

# myMedi-Cal

如何獲得您需要的保健護理



# 目錄

## 3 加利福尼亞州的健康保險

Medi-Cal 和 Covered California  
Medi-Cal要求  
Medi-Cal計劃對照

## 6 我如何申請？

申請方式  
申請受理時間

## 7 我如何使用我的Medi-Cal福利？

看醫生  
按服務收費 (Fee-for-Service) 的Medi-Cal  
有成本分攤額 (Share of Cost-SOC) 的  
Medi-Cal  
Medi-Cal 管理護理 (Managed Care)  
如果我有別的健康保險  
保健護理的幫助  
同時使用Medicare & Medi-Cal

## 12 Medi-Cal承保福利

普通醫療服務  
藥物濫用失常症計劃 (Substance Use  
Disorder Program)  
牙科保健服務  
早期及定期篩查、診斷和治療 (Early  
and Periodic Screening, Diagnostic and  
Treatment · 簡稱為EPSDT)  
接送服務  
專科心理健康服務

## 15 其他保健計劃&服務

可追溯 Medi-Cal (Retroactive Medi-Cal)

## 18 更新&延續我的Medi-Cal

報告家庭變化  
搬離所在縣或州  
更新我的Medi-Cal

## 19 權利&責任

上訴及聽證權利  
州公平聽證  
第三方責任 (Third Party Liability)  
遺產追討 (Estate Recovery)  
Medi-Cal欺詐  
不歧視及殘障便利設施要求

## 社交媒體上的DHCS



@DHCS\_CA



DHCS.CA



California Department of  
Health Care Services



DHCS\_CA

# 加利福尼亞州的健康保險



「我的Medi-Cal: 如何獲得您需要的保健護理」告訴加利福尼亞人如何申請Medi-Cal以獲得免費或低費的健康保險。您將瞭解到為了合格您必須做的事情。本指南也告訴您如何使用您的Medi-Cal福利。指南告訴您何時需要報告有關變化。您應該保存本指南，並在您有關於Medi-Cal的疑問時便於查閱。

加利福尼亞提供兩種獲得健康保險的方式。這兩種計劃分別是「Medi-Cal」和「Covered California。」這兩種計劃採用同樣的申請。

## 什麼是Medi-Cal?

Medi-Cal 是加利福尼亞版的聯邦Medicaid 計劃。Medi-Cal 為住在加利福尼亞的合格人員提供免費和低費的保健承保福利。

Department of Health Care Services (DHCS) 監管 Medi-Cal 計劃。

您當地的縣辦公室為DHCS管理大多數的Medi-Cal個案。您可以在線 [www.benefitscal.com](http://www.benefitscal.com) 跟您當地的縣辦公室聯繫。您也可以致電您當地的縣辦公室。

想獲得您當地 縣辦公室的電話號碼，請訪問：

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

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

當地的縣辦公室採用多種事實來決定您可以從Medi-Cal獲得哪一種幫助。這包括：

- 您掙多少錢
- 您的年齡
- 您申請表上任一孩子的年齡
- 您是否是孕婦、盲人或殘障
- 您是否享受Medicare

## 您知道嗎？

同一家庭的成員有可能符合**Medi-Cal** 和 **Covered California**的享受資格。這是因為**Medi-Cal**對兒童和成人的合格規定是不同的。

比如：一個三口之家父母和一個孩子的福利可能像這樣：



父母 — 符合一個**Covered California**保健計劃資格，享受稅收減免以及成本分攤以減輕費用



孩子 — 符合免費或低費**Medi-Cal**計劃資格

大多數申請Medi-Cal的人可以根據自己的收入而知道自己是否合格。對一些Medi-Cal計劃，申請人或許也需要提供有關自己資產和財產的資訊。欲瞭解詳情，請參閱第5頁「Medi-Cal 計劃對照」的有關內容。

## 什麼是Covered California？

Covered California是州的健康保險市場。您可以對有名的保險公司的保健計劃進行比較或者購買一個計劃。如果您的收入太高而不能享受Medi-Cal，您或許有資格通過Covered California購買健康保險。

Covered California提供「保費資助」(premium assistance)。這幫助降低加入一個Covered California 保健計劃並且收入滿足規定的個人和家庭的保健護理費用。為了獲得保費資助，您的收入必須低於Covered California計劃規定的收入限制。

Covered California有四種水準的承保福利供選擇：銅、銀、金和鉑金。不管您選擇的是哪家保險

公司，每種水準包含的福利都是一樣的。您的收入和其他事實將決定您符合哪個計劃的資格要求。

欲瞭解更多有關Covered California的資訊，請訪問 [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) 或撥打**1-800-300-1533 (TTY 1-888-889-4500)**。

## 獲得Medi-Cal的要求有哪些？

為了符合Medi-Cal資格要求，您必須住在加利福尼亞州，並且滿足某些規定。您必須提供您家庭每個成員以及您報稅表上的每一個家庭成員的收入和報稅身份資訊。您或許也需要提供有關您資產的資訊。

為了符合Medi-Cal資格要求，您並非必須得報稅。有關報稅的疑問，請向國家稅務局 (Internal Revenue Service-IRS) 或稅收專業人員諮詢。

任何申請Medi-Cal的個人如果有社會安全號 (Social Security Number-SSN)，則必須提供他們的號碼。每個請求獲得 Medi-Cal的人都必須提供有關他或她的移民身份的資訊。作為Medi-Cal 申請一部分所提供的移民身份資訊是保密的。美國國籍和移民服務局 (United States Citizenship and Immigration Services) 不能利用該資訊開展移民執法行動，除非您有詐騙行為。

19歲或以上的成人或許有資格享受有限的Medi-Cal 福利，即使他們沒有 社會安全號 (SSN) 或不能證明他們的移民身份。這些福利承保急診、妊娠相關以及長期照護 (long-term care) 服務。

您可以為您的孩子申請Medi-Cal，即使您自己沒有資格享受全面的福利。

在加利福尼亞，移民身份並不影響19歲以下的孩童享受 Medi-Cal 福利。孩童或許有資格享受全面的Medi-Cal 福利，不管他們有什麼樣的移民身份。

欲瞭解更多Medi-Cal 計劃的規定，請參閱下頁「Medi-Cal 計劃對照」內容。

## 您知道嗎？



如果您有資格享受 **Supplemental Security Income (SSI)**，您自動就可以享受**SSI-linked Medi-Cal**。



您當地的縣辦公室可以幫您解決有關**SSI Medi-Cal**的某些問題。他們將告訴您是否需要聯繫一個社會安全 (**Social Security**) 辦公室以解決有關問題。

# Medi-Cal計劃對照

## MAGI

## 相對照

## Non-MAGI

修改調整後總收入 (Modified Adjusted Gross Income MAGI) Medi-Cal 的方法是根據您的報稅方式以及您的可計收入用聯邦稅收規定來決定您是否合格。

Non-MAGI Medi-Cal 包括很多特別計劃。不符合MAGI Medi-Cal 的人或許符合Non-MAGI Medi-Cal資格。



- 19歲以下的孩童
- 未成年兒童的父母和照護人
- 19歲到64歲的成人
- 懷孕的人

誰合格：



- 65歲或以上的成人
- 21歲以下的孩童
- 懷孕的人
- 符合年齡要求孩童的家長 / 照護親戚
- 住在長期照護機構的成人或孩童
- 享受Medicare的人
- 盲人或殘障人士



沒有資產限制

資產規定：



- 必須報告並提供資產證明，比如汽車、銀行帳戶或出租屋
- 家庭資產金額限制

### 對於MAGI 和Non-MAGI：

- 當地縣辦公室將檢查您的申請資訊。您或許需要提供更多證明。
- 您必須住在加利福尼亞州。
- 美國公民或合法居留申請人必須提供他們的SSN。
- 您必須申請您可能資格獲得的任何收入，比如失業福利金 (unemployment benefits) 和州殘障保險金 (State Disability Insurance)。
- 您必須遵守醫療支持執法\*，這意味著您將：
  - 證明您是婚外所生孩子的父親或母親。
  - 為缺席父親或母親的孩子獲得醫療支持。

\*如果您認為您有合理理由不需要遵守這項規定，請致電您當地的縣辦公室。

# 我如何申請？

您可以在一年中的任何時間通過郵件、電話、傳真或電郵申請Medi-Cal。您也可以在网上或親臨辦公室申請。

您只可以在某些時間申請Covered California 承保福利。欲瞭解您什麼時候可以申請，請訪問 [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) 或撥打**1-800-300-1533** (TTY **1-888-889-4500**)。

## 郵件申請：

您可以用「單一流線型申請」(Single Streamlined Application) 申請 Medi-Cal和Covered California。您可以在 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 獲得英文和其他語言的申請表。將填好的申請表寄到您當地的縣辦公室。

在：<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 找到您當地的縣 辦公室地址

您也可以將申請寄至：  
**Covered California**  
**P.O. Box 989725**  
**West Sacramento, CA 95798-9725**

## 電話、傳真或電郵申請：

致電您當地的縣辦公室。您可以在網站 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 找到有關的電話號碼或撥打Covered California的電話號碼：**1-800-300-1533**。

## 線上申請：

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

或

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

## 親臨申請：

在 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 找到您當地的縣辦公室。您可以在那兒獲得申請幫助。

您也可以到 [www.CoveredCA.com/get-help/local/](http://www.CoveredCA.com/get-help/local/) 找到一位Covered California 經過認證的計劃註冊諮詢員 (Certified Enrollment Counselor) 或保險經紀人 (Insurance Agent)。

## 受理我的申請將需要多久？

受理您的Medi-Cal最長可能需要45天。如果您因為殘障而申請Medi-Cal，那最長可能90天。您當地的縣辦公室或Covered California將寄給您一封資格決定信。該信稱為「行動通知」(Notice of Action)。如果您在45天或90天內沒收到信，您可以請求一次「州公平聽證」(State Fair Hearing)。如果您不同意有關的決定，您也可以請求一次聽證。欲瞭解詳情，請參閱19頁上的「上訴和聽證權利」內容。

# 我如何使用我的 Medi-Cal 福利?



Medi-Cal 承保大多數醫療必要護理。這包括醫生和牙醫就診、處方藥、視力護理、計劃生育、心理健康護理、戒毒或戒酒治療。Medi-Cal 也承保去接受這些服務的接送交通。參閱第12頁上「Covered Benefits」內容，瞭解詳情。

您一旦批准，您可以馬上使用您的Medi-Cal 福利。批准得到Medi-Cal 的新受益人會收到一張 Medi-Cal 福利身份卡 (Benefits Identification Card-BIC)。您的保健護理和牙科保健提供者需要您的BIC 以提供服務並向Medi-Cal收費。新受益人和那些需要補發卡的人會收到新設計的BIC，卡上的圖案是加利福尼亞罌粟花。此處顯示的兩種設計的BIC卡都是有效的：

請聯絡您當地的縣辦公室：

- 您沒收到您的 BIC
- 您的 BIC 丟了
- 您 BIC 上的信息有誤
- 您的 BIC 被盜

您一旦收到一張新的BIC，您的舊BIC就不能用了。

您可以在 找到您當地縣辦公室的電話號碼：

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

或撥打：

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



## 我怎麼去看病？

大多數在 Medi-Cal 的人是通過一個 Medi-Cal Managed Care 計劃去看病。這樣的計劃跟人們的私人保險的保健計劃類似。參閱下一頁開始瞭解有關管理護理計劃的更多訊息。

安排給您一個 Medi-Cal Managed Care 計劃或許需要幾個星期。當您第一次報名參加 Medi-Cal 時或如果您有特殊情況您或許需要通過「按服務收費的 Medi-Cal」去看病。

## 什麼是「按服務收費的 Medi-Cal」？

按服務收費是Medi-Cal支付醫生和其他護理提供者的一種方式。當您第一次報名參加Medi-Cal時，您將通過「按服務收費的Medi-Cal」獲得您的福利，直到您加入到一個管理護理保健計劃為止。

在您獲得醫療或牙科服務前，請問您的提供者是否接受 Medi-Cal 按服務收費的付款。提供者有權拒收Medi-Cal 患者。如果您不告訴您的提供者您是 Medi-Cal患者，您或許得自己支付有關的醫療或牙科服務。

## 「按服務收費」覆蓋是如何支付醫療或牙科費用的？

您的提供者用您的BIC 確保您有Medi-Cal。您的提供者將知道Medi-Cal是否會支付某項醫療或牙科治療。有時，您或許得支付某項治療的「共付額」。每次您獲得醫療或牙科或處方藥時，您或許得付\$1。如果您去醫院急診室，但您不需要急診服務時，您或許得付\$5。那些加入到一個管理護理計劃的受益人則不需要支付共付額。

有些服務您必須首先獲得**Medi-Cal** 批准才可以接受。繼續閱讀以獲取更多詳細信息。

## 當我必須支付成本分攤額(SOC)時我如何獲得醫療或牙科服務？

一些Non-MAGI Medi-Cal計劃需要您支付SOC。您獲准得到 Medi-Cal 後收到的「行動通知」將告訴您您是否有SOC。該通知也將告訴您SOC的具體金額。您的SOC是在Medi-Cal開始支付前您必須或承諾會為所獲得的醫療或牙科護理服務而付給提供者的金額。

SOC 金額每個月都會重設。您只需要為您獲得了醫療和/或牙科護理服務的月份支付您的SOC。SOC 金額是付給健康或牙科護理提供者，不是付給 Medi-Cal 或州的。提供者或許可以讓您推遲而不是一次性付清您的服務費。在某些縣，如果您有SOC，您不可以加入到一個管理護理計劃。

如果您從一個不收Medi-Cal的人那兒獲得了保健

護理服務並為此支付了有關費用，您可以把這些費用算作是您的SOC。您必須把這些保健護理費用收據拿到您當地的縣辦公室。他們將把這些費用算作您的SOC。

如果您有尚未支付的醫療賬單，您或許可以降低您未來某個月的SOC。問您當地的縣辦公室，看看您的賬單是否合格。

## 什麼是 Medi-Cal Managed Care？

Medi-Cal Managed Care 是幫助您獲得高品質護理並保持健康的有組織的系統。

“ **Medi-Cal Managed Care 保健計劃幫您找到醫生、藥房和保健教育計劃。** ”

大多數的人必須加入到一個管理護理計劃，除非您滿足某些標準或有豁免資格。您的保健計劃選擇取決於您居住的縣。如果您的縣有多個保健計劃，您將需要選擇一個適合您和您家庭需求的計劃。

每個縣內的所有 Medi-Cal Managed Care 計劃都有同樣的服務。您可以在

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 獲得管理護理計劃名錄。您可以選擇一個與您計劃合作的醫生作為您的家庭醫生。或者您的計劃可以代表您選一個家庭醫生。您可以任意選擇任何一個 Medi-Cal 計劃生育提供者，包括您計劃外的提供者。與您的管理護理計劃聯繫，瞭解詳情。

管理護理保健計劃也提供：

- 護理協調
- 轉介給專科醫生
- 24 小時護士諮詢電話服務
- 顧客服務中心

**Medi-Cal 必須批准某些服務後您才可以接受這些服務。** 提供者將知道您什麼時候需要事先許可。大多數醫生的服務和大多數的診所不受限制。他



們不需要事先許可。與您的醫生討論您的治療計劃和預約。

## 我如何加入到一個 Medi-Cal Managed Care 計劃？

如果您在一個有一個以上計劃選擇的縣，您必須在獲得 Medi-Cal 批准的 30 天以內選擇一個保健計劃。您將收到郵寄來的資料包。包內的資料將告訴您在您縣可供選擇的保健計劃，也將告訴您如何加入到您選擇的管理護理計劃。如果您在獲得 Medi-Cal 批准的 30 天以內不選定一個計劃，州將為您指定一個計劃。

請等待寄給您的保健計劃資料包。

“如果您的縣只有一個保健計劃，縣將為您選擇該計劃。”

如果您住聖伯尼托縣，那只有有一個保健計劃可選。您可以加入到這個保健計劃。或者您可以選擇留在「按服務收費的 Medi-Cal」。

如果您的縣提供不止一個保健計劃，您將需要選一個適合您和您家庭需要的計劃。

欲瞭解在您的縣有哪些計劃，請訪問  
<https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>

## 我如何退出、請求獲得強制性加入豁免或更換我的 Medi-Cal Managed Care 計劃？

大多數的 Medi-Cal 受益人必須加入一個 Medi-Cal Managed Care 計劃。如果您選擇加入一個保健護理計劃，您可以隨時退出。如果想退出，請撥打 Health Care Options 電話號碼：**1-800-430-4263**。

您的縣有不止一個計劃的情況下，如果您想更換您的管理護理保健計劃，您可以致電 Health Care Options。

如果您現在是從按服務收費的 Medi-Cal 提供者那兒獲得治療，您或許有資格獲得強制性加入 Medi-Cal Managed Care 計劃的臨時豁免。按服務收費的提供者不能成為您縣的 Medi-Cal Managed Care 計劃的一部分。提供者為您提供的治療必須是如果您更換提供者而會導致您複雜病情惡化這樣一種情況。

問您的提供者，瞭解他或她是否是您縣的一個 Medi-Cal Managed Care 計劃的一部分。如果您的提供者不是您縣的一個 Medi-Cal Managed Care 計劃的一部分，請您的提供者跟您一起填一張表，請求獲得加入 Medi-Cal Managed Care 計劃豁免。

您的提供者將需要在表上簽名，附上所需的證明，並且將該表郵寄或傳真給 Health Care Options。他們將審閱您的請求表，決定您是否有資格獲得加入 Medi-Cal Managed Care 計劃的臨時豁免。您可以在 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 找到有關的表格和填寫說明。

如果您有疑問，請撥打 **1-800-430-4263**。

## 如果我有其他健康保險，怎麼辦？

即使您有其他健康保險，比如您的工作單位提供的健康保險，您或許仍然有資格享受 Medi-Cal。如果您合格，Medi-Cal 將為您支付您的主要保險不支付的允許費用。依據聯邦法律，必須先向 Medi-Cal 受益人的私人健康保險收費，然後才可以向 Medi-Cal 收費。

Medi-Cal 受益人依據有關聯邦和州法律必須報告自己的私人健康保險。要報告或更換私人健康保險，請訪問 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 或撥打 **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)**。加利福尼亞州以外，請撥打 **1-916-636-1980**。

您也必須向您當地的縣辦公室和您的保健護理提供者報告。如果您不報告您有的任何私人健康保險福利，您這種行為則構成輕罪。

## 我不在加利福尼亞的時候，我如何獲得 Medi-Cal 服務？

當您在加利福尼亞外旅行時，帶著您的 BIC 或其他表明您是 Medi-Cal 保健護理計劃受益人的證明。Medi-Cal 在某些情況下可以幫您，比如事故、受傷或突發重病而造成的急診情況。您在外州的任何服務必須先獲得您管理護理保健計劃的批准，但急診情況除外。如果提供者不收 Medicaid，您將不得不自付您在加利福尼亞外獲得服務的醫療費用，切記：急診護理可能涉及多方提供者。比如，治療您的醫生可能收 Medicaid，但透視科可能不收。與您的管理護理保健計劃合作，以降低您必須自付的費用。提供者應該首先撥打 **1-916-636-1960** 以確保您的合格性。

如果您住在加利福尼亞州界附近，您在外州獲得醫療服務，這些規定中的某些規定則不適用。欲瞭解詳情，請跟您的 Medi-Cal Managed Care 計劃聯繫。

“如果您搬離加利福尼亞，您將不能享受 Medi-Cal。您可以申請您新搬入的州的 Medicaid。”

如果您將搬到加利福尼亞的另一個縣，您也需要告訴您現在住的縣或您將搬去的縣。這是為了確保您繼續獲得 Medi-Cal 福利。您應該在搬到新縣的 10 天之內告訴您當地的縣辦公室。

## 如果我約不到醫生或得不到我需要的其他護理，我應該怎麼辦？

Medi-Cal Managed Care 申訴專員辦公室以中立的立場幫助解決問題。他們確保您獲得所有必要所需的承保服務。

### 申訴專員辦公室：

- 幫助解決 Medi-Cal Managed Care 成員和管理護理保健計劃之間的問題，不偏袒任何一方

- 幫助解決 Medi-Cal 受益人和縣心理健康計劃之間的問題，不偏袒任何一方
- 調查成員對管理護理保健計劃和縣心理健康計劃的有關投訴
- 幫助成員解決緊急加入和退出問題
- 幫助 Medi-Cal 受益人利用 Medi-Cal 專業心理健康服務
- 提供資訊和轉介
- 鑑定使 Medi-Cal Managed Care 計劃更有效的方式
- 教成員如何在 Medi-Cal Managed Care 和專業心理健康系統內找到有關服務和資訊

欲瞭解更多有關申訴專員辦公室的資訊，您可以撥打：

**1-888-452-8609**

或訪問：

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

## 如果我有 Medicare，如何使用 Medi-Cal？

很多 65 歲或以上或有殘障的人都符合 Medi-Cal 和 Medicare 資格。如果您兩個計劃都合格，您將通過 Medicare 獲得大多數的醫療服務和處方藥。Medi-Cal 提供長期服務和支援，比如療養院護理和基於社區的服務。

“Medi-Cal 承保 Medicare 不承保的一些福利。”

Medi-Cal 或許也可以支付您的 Medicare 保費。

## 「Medicare 保費支付購入計劃」是什麼？

「Medicare 保費支付計劃 (Premium Payment Program)」，也叫 Medicare 購入 (Buy-In)，允許 Medi-Cal 為 Medi-Cal 成員和其他符合某些 Medi-Cal 計劃的人支付 Medicare A 部分 (醫院保險) 和 / 或 B 部分 (醫療保險) 保費。

## 「Medicare 儲蓄計劃 (Savings Program-MSP)」是什麼？

如果您滿足某些條件，「Medicare 儲蓄計劃」或許可以支付 Medicare A 部分和 Medicare B 部分的折扣額、共同保險額和共付額。當您申請 Medi-Cal 時，您的縣將評估您是否符合該計劃資格。一些不符合全面 Medi-Cal 福利的人或許仍然符合 MSP 資格。

## 如果我用了 Medicare 提供者的服務，我將得支付 Medicare 共同保險額嗎？

不需要。如果您符合 MSP，您將不需要支付任何共同保險額或折扣額。如果您從您的 Medicare 提供者那兒收到賬單，與您的 Medi-Cal Managed Care 計劃聯繫或致電 **1-800-MEDICARE**。

## 如果我有 Medicare，我得用收 Medi-Cal 的醫生和其他提供者嗎？

不需要。您可以用任何 Medicare 提供者，即使該提供者不收 Medi-Cal 或不是您的 Medi-Cal Managed Care 計劃的一部分。一些 Medicare 提供者可能不收您作患者。

## 您知道嗎？



作為產婦和新生兒護理的一部分，**Medi-Cal** 提供哺乳教育。



每24個月，您有資格享受一次常規眼睛檢查。



欲瞭解有關所提供產品的更多信息，請訪問：  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>



# Medi-Cal承保的福利

Medi-Cal 提供叫做「基本健康福利」(Essential Health Benefits)的全套福利。欲瞭解一項服務是否得到承保，問你的醫生或保健計劃。「基本健康福利」包括：

- 門診服務，比如在醫生診所的體檢
- 急診服務
- 住院
- 產婦和新生兒護理
- 心理健康服務
- 藥物濫用失常症服務，比如戒毒或戒酒治療
- 處方藥
- 化驗服務，比如驗血
- 諸如物理治療(叫做康復和復健服務)等一些計劃以及諸如輪椅和氧氣罐等醫療用品和設備
- 預防和身心健康服務
- 慢性病管理
- 兒童(兒科)服務，包括口腔和視力護理
- 居家護理和其他長期服務和支援

## 藥物濫用失常症計劃

Medi-Cal 提供戒毒或戒酒的住院和門診治療。這也叫做藥物濫用失常症治療。住院還是門診取決於您需要哪類治療。服務包括：

- 遠離毒品門診治療(小組和/或個人諮詢)
- 密集的門診治療(提供一週三天、一天至少三個小時的小組諮詢服務)
- 住院治療(住院期間提供的康復服務)
- 麻醉藥品替代療法(比如：美沙酮)

一些縣提供更多的治療和康復服務。告訴您的醫生您的情況，這樣他們能夠將您轉介去接受妥善的治療。您也可以自己去您當地最近的治療機構。或者撥打藥物濫用失常症非急診治療轉介熱線的電話號碼：**1-800-879-2772**。

## Medi-Cal 牙科計劃 (Medi-Cal Dental Program)

牙齒健康是全身健康重要的一部分。「Medi-Cal 牙科計劃 (Medi-Cal Dental Program)」承保讓您保持牙齒健康的很多服務。您的Medi-Cal福利申請一旦獲得批准，就可以立即享受牙科保健福利。

您可以在 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 查看牙科保健福利和其他資源。或您也可以在週一到週五、早上8:00到下午5:00點期間致電 **1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922)**。

## 我如何獲得Medi-Cal 牙科服務？

「Medi-Cal 牙科計劃 (Medi-Cal Dental Program)」通過兩種方式提供服務。一是「按服務收費 (Fee-for-Service) 牙科保健」，您可以在全California獲得這類服務。「按服務收費 (Fee-for-Service) 牙科保健」跟「按服務收費 (Fee-for-Service) Medi-Cal」一樣。您獲得牙科保健服務以前，您必須向您的牙科服務提供者出示您的BIC，確保該提供者接受「按服務收費 (Fee-for-Service) 牙科保健」。

另一個方式是 Medi-Cal 通過 Dental Managed Care (DMC) 提供牙科保健服務。DMC 只在 Los Angeles 縣和 Sacramento 縣提供服務。DMC 計劃承保的服務跟「按服務收費 (Fee-for-Service) 牙科保健」同樣的服務。DHCS 在 Sacramento 縣採用三個管理護理計劃。DHCS 也在 Los Angeles 縣與三個預付保健計劃簽約。這些計劃為 Medi-Cal 受益人提供牙科保健服務。

如果您住在 Sacramento 縣，您必須加入 DMC。在某些情況下，您或許有資格無需加入 DMC。

欲瞭解詳情，請訪問 Health Care Options 網站：  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>。

在 Los Angeles 縣，您可以留在「按服務收費 (Fee-for-Service) 牙科保健」，或者選擇 DMC 計劃。為了選擇或更改您的牙科保健計劃，請致電 Health Care Options。

## 早期及定期篩查、診斷和治療 (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, 簡稱為EPSDT)

如果您或您的孩子在21歲以下，Medi-Cal 承保有關的預防服務，例如定期的健康檢查和篩查。常規檢查和篩查服務是查找您是否有醫療、牙科、視力、聽力以及心理健康的任何問題以及物質濫用等問題。您也可以接受免疫以保持健康。Medi-Cal 承保任何時候必需的篩查服務，即使不是在您的常規檢查期間。所有的這些服務都不需要您付錢。

檢查和篩查是很重要的，可以幫助您的保健護理提供者及早發現問題。在檢查或篩查時如果發現一個問題，Medi-Cal 承保治療或改善任何身體或心理健康或病情的所需服務。您可以獲得您的醫生、其他保健護理提供者、牙醫、縣「兒童健康和殘障預防計劃 (Child Health and Disability Prevention program, 簡稱為CHDP)」，或縣心理或行為健康提供者說為了改善您健康狀況所需的診斷和治療服務。EPSDT承保這些服務，您無需付費。

您的提供者也將告訴您什麼時候回來接受下一次健康檢查、篩查或約診。如果您對約診或如何獲得赴醫約的交通幫助有疑問，Medi-Cal 可以幫您。致電您的「Medi-Cal 管理護理保健計劃 (Medi-Cal Managed Care Health Plan, 簡稱為MCP)」。如果您不在一個MCP內，您可以致電您的醫生或其他提供者，或者訪問 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 獲得交通幫助。

欲獲得更多有關EPSDT的資訊，您可以致電 **1-800-541-5555**，或者訪問 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>，與您的縣CHDP計劃或您的MCP聯繫。欲獲得更多有關EPSDT心理健康和物質濫用專科服務，請與您的縣心理或行為健康部聯繫。

## 接送服務

Medi-Cal 可以在您到了約定時間去接受心理健康、物質濫用或牙科治療時提供接送幫助，前提是這些服務是Medi-Cal承保的。這樣的接送可以是非急診接送送 (nonmedical transportation-NMT) 或非急診醫療接送 (nonemergency medical transportation-NEMT)。如果您需要去取藥或醫療用品或設備，您也可以使用NMT。

如果您可以乘車、公車、火車或計程車，但沒有交通工具去赴醫約，可以安排NMT。

如果您加入到一個保健計劃，致電您的「會員服務部」，瞭解如何獲得NMT服務的資訊。

如果您有按服務收費，您可以這麼做：

- 致電您縣的Medi-Cal 辦公室，看看他們是否可以幫您獲得NMT接送。
- 欲安排一次接送，您應該先致電您的按服務收費的醫療提供者並詢問您所在地區的接送提供方。或者，您可以致電 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 上列出的、您所在地獲許可的NMT提供方。

如果您需要特別的醫療車輛送您去赴約，讓您的保健護理提供者知道。如果您在一個保健計劃內，您也可以跟您的計劃聯繫，安排您的接送。如果您在按服務收費的計劃內，致電您的保健護理提供者。該計劃或提供者可以給您訂NEMT，比如輪椅面包車、輪床面包車、救護車或空運。

在赴約前務必儘快請求接送服務。如果您頻繁有約，您的保健護理提供者或保健計劃可以為您接下來的醫約請求接送服務。

訪問 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 瞭解有關經許可的NMT 提供者安排的接送服務的詳情。

## 專科心理健康服務

如果您有您的家庭醫生不能治療的心理疾病或情感需求，您可以利用專科心理健康服務。一個「心理健康計劃」(Mental Health Plan-MHP) 提供專科心理健康服務。每個縣都有一個 MHP。

專科心理健康服務可能包括，但不限於，個人和小組治療、醫藥服務、危機服務、個案管理、住院和醫院服務以及專門幫助兒童和青少年的服務。

欲瞭解有關專科心理健康服務的詳情，或獲得這些服務，致電您縣的 MHP。您的 MHP 將決定您是否符合享受專科心理健康服務的資格。您可以撥打申訴專員辦公室的電話號碼：**1-888-452-8609** 或訪問 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>，獲得 MHP 的電話號碼。

# 其他保健計劃&服務



加利福尼亞為您的醫療需要提供其他計劃。您可以通過您當地的受理Medi-Cal的同一個縣辦公室申請這些計劃。

## 從您當地的縣辦公室

您可以向您申請理Medi-Cal的當地同一個縣辦公室詢問以下這些計劃。您可以在 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 或撥打 **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)** 獲得您縣辦公室的電話號碼。

## 以前為寄養青少年 (Former Foster Youth)

如果您18歲生日那天或那天以後曾經在寄養機構，您可能有資格獲得免費的Medi-Cal。承保福利可以持續到您26歲生日那天。收入多少沒關係。您申請時，不需要填寫全套的Medi-Cal申請或提供收入或納稅的資訊。想馬上獲得承保福利，請跟您當地的縣辦公室聯繫。

## 保密的醫療服務

如果您不到21歲，您可以申請保密的服務。為了合格，您必須：

- 未婚並與您的父母同住，或
- 您的父母必須在經濟上對您負責，比如：大學生

申請或獲得承保時，您不需要父母的許可。服務包括計劃生育和妊娠護理、戒毒或戒酒治療、性傳染疾病、性侵犯以及心理健康。

## 250% 工作殘障人計劃 (Working Disabled Program)

「工作殘障人計劃」讓收入高於大多數Medi-Cal受益人的殘障成人有Medi-Cal。如果您通過社會保障局或您以前的工作單位已經掙下殘障收入，您或許合格。依據您的收入，計劃要求您繳付較低的、\$20 到\$250不等的月保費。為了合格，您必須：

- 滿足社會保障局對殘障的定義、已經有殘障收入，並且現在通過工作而掙得一定的薪資
- 符合計劃對勞動收入和非勞動收入的收入規定
- 符合其他計劃規定

## Medi-Cal Access Program (MCAP)

MCAP為懷孕婦女提供低費的綜合健康保險福利。對其承保的服務，MCAP 沒有共付額或抵扣額。MCAP的總費用是您修改調整後總收入的1.5%。比如：如果您的年收入是\$50,000，那您的健康保險費用將是\$750。您可以一次性支付或在12個月內每月分期支付。如果您懷孕並有Covered California 福利，您或許可以換到MCAP。加入MCAP 的個人所生的嬰兒符合Medi-Cal 嬰幼兒福利計劃或符合Medi-Cal。為了符合MCAP資格，您必須：

- 是加利福尼亞州居民
- 沒有加入免費Medi-Cal或Medicare 有Part A 和Part B (在申請時)
- 沒有別的任何健康保險計劃福利
- 在計劃收入限制規定的範圍內

欲瞭解MCAP的詳情，請訪問  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 或撥打  
**1-800-433-2611**。

## 居家支援服務 (In-Home Supportive Services-IHSS) 計劃

IHSS 幫助支付有關的服務，以便您可以安全地呆在自己的家。如果您符合Medi-Cal資格，您或許也符合IHSS資格。如果您不符合Medi-Cal資格，但如果您滿足其他的資格標準，您或許仍然有資格享受IHSS。如果您有無SOC的Medi-Cal，該計劃將支付您所有的IHSS服務費用。如果您的Medi-Cal有SOC，在您的任何IHSS服務費用被支付前您必須滿足您的Medi-Cal SOC。為了合格，您必須至少滿足下述其中一個條件：

- 65 歲和以上
- 盲人
- 殘障 (包括殘障孩童)
- 有一個慢性、可致殘疾病，這樣的疾病可致功能破壞、預計持續時間至少連續12個月或預計在12個月內可致死亡

IHSS可以授權有關服務，比如：

- 家政服務，比如清潔廚房檯面或衛生間
- 做飯
- 洗衣服
- 購買食品
- 個人護理服務
- 陪同去赴醫約
- 為在沒有監護下不能安全呆在家裡的心理疾病或心理失常患者提供的保護性監護服務
- 輔助醫療服務

欲瞭解詳情，請訪問  
<http://www.cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services>。

## 其他州健康服務

下面計劃的申請流程不同於Medi-Cal。您可以申請或用下面列出的聯繫資訊瞭解計劃的詳情。

### 乳腺癌和宮頸癌治療計劃 (Breast and Cervical Cancer Treatment Program)

「乳腺癌和宮頸癌治療計劃」為合格的低收入加利福尼亞居民提供癌症治療和相關服務。他們必須是通過「癌症甄別計劃」(Cancer Detection Program)、「每位婦女的生命都很重要」(Every Woman Counts)或通過「計劃生育、利用、護理和治療」等多個計劃(Family Planning, Access, Care and Treatment programs)甄別和/或加入的。為了合格，您的收入必須低於收入限制，並且需要乳腺癌和宮頸癌治療。欲瞭解詳情，請致電**1-800-824-0088** 或電郵 [BCCTP@dhcs.ca.gov](mailto:BCCTP@dhcs.ca.gov)。

### 基於家庭和社區的服務 (Home and Community-Based Services)

Medi-Cal 允許某些合格的老年人和殘障人士在家或在社區這樣的環境獲得治療，而不是在療養院或其他護理機構。基於家庭和社區的服務包括但不限於個案管理(支援和服務協調)、成人日間健康服務、康復(白天和住院)、管家、家庭健康助手、營養服務、療養服務、個人護理以及短期暫替護理。您必須符合全面Medi-Cal福利並滿足所有的計劃規定。欲瞭解詳情，請撥打DHCS, Integrated Systems of Care Division的電話號碼：**1-916-552-9105**。

### 加利福尼亞兒童服務計劃 (California Children's Services (CCS) Program)

CCS 計劃為符合CCS規定的醫學疾病情況、21歲以下的孩童提供診斷和治療服務、醫療個案管理、物理和職能治療服務。符合CCS規定的醫學疾病情況是那些致身體殘障或需要醫療、手術或康復服務的情況。CCS 計劃授權治療Medi-Cal 受益孩童的符合CCS規定的醫學疾病情況的有關服務並非大多數保健計劃承保的服務。Medi-Cal 保健計劃仍然提供與符合CCS規定的醫學疾病情況無關的基本護理以及預防性的健康服務。

欲申請CCS，跟您當地的縣CCS 辦公室聯繫。欲瞭解詳情，請訪問<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 或撥打 **1-916-552-9105**。



## 先天殘障人計劃 (Genetically Handicapped Person's Program-GHPP)

GHPP為住在加利福尼亞州、21歲以上並有符合GHPP規定的醫學疾病情況的人提供醫療和行政個案管理，並支付醫療必須服務費用。符合GHPP-規定病情是像血友病、囊腫性纖維化、苯酮尿症、鐮刀形紅血球病之類對健康造成嚴重影響的疾病。GHPP用「特別護理中心」(Special Care Centers-SCCs)系統。SCCs為患有符合特別病情資格的客戶提供綜合、協調的健康護理。如果服務不在保健計劃承保福利的範圍之內，GHPP會授權對符合GHPP規定的醫學疾病情況的Medi-Cal受益成人進行一年一度的SCC評估。

欲申請GHPP，請填妥申請表。將申請表傳真至 **1-800-440-5318**。欲瞭解詳情，請撥打**1-916-552-9105** 或訪問 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>。

## 可追溯 Medi-Cal (Retroactive Medi-Cal)

您申請**Medi-Cal**時，如果您有尚未支付的醫療或牙科服務賬單，您可以請求可追溯**Medi-Cal**。可追溯**Medi-Cal**可能幫您支付您申請日以前任何三個月的醫療或牙科服務賬單。

比如：如果您在**4月**申請了**Medi-Cal**，您或許可以獲得您在**1月、2月和3月**時接受的醫療或牙科服務賬單付款方面的幫助。

為了獲得可追溯**Medi-Cal**，您必須：

- 在您獲得醫療服務的那個月符合**Medi-Cal**資格
- 已經接受了**Medi-Cal**承保的醫療或牙科服務
- 在您接受了所承保服務當月起的一年內請求可追溯付款
- 您必須跟您當地的縣辦公室聯繫，請求可追溯**Medi-Cal**

比如：如果您在**2017年1月**因手臂骨折接受了治療，您在**2017年4月**申請了**Medi-Cal**，您就得在**2018年1月**以前請求可追溯**Medi-Cal**，以幫您支付有關的醫療賬單。

如果您已經支付了您在可追溯的三個月期間接受的醫療或牙科服務，**Medi-Cal**或許也可以幫您，讓您獲得退款。您必須在服務日算起的一年內，或在您**Medi-Cal**資格申請獲准後的**90天**內申請索償，以較長時間者為準。

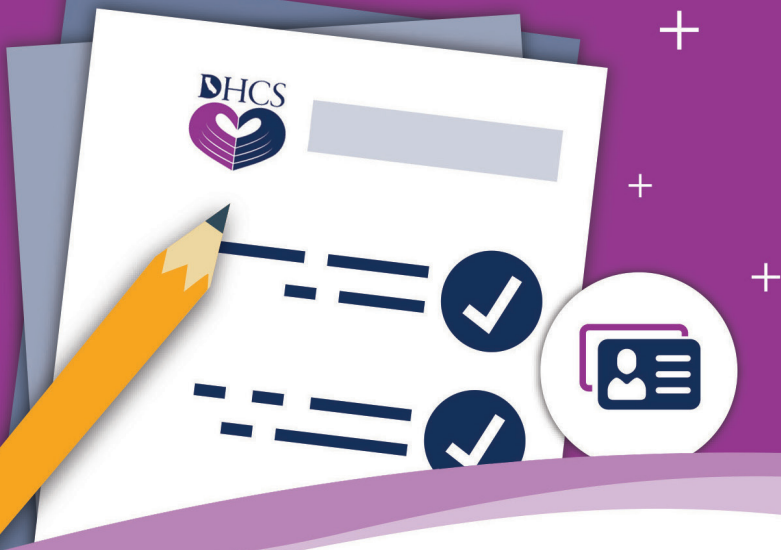
欲申請索償，您必須致電或寫信至：

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

醫療、心理健康、藥物濫用失常、以及居家支援服務索償

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

牙科服務費用索償。



# 更新& 延續我的 Medi-Cal

您必須在任何家庭變化的10天內向您當地的縣辦公室報告該變化。您可以親臨辦公室、線上、通過打電話、電郵或傳真報告該變化。變化可能影響您的Medi-Cal 資格。

您必須報告下述情況：

- 如果您結婚或離婚了
- 如果您有了一個孩子、收養了一個孩子或讓別人收養自己的一個孩子
- 如果您收入或資產有變化 (若適用的話)
- 如果您獲得其他任何保健承保福利，包括通過工作或一個計劃，比如 Medicare
- 如果您搬家，或居住在您家的人有變化
- 如果您的殘障狀況有變
- 如果您的納稅身份有變，包括稅收依附人有變
- 如果您的公民或移民身份有變
- 如果您入獄 (監牢、監獄等) 或出獄
- 如果您的美國印第安人或阿拉斯加土著人身份有變或所屬部落有變
- 您的姓名、生日或SSN有變
- 如果您有其他可能影響您收入或家庭人口的任何變化

## 如果我搬到加利福尼亞州的另一個縣，我該怎麼辦？

如果您搬到加利福尼亞州的另一個縣，您可以將您的 Medi-Cal 個案轉移到新縣。這叫做「縣與縣

間的轉移」(Inter-County Transfer-ICT)。您必須在變化的10天之內向老縣或新縣報告您的地址有變。您可以在網上、親臨辦公室或通過電話、電郵或傳真報告您的地址有變。您在老縣的管理護理保健計劃福利將在地址變化當月的最後一天終止。您將需要加入到您新縣的管理護理保健計劃。

當您暫時離開您所在的縣時，您的Medi-Cal 將不會轉移。這包括孩子上大學或當您照顧一個生病的親戚。跟您當地的縣辦公室聯繫，告訴他們您家庭成員搬到新縣這一臨時的地址變化。當地的縣辦公室將更新地址，以便您的家庭成員可以加入新縣的保健計劃。

## 我如何延續我的Medi-Cal福利？

為了保留您的Medi-Cal 福利，您必須至少一年延續一次。如果您當地的縣辦公室不能用電子資源延續您的Medi-Cal 福利，他們將寄給您一張延續表。您將需要提供新的或有變的資訊。您也需要提供您的最新資訊。您可以在網上、親臨辦公室或通過電話或您縣提供的其他電子方式提交您的資訊。如果您寄回或親臨辦公室遞交延續表，您必須在該表上簽字。

如果您在截止日前不提供所需資訊，您的Medi-Cal福利將終止。您當地的縣辦公室將郵寄給您一封「行動通知。」您有90天的時間向您當地的縣辦公室提供所有遺漏資訊，而不需要重新申請。如果您在90天內提供所有遺漏資訊，並且仍然符合Medi-Cal資格，您當地的縣辦公室將恢復您的Medi-Cal，讓您的福利沒有間斷。

# 權利&責任



您申請Medi-Cal時，您將得到一張列有您的權利和責任的清單。這包括報告地址或收入變化的要求、或如果家庭某成員懷孕或生育等。您可以致電您當地的縣辦公室或在線找到您最新的權利和責任清單：

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

## 上訴和聽證權利

### 保健護理服務和福利

如果您不同意對一項保健護理服務或福利的否決，您有權請求上訴。

如果您在一個 Medi-Cal Managed Care 計劃內並且您收到一封「行動通知」，告訴您一項保健護理服務或福利被否決，您有權請求上訴。

您必須在「行動通知」上列出日算起的 60 天內提出上訴。在您提出上訴後，計劃將在 30 天內給您寄一封決定信。如果您在 30 天內沒收到任何決定或對計劃的決定不滿，您則可以請求一次州公平聽證。一位法官將審閱您的個案。在**您請求州公平聽證以前**，您必須先向您的計劃提出上訴。您必須在計劃給出上訴的書面決定日算起的120天內請求一次州公平聽證。

如果您在按服務收費的 Medi-Cal 內，並且您收到一封「行動通知」，告訴您一項保健護理服務或福利已被否決，您有權立即請求一次州公平聽證。您必須在「行動通知」上列出日算起的 90 天內請求

一次州公平聽證。

如果您對有關您的 Medi-Cal 申請或資格性的狀況有異議，您也有權請求一次州公平聽證。比如以下情況時：

- 您不同意縣或州對您的 Medi-Cal 申請所採取的行動
- 縣沒有在45天或90天內對您的 Medi-Cal 申請給出任何決定
- 您的 Medi-Cal 資格性或「成本分攤額」有變

### 資格決定

如果您收到一封「行動通知」，告訴您一個有關您資格的決定，但您不同意該決定，您可以跟您縣的資格管理人員交談，並 / 或請求一次州公平聽證。如果您不能通過縣解決您的分歧，您必須在「行動通知」上列出日算起的90天內請求一次州公平聽證。您可以通過聯絡您當地的縣辦公室請求州公平聽證。您也可以致電或寫信至：

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)

您也可以在線提交聽證請求：

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

如果您認為或您因性別、種族、膚色、宗教、祖先、國家原籍、族群認同、年齡、心理殘障、身體殘障、醫療情況、基因信息、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而遭到非法歧視，您可以向DHCS 民權辦公室 (Office of Civil Rights) 投訴。

您可以參閱第21頁有關「聯邦規定通知告知個人有關不歧視和殘障便利設施要求」的內容，瞭解如何針對受到的歧視而進行投訴。

## 有關州公平聽證

州將告訴您他們收到您的聽證請求。您將收到一個通知，告訴您聽證時間、日期和地點。一位聽證代表將審閱您的個案，盡力解決您的問題。如果縣/州提出解決您問題的協定，您將收到協定的書面內容。

您可以出具書面許可，讓您的朋友、家人或支持者在公證時幫助您。如果您不能完全解決您跟縣或州的問題，您或您的代表必須出席州公平聽證。您的聽證可以是親臨現場或在電話上。一名不為縣或Medi-Cal 計劃工作的法官將聆聽您的個案。

您有權獲得免費的語言翻譯幫助。在您的聽證請求上列出您的語言。或者告訴聽證代表您想要一個免費的口譯。在聽證時，您不可以用家人或朋友作為您的翻譯。

如果您殘障，需要合理的殘障便利安排以便能完全參與州聽證過程，您可以撥打 **1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349)**。您也可以電郵至 [SHDCSU@DSS.ca.gov](mailto:SHDCSU@DSS.ca.gov)。

欲獲得聽證幫助，您可以請求一個法律援助轉介。您可以在當地法律援助或福利權利辦公室獲得免費的法律幫助。

## 第三方責任

如果您受傷，您或許可以用您的Medi-Cal 獲得醫療服務。如果您因受傷遭受損失而提出保險索賠或起訴某人，您必須在提出索賠或採取行動的30天之內通知 Medi-Cal 人身傷害 (Personal Injury-PI) 計劃。您必須告訴您當地的縣辦公室和PI計劃。

欲通知Medi-Cal PI計劃，請填寫「人身傷害通知 (新個案)」表。您可以在下面的網站找到該表。如果您沒有互聯網，您可以請您的律師或保險公司代表替您通知Medi-Cal PI計劃。您可以在 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 找到通知和更新表格。

如果您雇了一名律師代表您提出索賠或訴訟，您的律師則負責通知Medi-Cal PI 計劃並出具一封授權信。這樣的授權信將允許Medi-Cal 工作人員跟您的律師聯繫，討論您的人身傷害個案。Medi-Cal 不提供代表或律師轉介。工作人員可以提供有助於律師瞭解與關流程的資訊。

## 遺產追討

Medi-Cal計劃必須通過過世Medi-Cal成員的某些遺產對所支付的醫療費用尋求賠付。賠款限於所支付的款項，包括管理護理保費、療養院服務、基於家庭和社區的服務以及相關的醫院和處方藥服務，這些服務是受益人：

- 住在療養院，或
- 在自己55歲生日當日或以後收到的基於家庭和社區的服務

如果過世的成員並無需遺囑認證的遺產或去世時一無所有，那她或他將不欠分文。

欲瞭解詳情，請訪問<http://dhcs.ca.gov/er> 或撥打 **1-916-650-0590**

## Medi-Cal欺詐

### 受益人對此的責任

一個受益人在獲得服務前必須總是向提供方提供 Medi-Cal 承保證明。如果為您提供醫療或牙科服務的提供者不止一個，您應該告訴每個醫生或牙醫您還在別的醫生或牙醫那兒獲得護理。

不濫用或恰當使用您的Medi-Cal 福利是您的責任。以下情況構成**犯罪**：

- 讓他人用您的Medi-Cal福利
- 向提供者提供錯誤聲明以獲得相關藥品
- 出售或將您的BIC 借給任何人或將您的BIC 給其他人，而並非按Medi-Cal規定給您的服務提供者

亂用BIC/Medi-Cal 福利是犯罪。這可導致對您採取不利行動或刑事起訴。如果您懷疑有Medi-Cal 欺詐、浪費或濫用行為，請撥打 **1-800-822-6222**，做保密彙報。

### 聯邦要求通知告知個人有關不歧視和殘障便利設施要求

DHCS遵守相關適用聯邦和州民權法律。DHCS 不會基於性別、種族、膚色、宗教、祖先、國家原籍、族群認同、年齡、心理殘障、身體殘障、醫療情況、基因信息、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而進行非法歧視。DHCS 不會基於性別、種族、膚色、宗教、祖先、國家原籍、族群認同、年齡、心理殘障、身體殘障、醫療情況、基因信息、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而對有關人員進行非法排斥或區別對待。DHCS:

- 為殘障人士提供免費幫助和服務，以讓他們可以有效地跟DHCS交流，比如：
  - 合格的手語翻譯
  - 以其他格式撰寫的書面資訊，比如：大字體、有聲、殘障便利電子格式和其他格式
- 為母語非英語的人提供免費的語言服務，比如：
  - 合格的口譯人員
  - 用其他語言撰寫的資訊

如果您需要這些服務，請撥打「民權辦公室」的

電話號碼：**1-916-440-7370, (Ext. 711, California State Relay)** 或電郵給 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)。

如果您認為DHCS 未給您提供這些服務，或您認為您因為性別、種族、膚色、宗教、祖先、國家原籍、族群認同、年齡、心理殘障、身體殘障、醫療情況、基因信息、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向脈衝線以其他方式被歧視，您可以投訴給：

**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)**

如果您需要投訴幫助，民權辦公室可以幫您。在有投訴表

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

如果您相信您因為種族、膚色、國家原籍、年齡、殘障或性別而遭到了歧視，您也可以向美國健康和人類服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 民權辦公室提出民權投訴。您可以在民權辦公室 (Office for Civil Rights) 的投訴門戶網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 遞交電子投訴或您可以致電：

**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**

您也可以在獲得投訴表：

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

# 重要的資源



線上

主要的Medi-Cal 網站：  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

下載myMedi-Cal 智慧手機應用幫您 瞭解更多承包福利 找到本地幫助及更多!



電話號碼

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

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

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

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

**Covered California:**  
**1-800-300-1533**

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

本文件符合508節便利性標準。本刊物也可以提供盲文版、大字體以及其他電子格式，以回應一個合格的殘障人士提出的合理的殘障便利性要求。想要得到一份以其他格式撰寫的本材料，請撥打Medi-Cal資格部」的電話號碼：  
**1-916-552-9200 (TTY 1-800-735-2929)** 或電郵給 [MCED@dhcs.ca.gov](mailto:MCED@dhcs.ca.gov)。

## 語言協助

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

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فيمكنك الاتصال برقم المجانية بلغتك. اتصل بمكتب المقاطعة المحلي للمشكلات أو الأسئلة المتعلقة بالتأهل. (Arabic)

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 អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ ជាភាសារបស់អ្នក។ ទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកសម្រាប់បញ្ហាទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបានសេវា ឬក្នុងករណីមានសំណួរណាមួយ។ (Cambodian)

注意：如果您使用中文，請撥打1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) 免費獲得以您所用語言提供的協助。關於資格的爭議或問題請致電您所在縣的辦事處。(Chinese)

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، می توانید برای دریافت کمک رایگان به زبان خود با شماره 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) تماس بگیرید. برای مسائل مربوط به صلاحیت یا سوالات، با دفتر محلی شهرستان خود تماس بگیرید. (Farsi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषी हैं, तो आप अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता के लिए 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) पर कॉल कर सकते हैं। योग्यता संबंधी समस्याओं या प्रश्नों के लिए अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय को कॉल करें। (Hindi)

Lus Ceeb Toom: Yog tias koj hais lus Hmoob, koj tuaj yeem hu rau tus xov tooj 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) kom tau kev pab koj dawb ua koj hom lus. Hu rau lub chaw lis dej num hauv koj lub nroog txog cov teeb meem kev tsim nyog tau txais kev pab los yog cov lus nug. (Hmong)

注意: ご希望により、1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) へお電話いただければ日本語で対応いたします。有資格問題または質問などは、地域の代理店までお電話ください。(Japanese)

주의: 한국어를 말하면, 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) 번으로 무료로 도움을 받으실 수 있습니다. 적격 문제 또는 질문은 해당 지역 카운티 사무소에 문의하십시오. (Korean)

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

Waac-mbung: Se gorngv meih gongv mien waac nor, maaiv zuqc cuotv nyaanh gunv korh waac mingh taux 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) yiem wuov maaiah 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 maaiah fai maaiv maaiah 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)

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

PUB 68 | 由DHCS製作  
Office of Communications



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