myMedi-Cal

วิธีการรับบริการสุขภาพที่คุณต้องการ

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
HEALTH CARE SERVICES

สารบัญ

3 การประกันสุขภาพในรัฐแคลิฟอร์เนีย

Medi-Cal และ Covered California
ข้อกำหนด Medi-Cal
การเปรียบเทียบโครงการ Medi-Cal

8 ฉันจะสมัครได้อย่างไร

วิธีการสมัคร
ระยะเวลาดำเนินการใบสมัคร

10 ฉันจะใช้สิทธิประโยชน์ Medi-Cal ของฉันได้อย่างไร

การพบแพทย์
Medi-Cal แบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้ (Fee-for-Service)
Medi-Cal แบบแบ่งปันต้นทุน (Share of Cost-SOC)
Medi-Cal แบบจัดบริการ (Managed Care)
หากฉันมีประกันสุขภาพอื่น
ความช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
การใช้ Medicare และ Medi-Cal ร่วมกัน

18 สิทธิประโยชน์ที่ Medi-Cal ครอบคลุม

บริการทางการแพทย์ทั่วไป
โครงการผู้ติดสารเสพติด (Substance Use Disorder Program)
บริการทางทันตกรรม
การตรวจคัดโรค การวินิจฉัย และการรักษาในระยะแรกเริ่มและต่อเนื่องเป็นระยะ (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment-EPSDT)
บริการรับส่ง
บริการสุขภาพจิตเฉพาะทาง

22 โครงการและบริการสุขภาพอื่น ๆ

Medi-Cal ที่มีผลย้อนหลัง (Retroactive Medi-Cal)

27 การเปลี่ยนแปลงข้อมูลและการต่ออายุ Medi-Cal ของฉัน

การแจ้งการเปลี่ยนแปลงในครัวเรือน
การย้ายออกจากเทศมณฑลหรือรัฐ
การต่ออายุ Medi-Cal ของฉัน

29 สิทธิและหน้าที่

สิทธิการอุทธรณ์และการรับฟังคดี
การรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐ
ความรับผิดของบุคคลที่สาม (Third Party Liability)
การชำระคืนด้วยทรัพย์มรดก (Estate Recovery)
การฉ้อฉล Medi-Cal
ข้อกำหนดด้านการไม่เลือกปฏิบัติและการเข้าถึง

การประกันสุขภาพในรัฐแคลิฟอร์เนีย

“Medi-Cal ของฉัน: วิธีการรับบริการสุขภาพที่คุณต้องการ” อธิบายให้ชาวแคลิฟอร์เนียเข้าใจถึงวิธีการสมัคร Medi-Cal เพื่อให้มีประกันสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยคุณจะได้เรียนรู้ว่าคุณต้องทำอย่างไรเพื่อให้ได้รับสิทธิ นอกจากนี้ คู่มือนี้ยังอธิบายถึงวิธีการใช้สิทธิประโยชน์ Medi-Cal ของคุณ อีกทั้งระบุว่าคุณต้องแจ้งการเปลี่ยนแปลงเมื่อใด คุณควรเก็บคู่มือนี้ไว้เพื่ออ้างอิงเมื่อคุณมีคำถามเกี่ยวกับ Medi-Cal

รัฐแคลิฟอร์เนียมีสองทางเลือกในการได้มาซึ่งประกันสุขภาพ นั่นคือ “Medi-Cal” และ “Covered California” ทั้งสองโครงการใช้ใบสมัครเดียวกัน

Medi-Cal คืออะไร

Medi-Cal เป็นโครงการ Medicaid ของรัฐบาลกลางในรูปแบบของรัฐแคลิฟอร์เนีย Medi-Cal มีประกันสุขภาพประเภทไม่เสียค่าใช้จ่ายและประเภทเสียค่าใช้จ่ายน้อยให้กับผู้ที่มีคุณสมบัติครบและอาศัยอยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย

Department of Health Care Services (DHCS) เป็นผู้ดูแลโครงการ Medi-Cal

สำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณเป็นผู้ดูแลเรื่อง Medi-Cal ส่วนใหญ่ให้กับ DHCS คุณสามารถติดต่อสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณที่ ***www.benefitscal.com*** นอกจากนี้คุณยังสามารถโทรติดต่อสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ

คุณสามารถค้นหาหมายเลขโทรศัพท์ของสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ โดยไปที่:

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

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

สำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณจะพิจารณาจากหลายปัจจัยเพื่อระบุว่าคุณสามารถรับความช่วยเหลือประเภทใดจาก Medi-Cal ปัจจัยเหล่านี้รวมถึง:

- จำนวนรายได้ของคุณ
- อายุของคุณ
- อายุของบุตรของคุณในใบสมัคร

- การตั้งครรภ์ ตาบอด หรือทุพพลภาพของคุณ
- การรับบริการ Medicare

บุคคลส่วนใหญ่ที่สมัคร Medi-Cal สามารถตรวจสอบว่าตนมีคุณสมบัติครบหรือไม่จากรายได้ของตน สำหรับ Medi-Cal บางประเภท อาจต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับสินทรัพย์และทรัพย์สินด้วย สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูการเปรียบเทียบโครงการ Medi-Cal ที่หน้า 6

Covered California คืออะไร

Covered California เป็นตลาดแผนประกันสุขภาพของรัฐ คุณสามารถเปรียบเทียบแผนประกันสุขภาพจากบริษัทประกันชื่อดัง หรือเลือกซื้อแผนประกันสุขภาพ หากรายได้ของคุณสูงเกินไปสำหรับ Medi-Cal คุณอาจมีสิทธิซื้อแผนประกันสุขภาพผ่าน Covered California

Covered California มีบริการ “ความช่วยเหลือระดับพรีเมียม (premium assistance)” ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพสำหรับบุคคลและครอบครัวที่สมัครเป็นสมาชิกแผนประกันสุขภาพของ Covered California และมีรายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด คุณจะมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือพรีเมียมต่อเมื่อรายได้ของคุณอยู่ในช่วงรายได้ตามที่โครงการ Covered California กำหนด

Covered California มีความครอบคลุมสี่ระดับให้เลือกได้แก่ ระดับทองแดง ระดับเงิน ระดับทอง และระดับแพลตินัม สิทธิประโยชน์ในแต่ละระดับจะเหมือนกันไม่ว่าคุณจะเลือกบริษัทประกันสุขภาพใดก็ตาม รายได้ของคุณและปัจจัยอื่น ๆ จะมีกำหนดโครงการที่คุณมีสิทธิเข้าร่วม

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ Covered California ไปที่ ***www.coveredca.com*** หรือโทร **1-800-300-1506 (TTY 1-888-889-4500)**

ข้อกำหนดในการรับบริการ Medi-Cal มีอะไรบ้าง

การที่จะมีสิทธิ์รับบริการ Medi-Cal คุณต้องอาศัยอยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนียและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คุณต้องให้ข้อมูลรายได้และสถานะการยื่นภาษีสำหรับสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่อยู่ในใบยื่นขอคืนภาษีของคุณ อีกทั้งคุณอาจต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพย์สินของคุณ

คุณไม่จำเป็นต้องยื่นภาษีเพื่อที่จะมีสิทธิรับบริการ Medi-Cal สำหรับคำถามเกี่ยวกับการยื่นภาษี โปรดพูดคุยกับกรมสรรพากร (Internal Revenue Service-IRS) หรือผู้เชี่ยวชาญด้านภาษี

บุคคลทุกคนที่สมัคร Medi-Cal จะต้องระบุหมายเลขประกันสังคม (Social Security Number-SSN) ของตน (ถ้ามี) ทุกคนที่ขอรับบริการ Medi-Cal จะต้องให้ข้อมูลด้านสถานะคนเข้าเมืองของตน ข้อมูลสถานะคนเข้าเมืองที่ระบุในใบสมัคร Medi-Cal จะเป็นความลับ หน่วยงานบริการด้านความเป็นพลเมืองและคนเข้าเมืองของสหรัฐอเมริกา (United States Citizenship and Immigration Services) ไม่สามารถใช้ข้อมูลนี้เพื่อการบังคับใช้กฎหมายคนเข้าเมืองนอกจากว่าคุณกำลังทำการฉ้อฉล

ผู้ใหญ่ 19 ขึ้นไปอาจมีสิทธิรับสิทธิประโยชน์ Medi-Cal ที่จำกัด แม้ว่าจะไม่มีหมายเลขประกันสังคม

(Social Security Number-SSN)
หรือไม่สามารถพิสูจน์สถานะคนเข้
าเมืองของตนก็ตาม
สิทธิประโยชน์เหล่านี้จะครอบคลุมบริการฉุกเฉิน
บริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์
และบริการสุขภาพระยะยาว (long-term care)

คุณสามารถสมัคร Medi-Cal
ให้กับลูกของคุณได้แม้ว่าคุณจะไม่ได้มีคุณสมบัติ
ครบในการรับสิทธิประโยชน์เต็มรูปแบบ

ในรัฐแคลิฟอร์เนีย สถานะคนเข้าเมืองไม่มีผลกระ
ทบต่อสิทธิประโยชน์ Medi-Cal
สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี
เด็กอาจมีสิทธิรับสิทธิประโยชน์ Medi-Cal
เต็มรูปแบบไม่ว่าจะมีสถานะคนเข้าเมืองใดก็ตาม

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อก
าหนดของโครงการ Medi-Cal
โปรดอ่านการเปรียบเทียบโครงการ Medi-Cal
ในหน้าถัดไป

คุณรู้หรือไม

**หากคุณมีคุณสมบัติครบสำ
หรับ Supplemental Security
Income-SSI
คุณจะถือว่ามีคุณสมบัติครบสำ
หรับ SSI-linked Medi-Cal
โดยอัตโนมัติ**

**สำนักงานเทศมณฑลในพื้
นที่ของคุณสามารถให้ความ
ช่วยเหลือในบางปัญหาที่เกี่ย
วข้องกับ SSI Medi-Cal ทางส
านักงานจะแจ้งคุณหากคุณต้
องติดต่อส
านักงานประกันสังคม
(Social Security) เพื่อที่จะแก้
ปัญหา**

การเปรียบเทียบโครงการ Medi-Cal

MAGI vs. Non-MAGI

Medi-Cal ตามรายได้รวมปรับแปลง (Modified Adjusted Gross Income-MAGI) ใช้ข้อกำหนดทางภาษีระดับประเทศ เพื่อพิจารณาว่าคุณมีสิทธิหรือไม่ตามวิธีการยื่นภาษีและรายได้ที่นับได้ของคุณ

Non-MAGI Medi-Cal ประกอบด้วยโครงการพิเศษหลายโครงการ ผู้ที่ไม่มีสิทธิสำหรับ MAGI Medi-Cal อาจมีสิทธิสำหรับ Non-MAGI Medi-Cal

ผู้ที่มีสิทธิ:

- เด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี
- ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กที่ยังไม่ได้บรรลุนิติภาวะ
- ผู้ใหญ่อายุ 19 จนถึง 64 ปี
- ผู้ที่ตั้งครรภ์

- ผู้ใหญ่อายุ 65 ปี หรือมากกว่า
- เด็กอายุต่ำกว่า 21 ปี
- ผู้ที่ตั้งครรภ์
- ผู้ปกครอง/ญาติที่ดูแลเด็กที่มีอายุอยู่ในเกณฑ์
- ผู้ใหญ่หรือเด็กที่อยู่ในสถานพยาบาลระยะยาว
- ผู้ที่รับบริการ Medicare
- ผู้ที่ตาบอดหรือทุพพลุภาพ

ข้อกำหนดด้านทรัพย์สิน:

ไม่มีข้อจำกัดด้านทรัพย์สิน

- ต้องรายงานและแสดงหลักฐานของทรัพย์สิน เช่น รถยนต์ บัญชีธนาคาร หรือบ้านเช่า
- ข้อจำกัดด้านจำนวนทรัพย์สินในครัวเรือน

สำหรับทั้ง MAGI และ Non-MAGI:

- สำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่จะตรวจสอบข้อมูลการสมัครของคุณ คุณอาจต้องแสดงหลักฐานเพิ่มเติม
- คุณต้องอาศัยอยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย
- ผู้สมัครที่เป็นพลเมืองสหรัฐอเมริกาหรืออาศัยอยู่ในประเทศอย่างถูกกฎหมายจะต้องแจงหมายเลขประกันสังคม (SSN)
- คุณต้องสมัครรายได้ทุกประเภทที่คุณอาจมีสิทธิได้รับ เช่น สิทธิประโยชน์การว่างงาน (unemployment benefits) และ การประกันทุพพลภาพของรัฐ (State Disability Insurance)
- คุณต้องปฏิบัติตามข้อบังคับด้านการช่วยเหลือทางการแพทย์ * ซึ่งจะ:
  - ระบุความเป็นบิดาของบุตรที่เกิดนอกสมรส
  - หาความช่วยเหลือด้านการแพทย์สำหรับเด็กที่ไม่มีผู้ปกครอง

  **หากคุณคิดว่าคุณมีเหตุผลที่ดีเพื่อที่จะไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดนี้ โปรดโทรติดต่อสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ*

ฉันจะสมัครได้อย่างไร

คุณสามารถสมัคร Medi-Cal ตลอดทั้งปีผ่านทางไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร หรืออีเมล นอกจากนี้ คุณยังสามารถสมัครทางออนไลน์หรือด้วยตนเอง

คุณสามารถสมัครประกันสุขภาพของ Covered California ในช่วงวันที่ที่กำหนดเท่านั้น สำหรับข้อมูลวันที่ที่คุณสามารถสมัครได้ โปรดเข้าไปที่ ***www.coveredca.com*** หรือโทร **1-800-300-1506 (TTY 1-888-889-4500)**

สมัครทางไปรษณีย์:

คุณสามารถสมัคร Medi-Cal และ Covered California ผ่านการสมัครที่มีประสิทธิภาพระบบเดียว (Single Streamlined Application) คุณสามารถรับใบสมัครเป็นภาษาอังกฤษและภาษาอื่น ๆ ได้ที่: ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal*** ส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์ไปที่สำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ

ค้นหาที่อยู่สำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ ที่: *http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal*

นอกจากนี้ คุณสามารถส่งใบสมัครไปที่:
Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

สมัครทางโทรศัพท์ โทรสาร หรืออีเมล:

คุณสามารถโทรติดต่อสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ คุณสามารถค้นหาหมายเลขโทรศัพท์ได้จากเว็บไซต์ ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal*** หรือโทรติดต่อ Covered California ที่ **1-800-300-1506**

สมัครทางออนไลน์:

www.benefitscal.com

หรือ

www.coveredca.com

สมัครด้วยตนเอง:

ค้นหาสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณจาก ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal*** คุณสามารถรับความช่วยเหลือในการสมัคร

นอกจากนี้คุณสามารถค้นหาผู้ให้คำปรึกษาที่ได้รับการรับรอง (Certified Enrollment Counselor) หรือ ตัวแทนประกัน (Insurance Agent) ของ Covered California ที่ ***www.CoveredCA.com/get-help/local/***

ใบสมัครของฉันจะใช้เวลาดำเนินการนานเท่าใด

ใบสมัคร Medi-Cal ของคุณอาจใช้เวลาดำเนินการนานถึง 45 วัน หากคุณสมัคร Medi-Cal ตามสิทธิของผู้ทุพพลภาพ อาจใช้เวลาดำเนินการนานถึง 90 วัน สำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณหรือ Covered California จะเป็นผู้ส่งจดหมายผลการพิจารณาคุณสมบัติของคุณ จดหมายนี้เรียกว่า "คำบอกกล่าวการดำเนินการ (Notice of Action)" หากคุณไม่ได้รับจดหมายฉบับนี้ภายใน 45 หรือ 90 วัน คุณสามารถขอ "การรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐ (State Fair Hearing)" นอกจากนี้ คุณยังสามารถขอการรับฟังคดีหากคุณไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณา สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดอ่าน "สิทธิการอุทธรณ์และการรับฟังคดี" ในหน้า 29

คุณรู้หรือไม่

มีความเป็นไปได้ที่สมาชิกในครอบครัวเดียวกันอาจมีคุณสมบัติครบสำหรับทั้ง Medi-Cal และ Covered California นั่นเป็นเพราะว่าเกณฑ์คุณสมบัติของ Medi-Cal แตกต่างกันระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ ยกตัวอย่างเช่น

การประกันสุขภาพของครัวเรือนหนึ่งที่มีผู้ปกครองสองคนและเด็กหนึ่งคนอาจเป็นดังนี้:

ผู้ปกครอง — มีสิทธิเข้าร่วมแผนประกันสุขภาพ Covered California และรับการลดหย่อนภาษีและการแบ่งปันต้นทุนเพื่อลดค่าใช้จ่าย

เด็ก — มีสิทธิรับ Medi-Cal โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายน้อย

ฉันจะใช้สิทธิประโยชน์ Medi-Cal ของฉันได้อย่างไร

Medi-Cal ครอบคลุมบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งรวมถึงการนัดพบแพทย์และทันตแพทย์ ยาตามใบสั่งแพทย์ บริการสุขภาพสายตา การวางแผนครอบครัว บริการสุขภาพจิต และการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ Medi-Cal ยังครอบคลุมการเดินทางไปรับบริการเหล่านี้อีกด้วย อ่านข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ “Covered Benefits” ในหน้า 18

เมื่อคุณได้รับการอนุมัติแล้ว คุณสามารถใช้สิทธิประโยชน์ Medi-Cal ได้ทันที ผู้รับสิทธิประโยชน์ใหม่ที่ผ่านการอนุมัติสำหรับ Medi-Cal จะได้รับบัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์ (Benefits Identification Card-BIC) ของ Medi-Cal ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ให้บริการทางทันตกรรมของคุณต้องใช้บัตรประจำตัวผู้รับสิทธิ ระโยชน์ของคุณเพื่อให้บริการและส่งใบเก็บเงินไปที่ Medi-Cal ผู้รับสิทธิประโยชน์ใหม่ และผู้ที่ขอบัตรใหม่จะได้รับบัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์รูปแบบใหม่ที่มีรูปดอกป๊ อป ปี้ประจำรัฐแคลิฟอร์เนีย รูปแบบบัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์ (Benefits Identification Card-BIC) ทั้งสองแบบที่แสดงดังต่อไปนี้สามารถใช้ได้:

โปรดติดต่อสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ หาก:

- คุณไม่ได้รับบัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์ (Benefits Identification Card-BIC) ของคุณ
- บัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์ (Benefits Identification Card-BIC) ของคุณหาย

- บัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์ (Benefits Identification Card-BIC) ของคุณมีข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง
- บัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์ (Benefits Identification Card-BIC) ของคุณถูกขโม

เมื่อมีการส่งบัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์ (Benefits Identification Card-BIC) ใบใหม่ไปให้คุณแล้ว คุณจะไม่สามารถใช้บัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์ใบเก่าของคุณ

คุณสามารถค้นหาหมายเลขโทรศัพท์ของสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ ที่:

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

หรือโทร:

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

ฉันจะพบแพทย์ได้อย่างไร

ผู้คนส่วนใหญ่ที่เป็นสมาชิก Medi-Cal จะพบแพทย์ผ่านแผน Medi-Cal Managed Care แผนประกันสุขภาพเหล่านี้เหมือนกับแผนประกันสุขภาพของบริษัทเอกชน คุณสามารถอ่านข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแผนประกันสุขภาพจัดบริการในหน้าถัดไป

อาจใช้เวลาหลายสัปดาห์ในการกำหนดแผน Medi-Cal Managed Care ของคุณ เมื่อคุณสมัคร Medi-Cal เป็นครั้งแรก หรือหากคุณมีสถานการณ์เฉพาะ คุณอาจต้องพบแพทย์ผ่านบริการ “Medi-Cal แบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้”

Medi-Cal แบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้ (Fee-for-Service) คืออะไร

บริการแบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช (Fee-For-Service) เป็นวิธีการหนึ่งที่ Medi-Cal ชำระค่าบริการแก่แพทย์และผู้ให้บริการอื่น ๆ เมื่อคุณสมัคร Medi-Cal เป็นครั้งแรก คุณจะได้รับสิทธิประโยชน์ผ่าน Medi-Cal แบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้ (Fee-for-Service) ไปจนกว่าคุณจะได้เข้าร่วมแผนประกันสุขภาพจัดบริการเป็นที่เรียบร้อย

ก่อนที่คุณจะรับบริการทางการแพทย์หรือบริการทางทันตกรรม โปรดสอบถามผู้ให้บริการว่ารับการชำระเงินของ Medi-Cal แบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช (Fee-for-Service) หรือไม่ ผู้ให้บริการมีสิทธิปฏิเสธคนไข้ของ Medi-Cal หากคุณไม่ได้แจ้งผู้ใหบริการว่าคุณมี Medi-Cal คุณอาจต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์หรือบริการทางทันตกรรมด้วยตนเอง

ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์หรือทางทันตกรรมจะได้รับการชำระในการครอบคลุมแบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้ (Fee-for-Service) อย่างไร

ผู้ให้บริการของคุณจะใช้บัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์ (Benefits Identification Card-BIC) เพื่อรับรองว่าคุณมี Medi-Cal ผู้ให้บริการของคุณจะทราบว่า Medi-Cal จะจ่ายค่ารักษาทางการแพทย์หรือค่ารักษาทางทันตกรรมหรือไม่ บางครั้งคุณอาจต้อง จ่าย "ส่วนร่วมจ่าย" ของค่ารักษา คุณอาจต้องจ่าย $1

ทุกครั้งที่คุณรับบริการทางการแพทย์ บริการทางทันตกรรม หรือยาตามใบสั่งแพทย์ คุณอาจต้องจ่าย $5 หากคุณไปที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเมื่อคุณไม่ได้มีความจำเป็นต้องรับบริการฉุกเฉิน ผู้รับสิทธิประโยชน์ที่อยู่ในแผนประกันสุขภาพจัดบริการไม่ต้องจ่ายส่วนร่วมจ่าย

มีบางบริการที่คุณต้องได้รับการอนุมัติจาก Medi-Cal ก่อนที่จะสามารถรับบริการ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูที่หน้า 13

ฉันจะรับบริการทางการแพทย์หรือบริการทางทันตกรรมอย่างไรเมื่อฉันต้องมี การแบ่งปันต้นทุน (Share of Cost-SOC)

โครงการ Non-MAGI Medi-Cal บางโครงการกำหนดให้คุณต้องจ่ายค่าแบ่งปันต้นทุน (Share of Cost-SOC) คำบอกกล่าวการดำเนินการ (Notice of Action) ที่คุณจะได้รับหลังจากการอนุมัติ Medi-Cal ของคุณจะระบุว่าคุณมีค่าการแบ่งปันต้นทุนหรือไม่ อีกทั้งจะระบุจำนวนยอดการแบ่งปันต้นทุนไว้ด้วย ยอดการแบ่งปันต้นทุนเป็นจำนวนที่คุณต้องจ่ายหรือสัญญาที่จะจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการสำหรับบริการสุขภาพหรือบริการทางทันตกรรมก่อนที่ Medi-Cal จะเริ่มจ่าย

ยอดการแบ่งปันต้นทุนจะเริ่มนับใหม่ในแต่ละเดือน คุณต้องจ่ายการแบ่งปันต้นทุนเฉพาะในเดือนที่คุณได้รับบริการสุขภาพ และ/หรือ บริการทางทันตกรรม ยอดการแบ่งปันต้นทุนจะต้องจ่ายแก่ผู้ให้บริการสุขภาพหรือผู้ให้บริการทางทันตกรรม ไม่ได้จ่ายให้แก่ Medi-Cal หรือรัฐ ผู้ให้บริการอาจอนุญาตให้คุณจ่ายค่าบริการที่หลังแทนที่จะจ่ายหมดในครั้งเดียว ในบางเทศมณฑล หากคุณมียอดการแบ่งปันต้นทุน คุณจะไม่สามารถสมัครเข้าแผนประกันสุขภาพจัดบริการ

หากคุณจ่ายค่าบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการที่ไม่รับ Medi-Cal คุณสามารถนับค่าบริการนั้นเป็นส่วนหนึ่งของยอดการแบ่งปันต้นทุนของคุณได้ คุณต้องนำใบเสร็จที่แสดงค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพเหล่านั้นไปที่สำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ เจ้าหน้าที่สำนักงานจะหักลบจำนวนนั้นออกจากยอดการแบ่งปันต้นทุนที่คุณต้องจ่าย

คุณอาจสามารถลดยอดการแบ่งปันต้นทุนของคุณในเดือนข้างหน้าได้ หากคุณมีใบแจ้งหนี้สำหรับบริการทางการแพทย์ที่ยังไม่ได้ชำระ โปรดสอบถามสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณว่าใบแจ้งหนี้ของคุณสามารถใช้ได้หรือไม่

แผน Medi-Cal Managed Care คืออะไร

Medi-Cal Managed Care ที่วางระเบียบไว้ เพื่อช่วยให้คุณได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงสุดและรักษาสุขภาพให้แข็งแรง

> **“แผน Medi-Cal Managed Care จะช่วยให้คุณค้นหาแพทย์ ร้านขายยา และโครงการสุขศึกษา”**

บุคคลส่วนใหญ่ต้องเข้าร่วมแผนประกันสุขภาพแบบจัดบริการ นอกจากว่าคุณมีคุณสมบัติบางประการหรือมีสิทธิได้รับการยกเว้น

ตัวเลือกแผนประกันสุขภาพของคุณขึ้นอยู่กับเทศมณฑลที่คุณอาศัยอยู่
หากเทศมณฑลของคุณมีแผนประกันสุขภาพหลายแผน คุณจะต้องเลือกแผนที่ตรงกับความต้องการของคุณและครอบครัวของคุณมากที่สุด

แผน Medi-Cal Managed Care ทุกแผนในแต่ละเทศมณฑลจะมีบริการที่เหมือนกัน
คุณสามารถดูรายชื่อแผนประกันสุขภาพแบบจัดบริการได้ที่ ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal***
คุณสามารถเลือกแพทย์ที่ท างานร่วมกับแผนประกันสุขภาพของคุณให้เป็นแพทย์ปฐมภูมิ ของคุณ หรือให้แผนประกันสุขภาพของคุณเป็นผู้เลือกแพทย์ปฐมภูมิแทนคุณ คุณสามารถเลือกผู้ให้บริการวางแผนครอบครัวของ Medi-Cal ได้ตามต้องการ รวมถึงผู้ให้
บริการที่อยู่นอกแผนประกันสุขภาพของคุณ สาหรับข้อมูลเพิ่มเติม
โปรดติดต่อแผนประกันสุขภาพจัดบริการของคุณ

นอกจากนี้ แผนประกันสุขภาพจัดบริการยังรวมบริการต่อไปนี้:

- การประสานงานด้านบริการ
- การส่งต่อไปยังแพทย์เฉพาะทาง
- สายบริการปรึกษาพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง
- ศูนย์บริการลูกค้า

Medi-Cal ต้องอนุมัติบางบริการก่อนที่คุณจะสามารถรับบริการได้ ผู้ให้
บริการจะทราบว่าเมื่อใดที่คุณต้องได้
รับการอนุมัติล่วงหน้า บริการของแพทย์และการเข้าไปคลินิกส่วนใหญ่ไม่มีข้อจ ากัด
นั่นคือไม่ต้องได้รับการอนุมัติ
โปรดพูดคุยกับแพทย์ของคุณเกี่ยวกับแผนการรักษาและการนัดพบแพทย์ของคุณ

ฉันจะสมัครเข้าร่วมแผน Medi-Cal Managed Care ได้อย่างไร

หากคุณอยู่ในเทศมณฑลที่มีตัวเลือกมากกว่าหนึ่งแผน คุณต้องเลือกแผนประกันสุขภาพภายใน 30 วันหลังจากที่ได้รับการอนุมัติจาก Medi-Cal คุณจะได้รับชุดเอกสารข้อมูลทางไปรษณีย์ ชุดเอกสารนี้จะระบุแผนประกันสุขภาพที่เลือกได้ในเทศมณฑลของคุณ นอกจากนี้ ชุดเอกสารนี้จะระบุวิธีการสมัครเข้าร่วม แผนประกันสุขภาพแบบจัดบริการที่คุณเลือก หากคุณไม่เลือกแผนประกันสุขภาพภายใน 30 วันหลังจากที่ได้รับ การอนุมัติจาก Medi-Cal ทางรัฐจะเลือกแผนให้คุณเอง

โปรดรอรับชุดเอกสารข้อมูลของคุณทางไปรษณีย์

> **“หากเทศมณฑลของคุณมีแผนประกันสุขภาพเพียงแผนเดียว เทศมณฑลจะเป็นผู้เลือกแผนให้กับคุณ”**

หากคุณอาศัยอยู่ใน**เทศมณฑลซานเบนิโต** คุณมีแผนประกันสุขภาพเพียงหนึ่งแผนให้เลือก คุณสามารถสมัครเข้าร่วมแผนประกันสุขภาพนี้ หรือคุณสามารถเลือกที่จะอยู่ใน Medi-Cal แบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้

หากเทศมณฑลของคุณมีแผนประกันสุขภาพมากกว่าหนึ่งแผน
คุณจะต้องเลือกแผนที่ตรงกับความต้องการของคุณและครอบครัวของคุณมากที่ สุด

คุณสามารถดูว่ามีแผนประกันสุขภาพใดบ้างในเทศมณฑลของคุณได้ท *https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/*

ฉันสามารถยกเลิกสมาชิก ขอรับการยกเว้นจากการบังคับสมัครเข้าร่วม หรือเปลี่ยนแปลงแผน Medi-Cal Managed Care ของฉันได้อย่างไร

ผู้รับสิทธิประโยชน์ Medi-Cal ส่วนใหญ่ต้องสมัครเข้าร่วมแผนประกันสุขภาพ Medi-Cal แบบจัดบริการ หากคุณสมัครเข้าร่วมแผนประกันสุขภาพ**โดยสมัครใจ** คุณสามารถยกเลิกสมาชิกได้ทุกเวลา หากต้องการยกเลิกสมาชิก โปรดโทรติดต่อ Health Care Options ได้ที่ **1-800-430-4263**

หากเทศมณฑลของคุณมีแผนประกันสุขภาพมากกว่าหนึ่งแผน คุณสามารถโทรไปที่ Health Care Options หากต้องการเปลี่ยนแผนประกันสุขภาพแบบจัดบริการของคุณ

หากคุณกำลังรับการรักษาจากผู้ให้บริการของ Medi-Cal แบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้ (Fee-for-Service) คุณอาจมีสิทธิได้รับการยกเว้นชั่วคราวจากการสมัครเข้าร่วมแผน Medi-Cal Managed Care ผู้ให้บริการแบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้ (Fee-for-Service) รายนั้นไม่สามารถเป็นส่วนหนึ่งของแผน Medi-Cal Managed Care ในเทศมณฑลของคุณ ผู้ให้บริการนั้นจะต้องกำลังให้การรักษาแก่คุณสำหรับสภาพที่ซับซ้อนที่อาจแย่ลงได้หาก คุณต้องเปลี่ยนผู้ให้บริการ

สอบถามผู้ให้บริการของคุณว่าเป็นส่วนหนึ่งของแผน Medi-Cal Managed Care ในเทศมณฑลของคุณหรือไม่ หากผู้ให้บริการของคุณไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของแผน Medi-Cal Managed Care ในเทศมณฑลของคุณ ขอให้ผู้ให้บริการของคุณกรอกแบบฟอร์มร่วมกับคุณเพื่อขอการยกเว้นจากการสมัครเข้าร่วมแผนประกันสุขภาพ Medi-Cal Managed Care

ผู้ให้บริการของคุณจะต้องลงนามในแบบฟอร์มแนบหลักฐานที่กำหนด และส่งไปรษณีย์หรือแฟกซ์แบบฟอร์มไปที่ Health Care Options เจ้าหน้าที่จะพิจารณาคำขอว่าคุณมีคุณสมบัติครบที่จะได้รับการยกเว้นจากการสมัครเข้าร่วมแผนประกันสุขภาพ Medi-Cal Managed Care หรือไม่ คุณสามารถค้นหาแบบฟอร์มและคำชี้แนะจาก ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal***

หากคุณมีคำถามใด ๆ โปรดโทรไปที่ **1-800-430-4263**

หากฉันมีประกันสุขภาพอื่น

แม้ว่าคุณจะมีประกันสุขภาพอื่น ๆ เช่น ประกันสุขภาพจากที่ทำงาน คุณยังอาจมีสิทธิเข้าร่วม Medi-Cal หากคุณมีคุณสมบัติครบ Medi-Cal จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่กำหนดที่ไม่ได้รับการครอบคลุมจากประกันสุขภาพหลักของคุณ ภายใต้กฎหมายระดับประเทศ ใบแจ้งหนี้จะต้องส่งไปยังบริษัทประกันสุขภาพเอกชนของผู้รับสิทธิประโยชน์ Medi-Cal ก่อนที่จะมีการส่งใบแจ้งหนี้ไปยัง Medi-Cal

ตามกฎหมายระดับประเทศและระดับรัฐ ผู้รับสิทธิประโยชน์ Medi-Cal จะต้องแจ้งการประกันสุขภาพเอกชนที่ตนมี หากต้องการแจ้งหรือเปลี่ยนการประกันสุขภาพเอกชน โปรดเข้าไปที่ ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal*** หรือโทร **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)** หากอยู่นอกรัฐแคลิฟอร์เนีย โปรดโทร **1-916-636-1980**

นอกจากนี้ คุณต้องแจ้งต่อสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณและผู้ให้

บริการสุขภาพของคุณ
หากคุณไม่แจ้งกำรประกันสุขภาพเอกชนที่คุณมี คุณก าลังมีความผิดอาญาประเภทลหุโทษ

ฉันสามารถรับบริการ Medi-Cal ระหว่างที่ฉันอยู่นอกรัฐแคลิฟอร์เนียได้หรือไม่

เมื่อคุณเดินทางออกนอกรัฐแคลิฟอร์เนีย โปรดน าบัตรประจ าตัวผู้รับสิทธิประโยชน์ของคุณหรือหลักฐานว่าคุณเป็นสมาชิกแผนประกันสุขภาพ Medi-Cal ติดตัวไปด้วย Medi-Cal สามารถช่วยเหลือได้ในบางกรณี เช่น กรณีฉุกเฉินที่เกิดจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่ วยร้ายแรง หากไม่ใช่กรณีฉุกเฉิน แผนประกันสุขภาพแบบจัดบริการของคุณต้องอนุมัติบริการทางการแพทย์นอกรัฐใด ๆ ก็ตามก่อนที่คุณจะรับบริการ หากผู้ให้บริการนั้นไม่รับ Medicaid คุณจะต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่คุณได้รับนอกรัฐแคลิฟอร์เนีย โปรดอย่าลืมว่า อาจมีผู้ให้บริการหลายรายที่มีส่วนร่วมในการให้บริการฉุกเฉิน ยกตัวอย่างเช่น แพทย์ที่คุณพบอาจรับ Medicaid แต่ฝ่ ายฉายรังสีอาจไม่รับประสานงานกับแผนประกันสุขภาพแบบจัดบริการของคุณเพื่อจ ากัดค่าใช้จ่ายที่คุณต้องอ อกเอง อันดับแรก ผู้ให้บริการจะต้องตรวจสอบสิทธิของคุณ โดยโทรไปที่ **1-916-636-1960**

หากคุณอาศัยอยู่ใกล้กับเส้นแบ่งรัฐแคลิฟอร์เนียและรับบริการทางการแพทย์ในอีกรัฐหนึ่ ง ข้อก ำหนดบางข้ออาจไม่มีผลบังคับใช้กับคุณ สำ หรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อแแผน Medi-Cal Managed Care ของคุณ

> **“คุณจะไม่ได้รับ Medi-Cal หากคุณย้ายออกนอกรัฐแคลิฟอร์เนีย คุณจะต้องสมัครเข้าร่วม Medicaid ในรัฐที่คุณย้ายไป”**

หากคุณก าลังย้ายที่อยู่ไปยังเทศมณฑลอื่นในรัฐแคลิฟอร์เนีย คุณต้องแจ้งเทศมณฑลที่คุณอาศัยอยู่ในปัจจุบันหรือเทศมณฑลที่คุณก ำลังจะย้ายไปเช่ นกัน ทั้งนี้เพื่อรับรองว่าคุณจะยังคงได้รับสิทธิประโยชน์ Medi-Cal ต่อไป คุณควรแจ้งสานักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณภายใน 10 วันหลังจากที่ย้ายไปยังมณฑลใหม่

ฉันควรทำอย่างไรหากฉันไม่สามารถนัดพบ แพทย์หรือรับบริการอื่นที่ฉันต้องการ

สำ นักงาน Medi-Cal Managed Care ของผู้ตรวจการแผ่นดิน จะช่วยแก้ปัญหาด้วยความเป็นกลาง โดยส านักงานนี้จะช่วยให้คุณได้รับทุกบริการที่ครอบคลุมและจ ำเป็น

สำ นักงาน ผู้ตรวจการแผ่นดิน:

- ช่วยแก้ปัญหาระหว่างสมาชิก Medi-Cal Managed Care และแผนประกันสุขภาพแบบจัดบริการโดยไม่เข้าข้างฝ่ ายใด
- ช่วยแก้ปัญหาระหว่างผู้รับสิทธิประโยชน์ Medi-Cal และแผนประกันสุขภาพจิตของเทศมณฑลโดยไม่เข้าข้างฝ่ ายใด
- ตรวจสอบคำ ร้องเรียนของสมาชิกเกี่ยวกับแผนประกันสุขภาพแบบจัดบริการและแผนประกันสุขภาพจิตของเทศมณฑล
- ช่วยเหลือสมาชิกในปัญหาเกี่ยวกับการสมัครเข้าร่วมแบบเร่งด่วนและการยกเลิกสมาชิก

- ช่วยเหลือผู้รับสิทธิประโยชน์ Medi-Cal ให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเฉพาะทางของ Medi-Cal
- ให้บริการข้อมูลและการส่งต่อ
- ระบุวิธีการที่สามารถทำให้โครงการ Medi-Cal Managed Care มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ให้ความรู้แก่สมาชิกในการทำความเข้าใจ Medi-Cal Managed Care และระบบสุขภาพจิตเฉพาะทาง

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดิน คุณสามารถโทรไปที่:

1-888-452-8609

หรือไปที่:

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

Medi-Cal จะมีผลอย่างไรหากฉันมี Medicare ด้วย

มีผู้ที่อายุ 65 หรือมากกว่า หรือผู้ที่ทุพพลภาพที่มีสิทธิรับทั้ง Medi-Cal และ Medicare หากคุณมีคุณสมบัติครบสำหรับทั้งสองโครงการ คุณจะได้รับบริการทางการแพทย์และยาตามใบสั่งแพทย์ส่วนใหญ่จาก Medicare Medi-Cal จะให้บริการและการสนับสนุนในระยะยาว เช่น บริการสถานพยาบาล และบริการในบ้านและชุมชน

> **“Medi-Cal ครอบคลุมบางสิทธิประโยชน์ที่ Medicare ไม่ครอบคลุม”**

นอกจากนี้ Medi-Cal อาจจ่ายค่าเบี้ยประกัน Medicare ของคุณอีกด้วย

โครงการบายอินจ่ายค่าเบี้ยประกันของ Medicare คืออะไร

โครงการจ่ายค่าเบี้ยประกันของ (Premium Payment Program) Medicare หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Medicare บายอิน (Buy-In) อนุญาตให้ Medi-Cal จ่ายค่าเบี้ยประกัน Medicare ส่วนเอ (ประกันโรงพยาบาล) และ/หรือ ส่วนบี (ประกันทางการแพทย์) แทนสมาชิก Medi-Cal และผู้อื่นที่มีคุณสมบัติครบสำหรับโครงการ Medi-Cal บางโครงการ

โครงการออมทรัพย์ Medicare (Medicare Savings Program-MSP) คืออะไร

โครงการออมทรัพย์ Medicare อาจจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนแรก ค่าประกันร่วม และส่วนร่วมจ่ายของ Medicare ส่วนเอ และ Medicare ส่วนบี หากคุณมีคุณสมบัติครบตามกำหนดเมื่อคุณสมัครเข้าร่วม Medi-Cal เทศมณฑลของคุณจะประเมินคุณสำหรับโครงการนี้ บางคนที่มีคุณสมบัติไม่ครบที่จะรับสิทธิประโยชน์ Medi-Cal เต็มรูปแบบอาจยังมีสิทธิรับเข้าร่วมโครงการออมทรัพย์

หากฉันรับบริการจากผู้ให้บริการ Medicare ฉันจะต้องจ่ายค่าประกันภัยร่วมของ Medicare หรือไม่

ไม่ หากคุณมีสิทธิเข้าร่วมโครงการออมทรัพย์ Medicare คุณไม่ต้องจ่ายค่าประกันภัยร่วมหรือค่าใช้จ่ายส่วนแรกใด ๆ หากคุณได้รับใบแจ้งหนี้จากผู้ให้บริการ Medicare โปรดติดต่อแผน Medi-Cal Managed Care ของคุณ หรือโทร **1-800-MEDICARE**

หากฉันมี Medicare ฉันจะต้องรับบริการจากแพทย์หรือผู้ให้บริการอื่น ๆ ที่รับ Medi-Cal หรือไม่

ไม่ คุณสามารถรับบริการจากผู้ให้บริการ Medicare ใดก็ได้ แม้ว่าผู้ให้บริการรายนั้นจะไม่รับ Medi-Cal หรือไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของแผน Medi-Cal Managed Care ก็ตาม ผู้ให้บริการ Medicare บางรายอาจไม่รับคุณเป็นคนไข้

คุณรู้หรือไม่

Medi-Cal ให้บริการการศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเป็นส่วนหนึ่งของบริการผดุงครรภ์และการดูแลทารกแรกเกิด

คุณมีสิทธิรับการตรวจสายตาเป็นประจำทุก 24 เดือน

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบริการ โปรดเข้าไปที่: *http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal*

สิทธิประโยชนที่ Medi-Cal ครอบคลุม

Medi-Cal มีชุดสิทธิประโยชน์เต็มรูปแบบที่เรียกว่า สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่จำเป็น (Essential Health Benefits) หากต้องการทราบว่าบริการใดได้รับการครอบคลุมหรือไม่ โปรดสอบถามแพทย์หรือแผนประกันสุขภาพของคุณ สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่จำเป็นประกอบด้วย:

- บริการผู้ป่วยนอก เช่น การตรวจร่างกายที่สำนักงานแพทย์
- บริการฉุกเฉิน
- บริการผู้ป่วยใน
- บริการผดุงครรภ์และดูแลทารกแรกเกิด
- บริการสุขภาพจิต
- บริการด้านการติดสารเสพติด เช่น การรักษาการติดยาหรือแอลกอฮอล์
- ยาตามใบสั่งแพทย์
- บริการห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด
- โครงการต่าง ๆ เช่น กายภาพบำบัด (บริการฟื้นสภาพและพัฒนาสภาพ) เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น รถเข็น และถังออกซิเจน
- บริการป้องกันและความเป็นอยู่ที่ดี
- การจัดการโรคเรื้อรัง
- บริการสำหรับเด็ก รวมถึงบริการสุขภาพฟันและสายตา
- บริการในบ้าน บริการและความช่วยเหลือระยะยาวอื่น ๆ

โครงการผู้ติดสารเสพติด

Medi-Cal ให้บริการในรูปแบบทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสำหรับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การบำบัดรักษาความผิดปกติของการใช้สารเสพติด โดยรูปแบบบริการจะขึ้นอยู่กับประเภทของการรักษาที่คุณต้องการ บริการ ประกอบด้วย:

- การรักษาโดยไม่ใช้ยา สำหรับผู้ป่วยนอก (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และ/หรือรายบุคคล)
- การรักษาแบบเข้มสำหรับผู้ป่วยนอก (บริการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอย่างน้อยสามชั่วโมงต่อวัน สามวันต่อสัปดาห์)
- การรักษาแบบผู้ป่วยใน (บริการบำบัดฟื้นฟูระหว่างที่อาศัยอยู่ในสถานที่)
- การบำบัดด้วยสารทดแทนยาเสพติด (เช่น เมทาโดน)

บางเทศมณฑลมีบริการรักษาและฟื้นฟูเพิ่มเติม แจ้งอาการของคุณแก่คณะแพทย์เพื่อที่พวกเขาจะได้ส่งต่อคุณเพื่อไปรับการรักษาที่เหม าะสม นอกจากนี้ คุณยังสามารถส่งต่อตนเองไปยังหน่วยงานที่ให้การรักษาในพื้นที่
หรือโทรติดต่อสายการส่งต่อการรักษาแบบไม่ฉุกเฉินสำหรับกรณีผู้ติดสารเสพติดที่ **1-800-879-2772**

โครงการทันตกรรมของ Medi-Cal (Medi-Cal Dental Program)

สุขภาพฟันเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาพโดยรวม โครงการทันตกรรมของ Medi-Cal (Medi-Cal Dental Program) ครอบคลุมหลายบริการที่รักษาสุขภาพฟันของคุณให้แข็งแรง คุณสามารถรับสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมทันทีที่คุณได้รับอนุมัติสำหรับ Medi-Cal

คุณสามารถเข้าดูสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมและข้อมูลอื่น ๆ ได้ที่ ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal***
หรือคุณสำมารถโทรไปที่ **1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922)** ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ระหว่างเวลา 8:00 น. และ 5:00 น.

ฉันจะรับบริการทางทันตกรรมของ Medi-Cal ได้อย่างไร

โครงการทันตกรรมของ Medi-Cal (Medi-Cal Dental Program) ให้บริการในสองรูปแบบ รูปแบบแรกคือบริการทางทันตกรรมแบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้ (Fee-for-Service) ซึ่งคุณ สามารถรับบริการได้ทั่วรัฐ California บริการทางทันตกรรมแบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้ (Fee-for-Service) เป็นรูปแบบเดียวกับ Medi-Cal แบบจ่ายค่าบริกำรตามที่ใช้ (Fee-for-Service) ก่อนที่คุณจะรับบริการทางทันตกรรม คุณต้องแสดง BIC ของคุณต่อผู้ให้บริการทางทันตกรรมและตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ให้บริการของคุณมีบริก ารทางทันตกรรมแบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้ (Fee-for-Service)

อีกรูปแบบหนึ่งที่ Medi-Cal ให้บริการทางทันตกรรมคือ การจัดบริการทางทันตกรรม (Dental Managed Care หรือ DMC) DMC มีบริการเฉพาะในเทศมณฑล Los Angeles และ Sacramento แผน DMC จะครอบคลุมบริการทางทันตกรรมเหมือนกับบริการทางทันตกรรมแบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้ (Fee-for-Service) DHCS ใช้แผนจัดบริการสามแผนในเทศมณฑล Sacramento นอกจากนี้ DHCS ยังทำสัญญากับแผนประกันสุขภาพแบบจ่ายล่วงหน้าสามแผนในเทศมณฑล Los Angeles แผนประกันสุขภาพเหล่านี้จะให้บริการทางทันตกรรมกับผู้รับสิทธิประโยชน์ Medi-Cal

หากคุณอาศัยอยู่ในเทศมณฑล Sacramento คุณต้องสมัครเข้าร่วม DMC ในบางกรณี คุณอาจมีสิทธิขอรับการยกเว้นจากการสมัครเข้าร่วม DMC

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมโปรดดู Health Care Options ที่ ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal***

ในเทศมณฑล Los Angeles คุณสามารถใช้บริการทางทันตกรรมแบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้ (Fee-for-Service) ต่อไป หรือคุณสามารถเลือกเข้าร่วมโครงการ DMC หากต้องการเลือกหรือเปลี่ยนแผนประกันทางทันตกรรมของคุณ โปรดโทรติดต่อ Health Care Options

การตรวจคัดโรค การวินิจฉัย และการรักษาในระยะแรกเริ่มและต่อเนื่องเป็ นระยะ (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment หรือ EPSDT)

หากคุณหรือลูกของคุณมีอายุต่ำกว่า 21 ปี Medi-Cal จะครอบคลุมบริการเชิงป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพเป็นประจ ำและการตรวจคัดโรค การตรวจสุขภาพเป็นประจ ำและการตรวจคัดโรค จะตรวจหาปัญหาทางสุขภาพในด้านกา รแพทย์ ทันตกรรม การมองเห็น การได้ยิน และสุขภาพจิต รวมถึงความผิดปกติในการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ คุณยังสามารถรับวัคซีนเพื่อสุขภาพที่แข็งแรงMedi-Cal ครอบคลุมบริการตรวจคัดโรคทุกครั้งที่มีความจ ำเป็น แม้ว่าจะไม่ได้อยู่ในระหว่างการตรวจสุขภาพประจ ำของคุณ คุณไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ สำ หรับทุกบริการที่กล่าวมาข้างต้น

การตรวจสุขภาพและการตรวจคัดโรคมีความ สำ คัญในการช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพขอ งคุณตรวจพบปัญหาได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม เมื่อตรวจพบปัญหาระหว่างการตรวจสุขภาพหรือกา รตรวจคัดโรค Medi-Cal จะครอบคลุมบริการต่าง ๆ ที่จ ำเป็นในการรักษาหรือฟื้นฟูอาการหรือโรคท างกายภาพหรือทางจิต คุณสามารถรับบริการด้ านการวินิจฉัยโรคและการรักษาต่าง ๆ ที่แพทย์ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ทันตแพทย์ โครงการสุขภาพเด็กและการป้องกันภาวะทุพพ ลภาพ (Child Health and Disability Prevention program-CHDP) หรือผู้ให้ บริการทางสุขภาพจิตหรือสุขภาพเชิงพฤติกรรมใ นเทศมณฑลของคุณระบุว่า จ ำเป็นสำ หรับคุณ EPSDT จะครอบคลุมบริการเหล่านี้โดยที่คุณไม่ต้ องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

นอกจากนี้ ผู้ให้บริการของคุณจะแจ้งให้คุณทราบ ว่าควรกลับมาอีกครั้งเมื่อใดสำหรับการ ตรวจสุขภาพ การตรวจคัดโรค หรือการนัดทางการแพทย์อื่น ๆ หากคุณมีข้อสงสัย เกี่ยวกับการนัดแพทย์หรือต้องการความช่วยเหลือด้ านการเดินทางไปตามนัดแพทย์ Medi-Cal สามารถช่วยคุณได้โทรติดต่อแผนสุขภาพ Medi-Cal Managed Care Health Plan (MCP) ของ Medi-Cal ของคุณ หากคุณไม่ได้ อยู่ใน MCP คุณสามารถโทรติดต่อ แพทย์หรือผู้ให้บริการรายอื่นของคุณ หรือเข้ าดู ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal*** สำ หรับความช่วยเหลือด้านการเดินทาง

สำ หรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ EPSDT คุณสามารถโทรติดต่อที่ **1-800-541-5555** เข้าดูที่ ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal*** ติดต่อโครงการ CHDPในเทศมณฑลของคุณ หรือติดต่อ MCP ของคุณ หากต้ องการเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับบริการ EPSDT ด้านสุขภาพจิตเฉพาะทาง หรือความผิดปกติในการใช้สารเสพติด โปรดติดต่อหน่วยงานด้านสุขภาพจิตหรือสุขภาพเ ชิงพฤติกรรมในเทศมณฑลข องคุณ

บริการรับส่ง

Medi-Cal สามารถช่วยในเรื่องการเดินทางไปยั งการนัดพบทางการแพทย์ สุขภาพจิต การใช้ สารเสพติด หรือทันตกรรมเมื่อการนัดพบเหล่านั้น ได้รับการครอบคลุมโดย Medi-Cal การเดินทางเหล่านี้อาจเป็นการขนส่งที่ไม่ใช่ทา งการแพทย์ (nonmedical transportation-NMT) หรือ การขนส่งทางการแพทย์ที่ไม่ใช่กรณีฉุกเฉิน (nonemergency medical transportation-NEMT) นอกจากนี้ คุณสามารถใช้ บริการขนส่งที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ถ้าคุณต้ องรับยาตามใบสั่งแพทย์ เวชภัณฑ์ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์

หากคุณสามารถเดินทางด้วยรถยนต์ รถเมล์ รถไฟ หรือรถแท็กซี่

แต่ไม่สามารถเดินทางไปยังการนัดพบแพทย์ของคุณ คุณสามารถรับบริการขนส่งที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ได้

หากคุณเป็นสมาชิกแผนประกันสุขภาพ โปรดโทรหาฝ่ายบริการสมาชิกของคุณสำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการรับบริการขนส่งที่ไม่ใช่ทางการแพทย์

หากคุณรับบริการแบบจ่ายตามบริการที่ใช้ (Fee-for-Service) คุณสามารถทำสิ่งต่อไปนี้:

- โทรติดต่อสำนักงาน Medi-Cal ของคุณเพื่อสอบถามว่าสามารถช่วยเหลือคุณในการจัดหาการขนส่งที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ได้หรือไม่
- ในการขอการขนส่งที่ไม่ใช่ทางการแพทย์อันดับแรกคุณควรโทรติดต่อผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่ให้บริการแก่คุณแบบจ่ายตามบริการที่ใช้ (Fee-for-Service) และขอข้อมูลผู้ให้บริการขนส่งในพื้นที่ของคุณ หรือคุณอาจโทรติดต่อหนึ่งในผู้ให้บริการขนส่งที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ซึ่งได้รับอนุมัติในพื้นที่ของคุณ ตามรายชื่อที่ ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal***

หากคุณต้องการพาหนะทางการแพทย์เฉพาะทางเพื่อไปยังการนัดพบแพทย์ของคุณ โปรดแจ้งให้ผู้ให้บริการสุขภาพของคุณทราบ หากคุณเป็นสมาชิกแผนประกันสุขภาพ คุณสามารถติดต่อแผนประกันสุขภาพของคุณเพื่อจัดเตรียมการเดินทางให้คุณ หากคุณรับบริการแบบจ่ายตามบริการที่ใช้ (Fee-for-Service) โปรดโทรติดต่อผู้ให้บริการสุขภาพของคุณ ทางแผนประกันสุขภาพหรือผู้ให้บริการสามารถเรียกการขนส่งทางการแพทย์ที่ไม่ใช่กรณีฉุกเฉิน เช่น รถตู้สำหรับรถเข็น รถตู้ที่มีแคร่ รถพยาบาล หรือการขนส่งทางอากาศ โปรดขอความช่วยเหลือเรื่องการเดินทางก่อนหน้าการนัดพบแพทย์ของคุณไว้ล่วงหน้ามากที่สุดเท่าที่ทำได้ หากคุณมีการนัดพบแพทย์บ่อยครั้ง ผู้ให้บริการสุขภาพหรือแผนประกันสุขภาพของคุณสามารถขอการจัดเตรียมการเดินทางให้คุณสำหรับการนัดครั้งต่อ ๆ ไปได้

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเดินทางที่จัดเตรียมโดยผู้ให้บริการขนส่งที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ซึ่งได้รับการอนุมัติจากโครงการ โปรดเข้าดูที่ ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal***

บริการสุขภาพจิตเฉพาะทาง

หากคุณมีอาการป่วยทางจิตหรือความต้องการทางอารมณ์ที่แพทย์ปกติของคุณไม่สามารถรักษาได้ คุณสามารถใช้บริการสุขภาพจิตเฉพาะทางแผนประกันสุขภาพจิต (Mental Health Plan-MHP) ให้บริการสุขภาพจิตเฉพาะทาง แต่ละเทศมณฑลมีแผนประกันสุขภาพจิต

บริการสุขภาพจิตเฉพาะทางอาจรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงการบำบัดแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม บริการการให้ยา บริการสถานการณ์วิกฤต การบริหารจัดการรายกรณี บริการในที่พักอาศัยและโรงพยาบาล และบริการเฉพาะทางเพื่อช่วยเหลือเด็กและเยาวชน

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตเฉพาะทาง หรือหากต้องการรับบริการเหล่านี้ โปรดโทรติดต่อแผนประกันสุขภาพจิตในเทศมณฑลของคุณ แผนประกันสุขภาพจิตของคุณจะระบุว่าคุณมีสิทธิรับบริการสุขภาพจิตเฉพาะทางหรือไม่ คุณสามารถค้นหาหมายเลขโทรศัพท์ของแผนประกันสุขภาพจิตจาก สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดินได้ที่ **1-888-452-8609** หรือไปที่ ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal***

โครงก
ารและบริการสุขภาพอื่น ๆ

รัฐแคลิฟอร์เนียมีโครงการอื่น ๆ ที่สนองความต้องการทางการแพทย์ของคุณ คุณสามารถสมัครเข้าบางโครงการผ่านทางสำนักงานเทศมณฑลเดียวกันที่จัดการเรื่อง Medi-Cal

จากสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ

คุณสามารถสอบถามเกี่ยวกับโครงการต่าง ๆ ด้านล่างนี้จากสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่เดียวกับที่คุณสมัคร Medi-Cal คุณสามารถค้นหาหมายเลขโทรศัพท์สำหรับเทศมณฑลของคุณได้ที่ ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal*** หรือโทร **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)**

อดีตเยาวชนในสถานสงเคราะห์ (Former Foster Youth)

หากคุณอยู่ในสถานสงเคราะห์ในวันครบรอบวันคล้ายวันเกิด 18 ปีของคุณ หรือหลังจากนั้น คุณอาจมีสิทธิรับ Medi-Cal ฟรี การครอบคลุมอาจมีผลจนถึงวันครบรอบวันคล้ายวันเกิด 26 ปีของคุณ รายได้ไม่มีผลใด ๆ ในการสมัคร คุณไม่จำเป็นต้องกรอกใบสมัคร Medi-Cal ฉบับเต็มหรือแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับรายได้หรือภาษี สำหรับการครอบคลุมทันที โปรดติดต่อสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ

บริการทางการแพทย์ที่เป็นความลับ

คุณสามารถขอรับบริการที่เป็นความลับหากคุณมีอายุต่ำกว่า 21 ปี ในการรับสิทธิ คุณต้อง:

- ไม่ได้แต่งงาน และอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง หรือ
- ผู้ปกครองของคุณต้องเป็นผู้รับผิดชอบทางการเงินของคุณ เช่น นักเรียนมหาวิทยาลัย

คุณไม่ต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ปกครองในการสมัครหรือรับการครอบคลุม บริการประกอบด้วยการวางแผนครอบครัวและบริการผดุงครรภ์ การบำบัดรักษาการติดยาหรือแอลกอฮอล์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การข่มขืน และสุขภาพจิต

โครงการผู้ทุพพลภาพที่ทำงาน (Working Disabled Program) 250%

โครงการผู้ทุพพลภาพที่ทำงานให้สิทธิ Medi-Cal แก่ผู้ใหญ่ที่ทุพพลภาพและมีรายได้สูงกว่าผู้ที่รับบริการ Medi-Cal ส่วนใหญ่ หากคุณรับรายได้ผู้ทุพพลภาพผ่านทางประกันสังคมหรืองานเก่าของคุณ คุณอาจมีสิทธิเข้าร่วมโครงการนี้ โครงการนี้มีเบี้ยประกันต่ำ โดยเริ่มตั้งแต่ $20 จนถึง $250 โดยขึ้นอยู่กับรายได้ของคุณ ในการรับสิทธิ คุณต้อง:

- ทุพพลภาพตามความหมายของส
านักงานประกันสังคม ได้รับรายได้
ทุพพลภาพ และตอนนี้มีรายได้จากการทำ
างาน
- มีรายได้ที่หาเองและไม่ได้
หาเองตามเกณฑ์ของโครงการ
- มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์อื่น ๆ ของโครงการ

Medi-Cal Access Program (MCAP)

MCAP ให้ประกันสุขภาพที่ครอบคลุมแก่ผู้ที่ตั้งครรภ์ในราคาต่ำ MCAP
ไม่มีส่วนร่วมจ่ายหรือค่าใช้จ่ายส่วนแรกสำหรับบริการที่ครอบคลุม ค่าใช้จ่ายรวมของ MCAP คือ 1.5% ของรายได้รวมที่ปรับแปลง (Modified Adjusted Gross Income) ของคุณ ยกตัวอย่างเช่น หากคุณมีรายได้ $50,000 ต่อปี ค่าใช้จ่ายของคุณสำหรับแผนประกันสุขภาพจะเท่ากับ $750 คุณสามารถเลือกจ่ายทีเดียวหรือแบ่งจ่ายเป็นระยะเวลา 12 เดือน หากคุณตั้งครรภ์และอยู่ในแผนประกันสุขภาพของ Covered California คุณอาจย้ายมา MCAP ได้
เด็กทารกที่เกิดกับบุคคลที่เป็นสมาชิก MCAP จะมีสิทธิเข้าร่วมโครงการ Medi-Cal Access Infant หรือโครงการ Medi-Cal ได้ในการรับสิทธิ MCAP คุณต้อง:

- เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย
- ไม่ได้เป็นสมาชิก Medi-Cal หรือ Medicare แบบไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งในส่วนเอและส่วนบี ในเวลาที่สมัคร
- ไม่ได้รับการครอบคลุมจากแผนประกันสุขภาพอื่น
- มีรายได้ในช่วงที่โครงการกำหนด

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ MCAP โปรดไปที่ ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal*** หรือโทร **1-800-433-2611**

โครงการ บริการความช่วยเหลือภายในบ้าน (In-Home Support Services-IHSS Program)

โครงการบริการความช่วยเหลือภายในบ้านจะช่วยจ่ายค่าบริการเพื่อที่คุณจะได้อยู่ในบ้านของตนเองอย่างปลอดภัย หากคุณมีสิทธิรับ Medi-Cal คุณอาจมีสิทธิสำหรับโครงการบริการความช่วยเหลือภายในบ้านอีกด้วย หากคุณมีคุณสมบัติไม่ครบสำหรับ Medi-Cal คุณยังอาจมีสิทธิสำหรับโครงการบริการความช่วยเหลือภายในบ้านหากคุณมี คุณสมบัติอื่น ๆ ที่กำหนดไว้ หากคุณมี Medi-Cal โดยไม่มีค่าแบ่งปันต้นทุน Medi-Cal จะจ่ายค่าบริการสำหรับโครงการบริการความช่วยเหลือภายในบ้านทั้งหมดของคุณ หากคุณมี Medi-Cal ที่มีค่าแบ่งปันต้นทุน คุณต้องจ่ายครบยอดค่าแบ่งปันต้นทุนของ Medi-Cal ก่อนที่ Medi-Cal จะจ่ายค่าบริการใด ๆ สำหรับโครงการบริการความช่วยเหลือภายในบ้าน ในการรับสิทธิ คุณต้องมีอย่างน้อยหนึ่งในคุณบัติดังต่อไปนี้:

- อายุ 65 ปี หรือมากกว่า
- ตาบอด
- ทุพพลภาพ (รวมถึงเด็กที่ทุพพลภาพ)
- มีอาการเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติในการทำกิจวัตรที่คาดว่าจะยังคงอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือนติดต่อกัน หรือคาดว่าจะทำให้เสียชีวิตภายใน 12 เดือน

โครงการบริการความช่วยเหลือภายในบ้านสามารถอนุมัติบริการต่าง ๆ เช่น:

- บริการภายในบ้าน เช่น การทำความสะอาดครัว หรือการทำความสะอาดห้องน้ำ
- การเตรียมมื้ออาหาร

- การซักผ้า
- การซื้ออาหาร
- บริการเกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคล
- การร่วมเดินทางไปตามนัดทางการแพทย์
- การดูแลเชิงป้องกันสำหรับผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตหรือมีความบกพร่องทางจิตและไม่สามารถอยู่ในบ้านของตนอย่างปลอดภัยโดยปราศจากการดูแล
- บริการปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมโปรดเข้าดูที่ ***http://www.cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services***

บริการสุขภาพอื่น ๆ ของรัฐ

โครงการด้านล่างนี้มีกระบวนการสมัครที่แตกต่างจากกระบวนการของ Medi-Cal คุณสามารถสมัครหรือเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับแต่ละโครงการจากข้อมูลการติดต่อที่ระบุไว

โครงการรักษามะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก (Breast and Cervical Cancer Treatment Program)

โครงการรักษามะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกให้บริการรักษามะเร็งและบริการที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ที่อาศัยอยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนียที่มีรายได้น้อยและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้เข้าร่วมโครงการต้องได้รับการคัดเลือกและ/หรือ รับสมัครโดยโครงการตรวจหามะเร็ง (Cancer Detection Program) ผู้หญิงทุกคนมีคุณค่า (Every Woman Counts) หรือโดยโครงการการวางแผนครอบครัว การเข้าถึงการดูแล และการรักษา (Family Planning, Access, Care and Treatment programs) ในการรับสิทธิ คุณต้องมีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์และจำเป็นต้องได้รับการรักษาสำหรับมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งปากมดลูก สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมโปรดโทร **1-800-824-0088** หรืออีเมล ***BCCTP@dhcs.ca.gov***

บริการในบ้านและชุมชน (Home and Community-Based Services)

Medi-Cal อนุญาตให้ผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ได้รับการรักษาที่บ้านหรือในชุมชนแทนสถานพยาบาลหรือสถานที่อื่น ๆ บริการในบ้านและชุมชน รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงการจัดการรายกรณี (ความช่วยเหลือและการประสานงานด้านบริการ) บริการสุขภาพตอนกลางวันสำหรับผู้ใหญ่ การพัฒนาสภาพ (ตอนกลางวันและในที่พักอาศัย) การดูแลบ้าน ผู้ช่วยด้านสุขภาพที่บ้าน บริการด้านโภชนาการ บริการพยาบาล การดูแลส่วนบุคคล และบริการดูแลช่วงสั้นเพื่อให้ผู้ดูแลได้พัก คุณต้องมีสิทธิรับ Medi-Cal เต็มรูปแบบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ของโครงการ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมโปรดโทรติดต่อ DHCS, Integrated Systems of Care Division ที่ **1-916-552-9105**

โครงการบริการสำหรับเด็กในแคลิฟอร์เนีย (California Children's Services-CCS Program)

โครงการบริการสำหรับเด็กในแคลิฟอร์เนียให้บริการด้านการวินิจฉัยและการรักษา การจัดการรายกรณีทางการแพทย์ และบริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดแก่เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปีที่มีอาการทางการแพทย์ตามเกณฑ์ของโครงการบริการสำหรับเด็กในแคลิฟอร์เนีย อาการทางการแพทย์ตามเกณฑ์ของโครงการบริการสำหรับเด็กในแคลิฟอร์เนียเป็นอาการที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางกายภาพหรือต้องการบริการทางการแพทย์ การผ่าตัด หรือการฟื้นฟู บริการที่ให้อนุมัติโดยโครงการบริการสำ

าหรับเด็กในการรักษาอาการทางการแพทย์ของเ
ด็กที่เป็นสมาชิกของ Medi-Cal
และมีอาการทางการแพทย์ตามเกณฑ์ของโคร
งการบริการสำ าหรับเด็กในแคลิฟอร์เนียไม่ ใช่บ
ริการที่แผนประกันสุขภาพส่วนใหญ่ครอบคลุม
แผนประกันสุขภาพ Medi-Cal
ยังให้ บริการขั้นปฐมภูมิและบริการสุขภาพเชิ
งป้องกันที่ไม่เกี่ยวข้ องกับอาการทางการแพ
ทย์ตามเกณฑ์ของโครงการบริการสำ
าหรับเด็กในแคลิฟอร์เนีย

หากต้ องการสมัครโครงการบริการสำ
าหรับเด็กในแคลิฟอร์เนีย โปรดติดต่อสำ
านักงานโครงการบริการสำ
าหรับเด็กในแคลิฟอร์เนียในเทศมณฑลขอ
งคุณ สำ าหรับข้ อมูลเพิ่มเติม โปรดเข้ าดูที่
http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal หรือโทร
1-916-552-9105

โครงการบุคคลที่พิการทางพันธุกรรม (Genetically Handicapped Person's Program-GHPP)

โครงการบุคคลที่พิการทางพันธุกรรม
ให้ บริการจัดการรายกรณีทางการแพทย์และทางการ
บริหาร อีกทั้งจ่ายค่าบริการที่จำ าเป็นทางการแพทย์สำ
าหรับบุคคลที่อาศัยอยู่ ในรัฐแคลิฟอร์เนีย
มีอายุมากกว่า 21 ปี และมีอาการทางการแพทย์ที่
ตรงตามเกณฑ์ของโครงการบุคคลที่พิการทางพั
นธุกรรม อาการตามเกณฑ์ของโครงการบุคคลที่
พิการทางพันธุกรรมเป็นอาการที่ได้ รับการตกทอ
ดมา เช่น โรคฮีโมฟีเลีย โรคซิสติกไฟโบรซิส
โรคฟีนิลคีโตนูเรีย และโรคเม็ดเลือดแดงรูปเคียว
ซึ่งล้ วนมีผลกระทบทางสุขภาพที่รุนแรง
โครงการบุคคลที่พิการทางพันธุก
รรมใช้ ระบบศูนย์การดูแลพิเศษ
(Special Care Centers-SCCs)
ศูนย์การดูแลพิเศษจะให้
บริการสุขภาพที่ครอบคลุมและสอดคล้ องแก่คนไข้
ที่มีอาการเฉ พาะตามเกณฑ์ที่กำ าหนดไว้
หากบริการไม่ ได้ อยู่ ในสิทธิประโยชน์ที่แผนประกั
นสุขภาพครอบคลุม
โครงการบุคคลที่พิการทางพันธุกรรมจะอนุมัติ
การประเมินประจำ าปีของศูนย์การดูแลพิเศ ษสำ
าหรับผู้ ใหญ่ที่เป็นสมาชิก Medi-Cal
และมีอาการทางการแพทย์ที่เข้ าเกณฑ์ของโครงกา
รบุคคลที่พิการทางพันธุกรรม

หากต้ องการสมัครเข้ าร่วมโครงการบุคคลที่
พิการทางพันธุกรรม โปรดกรอกใบสมัครให้
ครบถ้วนสมบูรณ์ ส่งโทรสารไปที่ **1-800-440-5318**
สำ าหรับข้ อมูลเพิ่มเติม โปรดโทรไปที่
1-916-552-9105 หรือไปที่
http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal

Medi-Cal ที่มีผลย้อนหลัง (Retroactive Medi-Cal)

หากคุณมีใบแจ้งหนี้ทางการแพทย์หรือทางทันตกรรมที่ยังไม่ได้ชำระตอนที่คุณสมัคร Medi-Cal คุณสามารถขอรับ Medi-Cal ที่มีผลย้อนหลังได้ Medi-Cal ที่มีผลย้อนหลังอาจช่วยคุณจ่ายค่าบริการทางการแพทย์หรือทางทันตกรรมในช่วงสามเดือนก่อนวันที่ที่คุณสมัคร

ยกตัวอย่างเช่น หากคุณสมัคร Medi-Cal เมื่อเดือนเมษายน คุณอาจได้รับความช่วยเหลือสำหรับใบแจ้งหนี้ที่เป็นค่าบริการทางการแพทย์หรือทางทัน ตกรรมที่คุณได้รับในเดือนมกราคม กุมภาพันธ์ และมีนาคม

ในการรับ Medi-Cal ที่มีผลย้อนหลัง คุณต้อง:

- มีสิทธิสำหรับ Medi-Cal ในเดือนที่คุณได้รับบริการทางการแพทย์ดังกล่าว
- ได้รับบริการทางการแพทย์หรือทางทันตกรรมที่ Medi-Cal ครอบคลุม
- ขอรับสิทธิภายในหนึ่งปีตั้งแต่เดือนที่คุณได้รับบริการที่ครอบคลุมดังกล่าว
- คุณต้องติดต่อสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณเพื่อ ขอรับ Medi-Cal ที่มีผลย้อนหลัง

ยกตัวอย่างเช่น หากคุณได้รับการรักษาสำหรับแขนหักเมื่อเดือนมกราคม ค.ศ. 2017 และสมัคร Medi-Cal เมื่อเดือนเมษายน ค.ศ. 2017 คุณจะต้องขอรับ Medi-Cal ที่มีผลย้อนหลังภายในไม่เกินเดือนมกราคม ค.ศ. 2018 เพื่อจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว

หากคุณจ่ายค่าบริการทางการแพทย์หรือทางทันตกรรมที่คุณได้รับไปแล้วในช่วงสามเดือนที่มีผลย้อนหลัง Medi-Cal อาจช่วยให้คุณได้รับเงินคืน คุณต้องส่งคำเรียกร้องภายในหนึ่งปีหลังจาก วันที่รับบริการหรือภายใน 90 วันหลังจากที่คุณได้รับอนุมัติสิทธิ Medi-Cal ขึ้นอยู่กับว่าช่วงเวลาไหนยาวนานกว่ากัน

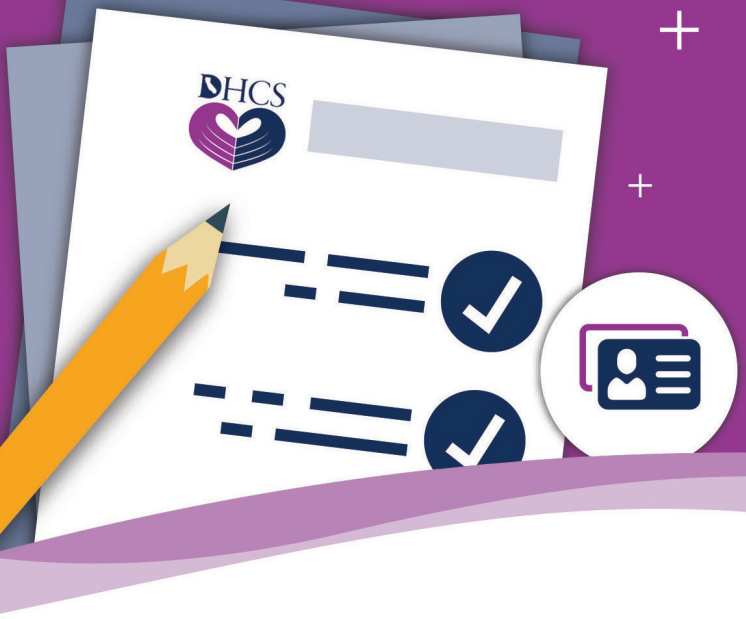
ในการส่งคำเรียกร้อง คุณต้องโทรหรือเขียนไปหา:

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

สำหรับคำเรียกร้องทางการแพทย์ สุขภาพจิต การติดสารเสพติด และบริการความช่วยเหลือภายในบ้าน

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

สำหรับคำเรียกร้องทางทันตกรรม



การเปลี่ยนแปลงข้อมูลและการต่ออายุ Medi-Cal ของฉัน

คุณต้องรายงานการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในครัวเรือนภายใน 10 วันต่อสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ
คุณสามารถรายงานการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองทางออนไลน์ ทางโทรศัพท์ ทางอีเมล หรือทางโทรสาร ความเปลี่ยนแปลงอาจส่งผลกระทบต่อคุณสมบัติ Medi-Cal ของคุณ

คุณต้องรายงานการเปลี่ยนแปลงหากคุณ:

- แต่งงานหรือหย่าร้าง
- มีลูก รับบุตรบุญธรรม หรือนำลูกไปให้ผู้อื่นอุปการะ
- มีการเปลี่ยนแปลงของรายได้หรือทรัพย์สิน (ถ้ามี)
- รับการประกันสุขภาพจากงานหรือโครงการอย่างเช่น Medicare
- ย้ายบ้าน หรือมีการเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านของคุณ
- มีการเปลี่ยนแปลงของสถานะทุพพลภาพ
- มีการเปลี่ยนแปลงของสถานะการยื่นภาษี รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่เราต้องเลี้ยงดูทางภาษี
- มีการเปลี่ยนแปลงของสถานะพลเมืองหรือคนเข้าเมือง
- ถูกจำคุก หรือได้รับการปล่อยตัวจากคุก
- มีการเปลี่ยนแปลงของสถานะชาวอเมริกันอินเดียนหรือชาวพื้นเมืองอลาสกา หรือการเปลี่ยนแปลงสถานะชนเผ่าของคุณ
- เปลี่ยนชื่อ วันเกิด หรือหมายเลขประกันสังคม (SSN)
- มีการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อรายได้หรือขนาดครัวเรือนของคุณ

จะเกิดอะไรขึ้น ถ้าหากฉันย้ายไปอยู่เทศมณฑลอื่นในรัฐแคลิฟอร์เนีย

หากคุณย้ายไปอยู่เทศมณฑลอื่นในรัฐแคลิฟอร์เนีย คุณสามารถย้ายประวัติ Medi-Cal ของคุณไปยังเทศมณฑลใหม่ สิ่งนี้เรียกว่า การย้ายข้ามเทศมณฑล (Inter-County Transfer-ICT) คุณต้องแจ้งการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ต่อเทศมณฑลใหม่หรือเทศมณฑลเก่าภายใน 10 วันหลังจากการย้าย คุณสามารถรายงานการเปลี่ยนแปลงทางออนไลน์ ด้วยตนเอง ทางโทรศัพท์ ทางอีเมล หรือทางโทรสาร ความครอบคลุมของแผนประกันสุขภาพจัดบริการในเทศมณฑลเก่าของคุณจะสิ้นสุดในวันสุดท้ายของเดือน คุณจะต้องสมัครแผนประกันสุขภาพจัดบริการในเทศมณฑลใหม่ของคุณ

เมื่อคุณออกจากเทศมณฑลเป็นการชั่วคราว Medi-Cal จะไม่โอนถ่ายไป

กรณีนี้รวมถึงการที่เด็กไปเข้ามหาวิทยาลัย หรือเมื่อคุณไปดูแลญาติที่ป่ วย ติดต่อสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณเพื่อรายงานที่อยู่ชั่วคราวในเทศมณฑลอื่นข องสมาชิกในครัวเรือนสำ นักงานเทศมณฑลในพื้นที่จะเปลี่ยนข้อมูลที่อยู่ให้เป็นปัจจุบันเพื่อที่สมาชิกในครัวเรือนจะสามารถสมัครเข้าร่วมแผนประกันสุขภาพในเทศมณฑลใหม่ได้

ฉันจะต่ออายุการครอบคลุมของ Medi-Cal ของฉันได้อย่างไร

เพื่อรักษาสิทธิประโยชน์ Medi-Cal ของคุณ คุณต้องต่ออายุอย่างน้อยปีละครั้ง หากสำ นักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณไม่สามารถต่ออายุการครอบคลุม Medi-Cal ของคุณได้ทางอิเล็กทรอนิกส์ ทางสำนักงานจะส่งแบบฟอร์มการต่ออายุมาให้คุณ คุณจะต้องให้ข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ คุณยังต้องให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่สุดของคุณ คุณสามารถส่งคืนข้อมูลทางออนไลน์ ด้วยตนเอง ทางโทรศัพท์ หรือทางอิเลิกทรอนิกส์หากสามารถทำ าได้ในเทศมณฑลของคุณ หากคุณส่งคืนแบบฟอร์มการต่ออายุผ่านทางไปรษณีย์หรือด้วยตนเอง คุณต้องลงนามในแบบฟอร์ม

หากคุณไม่ให้ข้อมูลที่จำ าเป็นภายในวันที่กำ าหนด สิทธิประโยชน์ Medi-Cal ของคุณจะสิ้นสุดลง สำ นักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณจะส่งคำ าบอกกล่าวการดำ าเนินการ (Notice of Action) มาให้คุณทางไปรษณีย์ คุณมีเวลา 90 วันในการให้ข้อมูลที่ขาดหายแก่สำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณโดยที่ไม่ต้องสมัครใหม่ หากคุณให้ข้อมูลที่ขาดหายภายใน 90 วันและยังมีสิทธิรับ Medi-Cal สำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณฟื้นสัญญา Medi-Cal ของคุณโดยไม่มีการขาดตอนของการประกัน

สิทธิและหน้าที่

เมื่อคุณสมัคร Medi-Cal คุณจะได้รับรายการสิทธิและหน้าที่ของคุณ ซึ่งรวมถึงข้อกำหนดในการรายงานการเปลี่ยนแปลงด้านที่อยู่ รายได้ การตั้งครรภ์ หรือการให้กำเนิด คุณสามารถโทรติดต่อสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ หรือค้นหารายการสิทธิและหน้าที่ของคุณฉบับที่เป็นปัจจุบันที่สุดทางออนไลน์ที่:

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

สิทธิการอุทธรณ์และการรับฟังคดี

บริการสุขภาพและสิทธิประโยชน์

คุณมีสิทธิขออุทธรณ์หากคุณไม่เห็นด้วยกับการปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพหรือสิทธิประโยชน์

หากคุณเป็นสมาชิกแผน Medi-Cal Managed Care และคุณได้รับจดหมายคำบอกกล่าวการดำเนินการ (Notice of Action) ที่แจ้งคุณว่าบริการสุขภาพหรือสิทธิประโยชน์ถูกปฏิเสธ คุณมีสิทธิยื่นขออุทธรณ์ได้

คุณต้องยื่นคำขออุทธรณ์ต่อแผนประกันสุขภาพของคุณภายใน 60 วันตั้งแต่วันที่ที่ระบุในคำบอกกล่าวการดำเนินการ (Notice of Action) หลังจากที่คุณยื่นคำขออุทธรณ์ไป แผนประกันสุขภาพจะส่งผลการพิจารณาให้คุณภายใน 30 วัน หากคุณไม่ได้รับผลการพิจารณาภายใน 30 วัน หรือไม่พอใจกับการพิจารณาของแผนประกันสุขภาพของคุณ คุณสามารถขอการรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐ (State Fair Hearing) ผู้พิพากษาจะเป็นผู้พิจารณาคดีของคุณ **คุณต้องยื่นคำขออุทธรณ์ต่อแผนประกันสุขภาพของคุณก่อนที่คุณจะสามารถขอการรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐ** คุณต้องขอการรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐ ภายใน 120 วันนับตั้งแต่วันที่ในจดหมายแจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์

หากคุณเข้าร่วม Medi-Cal แบบจ่ายค่าบริการตามที่ใช้ (Fee-for-Service) และคุณได้รับจดหมายคำบอกกล่าวการดำเนินการ (Notice of Action) ที่แจ้งคุณว่าบริการสุขภาพหรือสิทธิประโยชน์หนึ่งถูกปฏิเสธ คุณมีสิทธิขอการรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐได้ทันที คุณต้องยื่นคำขอการรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐภายใน 90 วันนับตั้งแต่วันที่ที่ระบุในคำบอกกล่าวการดำเนินการ (Notice of Action)

นอกจากนี้ คุณยังมีสิทธิขอการรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐหากคุณไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นกับการสมัครหรือคุณสมบัติ Medi-Cal ของคุณ อาจเป็นกรณี:

- คุณไม่เห็นด้วยกับการดำเนินการของเทศมณฑลหรือรัฐเกี่ยวกับการสมัคร Medi-Cal ของคุณ
- ทางเทศมณฑลไม่ให้ผลการพิจารณาเกี่ยวกับการสมัคร Medi-Cal ของคุณภายใน 45 หรือ 90 วัน
- คุณสมบัติหรือการแบ่งปันต้นทุน Medi-Cal มีการเปลี่ยนแปลง

ผลการพิจารณาคุณสมบัติ

หากคุณได้รับจดหมายคำบอกกล่าวการดำเนินการ (Notice of Action)
ที่แจ้งผลการพิจารณาคุณสมบัติที่คุณไม่เห็นด้วย คุณสามารถพูดคุยกับเจ้าหน้าที่คัดกรองคุณสมบัติในเทศมณฑลของคุณ และ/หรือ
ยื่นขอการรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐ
หากคุณไม่สามารถแก้ปัญหาความไม่เห็นด้วยของคุณผ่านเทศมณฑล คุณต้องยื่นขอการรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐ ภายใน 90 วันนับตั้งแต่วันที่ที่ระบุในคำบอกกล่าวการดำเนินการ (Notice of Action)
คุณสามารถยื่นคำขอการรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐโดยการติดต่อสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณ นอกจากนี้ คุณยังสามารถโทรติดต่อหรือเขียนหา:

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)

นอกจากนี้
คุณสามารถยื่นขออุทธรณ์ทางออนไลน์ได้ที่:

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

หากคุณเชื่อว่าคุณถูกเลือกปฏิบัติอย่างผิดกฎหมายบนพื้นฐานของเพศ เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ ถิ่นที่ถือสัญชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความบกพร่องทางจิต ความบกพร่องทางกาย สภาพทางการแพทย์ ข้อมูลทางพันธุกรรม สถานภาพสมรส เพศสภาพ อัตลักษณ์ทางเพศ หรือวิถีทางเพศ คุณสามารถยื่นคำร้องเรียนต่อสำนักงานสิทธิพลเมือง (Office of Civil Rights) ของ DHCS

คุณสามารถเรียนรู้วิธีการยื่นคำร้องเรียนเรื่องการถูกเลือกปฏิบัติใน "คำบอกกล่าวที่รัฐกำหนดเพื่อแจ้งบุคคลเกี่ยวกับข้อกำหนดการไม่เลือกปฏิบัติและการเข้าถึง" ในหน้า 32

ข้อมูลเกี่ยวกับการรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐ

ทางรัฐจะแจ้งคุณว่าได้รับคำขอการรับฟังคดีแล้ว คุณจะได้รับแจ้งวันที่ เวลา
และสถานที่ของการรับฟังคดีของคุณ
ตัวแทนการรับฟังคดีจะพิจารณาคดีของคุณและพยายามแก้ปัญหาของคุณ
หากทางเทศมณฑล/รัฐเสนอข้อตกลงให้แก่คุณเพื่อแก้ไขปัญหาของคุณ
คุณจะได้รับข้อเสนอนี้เป็นลายลักษณ์อักษร

คุณสามารถให้อนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้เพื่อน สมาชิกในครอบครัว
หรือตัวแทนช่วยเหลือคุณในการรับฟังคดี
หากคุณไม่สามารถแก้ปัญหาอย่างสมบูรณ์กับเทศมณฑลหรือรัฐ คุณหรือตัวแทนของคุณต้องเข้

าร่วมการรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐ การรับฟังคดีของคุณอาจต้องไปด้วยตนเองหรือดำเนินการผ่านทางโทรศัพท์ ผู้พิพากษาที่ไม่ได้ทำงานให้กับเทศมณฑลหรือโครงการ Medi-Cal จะเป็นผู้รับฟังคดีของคุณ

คุณมีสิทธิขอรับความช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดระบุภาษาที่คุณต้องการในคำขอการรับฟังคดีของคุณ หรือแจ้งต่อผู้แทนการรับฟังคดีว่าคุณต้องการบริการล่ามโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณไม่สามารถใช้ครอบครัวหรือเพื่อนฝูงเป็นล่ามให้คุณในการรับฟังคดี

หากคุณทุพพลภาพและมีความจำเป็นสำหรับ สิ่งอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสมเพื่อที่จะเข้าร่วมกระบวนการรับฟังคดีโดยศาลปกครองของรัฐ คุณอาจโทรไปที่ 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349). นอกจากนี้ คุณสามารถส่งอีเมลไปที่: *SHDCSU@DSS.ca.gov*

เพื่อรับความช่วยเหลือในการรับฟังคดี คุณสามารถขอการส่งต่อไปยังผู้ช่วยทางกฎหมายได คุณสามารถรับความช่วยเหลือด้านกฎหมายโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้จากสำนักงานความช่วยเหลือด้านกฎหมายหรือสำนักงานสิทธิด้านสวัสดิการในพื้นที่ของคุณ

ความรับผิดของบุคคลที่สาม

หากคุณได้รับการบาดเจ็บ คุณสามารถใช้ Medi-Cal ของคุณเพื่อรับบริการทางการแพทย์ หากคุณยื่นคำร้องเรียนหรือฟ้องร้องใครก็ตามสำหรับค่าเสียหายเนื่องจากการบาดเจ็บของคุณ คุณต้องแจ้งโครงการการบาดเจ็บส่วนบุคคล (Personal Injury-PI) ของ Medi-Cal ภายใน 30 วันนับตั้งแต่การยื่นคำร้องเรียนหรือการดำเนินการ คุณต้องแจ้งทั้งสำนักงานเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณและโครงการการบาดเจ็บส่วนบุคคล

ในการแจ้งโครงการการบาดเจ็บส่วนบุคคลของ Medi-Cal โปรดกรอกแบบฟอร์ม "การแจ้งการบาดเจ็บส่วนบุคคล (กรณีใหม่)" ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ คุณสามารถค้นหาแบบฟอร์มนี้ได้จากเว็บไซต์ด้านล่าง หากคุณไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต โปรดขอให้ผู้รับมอบอำนาจ หรือตัวแทนของบริษัทประกันไปแจ้งโครงการการบาดเจ็บส่วนบุคคลของ Medi-Cal แทนคุณ คุณสามารถค้นหาแบบฟอร์มการแจ้งและการปรับเปลี่ยนข้อมูลให้เป็นปัจจุบันได้ที่: ***http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal***

หากคุณจ้างทนายเพื่อเป็นตัวแทนของคุณในการร้องเรียนหรือคดีความของคุณ ทนายของคุณจะเป็นผู้รับผิดชอบในการแจ้งโครงการการบาดเจ็บส่วนบุคคลของ Medi-Cal และการออกหนังสืออนุมัติ หนังสืออนุมัตินี้จะอนุญาตให้เจ้าหน้าที่ Medi-Cal ติดต่อทนายความของคุณเพื่อพูดคุยถึงคดีการบาดเจ็บส่วนบุคคลของคุณ Medi-Cal ไม่มีบริการทนายความหรือการส่งต่อทนายความ เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อมูลที่อาจช่วยทนายความในกระบวนการนี้ได

การชำระคืนด้วยทรัพย์มรดก

โครงการ Medi-Cal ต้องรับการชำระคืนจากทรัพย์มรดกของสมาชิก Medi-Cal บางคนที่เสียชีวิต การชำระคืนจำกัดเพียงจำนวนที่ชำระไป รวมถึงเบี้ยประกันจัดบริการ บริการสถานพยาบาล บริการในบ้านและชุมชน และบริการโรงพยาบาลและยาตามใบสั่งแพย์ที่เกี่ย

วข้องในช่วงเวลาที่ผู้รับสิทธิประโยชน์:

- เป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาล หรือ
- ได้รับบริการในบ้านและชุมชนในหรือหลังจากวันครบรอบวันคล้ายวันเกิด 55 ปีของเขาหรือเธอ

หากสมาชิกผู้เสียชีวิตไม่มีทรัพย์สินมรดกที่ต้องผ่านการพิสูจน์พินัยกรรม หรือไม่มีทรัพย์สินใด ๆ เมื่อเสียชีวิต ไม่ต้องมีการชำระคืนใด ๆ

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดไปที่
http://dhcs.ca.gov/er
หรือโทรไปที่ 1-916-650-0590

ฉ้อฉล Medi-Cal

ความรับผิดชอบของผู้รับสิทธิประโยชน์

ผู้รับสิทธิประโยชน์จะต้องแสดงหลักฐานการประกันสุขภาพของ Medi-Cal แก่ผู้ให้บริการก่อนการรับบริการเสมอ หากคุณกำลังรับการรักษาจากแพทย์หรือทันตแพทย์มากกว่าหนึ่งท่าน คุณควรแจ้งแต่ละท่านถึงแพทย์หรือทันตแพทย์อีกท่านที่ให้บริการคุณอย

เป็นความรับผิดชอบของคุณที่จะไม่ละเมิดหรือใช้สิทธิประโยชน์ Medi-Cal ของคุณในทางที่ผิด การกระทำต่อไปนี้เป็นความผิด**อาญา**:

- อนุญาตให้ผู้อื่นใช้สิทธิประโยชน์ Medi-Cal ของคุณ
- รับยาด้วยการให้ข้อมูลที่เป็นเท็จแก่ผู้ให้บริการ
- ขายหรือให้ผู้ใดก็ตามยืมบัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์หรือให้บัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์แก่ผู้ใดก็ตามนอกเหนือจากผู้ให้บริการของคุณตามข้อกำหนดของ Medi-Cal

การใช้สิทธิประโยชน์ของบัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์หรือ Medi-Cal ในทางที่ผิด เป็นความผิดทางอาญา ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อคดีของคุณหรือการลงโทษทางอาญา หากคุณสงสัยว่ามีการฉ้อฉล Medi-Cal การสิ้นเปลืองหรือละเมิด โปรดแจ้งอย่างเป็นความลับโดยการโทร **1-800-822-6222**

คำบอกกล่าวที่รัฐกำหนดเพื่อแจ้งบุคคลเกี่ยวกับข้อกำหนดการไม่เลือกปฏิบัติและการเข้าถึง

DHCS ปฏิบัติตามกฎหมายสิทธิพลเมืองระดับประเทศและระดับรัฐที่เกี่ยวข้อง DHCS ไม่เลือกปฏิบัติอย่างผิดกฎหมายบนพื้นฐานของเพศ เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ ถิ่นที่ถือสัญชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความบกพร่องทางจิต ความบกพร่องทางกาย สภาพทางการแพทย์ ข้อมูลทางพันธุกรรม สถานภาพสมรส อัตลักษณ์ทางเพศ หรือวิถีทางเพศ DHCS ไม่เลือกปฏิบัติ กีดกันคน หรือปฏิบัติต่อคนต่างกันเพราะเพศ เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ ถิ่นที่ถือสัญชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความบกพร่องทางจิต ความบกพร่องทางกาย สภาพทางการแพทย์ ข้อมูลทางพันธุกรรม สถานภาพสมรส อัตลักษณ์ทางเพศ หรือวิถีทางเพศ DHCS:

- ให้ความช่วยเหลือและบริการฟรีกับผู้คนที่มีความบกพร่องให้สามารถสื่อสารกับ DHCS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น:
  - ล่ามภาษามือที่มีคุณภาพ
  - ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบอื่น ๆ เช่น ตัวอักษรขนาดใหญ่ ไฟล์เสียง รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้าถึงได้ และรูปแบบอื่น ๆ

- ให้บริการด้านภาษาฟรีแก่ผู้ที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก เช่น:
  - ล่ามที่มีคุณภาพ
  - ข้อมูลที่พิมพ์เป็นภาษาอื่น ๆ

หากคุณต้องการบริการเหล่านี้ โปรดโทรไปที่สำนักงานสิทธิพลเมือง (Office of Civil Rights) ที่ **1-916-440-7370, (Ext. 711, California State Relay)** หรือส่งอีเมลไปที่ ***CivilRights@dhcs.ca.gov***

หากคุณเชื่อว่า DHCS ล้มเหลวในการให้บริการเหล่านี้ หรือคุณถูกเลือกปฏิบัติในทางอื่นบนพื้นฐานของเพศ เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ ถิ่นที่ถือสัญชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความบกพร่องทางจิต ความบกพร่องทางกาย สภาพทางการแพทย์ ข้อมูลทางพันธุกรรม สถานภาพสมรส อัตลักษณ์ทางเพศ หรือวิถีทางเพศ คุณสามารถยื่นคำร้องเรียนได้ที่:

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*

หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการยื่นการร้องทุกข์ สำนักงานสิทธิพลเมือง (Office of Civil Rights) สามารถช่วยคุณได้ คุณสามารถรับแบบฟอร์มการร้องเรียนได้จาก:

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

หากคุณเชื่อว่าคุณถูกเลือกปฏิบัติเนื่องจากเชื้อชาติ สีผิว ถิ่นที่ถือสัญชาติ อายุ ทุพพลภาพ หรือเพศ คุณสามารถยื่นคำร้องเรียนสิทธิพลเมืองต่อกระทรวงสาธารณสุขและบริการประชาชนของสหรัฐอเมริกา (U.S. Department of Health and Human Services) ที่สำนักงานสิทธิพลเมือง คุณสามารถยื่นคำร้องทางอิเล็กทรอนิกส์ผ่านระบบคำร้องของสำนักงานสิทธิพลเมืองที่ ***https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*** หรือคุณสามารถยื่นคำร้องทางไปรษณีย์หรือทางโทรศัพท์ที่:

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

คุณสามารถรับใบร้องเรียนได้ที่:

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

เอกสารนี้เป็นไปตามมาตรฐานการเข้าถึงมาตรา 508 คุณสามารถรับเอกสารนี้เป็นภาษาเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ และรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ตามคำขอเพื่ออำนวยความสะดวกในขอบเขตที่เหมาะสมจากบุคคลที่มีสิทธิและทุพพลภาพ หากต้องการขอสำเนาเอกสารชุดนี้ในรูปแบบอื่น โปรดโทรติดต่อแผนกคุณสมบัติ Medi-Cal ที่ **1-916-552-9200 (TTY 1-800-735-2929)** หรือส่งอีเมลไปที่ ***MCED@dhcs.ca.gov***

ทรัพยากรที่สำคัญ

ทางออนไลน์

เว็บไซต์หลักของ Medi-Cal:
http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal

ดาวน์โหลดแอป myMedi-Cal ลงในสมาร์ทโฟนเพื่อช่วยคุณในการเรียนรู้เกี่ยวกับบริการที่ครอบคลุม ค้นหาความช่วยเหลือในพื้นที่ และอีกมากมาย!

หมายเลขโทรศัพท์

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:
1-800-300-1506

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

ความช่วยเหลือด้านภาษา

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

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

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

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសារបស់អ្នក។ 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 سؤالات، 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) ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຟຣີໃນພາສາຂອງທ່ານ. ໂທຫາຫ້ອງການເຂດໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ 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 ਮੁਫ਼ਤ 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 nararapat o mga tanong. (Tagalog)

โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถโทรศัพท์ไปที่บอร์ 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 | ผลิตโดย DHCS
Office of Communications

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