 7-րդ էջում:

Ի՞նչ է «Covered California»-ն

«Covered California»-ն նահանգի առողջության ապահովագրության շուկան է: Դուք կարող եք համեմատել հայտնի ապահովագրական ընկերությունների կողմից տրամադրվող առողջապահական ծրագրերը կամ ծրագիր գնել: Եթե Ձեր եկամուտը բարձր է «Medi-Cal»-ի համար, ապա հնարավոր է, որ Դուք կարողանաք «Covered California»-ի միջոցով առողջության ապահովագրություն գնել:

«Covered California»-ն «ապահովագնի վճարման հարցում օգնություն» (premium assistance) է առաջարկում: Այն օգնում է կրճատել «Covered California»-ի որևէ առողջապահական ծրագրի անդամագրված այն անձանց բուժսպասարկման ծախսերը, որոնք համապատասխանում են եկամտի մասին ծրագրի սահմանած կանոններին: Ապահովագնի վճարման հարցում օգնություն ստանալու համար Ձեր եկամուտը «Covered California» ծրագրի եկամտի սահմանաչափից ցածր պետք է լինի:

«Covered California»-ն չորս մակարդակի ապահովագրություն է տրամադրում՝ Բրոնզե, Արծաթե, Ոսկե և Պլատինե: Անկախ այն բանից, թե որ ապահովագրական ընկերությունը Դուք կընտրեք, յուրաքանչյուր մակարդակում նույն նպաստներն են տրամադրվում: Ձեր եկամտի և այլ տվյալների հիման վրա կորոշվի, թե Դուք որ

ծրագրի պահանջներն եք բավարարում:

«Covered California»-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.coveredca.com կամ զանգահարեք **1-800-996-1009 (TTY 1-888-889-4500)**:

Որո՞նք են «Medi-Cal» ստանալու պահանջները

«Medi-Cal»-ի իրավունակություն ունենալու համար Դուք պետք է ապրեք «California» նահանգում և համապատասխանեք որոշակի կանոնների: Դուք պետք է եկամտի և հարկերը վճարելու վերաբերյալ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր հարկագրում նշված՝ Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամների համար: Հնարավոր է նաև, որ անհրաժեշտ լինի տեղեկություններ տրամադրել Ձեր գույքի մասին:

«Medi-Cal»-ի իրավունակություն ունենալու համար Դուք պարտավոր չեք հարկագիր ներկայացնել: Հարկագիր ներկայացնելու մասին հարցերով դիմեք Ներքին եկամուտների ծառայություն (Internal Revenue Service-IRS) կամ հարկերի գծով որևէ մասնագետի:

«Medi-Cal»-ի համար դիմող բոլոր անձինք պետք է տրամադրեն իրենց Սոցիալական ապահովության համարը (Social Security Number-SSN), եթե ունեն: «Medi-Cal»-ի համար դիմող ցանկացած անձ պետք է տեղեկություն տրամադրի իր ներգաղթային կարգավիճակի մասին: Ներգաղթային կարգավիճակի մասին՝ որպես «Medi-Cal»-ի դիմումի մաս, տրամադրվող տեղեկությունը գաղտնի է պահվում: ԱՄՆ Քաղաքացիության և ներգաղթի ծառայությունը (United States Citizenship and Immigration Services) չի կարող օգտագործել այն ներգաղթի մասին օրենքները կիրարկելու նպատակով, եթե Դուք որևէ խարդախություն չեք կատարում:

19 տարեկան կամ ավելի մեծ տարիքի չափահասները կարող են «Medi-Cal»-ի

սահմանափակ նպաստներ ստանալ անգամ այն դեպքում, եթե Սոցիալական ապահովության համար (SSN) չունեն կամ չեն կարող հաստատել իրենց ներգաղթային կարգավիճակը: Այդ նպաստները ներառում են շտապ բուժօգնության, հղիության հետ կապված և երկարատև խնամքի (long-term care) ծառայությունները:

Եթե նույնիսկ Դուք չեք բավարարում լիարժեք ապահովագրություն ստանալու պահանջները, Դուք կարող եք դիմել, որ Ձեր երեխան «Medi-Cal» ստանա:

«California»-ում ներգաղթային կարգավիճակը չի ազդում մինչև 19 տարեկան երեխաների «Medi-Cal»-ի նպաստների վրա: Անկախ իրենց ներգաղթային կարգավիճակից՝ երեխաները կարող են «Medi-Cal»-ի ամբողջական նպաստներ ստանալ:

«Medi-Cal» ծրագրի կանոնների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք «Medi-Cal»-ի ծրագրերի համեմատությունը՝ հաջորդ էջում:

Դուք գիտեի՞ք



Եթե Դուք բավարարեք «Supplemental Security Income» (SSI) ստանալու պահանջները, ապա ինքնաբերաբար իրավունակ եք դառնում SSI-linked «Medi-Cal»-ի համար:



Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակը կարող է օգնել Ձեզ SSI «Medi-Cal»-ի հետ կապված որոշ խնդիրների հարցում: Նրանք կասեն Ձեզ, թե արդյոք Ձեր խնդիրը լուծելու համար Ձեզ անհրաժեշտ է դիմել Սոցիալական ապահովության (Social Security) գրասենյակ:

«Medi-Cal»-ի ծրագրերի համեմատությունը

MAGI

ընդդեմ

Non-MAGI

Փոփոխված ճշգրտված համախառն եկամուտ (Modified Adjusted Gross Income-MAGI) «Medi-Cal» եղանակը դաշնային հարկերի վերաբերյալ գործող կանոնների օգնությամբ որոշում է, թե արդյոք Դուք բավարարում եք ծրագրի պահանջները՝ ելնելով այն բանից, թե ինչպես եք Դուք վճարում Ձեր հարկերը և Ձեր հաշվելի եկամուտը:

Non-MAGI «Medi-Cal»-ը բազմաթիվ հատուկ ծրագրեր է պարունակում: Այն անձինք, որոնք չեն բավարարում MAGI «Medi-Cal»-ի պահանջները, կարող են իրավունակ լինել Non-MAGI «Medi-Cal»-ի համար:

Ով է իրավունակ



- մինչև 19 տարեկան երեխաները
- անչափահաս երեխաների ծնողները և խնամողները
- 19-ից մինչև 64 տարեկան չափահասները
- հղի անձը



- 65 տարեկան կամ ավելի տարեց չափահասները
- մինչև 21 տարեկան երեխաները
- հղի կանայք
- իրավունակ տարիքի երեխայի ծնողը/խնամողը
- երկարատև խնամքի հաստատությունում գտնվող չափահասները կամ երեխաները
- «Medicare» ստացող անձինք
- կույր կամ հաշմանդամ անձինք

Սեփականության մասին գործող օրենքները



Սեփականության որևէ սահմանափակում չկա:

- Պետք է հայտնի սեփականության, օրինակ՝ ավտոմեքենաների, բանկային հաշիվների կամ վարձով տրվող տների մասին, և ապացույցներ ներկայացնի:
- Սահմանափակումներ են գործում ընտանիքի սեփականության նկատմամբ:

Ինչպես MAGI-ի, այնպես էլ Non-MAGI-ի դեպքում՝

- Շրջանի տեղական գրասենյակը կստուգի Ձեր դիմումի մեջ նշված տեղեկությունները: Հնարավոր է, որ Ձեզանից լրացուցիչ ապացույցներ պահանջեն:
- Դուք պետք է ապրեք «California» ում:
- ԱՄՆ քաղաքացիները և երկրում օրինավոր կերպով գտնվող դիմորդները պետք է սոցիալական ապահովության համար (SSN) տրամադրեն:
- Դուք պետք է դիմեք բոլոր այն նպաստների համար, որոնց իրավունքը կարող եք ունենալ, օրինակ՝ գործազրկության նպաստների (unemployment benefits) և անաշխատունակության նահանգային ապահովագրության (State Disability Insurance):
- Դուք պետք է կատարեք բժշկական ապրուստադրամի կիրառման* պահանջները, որը՝
 - կհաստատի ամուսնությունից դուրս ծնված երեխայի կամ երեխաների հայրությունը:
 - բժշկական ապրուստադրամ կգանձի բացակա ծնող ունեցող երեխայի կամ երեխաների համար:

**Եթե կարծում եք, որ այս կանոնին չհետևելու հարգելի պատճառ ունեք, զանգահարեք Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակ:*



Ինչպե՞ս դիմեն

Դուք տարվա ընթացքում ցանկացած ժամանակ կարող եք դիմել «Medi-Cal»-ի համար՝ փոստով, հեռախոսով, ֆաքսով կամ էլեկտրոնային փոստով: Կարող եք նաև դիմել առցանց կամ անձամբ այցելելով գրասենյակ:

«Covered California»-ի ապահովագրության համար Դուք կարող եք միայն տարվա որոշակի օրերի դիմել: Իմանալու համար, թե երբ կարող եք դիմել, այցելեք www.coveredca.com կամ զանգահարեք **1-800-996-1009 (TTY 1-888-889-4500)**:

Դիմեք փոստով

Դուք կարող եք դիմել «Medi-Cal»-ի և «Covered California»-ի համար մի Միասնական պարզեցված դիմումի ձևի (Single Streamlined Application) օգնությամբ: Դուք կարող եք այդ դիմումի ձևը ստանալ անգլերենով կամ այլ լեզուներով՝ հետևյալ հասցեից. <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>: Լրացված դիմումն ուղարկեք Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակ:

Գտեք Ձեր շրջանային գրասենյակի հասցեն՝ այցելելով՝ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

Կարող եք Ձեր դիմումներն ուղարկել նաև՝
Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Դիմեք հեռախոսով, ֆաքսով կամ էլեկտրոնային փոստով

Զանգահարեք Ձեր շրջանի գրասենյակ: Հեռախոսահամարները կարող եք գտնել համացանցում՝ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> հասցեով, կամ կարող եք զանգահարել «Covered California»՝ **1-800-996-1009** համարով:

Դիմեք առցանց՝ այցելելով՝

www.benefitscal.com

ԿԱՄ

www.coveredca.com

Անձամբ այցելելով

Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակը կարող

Դուք գիտեի՞ք



«Medi-Cal»-ը կրծքով կերակրման դասընթացներ է տրամադրում՝ որպես Մայրության և նորածնի խնամքի բաղկացուցիչ մաս:



Յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ Դուք կարող եք աչքի ընթացիկ քննություն անցնել:



Առաջարկությունների մասին ավելին իմանալու համար այցելեք՝ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

եք գտել այստեղ.

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>: Կարող եք օգնություն ստանալ դիմելու հարցում:

Կարող եք նաև a «Covered California»-ի հավաստագրված անդամագրման խորհրդատու (Certified Enrollment Counselor) կամ ապահովագրման գործակալ (Insurance Agent) գտնել՝ այցելելով www.CoveredCA.com/get-help/local/ :

Որքա՞ն կտևի իմ դիմումի քննությունը

«Medi-Cal»-ի Ձեր դիմումի քննությունը կարող է մինչև 45 օր տևել: Եթե Դուք անաշխատունակության հիմնավորմամբ եք դիմում «Medi-Cal»-ի համար, ապա այն կարող է մինչև 90 օր տևել: Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակը կամ «Covered California»-ն Ձեզ նամակ կուղարկի Ձեր իրավունակության հարցում ընդունված որոշման մասին: Այդ նամակը կոչվում է «Ծանուցում որոշման մասին» (Notice of Action): Եթե Դուք վերը նշված 45 կամ 90 օրերի ընթացքում նամակ չստանաք, կարող եք «նահանգային անկողմնակալ դատալսում» (State Fair Hearing) պահանջել: Կարող եք դատալսում պահանջել նաև այն դեպքում, եթե համաձայն չլինեք ընդունված որոշմանը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք «Բողոքարկման և դատալսման իրավունքները» բաժինը՝ 32 էջում:

Ինչպե՞ս օգտվեմ «Medi-Cal»-ի իմ նպաստներից



«Medi-Cal»-ը վճարում է բժշկական առումով անհրաժեշտ բուժապասարկման մեծ մասի համար: Այն ներառում է այցելությունները բժշկին և ատամնաբույժին, դեղատոմսային դեղերը, ակնաբուժական օգնությունը, ընտանիքի պլանավորումը, հոգեկան առողջությունը և բուժապասարկումը թմրադեղերի կամ ոգելից խմիչքների կախվածությունից: «Medi-Cal»-ը վճարում է նաև այդ ծառայությունները ստանալու նպատակով կատարվող փոխադրման ծախսերը: Այդ մասին ավելին կարող եք կարդալ «Covered Benefits» բաժնում՝ 19-րդ էջում:

Անդամության հաստատումը ստանալուց հետո Դուք կարող եք անմիջապես սկսել օգտվել «Medi-Cal»-ի նպաստներից: «Medi-Cal»-ի անդամության հաստատում ստացած նոր նպաստառուները «Medi-Cal»-ի նպաստառուի ինքնության քարտ (Benefits Identification Card-BIC) են ստանում: Ձեր առողջապահական և ատամնաբուժական սպասարկողներին անհրաժեշտ է Ձեր BIC-ը, որպեսզի Ձեզ ծառայություններ մատուցեն և հաշիվ ներկայացնեն «Medi-Cal»-ին: Նոր նպաստառուները և նրանք, ովքեր ցանկանում են փոխարինել իրենց քարտը, «California» կակաչների պատկերով նոր ձևավորմամբ BIC են ստանում: Այստեղ պատկերված երկու ձևավորմամբ BIC-երն էլ վավերական են:



Խնդրում ենք զանգահարել Ձեր շրջանի գրասենյակ, եթե՝

- չեք ստացել Ձեր BIC-ը.
- կորցրել եք Ձեր BIC-ը.
- Ձեր BIC-ը սխալ տվյալներ է պարունակում.
- Ձեր BIC-ը գողացել են:

Այն բանից հետո, երբ Ձեզ ուղարկվի նոր BIC-ը, Դուք այլևս չեք կարող օգտվել հին BIC-ից:

Դուք կարող եք Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակի հեռախոսահամարը գտնել այցելելով՝

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

կամ զանգահարելով՝

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

Ինչպե՞ս բժշկի այցելել

«Medi-Cal»-ում ընդգրկված անձանց մեծամասնությունը բժշկի է այցելում «Medi-Cal Managed Care»-ի որևէ ծրագրի միջոցով: Այդ ծրագրերը նման են այն առողջապահական ծրագրերին, որոնցից մարդիկ օգտվում են մասնավոր ապահովագրությամբ: Հաջորդ էջից սկսած Դուք կարող եք ավելի մանրամասն կարդալ կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրերի մասին:

«Medi-Cal Managed Care»-ի Ձեր ծրագրի նշանակումը կարող է մի քանի շաբաթ տևել: Երբ Դուք առաջին անգամ գրանցվեք «Medi-Cal»-ի համակարգում, կամ եթե Ձեզ մոտ առկա լինեն հատուկ հանգամանքներ, հնարավոր է, որ Ձեզ անհրաժեշտ լինի բժշկին այցելել «Վճարում ծառայության դիմաց» «Medi-Cal»-ի միջոցով:

Ի՞նչ է «Վճարում ծառայության դիմաց» «Medi-Cal»-ը

«Վճարում ծառայության դիմաց»-ը մի եղանակ է, որով «Medi-Cal»-ը վճարում է բժիշկներին և այլ սպասարկողների: Երբ Դուք առաջին անգամ գրանցվեք «Medi-Cal»-ի համակարգում, Դուք Ձեր նպաստները կստանաք «Վճարում ծառայության դիմաց» «Medi-Cal»-ի միջոցով, մինչև անդամագրվեք կառավարվող բուժսպասարկման որևէ առողջապահական ծրագրի:

Նախքան որևէ բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայություն ստանալը հարցրեք սպասարկողին, թե արդյոք նա վճարումներ ընդունում է «Medi-Cal»-ի «Վճարում ծառայության դիմաց» եղանակով: Սպասարկողն իրավունք ունի հրաժարվելու «Medi-Cal»-ի հիվանդներին ընդունել: Եթե Դուք սպասարկողին չասեք, որ «Medi-Cal» ունեք, ապա հնարավոր է, որ ստիպված լինեք անձամբ վճարել Ձեր ստացած բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայության համար:

Ինչպե՞ս է բժշկական և ատամնաբուժական ծառայությունների համար վճարվում «Վճարում ծառայության դիմաց» եղանակով

Ձեր սպասարկողը Ձեր BIC-ի օգնությամբ համոզվում է, որ Դուք «Medi-Cal» ունեք: Ձեր սպասարկողը կիմանա, թե արդյոք «Medi-Cal»-ը կվճարի բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայության համար: Երբեմն բուժման համար Դուք պետք է «համավճարում» կատարեք: Հնարավոր է, որ ամեն անգամ բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայություն կամ դեղատոմսային դեղ ստանալիս Դուք ստիպված լինեք \$1 վճարել: Հնարավոր է, որ Ձեզանից պահանջվի \$5 վճարել հիվանդանոցի շտապ օգնության բաժանմունքից օգտվելու համար, եթե Ձեզ շտապ օգնության ծառայություն անհրաժեշտ չէ: Կառավարվող առողջապահական որևէ ծրագրում ընդգրկված նպաստառուները համավճարումներ չեն կատարում:

Կան որոշ ծառայություններ, որոնք ստանալուց առաջ «Medi-Cal»-ը պետք է արտոնի: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս 14-րդ էջը:

Ինչպե՞ս բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայություններ ստանամ, երբ պետք է «Ծախսերի բաժին» (SOC) վճարեմ

«Medi-Cal»-ի որոշ Non-MAGI ծրագրեր պահանջում են SOC վճարել: «Ծանուցում որոշման մասին» փաստաթղթում, որը Դուք ստանում եք «Medi-Cal»-ի հաստատումից հետո, նշված կլինի, թե արդյոք Դուք պետք է SOC վճարեք: Դրանում նշված կլինի նաև SOC-ի չափը: SOC-ն այն գումարն է, որը Դուք պետք է վճարեք կամ հանձն առնեք վճարել սպասարկողին Ձեր ստացած առողջապահական կամ ատամնաբուժական ծառայությունների համար, նախքան «Medi-Cal»-ը կսկսի վճարել:

SOC-ի գումարն ամեն ամիս վերահաշվարկվում է: Դուք պետք է Ձեր SOC վճարեք միայն այն ամիսներին, երբ առողջապահական և/կամ ատամնաբուժական ծառայություններ եք ստանում: SOC-ի գումարը ստանում է առողջապահական կամ ատամնաբուժական սպասարկողը: «Medi-Cal»-ը կամ Նահանգն այն չեն ստանում: Սպասարկողները կարող են Ձեզ թույլ տալ ծառայությունների համար վճարել ավելի ուշ, ոչ թե ամբողջ գումարը միանգամից: Որոշ շրջաններում, եթե Դուք SOC ունեք, ապա չեք կարող ընդգրկվել կառավարվող բուժսպասարկման համակարգում:

Եթե Դուք վճարում եք այնպիսի մեկից ստացած առողջապահական ծառայությունների համար, որը «Medi-Cal» չի ընդունում, ապա կարող եք այդ վճարումն ավելացնել Ձեր SOC-ին: Դուք պետք է այդ առողջապահական ծախսերի անդորրագրերը ներկայացնեք Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակ: Նրանք այդ

գումարները կավելացնեն Ձեր SOC-ին:

Հնարավոր է, որ Դուք կարողանաք կրճատել որևէ ապագա ամսվա SOC-ը, եթե բժշկական ծառայությունների համար չվճարված հաշիվներ ունեք: Ձեր տեղական գրասենյակում հարցրեք, թե արդյոք այդ հաշիվները կարող են նման կերպ օգտագործվել:

Ի՞նչ է «Medi-Cal Managed Care»-ը

«Medi-Cal Managed Care»-ը կազմակերպված համակարգ է, որի նպատակն է ապահովել Ձեր բարձրակարգ բուժսպասարկումը և պահպանել Ձեր առողջությունը:

“ «Medi-Cal Managed Care»-ի առողջապահական ծրագրերն օգնում են Ձեզ բժիշկներ, դեղատներ և առողջապահական իրազեկման ծրագրեր գտնել: ”

Մարդկանց մեծ մասը պարտավոր է ընդգրկվել կառավարվող առողջապահական համակարգում, բացառությամբ այն անձանց, որոնք համապատասխանում են որոշակի չափանիշների կամ բավարարում դրանից ազատման պահանջները: Ձեր առողջապահական ծրագրերը կախված են այն շրջանից որտեղ Դուք բնակվում եք: Եթե Ձեր շրջանում մեկից ավելի առողջապահական ծրագիր է գործում, ապա Դուք պետք է ընտրեք այն ծրագիրը, որը համապատասխանում է Ձեր և Ձեր ընտանիքի կարիքներին:

«Medi-Cal Managed Care»-ի՝ բոլոր շրջաններում գործող ծրագրերը միևնույն ծառայություններն են տրամադրում: Դուք կարող եք ծանոթանալ կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրերի ցուցակին այցելելով <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>: Դուք կարող եք Ձեր ծրագրի հետ աշխատող որևէ բժշկի ընտրել՝ որպես Ձեր նախնական բուժսպասարկման բժիշկ: Կամ Ձեր ծրագիրը կարող է Ձեզ համար նախնական բուժսպասարկման բժիշկ ընտրել: Դուք կարող եք «Medi-Cal»-ի Ձեր ուզած՝ ընտանիքի պլանավորման սպասարկողին ընտրել, այդ թվում՝ Ձեր ծրագրի հետ չաշխատող սպասարկողի: Ավելին իմանալու համար դիմեք Ձեր կառավարվող բուժսպասարկման ծրագրին:

Կառավարվող բուժսպասարկման առողջապահական ծրագրերը տրամադրում են նաև՝

- սպասարկման համակարգում.
- ուղեգրեր մասնագետների մոտ.
- բուժքույրական խորհրդատվության 24-ժամյա ծառայություններ.
- հաճախորդների սպասարկման կենտրոններ:

Կան որոշ ծառայություններ, որոնք ստանալուց առաջ «Medi-Cal»-ը պետք է արտոնի: Սպասարկողը կիմանա, թե երբ է Ձեզ անհրաժեշտ նախնական արտոնություն ստանալ: Բժշկի ծառայությունների և կլինիկա կատարվող այցելությունների մեծ մասը որևէ սահմանափակում չունեն: Դրանց համար նախնական արտոնություն անհրաժեշտ չէ: Ձեր բժշկի հետ խոսեք Ձեր բուժման ծրագրի և ժամադրությունների մասին:

Ինչպե՞ս անդամագրվեմ «Medi-Cal Managed Care»-ի որևէ առողջապահական ծրագրի

Եթե Դուք այնպիսի մի շրջանում եք ապրում, որտեղ մեկից ավելի ծրագիր է գործում, ապա «Medi-Cal»-ի հաստատումը ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում պետք է ծրագիր ընտրեք: Դուք փոստով տեղեկատվական փաթեթ կստանաք: Դրանում նշված կլինեն Ձեր շրջանում գործող առողջապահական ծրագրերը: Բացի այդ, փաթեթում կբացատրվի, թե ինչպես անդամագրվել կառավարվող բուժսպասարկման Ձեր ընտրած ծրագրին: Եթե «Medi-Cal»-ի հաստատումը ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում Դուք ծրագիր չընտրեք, ապա նահանգը Ձեզ համար ծրագիր կընտրի:

Խնդրում ենք սպասել Ձեր առողջապահական ծրագրի տեղեկատվական փաթեթին, որը Դուք կստանաք փոստով:

“**«Եթե Ձեր շրջանում միայն մեկ առողջապահական ծրագիր է գործում, ապա շրջանն այդ ծրագիրն ընտրում է Ձեզ համար:»**”

Եթե Դուք ապրում եք **San Benito County**, ապա այդ շրջանում միայն մեկ ծրագիր է գործում: Դուք կարող եք անդամագրվել այդ առողջապահական ծրագրին: Կամ կարող եք որոշել մնալ «Վճարում ծառայության դիմաց» «Medi-Cal»-ում:

Եթե Ձեր շրջանում մեկից ավելի առողջապահական ծրագիր է գործում, ապա Դուք պետք է ընտրեք այն ծրագիրը, որը համապատասխանում է Ձեր և Ձեր ընտանիքի կարիքներին:

Իմանալու համար, թե Ձեր շրջանում ինչ ծրագրեր են գործում, այցելեք <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>

Ինչպես դուրս գամ «Medi-Cal Managed Care»-ի ծրագրից, դիմեմ պարտադիր անդամագրումից ազատվելու համար կամ փոխեմ իմ ծրագիրը

«Medi-Cal»-ի նպաստառուների մեծ մասը պետք է անդամագրվի «Medi-Cal Managed Care»-ի որևէ ծրագրի: Եթե Դուք **Ձեր** ընտրությամբ եք անդամագրվել առողջապահական ծրագրին, ապա կարող եք ցանկացած ժամանակ դուրս գալ դրանից: Ծրագրից դուրս գալու համար զանգահարեք «Health Care Options» **1-800-430-4263** հեռախոսահամարով:

Երբ Ձեր շրջանում մեկից ավելի ծրագիր է գործում, Դուք կարող եք զանգահարել «Health Care Options», եթե ցանկանում եք փոխել կառավարվող բուժսպասարկման Ձեր առողջապահական ծրագիրը:

Եթե այժմ Դուք բուժում եք ստանում «Վճարում ծառայության դիմաց» «Medi-Cal»-ի որևէ սպասարկողի կողմից, ապա հնարավոր է, որ կարողանաք ժամանակավորապես ազատվել «Medi-Cal Managed Care»-ի որևէ ծրագրի պարտադիր անդամագրումից: «Վճարում ծառայության դիմաց» համակարգի սպասարկողը չի

կարող «Medi-Cal Managed Care»-ի ծրագրի մաս կազմել: Այդ սպասարկողը պետք է Ձեզ որևէ բարդ հիվանդությունից բուժելիս լինի, որը կարող է վատթարանալ, եթե Դուք փոխեք սպասարկողին:

Հարցրեք Ձեր սպասարկողին, թե արդյոք նա «Medi-Cal Managed Care»-ի Ձեր շրջանում գործող որևէ ծրագրի մաս է կազմում: Եթե Ձեր սպասարկողը «Medi-Cal Managed Care»-ի Ձեր շրջանում գործող որևէ ծրագրի անդամ չէ, խնդրեք նրան, որ Ձեզ հետ միասին «Medi-Cal Managed Care»-ի ծրագրերին անդամագրվելու պարտավորությունից Ձեզ ազատելու ձևաթուղթ լրացնի:

Ձեր սպասարկողը պետք է ստորագրի այդ ձևաթուղթը, դրան կցի անհրաժեշտ ապացույցը և փոստով կամ ֆաքսով ուղարկի «Health Care Options»: Նրանք կքննեն այն և կորոշեն, թե արդյոք Դուք բավարարում եք «Medi-Cal Managed Care»-ի ծրագրերին անդամագրվելու պարտավորությունից ժամանակավորապես ազատվելու պահանջները: Ձևաթուղթը և այն լրացնելու ցուցումները կարող եք գտնել <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> հասցեում:

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք **1-800-430-4263**:

Ի՞նչ կլինի, եթե ես առողջության մեկ այլ ապահովագրություն ունեմ

Նույնիսկ այն դեպքում, երբ Դուք առողջության մեկ այլ ապահովագրություն ունեք, օրինակ՝ աշխատանքի վայրից տրամադրվող ապահովագրություն, Դուք կարող եք իրավունակ լինել «Medi-Cal»-ի համար: Եթե Դուք բավարարեք «Medi-Cal»-ի պահանջները, ապա այն կվճարի Ձեր հիմնական ապահովագրության կողմից չվճարվող թույլատրելի ծախսերը: Դաշնային օրենքի համաձայն՝

«Medi-Cal»-ի նպաստառուների ստացած ծառայությունների վճարման համար հաշիվը պետք է ներկայացվի նախ նրանց մասնավոր ապահովագրությանը, որից հետո միայն «Medi-Cal»-ին:

Դաշնային և նահանգի օրենքը «Medi-Cal»-ի նպաստառուներից պահանջում է տեղեկացնել առողջության մասնավոր ապահովագրության առկայության մասին: Առողջության մասնավոր ապահովագրության մասին տեղեկացնելու կամ դրա մասին տեղեկությունը փոխելու համար այցելեք <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> կամ զանգահարեք **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)**: «California» ից դուրս զանգահարեք **1-916-636-1980**:

Դուք պետք է այդ մասին տեղեկացնեք նաև Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակին և Ձեր առողջապահական սպասարկողին: Ձեր ունեցած՝ առողջության մասնավոր ապահովագրության մասին չտեղեկացնելը օրինազանցություն է:

Ես կարող եմ «Medi-Cal»-ի ծառայություններ ստանալ «California» -ում չգտնված ժամանակ

«California» ից դուրս գալիս Ձեզ հետ վերցրեք Ձեր BIC-ը կամ այն բանի ապացույցը, որ Դուք «Medi-Cal»-ի առողջապահական ծրագրի անդամ եք: «Medi-Cal»-ը կարող է օգնել որոշ դեպքերում, օրինակ՝ վթարի, վնասվածքի կամ ծանր հիվանդության հետևանքով առաջացած շտապ օգնության անհրաժեշտության դեպքում: Բացի շտապ օգնության ծառայություններից, մնացած բոլոր դեպքերում կառավարվող սպասարկման Ձեր ծրագիրը պետք է արտոնի նահանգի դուրս տրամադրվող ծառայությունները՝ նախքան դրանց տրամադրումը: Եթե սպասարկողը հրաժարվի «Medicaid»

ընդունել, ապա Դուք ինքներդ պետք է վճարեք «California» ից դուրս Ձեր ստացած բժշկական ծառայությունների համար: Հիշե՛ք. շտապ օգնության ծառայությունը կարող է մեկից ավելի սպասարկողի կողմից տրամադրվել: Օրինակ՝ բժիշկը, որին այցելում եք, կարող է ընդունել «Medicaid», բայց ռենտգենի բաժանմունքը՝ ոչ: Կառավարվող սպասարկման Ձեր ծրագրի հետ համագործակցելով՝ սահմանափակեք Ձեր ծախսերը: Նախ և առաջ սպասարկողը պետք է համոզվի, որ Դուք իրավունակ եք՝ զանգահարելով **1-916-636-1960**:

Եթե Դուք ապրում եք «California» նահանգի սահմանի մոտակայքում և բժշկական ծառայություններ եք ստանում հարևան նահանգում, ապա այդ կանոնների մի մասը չի գործում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք «Medi-Cal Managed Care»-ի Ձեր ծրագրին:

“ «California» ից դուրս բնակության տեղափոխվելու դեպքում Դուք չեք ստանա «Medi-Cal»: Դուք կարող եք դիմել «Medicaid»-ի համար՝ այն նահանգում, որտեղ բնակություն եք հաստատում: ”

Եթե Դուք բնակության եք տեղափոխվում «California» մեկ այլ շրջան, Դուք նաև այդ մասին պետք է տեղյակ պահեք այն շրջանին, որում բնակվում եք կամ այն շրջանին, ուր տեղափոխվում եք: Դա արվում է այն բանի համար, որ Դուք շարունակեք ստանալ «Medi-Cal»-ի Ձեր նպաստները: Դուք պետք է նոր շրջան փոխադրվելուց

հետո 10 օրվա ընթացքում այդ մասին տեղյակ պահեք Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակին:

Ի՞նչ անել, եթե ես չեմ կարողանում ժամադրություն կամ ինձ անհրաժեշտ որևէ այլ տեսակի բուժօգնություն ստանալ

«Medi-Cal Managed Care»-ի օմբուդսմանի գրասենյակն անկողմնակալ կերպով օգնում է կարգավորել խնդիրները: Նրանք հոգ են տանում, որ Դուք ստանաք ապահովագրական ծածկույթի մեջ մտնող Ձեզ անհրաժեշտ բոլոր ծառայությունները:

Օմբուդսմանի գրասենյակը՝

- անկողմնակալ կերպով օգնում է կարգավորել «Medi-Cal Managed Care»-ի ծրագրերի և դրանց անդամների միջև ծագած խնդիրները.
- անկողմնակալ կերպով օգնում է կարգավորել «Medi-Cal»-ի նպաստառուների և շրջանային հոգեկան առողջության ծրագրերի միջև ծագած խնդիրները.
- քննում է անդամների գանգատները կառավարվող սպասարկման ծրագրերի և շրջանային հոգեկան առողջության ծրագրերի վերաբերյալ.
- օգնում է անդամներին շտապ անդամագրվելու կամ ծրագրից դուրս գալու հետ կապված խնդիրների հարցում.
- «Medi-Cal»-ի նպաստառուներին աջակցություն է ցույց տալիս «Medi-Cal»-ի հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունները

ստանալու հարցում.

- տեղեկություններ և ուղեգրեր է տրամադրում.
- «Medi-Cal Managed Care» ծրագիրն առավել արդյունավետ դարձնելու ուղիներ է գտնում.
- անդամներին ցույց է տալիս, թե ինչպես գտնեն իրենց անհրաժեշտ տեղեկությունները «Medi-Cal Managed Care»-ի և մասնագիտացված հոգեկան առողջության համակարգում:

Օմբուդսմանի գրասենյակի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք զանգահարել՝

1-888-452-8609

կամ այցելել՝

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

Ինչպե՞ս է աշխատում «Medi-Cal»-ը, եթե ես նաև «Medicare» ունեմ՝

65 տարեկան կամ ավելի տարեց, ինչպես նաև հաշմանդամություն ունեցող շատ անձինք իրավունք ունեն և՛ «Medi-Cal», և՛ «Medicare» ստանալու: Եթե Դուք երկու ծրագրի համար էլ իրավունակ եք, ապա Դուք Ձեր բժշկական ծառայությունների և դեղատոմսային դեղերի մեծ մասը «Medicare»-ի միջոցով կստանաք: «Medi-Cal»-ը երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն է տրամադրում, օրինակ՝ ծերանոցային խնամք և տնային ու համայնքային ծառայություններ:

“ «Medi-Cal»-ը վճարում է որոշ ծառայությունների համար, որոնց համար «Medicare»-ը չի վճարում: ”

«Medi-Cal»-ը կարող է նաև «Medicare»-ի Ձեր ապահովագիրը վճարել:

Ի՞նչ է «Medicare»-ի ապահովագրի գնման ծրագիրը

«Medicare»-ի ապահովագրի վճարման ծրագիրը (Premium Payment Program), որը կոչում են նաև «Medicare»-ի ապահովագրի գնման ծրագիր (Buy-In), թույլ է տալիս «Medi-Cal»-ին վճարել «Medicare»-ի A մասի (հիվանդանոցային ապահովագրության) և/կամ B մասի (բժշկական ապահովագրության) ապահովագիրը՝ «Medi-Cal»-ի այն անդամների և այլ անձանց համար, որոնք բավարարում են «Medi-Cal»-ի որոշ ծրագրերի պահանջները:

Ի՞նչ է «Medicare»-ի խնայողությունների ծրագիրը (Medicare Savings Program-MSP)

«Medicare»-ի խնայողությունների ծրագիրը կարող է վճարել «Medicare»-ի A մասի և «Medicare»-ի B մասի չապահովագրված մասի վճարումները, համաապահովագրությունը և համավճարումները, եթե Դուք բավարարեք որոշակի պայմաններ: Երբ Դուք դիմեք «Medi-Cal»-ի համար, շրջանը կստուգի, թե արդյոք Դուք բավարարում եք այս ծրագրից օգտվելու պահանջները: Ոմանք, ովքեր չեն

բավարարում «Medi-Cal»-ի ամբողջական նպաստները ստանալու պահանջները, կարող են, այնուամենայնիվ, իրավունակ լինեն MSP ստանալու:

Եթե ես օգտվում եմ «Medicare»-ի սպասարկողի ծառայություններից, ես պե՞տք է վճարեմ «Medicare»-ի համաապահովագրության համար

Ոչ: Եթե Դուք բավարարում եք MSP ստանալու պահանջները, ապա Դուք չպետք է վճարեք համաապահովագրության կամ չապահովագրված մասի համար: Եթե Դուք նման հաշիվ ստանաք «Medicare»-ի Ձեր սպասարկողից, դիմեք «Medi-Cal Managed Care»-ի Ձեր ծրագրին կամ զանգահարեք **1-800-MEDICARE**:

Եթե ես «Medicare» ունեմ, ես պարտավո՞ր եմ օգտվել այնպիսի բժիշկների և այլ սպասարկողների ծառայություններից, որոնք «Medi-Cal» են ընդունում

Ոչ: Դուք կարող եք օգտվել «Medicare»-ի ցանկացած սպասարկողի ծառայություններից, եթե անգամ նա «Medi-Cal» չի ընդունում կամ «Medi-Cal Managed Care»-ի Ձեր ծրագրի մաս չի կազմում: «Medicare»-ի որոշ սպասարկողներ կարող են Ձեզ չընդունել՝ որպես հիվանդի:



«Medi-Cal»-ի կողմից վճարվող նպաստները

«Medi-Cal»-ը նպաստների ամբողջական փաթեթ է առաջարկում, որը կոչվում է «Հիմնական առողջապահական նպաստներ» (Essential Health Benefits): Պարզելու համար, թե արդյոք որևէ ծառայություն մտնում է ապահովագրական ծածկույթի մեջ, դիմեք Ձեր բժշկին կամ առողջապահական ծրագրին: Հիմնական առողջապահական նպաստները

- երթևեկ ծառայություններ, օրինակ՝ ընթացիկ ստուգումներ բժշկի ընդունարանում
- շտապ օգնության ծառայություններ
- հոսպիտալացում
- մայրերի և նորածինների խնամք
- հոգեկան առողջության ծառայություններ.
- հոգեմետ նյութերի օգտագործման հետ կապված ծառայություններ, օրինակ՝ բուժում ոգելից խմիչքների կամ թմրադեղերի կախվածությունից
- դեղատոմսային դեղեր
- լաբորատոր ծառայություններ, օրինակ՝ արյան հետազոտություններ
- ծրագրեր, օրինակ՝ ֆիզիոթերապիա (որը կոչվում է վերականգնողական և ադապտացման ծառայություններ) և բժշկական պարագաներ ու սարքեր, օրինակ՝ անվասայլակներ և թթվածնի

բալոններ

- բուժկանխարգելիչ ծառայություններ և ընթացիկ ստուգումներ
- քրոնիկական հիվանդությունների կառավարում
- երեխաների համար նախատեսված (մանկաբուժական) ծառայություններ, այդ թվում՝ բերանի խոռոչի և տեսողության բուժապասարկում
- ներտնային խնամք և այլ երկարաժամկետ ծառայություններ ու օժանդակ հարմարանքներ

Հոգեմետ նյութերից կախվածության ծրագիրը

«Medi-Cal»-ն ինչպես ստացիոնար, այնպես էլ երթևեկ եղանակով ծառայություններ է տրամադրում թմրադեղերի կամ ոգելից խմիչքների կախվածությունից բուժման համար: Դա կոչվում է հոգեմետ նյութերից կախվածության բուժում: Բուժման եղանակը կախված է Ձեզ անհրաժեշտ բուժման տեսակներից: Տրամադրվող ծառայություններն են՝

- թմրադեղերից զերծ երթևեկ բուժում (խմբային և/կամ անհատական խորհրդատվություն).

- ինտենսիվ երթևեկ բուժում (շաբաթը երեք օր՝ օրական առնվազն երեք ժամ տրամադրվող խմբային խորհրդատվական ծառայություններ)։
- ստացիոնար բուժում (վերականգնողական ծառայություններ բուժհիմնարկությունում մնալով)։
- թմնադեղերի փոխարինման բուժում (օրինակ՝ մետադոնով)

Որոշ շրջաններում նաև այլ տիպի բուժումներ և վերականգնման ծառայություններ են տրամադրվում: Ձեր բժշկին նկարագրեք Ձեր վիճակը, որպեսզի նա կարողանա Ձեզ ճիշտ բուժում նշանակել: Կարող եք նաև անձամբ ներկայանալ Ձեր մոտակա բուժական կազմակերպությունը: Կամ զանգահարեք Հոգեմետ նյութերից կախվածության ոչ շտապ հեռախոսագծով՝ **1-800-879-2772** համարով:

«Medi-Cal»-ի ատամնաբուժական ծրագիրը (Medi-Cal Dental Program)

Ատամների առողջությունն ընդհանուր առողջության կարևոր մաս է կազմում: «Medi-Cal»-ի ատամնաբուժական ծրագիրը (Medi-Cal Dental Program) վճարում է Ձեր ատամների առողջությունն ապահովող բազմաթիվ ծառայությունների համար: «Medi-Cal»-ի հաստատումն ստանալուն պես Դուք կարող եք օգտվել ատամնաբուժական նպաստներից:

Ատամնաբուժական նպաստներին և այլ ռեսուրսներին ծանոթանալու համար այցելեք <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>: Կամ կարող եք զանգահարել **1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922)**՝ երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան 5:00:

Ինչպես «Medi-Cal»-ի ատամնաբուժական ծառայություններ ստանալ

«Medi-Cal»-ի ատամնաբուժական ծրագիրը (Medi-Cal Dental Program) երկու ձևով է մատուցում իր ծառայությունները: Մեկը՝ Վճարում ծառայության դիմաց (Fee-for-Service) Ատամնաբուժականն է, և այն տրամադրվում է «California» -ի ողջ տարածքում: Վճարում ծառայության դիմաց (Fee-for-Service) Ատամնաբուժականը նույնն է, ինչ Վճարում ծառայության դիմաց (Fee-for-Service) «Medi-Cal»-ը: Նախքան ատամնաբուժական ծառայություններ ստանալը Դուք պետք է ատամնաբուժական սպասարկողին ցույց տաք Ձեր BIC-ը և համոզվեք, որ տվյալ սպասարկողն ընդունում է Վճարում ծառայության դիմաց (Fee-for-Service) Ատամնաբուժական:

Մյուս եղանակը, որով «Medi-Cal»-ը տրամադրում է իր ատամնաբուժական ծառայությունները «Dental Managed Care»-ի (DMC) միջոցով է: DMC-ն տրամադրվում է միայն Los Angeles-ի և Sacramento-ի շրջաններում: DMC-ի ծրագրերը վճարում են նույն ատամնաբուժական ծառայությունների համար, ինչ Վճարում ծառայության դիմաց (Fee-for-Service) Ատամնաբուժականը: Sacramento-ի շրջանում DHCS-ը կառավարվող բուժսպասարկման երեք ծրագիր է իրականացնում: Բացի այդ, Los Angeles-ի շրջանում DHCS-ը պայմանագրային հիմունքներով համագործակցում է երեք կանխավճարային առողջապահական ծրագրերի հետ: Այդ ծրագրերն ատամնաբուժական ծառայություններ են տրամադրում «Medi-Cal»-ի նպաստառուներին:

Եթե Դուք ապրում եք Sacramento-ի շրջանում, ապա պետք է անդամագրվեք DMC-ին: Որոշ դեպքերում Դուք կարող եք ազատվել DMC-ին անդամագրվելու պարտադիր պահանջից:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք «Health Care Options»-ի էջը՝ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> հասցեով:

Los Angeles-ի շրջանում Դուք կարող եք մնալ Վճարում ծառայության դիմաց (Fee-for-Service) Ատամնաբուժականում կամ կարող եք ընտրել DMC ծրագիրը: Ծրագիր ընտրելու կամ Ձեր ծրագիրը փոխելու համար զանգահարեք «Health Care Options»:

Վաղ և պարբերական ստուգումներ, ախտորոշում և բուժում (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment) (EPSDT)

Եթե չի լրացել Ձեր կամ Ձեր երեխայի 21 տարին, ապա «Medi-Cal»-ը վճարում է այնպիսի բուժկանխարգելիչ ծառայությունների համար, ինչպիսիք են առողջության կանոնավոր կերպով իրականացվող ստուգումներն ու բժշկական զննումները: Առողջության կանոնավոր կերպով իրականացվող ստուգումների ու բժշկական զննումների ժամանակ ստուգվում են Ձեր ընդհանուր առողջության, ատամների, տեսողության, լսողության և հոգեկան առողջության հետ կապված հնարավոր խնդիրների առկայությունը, ինչպես նաև թմրադեղերի կամ ոգելից խմիչքների օգտագործման հետևանքով առաջացած հնարավոր խանգարումները: Կարող եք նաև պատվաստումներ ստանալ, որպեսզի առողջ մնաք: «Medi-Cal»-ը վճարում է բժշկական զննումների համար ցանկացած ժամանակ, երբ դրանց կարիքը կա, նույնիսկ եթե դրանք ընթացիկ ստուգումների ժամանակ չեն կատարվում: Այդ բոլոր ծառայությունները Ձեզ համար անվճար են:

Ստուգումները և բժշկական զննումները կարևոր են, որպեսզի Ձեր առողջապահական սպասարկողը կարողանա վաղ հայտնաբերել խնդիրները:

Երբ ստուգման կամ քննության ժամանակ որևէ խնդիր է հայտնաբերվում, «Medi-Cal»-ը վճարում է այն ծառայությունների համար, որոնք անհրաժեշտ են հայտնաբերված ֆիզիկական կամ հոգեկան խնդիրը կամ հիվանդությունը բուժելու կամ բարելավելու համար: Դուք կարող եք ստանալ ցանկացած ախտորոշիչ կամ բուժական ծառայություն, որը Ձեր բժշկի, այլ առողջապահական սպասարկողի, ատամնաբույժի, շրջանի Մանկական առողջության և հաշմանդամության ծրագրի (Child Health and Disability Prevention program) (CHDP) կամ շրջանի հոգեկան առողջության կամ վարքաբուժական սպասարկողի կարծիքով Ձեզ անհրաժեշտ է՝ Ձեր առողջական վիճակը բարելավելու համար: EPSDT-ն ամբողջությամբ վճարում է այդ բոլոր ծառայությունների համար:

Ձեր սպասարկողը Ձեզ կասի նաև, թե երբ կրկին այցելել իրեն՝ հաջորդ ստուգման, քննության կամ ժամադրության համար: Եթե Դուք հարցեր ունեք այն մասին, թե ինչպես ժամադրություն ստանալ բժշկի մոտ կամ ինչպես փոխադրամիջոցի հարցում օգնություն ստանալ բժշկի այցելության համար, «Medi-Cal»-ը կարող է օգնել Ձեզ: Զանգահարեք «Medi-Cal Managed Care »-ի Ձեր առողջապահական ծրագիր (MCP): Եթե Դուք ընդգրկված չեք MCP-ում, ապա փոխադրամիջոցի հարցում օգնություն ստանալու համար կարող եք զանգահարել Ձեր բժշկին կամ մեկ այլ սպասարկողի կամ այցելել <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>:

EPSDT-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք զանգահարել **1-800-541-5555**, այցելել <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>, դիմել Ձեր շրջանի CHDP ծրագիր կամ Ձեր MCP-ին: EPSDT-ի Հոգեկան առողջության և թմրադեղերի կամ ոգելից խմիչքների օգտագործման հետևանքով առաջացած խանգարումների համար տրամադրվող մասնագիտական ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք Ձեր շրջանի հոգեկան առողջության կամ վարքաբուժության բաժին:

Փոխադրման ծառայությունները

«Medi-Cal»-ը կարող է օգնել փոխադրամիջոցով՝ բժշկական, հոգեկան առողջության, հոգեմետ նյութերի օգտագործման կամ ատամնաբուժական ժամադրություններին ներկայանալու համար, եթե այդ ժամադրությունները վճարվում են «Medi-Cal»-ի կողմից: Փոխադրումը կարող է կատարվել կամ ոչ բժշկական փոխադրամիջոցով (nonmedical transportation-NMT), կամ ոչ շտապ օգնության բժշկական փոխադրամիջոցով (nonemergency medical transportation-NEMT): Դուք կարող եք օգտվել NMT-ից նաև դեղեր կամ բժշկական պարագաներ կամ սարքավորումներ վերցնելու համար:

Եթե Դուք կարող եք ավտոմեքենայով, ավտոբուսով, գնացքով կամ տաքսիով գնալ, բայց Ձեր տրամադրության տակ փոխադրամիջոց չկա ժամադրությանը ներկայանալու համար, կարելի է NMT պատվիրել:

Եթե Դուք որևէ առողջապահական ծրագրի անդամ եք, զանգահարեք Ձեր անդամների սպասարկման բաժին և իմացեք, թե ինչպես NMT ծառայություններ ստանալ:

Եթե Դուք «Վճարում ծառայության դիմաց» ունեք, կարող եք անել հետևյալը.

- Զանգահարեք «Medi-Cal»-ի Ձեր շրջանային գրասենյակ և պարզեք, թե արդյոք նրանք կարող են օգնել Ձեզ NMT-ի հարցում:
- Փոխադրումը կազմակերպելու համար Դուք պետք է նախ զանգահարեք «Վճարում ծառայության դիմաց» եղանակով բժշկական սպասարկողին և հարցնեք Ձեր տարածքում փոխադրման ծառայություններ տրամադրող որևէ սպասարկողի տվյալները: Կամ կարող եք զանգահարել Ձեր տարածքում գործող

հաստատված NMT սպասարկողներից որևէ մեկին, որոնք նշված են <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> հասցեում:

Եթե Ձեր ժամադրությանը ներկայանալու համար Ձեզ հատուկ բժշկական փոխադրամիջոց է անհրաժեշտ, տեղեկացրեք այդ մասին Ձեր առողջապահական սպասարկողին: Եթե Դուք որևէ առողջապահական ծրագրի անդամ եք, կարող եք նաև զանգահարել Ձեր առողջապահական ծրագիր և պատվիրել փոխադրումը: Եթե Դուք «Վճարում ծառայության դիմաց» համակարգում եք ընդգրկված, զանգահարեք Ձեր առողջապահական սպասարկողին: Ծրագիրը կամ սպասարկողը կարող են NEMT պատվիրել, օրինակ՝ պառկած կամ անվասայլակով անձանց համար հարմարեցված միկրոավտոբուս, շտապ օգնության մեքենա կամ օդային փոխադրամիջոց:

Փոխադրումը կազմակերպելու համար ժամադրությունից առաջ հնարավորին չափ շուտ դիմեք: Եթե Դուք հաճախակի եք այցելություններ կատարում, ապա Ձեր առողջապահական սպասարկողը կամ առողջապահական ծրագիրը կարող են հետագա այցելությունների համար նախապես փոխադրման ծառայություններ պատվիրել:

Հաստատված NMT սպասարկողների կողմից կատարվող փոխադրումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>:

Հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունները

Եթե Դուք այնպիսի մի հոգեկան հիվանդություն կամ զգացմունքային խնդիր ունեք, որը Ձեր սովորական բժիշկը չի կարողանում բուժել, գոյություն ունեն

հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայություններ: Հոգեկան առողջության ծրագիրը (Mental Health Plan-MHP) հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայություններ է տրամադրում: Յուրաքանչյուր շրջան MHP ունի:

Հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունների թվում են, բայց ոչ միայն, անհատական կամ խմբային բուժումը, դեղերով բուժման ծառայությունները, ճգնաժամային ծառայությունները, գործի կառավարումը, ստացիոնար և հիվանդանոցային ծառայությունները և երեխաներին ու երիտասարդներին օգնելու համար նախատեսված մասնագիտացված ծառայությունները:

Հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունների մասին ավելին իմանալու կամ այդ ծառայությունները ստանալու համար զանգահարեք Ձեր շրջանի MHP: Ձեր MHP-ն կորոշի, թե արդյոք Դուք բավարարում եք հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայություններ ստանալու պահանջները: MHP-ի հեռախոսի համարը կարող եք վերցնել Օմբուդսմանի գրասենյակից՝ զանգահարելով **1-888-452-8609** կամ այցելելով <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>:

Այլ առողջապահական ծրագրերը և ծառայությունները



«California» ն այլ ծրագրեր է առաջարկում Ձեր առողջապահական պահանջները բավարարելու համար: Որոշ ծրագրեր ստանալու համար Դուք կարող եք դիմել Ձեր շրջանի նույն տեղական գրասենյակի միջոցով, որին դիմում եք «Medi-Cal»-ի համար:

Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակից

Ստորև նշված որոշ ծրագրերի համար Դուք կարող եք դիմել նույն տեղական շրջանային գրասենյակին, որին դիմում եք «Medi-Cal»-ի համար: Ձեր շրջանի հեռախոսահամարը կարող եք գտնել այցելելով <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> կամ զանգահարելով **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)**:

Նախկին երիտասարդ հոգեզավակ (Former Foster Youth)

Եթե Ձեր 18-րդ տարեդարձին կամ ավելի ուշ Դուք հոգեծնողի խնամքի տակ եք գտնվել, ապա հնարավոր է, որ իրավունակ լինեք անվճար «Medi-Cal» ստանալու: Այս ապահովագրությունը կարող է շարունակվել մինչև Ձեր 26-րդ տարեդարձը: Եկամուտը նշանակություն չունի: Դիմելիս Ձեզանից չի պահանջվում

«Medi-Cal»-ի ամբողջական դիմում լրացնել կամ տեղեկություններ տրամադրել Ձեր եկամտի կամ հարկերի մասին: Հենց հիմա ապահովագրություն ստանալու համար զանգահարեք Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակ:

Գաղտնի բժշկական ծառայություններ

Դուք կարող եք դիմել գաղտնի ծառայություններ ստանալու համար, եթե չի լրացել Ձեր 21 տարին: Ծրագրի պահանջներին համապատասխանելու համար Դուք պետք է՝

- ամուսնացած չլինեք և ապրեք Ձեր ծնողների հետ, կամ
- Ձեր ծնողը պետք է ֆինանսական պատասխանատվություն կրի Ձեզ համար, օրինակ՝ քուլեջի ուսանողների դեպքում:

Դիմելու կամ ապահովագրություն ստանալու համար Ձեզ անհրաժեշտ չէ Ձեր ծնողի համաձայնությունը ստանալ: Տրամադրվող ծառայություններն են ընտանիքի պլանավորում և հղիության խնամք, բուժում թմրադեղերի կամ ոգելից խմիչքների չարաշահումից, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններից, ինչպես նաև սեռական ոտնձգության և հոգեկան առողջության հետ կապված ծառայություններ:

250% աշխատող հաշմանդամների ծրագիր (Working Disabled Program)

Աշխատող հաշմանդամների ծրագիրը «Medi-Cal» է տրամադրում հաշմանդամություն ունեցող այն չափահասներին, որոնց եկամուտը գերազանցում է «Medi-Cal» ստացողների մեծ մասի եկամուտը: Եթե Դուք անաշխատունակության եկամուտ եք ստացել Սոցիալական ապահովության միջոցով կամ Ձեր նախկին աշխատանքի վայրից, հնարավոր է, որ իրավունակ լինեք այս ծրագրի համար: Այս ծրագիրը ցածր ամսական ապահովագին է պահանջում վճարել՝ \$20-ից մինչև \$250՝ կախված Ձեր եկամտի չափից: Ծրագրի պահանջներին համապատասխանելու համար Դուք պետք է՝

- բավարարեք Սոցիալական ապահովության կողմից ձևակերպված՝ անաշխատունակության սահմանման պահանջները, անաշխատունակության եկամուտ ստացած լինեք և որպես աշխատանքի վարձատրություն՝ որոշ գումար աշխատելիս լինեք.
- համապատասխանեք եկամտի մասին ծրագրի կանոններին՝ վաստակած և չվաստակած եկամտի մասով.
- համապատասխանեք ծրագրի այլ կանոններին:

Medi-Cal Access Program (MCAP)

MCAP-ը մատչելի գներով առողջության բազմակողմանի ապահովագրություն է տրամադրում հղի կանանց: MCAP-ը չի պահանջում հավելյալ վճարումներ կամ չափահավագրված մասի վճարումներ կատարել ապահովագրական ծածկույթի մեջ մտնող ծառայությունների համար: MCAP-ի ընդհանուր արժեքը Ձեր «Փոփոխված ճշգրտված համախառն եկամտի» 1.5%-ն է կազմում: Օրինակ՝ եթե Ձեր տարեկան եկամուտը \$50,000 է, Դուք կվճարեք \$750: Կարող եք վճարել միանգամից ամբողջ գումարը կամ մաս-մաս՝ 12 ամսվա ընթացքում: Եթե Դուք հղի եք և ապահովագրություն եք ստանում «Covered California»-ի միջոցով, ապա հնարավոր է, որ կարողանաք փոխադրվել MCAP: MCAP-ում

ընդգրկված անձանցից ծնված երեխաներն իրավունակ են Medi-Cal Access Infant Program կամ «Medi-Cal»-ի համար: MCAP-ի պահանջներին համապատասխանելու համար Դուք պետք է՝

- «California»-ի բնակիչ լինեք.
- դիմելու պահին ընդգրկված չլինեք անվճար «Medi-Cal»-ում կամ «Medicare»-ի A մասում և B մասում.
- առողջապահական որևէ այլ ապահովագրություն չունենաք.
- եկամտի մասին ծրագրի պահանջները չգերազանցող եկամուտ ունենաք:

MCAP-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> կամ զանգահարեք **1-800-433-2611**:

Ներտնային օժանդակության ծառայությունների (In-Home Supportive Services-IHSS) ծրագիր

IHSS-ն օգնում է վճարել այն ծառայությունների համար, որոնք Ձեզ հնարավորություն են տալիս ապահով կերպով ապրել Ձեր տանը: Եթե Դուք իրավունակ եք «Medi-Cal»-ի համար, ապա հնարավոր է, որ իրավունակ լինեք նաև IHSS-ի համար: Եթե Դուք իրավունակ չեք «Medi-Cal»-ի համար, հնարավոր է, որ իրավունակ լինեք IHSS-ի համար, եթե համապատասխանեք ծրագրի այլ չափանիշներին: Եթե Դուք առանց SOC-ի «Medi-Cal» ունեք, ապա ծրագիրը կվճարի բոլոր IHSS ծառայությունների համար: Եթե Դուք SOC-ով «Medi-Cal» ունեք, ապա ծրագիրը կվճարի IHSS ծառայությունների համար միայն այն բանից հետո, երբ Դուք մարեք Ձեր «Medi-Cal»-ի SOC-ը: Ծրագրի պահանջներին համապատասխանելու համար Դուք պետք է լինեք ստորև նշվածներից առնվազն **մեկը**.

- 65 տարեկան կամ ավելի մեծ.
- կույր.
- հաշմանդամ (այդ թվում հաշմանդամ երեխա).
- անաշխատունակության պատճառ հանդիսացող այնպիսի մի

քրոնիկական, հաշմող հիվանդություն ունենաք, որը, առնվազն, որ կտևի 12 անընդմեջ ամիս կամ 12 ամսվա ընթացքում մահվան պատճառ կդառնա:

IHSS-ը կարող է արտոնել այնպիսի ծառայություններ, ինչպիսիք են՝

- տնային ծառայությունները, օրինակ՝ խոհանոցի կահույքը լվանալ կամ լոգարանը մաքրել:
- ուտելիք պատրաստել:
- լվացք անել:
- մթերքներ գնել:
- անձնական խնամքի ծառայություններ:
- ուղեկցություն բժշկի ժամադրություններին ներկայանալիս:
- այն անձանց պաշտպանական հսկողություն, որոնք հոգեկան հիվանդություն կամ մտավոր խնդիրներ ունեն և առանց հսկողության չեն կարող ապահով կերպով մնալ տանը:
- հարաբժշկական ծառայություններ:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք <http://www.cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services>

Այլ նահանգային առողջապահական ծառայությունները

Ստորև նշված ծրագրերը «Medi-Cal»-ի համար դիմելու գործընթացից տարբեր գործընթաց են կիրառում: Դուք կարող եք որևէ ծրագրի համար դիմել կամ դրա մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ այստեղ նշված կոնտակտային տվյալների օգնությամբ:

Կրծքի և արգանդի վզիկի քաղցկեղի բուժման ծրագիր (Breast and Cervical Cancer Treatment Program)

Կրծքի և արգանդի վզիկի քաղցկեղի բուժման ծրագիրը քաղցկեղի բուժում և դրա հետ առնչվող ծառայություններ է տրամադրում «California»-ի ցածր եկամուտ ունեցող այն բնակիչներին, որոնք բավարարում են ծրագրի պահանջները: Նրանք պետք է ստուգվեն կամ և/կամ ծրագրում ընդգրկվեն «Քաղցկեղի հայտնաբերման ծրագրի» (Cancer Detection Program), «Յուրաքանչյուր կին կարևոր է» (Every Woman Counts) ծրագրի կամ «Ընտանիքի պլանավորման, հասանելիության, խնամքի և բուժման ծրագրերի» (Family Planning, Access, Care and Treatment programs) կողմից: Այս ծրագրի պահանջները բավարարելու համար Ձեր եկամուտը պետք է ծրագրի սահմանաչափից ցածր լինի, և Ձեզ պետք է կրծքի կամ արգանդի վզիկի քաղցկեղի բուժում անհրաժեշտ լինի: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք **1-800-824-0088** կամ էլեկտրոնային հաղորդագրություն ուղարկեք BCCTP@dhcs.ca.gov հասցեով:

Տնային և համայնքային ծառայություններ (Home and Community-Based Services)

«Medi-Cal»-ը տվյալ ծրագրի պահանջները բավարարող որոշակի տարեց և հաշմանդամություն ունեցող անձանց թույլ է տալիս, բուժքույրական կամ որևէ այլ հաստատության փոխարեն, բուժում ստանալ տան կամ համայնքի պայմաններում: Տնային և համայնքային ծառայությունները ներառում է, բայց ոչ միայն, գործի կառավարումը (օժանդակության և ծառայությունների համակարգումը), չափահասների ցերեկային առողջապահական ծառայությունները, ինքնուրույն կյանքի նախապատրաստումը (ցերեկային և բնակության), տնային տնտեսուհի,

տնային առողջապահական օգնականը, սննդառության ծառայությունները, բուժքույրական ծառայությունները, անձնական խնամքը և փոխարինող խնամողի ծառայությունները: Դուք պետք է իրավունակ լինեք լիարժեք «Medi-Cal»-ի համար և համապատասխանեք ծրագրի չափանիշներին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք DHCS, Integrated Systems of Care Division՝ **1-916-552-9105** հեռախոսահամարով:

«California» մանկական ծառայություններ ծրագիր (California Children's Services (CCS) Program)

CCS ծրագիրն ախտորոշման և բուժման ծառայություններ, բժշկական գործի կառավարում, ինչպես նաև ֆիզիոթերապիայի և աշխատաբուժության ծառայություններ է տրամադրում մինչև 21 տարեկան այն երեխաներին, որոնք CCS-ի չափանիշներին համապատասխանող հիվանդություն ունեն: CCS-ի չափանիշներին համապատասխանող հիվանդություններն այն հիվանդություններն են, որոնք ֆիզիկական հաշմանդամություն են առաջացնում կամ պահանջում են բժշկական, վիրաբուժական կամ վերականգնողական ծառայություններ: «Medi-Cal»-ում ընդգրկված երեխայի՝ CCS-ի պահանջները բավարարող հիվանդությունը բուժելու նպատակով CCS ծրագրի կողմից արտոնվող ծառայություններն այնպիսի ծառայություններ չեն, որոնց համար առողջապահական ծրագրերի մեծ մասը վճարում է: «Medi-Cal»-ի առողջապահական ծրագրերը նաև CCS-ի բժշկական պահանջները բավարարող հիվանդության հետ առնչություն չունեցող նախնական բուժսպասարկում և բուժկանխարգելիչ ծառայություններ են տրամադրում:

CCS-ի համար կարող եք դիմել զանգահարելով CCS-ի Ձեր տեղական գրասենյակ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> կամ զանգահարեք **1-916-552-9105**:

Գենետիկական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ծրագիր (Genetically Handicapped Person's Program-GHPP)

GHPP-ն «California»-ում բնակվող, 21 տարեկանից մեծ և GHPP-ի չափանիշներին համապատասխանող հիվանդություններ ունեցող անձանց տրամադրում է բուժսպասարկման բժշկական և վարչական կառավարում և վճարում վերջիններիս ստացած բժշկական առումով անհրաժեշտ ծառայությունների համար: GHPP-ի չափանիշներին համապատասխանող հիվանդությունները ժառանգաբար փոխանցված հիվանդություններն են, ինչպես՝ արյան մակարդելիոզային խանգարումը (հեմոֆիլիան), բշտուռուցքային թելքախտը, ֆենիլկետոնամիզությունը և մանգաղաբջջային հիվանդությունը, որոնք լրջորեն խաթարում են առողջությունը: GHPP-ն բուժսպասարկման հատուկ կենտրոնների (Special Care Centers-SCC-ների) համակարգ է օգտագործում: SCC-ն համակողմանի, համակարգված բուժօգնություն է տրամադրում ծրագրի չափանիշներին համապատասխանող հատուկ հիվանդություններ ունեցող հաճախորդներին: Եթե ծառայությունն ընդգրկված չէ առողջապահական ծրագրի ապահովագրական ծածկույթի մեջ, ապա GHPP-ն արտոնում է «Medi-Cal»-ում ընդգրկված և GHPP-ի չափանիշներին համապատասխանող հիվանդություններ ունեցող չափահաս անձանց տարեկան գնահատումը SCC-ի կողմից:

GHPP-ի համար կարելի է դիմել լրացնելով համապատասխան դիմումի ձևը: Ֆաքսով ուղարկեք այն **1-800-440-5318** համարի վրա: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք **1-916-552-9105** կամ այցելեք <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>:

Հետին թվով «Medi-Cal» (Retroactive Medi-Cal)

Եթե «Medi-Cal»-ի համար դիմելիս Դուք չվճարված բժշկական կամ ատամնաբուժական հաշիվներ ունեք, կարող եք խնդրել, որ Ձեզ հետին թվով «Medi-Cal» տրամադրվի: Հետին թվով «Medi-Cal»-ը կարող է օգնել Ձեզ վճարել դիմելու օրվանը նախորդած երեք ամիսների ընթացքում բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայությունների համար Ձեզ ներկայացված հաշիվները:

Օրինակ՝ եթե Դուք «Medi-Cal»-ի համար դիմել եք ապրիլին, ապա կարող եք օգնություն ստանալ հունվար, փետրվար և մարտ ամիսներին Ձեր ստացած բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայությունների համար ներկայացված հաշիվները վճարելու հարցում:

Հետին թվով «Medi-Cal» ստանալու համար Դուք պետք է՝

- իրավունակ եղած լինեք «Medi-Cal»-ի համար այն ամսում, որի ընթացքում ստացել եք բժշկական ծառայությունները.
- այնպիսի բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայություններ ստացած լինեք, որոնք ընդգրկված են «Medi-Cal»-ի ապահովագրական ծածկույթի մեջ.
- օգնության համար դիմեք այդ ապահովագրված ծառայությունները ստանալու ամսվանից հետո մեկ տարվա ընթացքում.
- հետին թվով «Medi-Cal» ստանալու համար դիմեք Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակին:

Օրինակ՝ եթե Դուք 2017 թ. հունվարին բուժում եք ստացել կոտրված թևի համար և 2017 թ. ապրիլին դիմել եք «Medi-Cal»-ի համար, ապա Դուք պետք է մինչև 2018 թ. հունվարը դիմեք, որ հետին թվով «Medi-Cal»-ը վճարի այդ ծառայությունների համար Ձեզ ներկայացված հաշիվները:

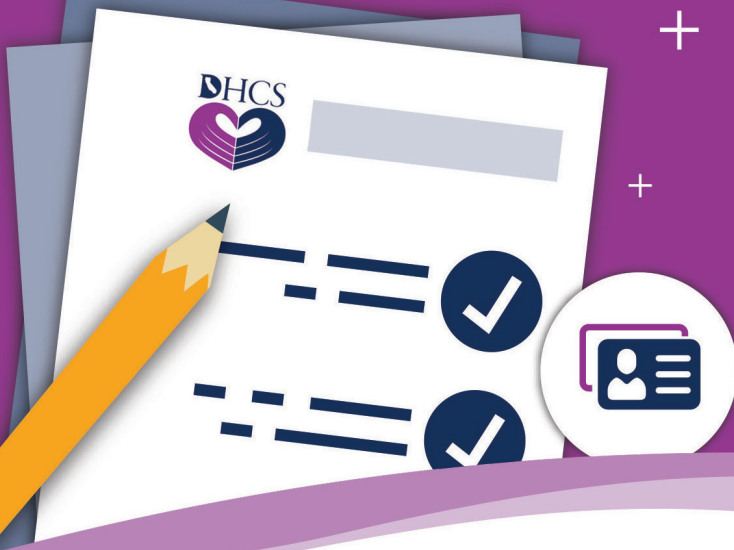
Եթե Դուք արդեն վճարել եք այդ նախորդած երեք ամիսների ընթացքում Ձեր ստացած բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայությունների համար, «Medi-Cal»-ը կարող է նաև օգնել Ձեզ հետ ստանալ այդ գումարները: Դուք պետք է վճարման հայցը ներկայացնեք ծառայությունը ստանալու օրվանից հետո մեկ տարվա ընթացքում կամ «Medi-Cal»-ի Ձեր իրավունակության հաստատումից հետո 90 օրվա ընթացքում՝ կախված այն բանից, թե որն է ավելի երկար:

Հայց ներկայացնելու համար հարկավոր է զանգահարել կամ գրել՝
**Department of Health Care Services
Beneficiary Services
P.O. Box 138008
Sacramento, CA 95813-8008
1-916-403-2007 (TTY 1-916-635-6491)**

բժշկական, հոգեկան առողջության, հոգեմետ նյութերից կախվածության և ներտնային օժանդակության ծառայությունների հետ կապված հայցերի համար.

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

ատամնաբուժական հայցերի համար:



Ինչպես տեղեկացնեմ փոփոխությունների մասին և երկարաձգեմ իմ «Medi-Cal»-ը

Ձեր ընտանիքում տեղի ունեցած փոփոխությունների մասին Դուք պետք է 10 օրվա ընթացքում տեղյակ պահեք Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակին: Փոփոխության մասին կարող եք հայտնել անձամբ գրասենյակ ներկայանալով, առցանց, հեռախոսով, էլեկտրոնային հաղորդագրությամբ կամ ֆաքսով: Փոփոխությունները կարող են ազդել «Medi-Cal»-ի Ձեր իրավունակության վրա:

Դուք պետք է հայտնեք, եթե՝

- ամուսնանաք կամ ամուսնալուծվեք.
- երեխա ունենաք, որդեգրեք կամ որդեգրման հանձնեք.
- փոփոխություն տեղի ունենա Ձեր եկամտի կամ սեփականության մեջ (եթե կիրառելի է).
- առողջության որևէ այլ ապահովագրություն ստանաք, այդ թվում՝ աշխատանքի վայրից կամ որևէ ծրագրից, օրինակ՝ «Medicare»-ից.
- փոխեք բնակության վայրը, կամ փոփոխություն տեղի ունենա Ձեր տանն ապրող անձանց մեջ.

- անաշխատունակության կարգավիճակի փոփոխություն տեղի ունենա.
- փոփոխություն տեղի ունենա հարկատուի Ձեր կարգավիճակի, այդ թվում՝ Ձեր խնամքի տակ գտնվող անձանց մեջ.
- փոփոխություն տեղի ունենա Ձեր քաղաքացիության կամ ներգաղթային կարգավիճակի մեջ.
- ազատազրկվեք (բանտ, աշխատանքային գաղութ և այլն) կամ ազատ արձակվեք ազատազրկման վայրից.
- փոփոխություն տեղի ունենա Ձեր ամերիկյան հնդկացու կամ բնիկ այլասկացու կարգավիճակի մեջ, կամ Դուք փոխեք Ձեր ցեղային կարգավիճակը.
- փոխեք Ձեր անունը, ծննդյան ամսաթիվը կամ սոցիալական ապահովության համարը (SSN).
- որևէ այլ փոփոխություն տեղի ունենա, որը կարող է ազդել Ձեր եկամտի կամ ընտանիքի անդամների թվի վրա:

Ի՞նչ պետք է անել, եթե ես բնակության տեղափոխվեմ «California»- ից մեկ այլ շրջան

Եթե Դուք բնակության տեղափոխվեք «California»- ի մեկ այլ շրջան, ապա կարող եք պատվիրել, որ «Medi-Cal»-ի Ձեր գործը փոխադրվի այդ շրջան: Դա կոչվում է ներնահանգային տեղափոխում (Inter-County Transfer (ICT)): Դուք պետք է Ձեր հասցեի փոփոխությունից հետո այդ մասին 10 օրվա ընթացքում տեղեկացնեք նախկին կամ նոր շրջանին: Հասցեի փոփոխության մասին կարող եք հայտնել առցանց, անձամբ գրասենյակ ներկայանալով, հեռախոսով, էլեկտրոնային հաղորդագրությամբ կամ ֆաքսով: Ձեր բնակության նախկին շրջանում տրամադրվող կառավարվող սպասարկման ծրագրի ապահովագրությունը կավարտվի ամսվա վերջին օրը: Դուք պետք է Ձեր բնակության նոր շրջանում անդամագրվեք կառավարվող սպասարկման որևէ ծրագրի:

Եթե Դուք ժամանակավորապես տեղափոխվեք Ձեր շրջանից, «Medi-Cal»-ը չի փոխադրվի: Դա ներառում է այն դեպքերը, երբ երեխան քոլեջ է հաճախում, կամ Դուք խնամում եք Ձեր որևէ հիվանդ ազգականի: Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակին հայտնեք այն մասին, որ Ձեր ընտանիքի անդամը ժամանակավորապես հեռանում է շրջանից և նոր հասցե է ունենալու: Շրջանի տեղական գրասենյակը կփոխի հասցեն, որպեսզի Ձեր ընտանիքի անդամը նոր շրջանում կարողանա որևէ առողջապահական ծրագրի անդամագրվել:

Ինչպե՞ս երկարաձգեմ «Medi-Cal»-ի իմ ապահովագրությունը

Որպեսզի շարունակեք ստանալ «Medi-Cal»-ի նպաստները, Դուք պետք է տարին առնվազն մեկ անգամ երկարաձգեք Ձեր ապահովագրությունը: Եթե Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակը չկարողանա էլեկտրոնային եղանակով երկարաձգել Ձեր «Medi-Cal»-ը, նրանք Ձեզ երկարաձգման ձևաթուղթ կուղարկեն: Դուք պետք է տրամադրեք այն տեղեկությունները, որոնք նոր են կամ փոխվել են: Դուք պետք է նաև տրամադրեք Ձեր ամենավերջին տեղեկությունները: Տեղեկությունները կարող եք վերադարձնել առցանց, անձամբ գրասենյակ ներկայանալով, հեռախոսով կամ որևէ այլ էլեկտրոնային եղանակով, եթե Ձեր շրջանում դրա հնարավորությունը կա: Եթե Դուք փոստով կամ անձամբ գրասենյակ ներկայանալով հանձնեք ապահովագրության երկարաձգման ձևաթուղթը, ապա այն պետք է ստորագրված լինի:

Եթե Դուք մինչև վերջնաժամկետը չտրամադրեք անհրաժեշտ տեղեկությունները, «Medi-Cal»-ի Ձեր նպաստները կդադարեցվեն: Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակը Ձեզ փոստով կուղարկի «Ծանուցում որոշման մասին»: Եթե չեք ցանկանում կրկին դիմել, ապա Դուք պետք է 90 օրվա ընթացքում Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակին տրամադրեք բոլոր պակասող տեղեկությունները: Եթե Դուք 90 օրվա ընթացքում տրամադրեք պակասող տեղեկությունները և շարունակեք իրավունակ լինել «Medi-Cal»-ի համար, ապա Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակը կվերականգնի Ձեր «Medi-Cal»-ը՝ առանց ընդհատելու Ձեր ապահովագրությունը:

Իրավունքները և պարտականությունները



«Medi-Cal»-ի համար դիմելիս Դուք կստանաք Ձեր իրավունքների և պարտականությունների ցուցակը: Այն ներառում է Ձեր հասցեի կամ եկամտի մեջ տեղի ունեցած փոփոխության կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամի հղիանալու կամ ծննդաբերելու մասին հայտնելու Ձեր պարտականությունը: Ձեր իրավունքների և պարտականությունների ամենավերջին տարբերակը ստանալու համար կարող եք զանգահարել Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակ կամ այցելել՝

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

Բողոքարկման և դատալսման իրավունքները

Առողջապահական ծառայությունները և նպաստները

Եթե Դուք համաձայն չեք որևէ առողջապահական ծառայության կամ նպաստի մերժմանը, Դուք բողոքարկման իրավունք ունեք:

Եթե Դուք «Medi-Cal Managed Care»-ի որևէ ծրագրի անդամ եք և ստանում եք

«Ծանուցում որոշման մասին», որում ասվում է, որ որևէ առողջապահական ծառայություն կամ նպաստ մերժվել է, Դուք բողոքարկման հայց ներկայացնելու իրավունք ունեք:

Դուք պետք է Ձեր ծրագրին բողոքարկման հայց ներկայացնեք «Ծանուցում որոշման մասին» փաստաթղթի վրա նշված ամսաթվից հետո 60 օրվա ընթացքում: Բողոքարկման հայցը ներկայացնելուց հետո ծրագիրը Ձեզ 30 օրվա ընթացքում պատասխան կուղարկի: Եթե Դուք 30 օրվա ընթացքում պատասխան չստանաք, կամ ծրագրի կայացրած որոշումը Ձեզ չգոհացնի, Դուք կարող եք նահանգային անկողնակալ դատալսում պահանջել: Դատալսողը կքննի Ձեր գործը: **Նախքան նահանգային անկողնակալ դատալսում պահանջելը՝ Դուք պետք է բողոքարկման հայցը ներկայացնեք Ձեր ծրագրին:** Նահանգային անկողնակալ դատալսման հայցը հարկավոր է ներկայացնել ծրագրի կայացրած որոշման մասին Ձեզ ուղարկված գրավոր ծանուցման օրվանից հետո 120 օրվա ընթացքում:

Եթե Դուք «Վճարում ծառայության դիմաց» «Medi-Cal»-ի անդամ եք և ստանում եք «Ծանուցում որոշման մասին», որում ասվում է, որ որևէ առողջապահական ծառայություն կամ նպաստ մերժվել է, Դուք անմիջապես նահանգային անկողնակալ դատալսում պահանջելու իրավունք ունեք: Նահանգային անկողնակալ դատալսման հայցը

հարկավոր է ներկայացնել «Ծանուցում որոշման մասին» փաստաթղթի վրա նշված օրվանից հետո 90 օրվա ընթացքում:

Դուք նահանգային անկողնակալ դատախազի պահանջելու իրավունք ունեք նաև այն դեպքում, երբ համաձայն չեք այն բանի հետ, թե ինչ քայլեր է ծրագրող ձեռք առնում «Medi-Cal»-ի Ձեր դիմումի կամ իրավասության կապակցությամբ: Դա կարող է տեղի ունենալ, եթե՝

- Դուք համաձայն չեք «Medi-Cal»-ի Ձեր դիմումի կապակցությամբ շրջանի կամ նահանգի կայացրած որոշմանը.
- շրջանը 45 կամ 90 օրվա ընթացքում Ձեզ չի հայտնում «Medi-Cal»-ի Ձեր դիմումի կապակցությամբ իր կայացրած որոշման մասին.
- «Medi-Cal»-ի Ձեր իրավունակությունը կամ «Ծախսերի բաժինը» փոխվում է:

Իրավունակության մասին որոշումները

Եթե Դուք ստանաք «Ծանուցում որոշման մասին», որում Ձեզ տեղեկացվում է իրավունակության կապակցությամբ կայացված որոշման մասին, և Դուք համաձայն չիմեք դրան, կարող եք խոսել Ձեր շրջանի իրավասությունների հարցերով աշխատակցի հետ և/կամ նահանգային անկողնակալ դատախազի: Եթե չկարողանաք շրջանի օգնությամբ վեճը կարգավորել, ապա պետք է «Ծանուցում որոշման մասին» փաստաթղթի վրա նշված ամսաթվից հետո 90 օրվա ընթացքում նահանգային անկողնակալ դատախազի հայց ներկայացնեք: Նահանգային անկողնակալ դատախազի հայց կարելի է ներկայացնել դիմելով Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակ: Կարող եք նաև գրել՝

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)

Դատախազի հայց կարելի է ներկայացնել նաև այցելելով՝

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

Եթե կարծում եք, որ Ձեր նկատմամբ անօրինական կերպով խտրականություն է կիրառվել՝ Ձեր սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, դավանանքի, նախնիների, ծագման, ազգային պատկանելության, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, հիվանդության, գենետիկական տեղեկությունների, ընտանեկան դրության, սեռական ընկալման, սեռական ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով, կարող եք գանգատ ներկայացնել DHCS-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (Office of Civil Rights):

Խտրականության կապակցությամբ գանգատ ներկայացնելու կարգի մասին կարող եք կարդալ «Քաղաքացիներին խտրականության բացառման և հասանելիության ապահովման պահանջների մասին դաշնային կառավարության ցուցումով տեղեկացնող ծանուցում» վերնագրի տակ՝ 36-րդ էջում:

Նահանգային անկողնակալ դատախազների մասին

Նահանգը Ձեզ կտեղեկացնի, որ ստացել է դատախազի հայցը: Ձեզ տեղյակ կպահվի դատախազի օրվա, ժամի և վայրի մասին: Դատախազի որևէ աշխատակից կքննի Ձեր գործը և կփորձի կարգավորել այն: Եթե շրջանը/նահանգը Ձեր խնդիրը կարգավորելու առաջարկ ներկայացնի, ապա Դուք այն գրավոր կստանաք:

Դուք կարող եք գրավոր կերպով արտոնել, որ Ձեր որևէ ընկեր, ընտանիքի անդամ կամ որևէ փաստաբան Ձեզ օգնի դատախազի ժամանակ: Եթե Դուք չկարողանաք

վերջնականապես կարգավորել Ձեր խնդիրը շրջանի կամ նահանգի հետ, ապա Դուք կամ Ձեր ներկայացուցիչը պետք է ներկայանա դատալսմանը: Ձեր դատալսումը կարող է անցկացվել անձամբ Ձեր ներկայությամբ կամ հեռախոսով: Շրջանի կամ «Medi-Cal»-ի համակարգում չախշատող դատավորը կլսի Ձեր գործը:

Դուք իրավունք ունեք լեզվի հարցում անվճար օգնություն ստանալու: Դատալսման հայցի վրա նշեք Ձեր լեզուն: Կամ դատալսման աշխատակցին ասացեք, որ Ձեզ անվճար թարգմանիչ է հարկավոր: Դատալսման ժամանակ Ձեր ընտանիքի անդամը կամ ընկերը չի կարող թարգմանել Ձեզ համար:

Եթե Դուք հաշմանդամություն ունեք, և Ձեզ ողջամտության սահմաններում որոշակի հարմարեցումներ են անհրաժեշտ՝ լիարժեք կերպով նահանգային անկողնակալ դատալսմանը մասնակցելու համար, կարող եք զանգահարել **1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349)**: Կարող եք էլեկտրոնային հաղորդագրություն ուղարկել SHDCSU@DSS.ca.gov հասցեով:

Դատալսման հարցում օգնություն ստանալու համար կարող եք խնդրել, որ Ձեզ իրավաբանական օգնություն տրամադրվի: Ձեր տեղական իրավաբանական կամ սոցիալական ապահովության իրավունքների գրասենյակը կարող է Ձեզ անվճար իրավաբանական օգնություն տրամադրել:

Երրորդ կողմի պատասխանատվությունը

Եթե Դուք վնասվածք ստանաք, «Medi-Cal»-ի օգնությամբ կարող եք բժշկական ծառայություններ ստանալ: Եթե Ձեր վնասվածքի համար Դուք

ապահովագրական հայց ներկայացնեք կամ դատարանով որևէ մեկից փոխհատուցում պահանջեք, ապա Ձեր հայցից կամ դատարան դիմելուց հետո 30 օրվա ընթացքում պետք է այդ մասին տեղյակ պահեք «Medi-Cal»-ի Անձնական վնասվածք (Personal Injury-PI) ծրագրին: Դուք պետք է այդ մասին հայտնեք ինչպես Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակին, այնպես էլ PI ծրագրին:

«Medi-Cal»-ի PI ծրագրին տեղեկացնելու համար խնդրում ենք լրացնել «Ծանուցում անձնական վնասվածքի մասին (նոր գործ)» ձևաթուղթը: Դուք կգտնեք այն ստորև նշված կայքում: Եթե Դուք համացանցից օգտվելու հնարավորություն չունեք, խնդրում ենք դիմել Ձեր փաստաբանին կամ ապահովագրական ընկերության աշխատակցին, որ «Medi-Cal»-ի PI ծրագրին Ձեր անունից տեղեկացնի այդ մասին: Ծանուցման և տվյալների թարմացման ձևաթղթերը կարող եք գտնել հետևյալ հասցեով. <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>:

Եթե Դուք փաստաբան վարձեք՝ ապահովագրական հայցի կամ դատավարության գործընթացում Ձեզ ներկայացնելու համար, ապա Ձեր փաստաբանը պարտավոր է տեղյակ պահել «Medi-Cal»-ի PI ծրագրին և լիազորագիր տալ: Այդ լիազորագիրը «Medi-Cal»-ի աշխատակիցներին թույլ է տալիս կապ հաստատել Ձեր փաստաբանի հետ և քննարկել Ձեր անձնական վնասվածքի գործը: «Medi-Cal»-ը ներկայացուցիչ կամ փաստաբան չի տրամադրում: Ծրագրի անձնակազմը կարող է այնպիսի տեղեկություններ տրամադրել, որոնք գործի քննության ընթացքում կարող են օգտակար լինել փաստաբանի համար:

Գույքով փոխհատուցումը

«Medi-Cal» ծրագիրը պետք է փորձի փոխհատուցել իր ծախսերը «Medi-Cal»-ի որոշ մահացած անդամների գույքի հաշվին: Փոխհատուցման ենթակա են միայն,

ծերանոցային ծառայությունների, տնային և համայնքային ծառայությունների և դրանց հետ կապված հիվանդանոցային ու դեղատոմսային դեղերի ծառայությունների համար կատարված վճարումները, այդ թվում՝ կառավարվող սպասարկման ապահովագրի վճարումները, երբ նպաստառուն՝

- բնակվել է ծերանոցում կամ
- տնային կամ համայնքային ծառայություններ է ստացել իր 55-րդ տարեդարձից հետո:

Եթե ծրագրի վախճանված անդամը մահանալիս գույք կամ պարտք չի թողնում, ապա նա ազատ է որևէ պարտավորությունից:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք <http://dhcs.ca.gov/er> կամ զանգահարեք 1-916-650-0590

«Medi-Cal»-ի հետ կապված խարդախությունները

Նպաստառուի պարտավորությունները

Նախքան ծառայություններ ստանալը նպաստառուն պետք է միշտ «Medi-Cal»-ի ապահովագրության ապացույց ներկայացնի: Եթե Դուք բուժում եք ստանում մեկից ավելի բժշկի կամ ատամնաբույժի մոտ, պետք է յուրաքանչյուր բժշկին կամ ատամնաբույժին տեղյակ պահեք Ձեզ սպասարկող մյուս բժշկի կամ ատամնաբույժի մասին:

«Medi-Cal»-ի Ձեր նպաստները չարաշահելը կամ անհարկի կերպով չօգտագործելը Ձեր պարտականությունն է: **Հանցագործություն** է համարվում՝

- թույլ տալը, որ այլ անձինք օգտվեն «Medi-Cal»-ի Ձեր նպաստներից.

- սպասարկողին ներկայացվող կեղծ տեղեկություններով դեղեր ստանալը.
- Ձեր BIC-ը վաճառելը կամ որևէ մեկին տալը կամ Ձեր BIC-ը «Medi-Cal»-ի կանոններով սահմանված կարգով Ձեր սպասարկողին ներկայացնելուց բացի որևէ այլ անձի հանձնելը:

BIC-ը/«Medi-Cal»-ի նպաստները չարաշահելը հանցագործություն է: Այն կարող է Ձեր դեմ համապատասխան անցանկալի որոշումների կամ դատական հետապնդման պատճառ դառնալ: Եթե Դուք կասկած ունեք, որ «Medi-Cal»-ի հետ կապված խարդախություն, վատնում կամ չարաշահում է կատարվում, գաղտնի կերպով հայտնեք այդ մասին՝ զանգահարելով **1-800-822-6222**:

Քաղաքացիներին խտրականության բացառման և հասանելիության ապահովման պահանջների մասին դաշնային կառավարության ցուցումով տեղեկացնող ծանուցում

DHCS-ը կատարում է քաղաքացիական իրավունքների մասին դաշնային և նահանգային համապատասխան օրենքների պահանջները: DHCS-ն անօրինական կերպով խտրականություն չի կիրառում սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, դավանանքի, նախնիների, ծագման, ազգային պատկանելության, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, հիվանդության, գենետիկական տեղեկության, ընտանեկան վիճակի, սեռական ընկալման, սեռական ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով: DHCS-ը որևէ մեկին անօրինական կերպով չի բացառում կամ

այլ կերպ բուժում՝ վերջինիս սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, դավանանքի, նախնիների, ծագման, ազգային պատկանելության, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, հիվանդության, գենետիկական տեղեկության, ընտանեկան վիճակի, սեռական ընկալման, սեռական ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով: DHCS-ը՝

- անվճար օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ է տրամադրում հաշմանդամություն ունեցող անձանց, որպեսզի նրանք կարողանան արդյունավետ կերպով հաղորդակցվել DHCS-ի հետ, օրինակ՝
 - նշանային լեզվի՝ համապատասխան որակավորում ունեցող մասնագետներ,
 - այլընտրանքային ձևաչափերով գրավոր տեղեկություններ, օրինակ՝ խոշորատառ տպագրությամբ, ձայնագրված, հատուկ կարիքներ ունեցող անձանց համար մատչելի էլեկտրոնային և այլ ձևաչափերով.
- անվճար լեզվական ծառայություններ է տրամադրում այն անձանց, որոնց հիմնական լեզուն անգլերենը չէ, օրինակ՝
 - համապատասխան որակավորում ունեցող բանավոր թարգմանիչներ,
 - այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ:

Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են այդ ծառայությունները, զանգահարեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ **1-916-440-7370, (Ext. 711, California State Relay)** հեռախոսահամարով կամ էլեկտրոնային հաղորդագրություն ուղարկեք CivilRights@dhcs.ca.gov հասցեով:

Եթե կարծում եք, որ DHCS-ը չի տրամադրել այդ ծառայությունները կամ որևէ այլ կերպ Ձեր նկատմամբ խտրականություն է կիրառել՝ Ձեր սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, դավանանքի, նախնիների, ծագման,

ազգային պատկանելության, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, հիվանդության, գենետիկական տեղեկությունների, ընտանեկան դրության, սեռական ընկալման, սեռական ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով, կարող եք գանգատ ներկայացնել՝

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

Եթե Դուք գանգատ ներկայացնելու հարցում օգնության կարիք ունեք, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակը կարող է օգնել Ձեզ: Գանգատ ներկայացնելու ձևաթղթերը գետեղված են հետևյալ հասցեում.

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

Եթե կարծում եք, որ Ձեր նկատմամբ խտրականություն է կիրառվել Ձեր ռասայի, մաշկի գույնի, ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի պատճառով, կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների հայց ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների դեպարտամենտի (U.S. Department of Health and Human Services) Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ: Կարող եք էլեկտրոնային եղանակով հայցն ուղարկել Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի Բողոքների հարթակից, որի հասցեն է <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, կամ կարող եք հայցը փոստով կամ հեռախոսով ներկայացնել՝

Կարևոր ռեսուրսներ



ԱՌՑԱՆՑ

«Medi-Cal»-ի հիմնական կայքը՝
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

Ներբեռնեք և տեղադրեք «myMedi-Cal» ծրագիրը սմարթֆոնի համար, որի օգնությամբ կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ ապահովագրության մասին, օգնություն ստանալ Զեր բնակավայրում և ավելին:



Հեռախոսահամարները

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:
1-800-996-1009

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

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

Հայցի ձևաթուղթը կարող եք գտնել հետևյալ հասցեում.

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

Այս փաստաթուղթը համապատասխանում է 508-րդ բաժնով սահմանված հասանելիության չափորոշիչներին: Հաշմանդամություն ունեցող իրավունակ անձի կողմից ներկայացված՝ ողջախոսության սահմաններում հարմարեցում կատարելու պահանջի դեպքում՝ այս հրատարակությունը կարող է տրամադրվել նաև Բրայլի գրատիպով, խոշորատառ տպագրությամբ և այլ էլեկտրոնային ձևաչափերով: Այլ ձևաչափով այս հրատարակության օրինակը ստանալու համար զանգահարեք «Medi-Cal»-ի իրավունակության բաժին՝ **1-916-552-9200 (TTY 1-800-735-2929)** հեռախոսահամարով, կամ էլեկտրոնային հաղորդագրություն ուղարկեք MCED@dhcs.ca.gov հասցեով:

Լեզվական Օգնություն

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

ບທພັນພຸ ອີເກ ເບຣຸດຸດຸດຸດ: ມາດຕະຖານພາສາພາຍໃນ ດັ່ງນັ້ນ
ບາດຕະຖານພາສາ ພາຍໃນ ມາດຕະຖານພາສາ ພາຍໃນ ມາດຕະຖານພາສາ
ດັ່ງນັ້ນ ມາດຕະຖານພາສາ ພາຍໃນ ມາດຕະຖານພາສາ ພາຍໃນ
(Armenian)

សម្គាល់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ
អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិត
ថ្លៃជាភាសាសំបូក។ ទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីកុងមូ
លដ្ឋានរបស់អ្នកសម្រាប់បញ្ហាទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបានសេវា
ប្រកួតករណីមានសំណួរណាមួយ។ (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)

ຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໂທຫາເບີ
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) ເພື່ອຂໍວາ
ມຊ່ວຍເຫຼືອພູມິໃນພາສາຂອງທ່ານ. ໂທຫາຫ້ອງການເຂດໃນທ້ອງຖິ່
ນຂອງທ່ານເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ 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.
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) เพื่อรับความช่วยเหลือในภาษาของท่าน
โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กรุณาโทรศัพท์หาสำนักงานประจำท้องถิ่น
ของท่านเพื่อสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน (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 | Պատրաստվել է DHCS-ի կողմից
Office of Communications



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