

# myMedi-Cal

Як отримати необхідну медичну допомогу



# Зміст

## 3 Медичне страхування у штаті каліфорнія

Medi-Cal та Covered California  
Вимоги Medi-Cal  
Порівняльний аналіз програми Medi-Cal

## 8 Як подати заявку?

Способи подачі заявки  
Час обробки заявки

## 10 Як користуватися страховими виплатами по програмі Medi-Cal?

Візити до лікаря  
Гонорарний спосіб оплати (Fee-for-Service) в рамках програми Medi-Cal  
Часткова оплата (Share of Cost-SOC) в рамках програми Medi-Cal  
Medi-Cal Managed Care  
Що робити якщо в мене інше медичне страхування  
Допомога при отриманні медичних послуг  
Спільне страхування по програмах Medicare & Medi-Cal

## 18 Витрати котрі покриваються програмою Medi-Cal

Загальні медичні послуги  
Програма страхового покриття медичних послуг при розладах, викликаних вживанням психоактивних речовин (Substance Use Disorder Program)

Стоматологічні послуги

Програма раннього та періодичного скринінгу, діагностики та лікування (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment-EPSDT)

Транспортні послуги

Спеціалізована психіатрична медична допомога

## 22 Інші програми & послуги медичного страхування

Програма покриття попередніх послуг Medi-Cal (Retroactive Medi-Cal)

## 27 Оновлення & поновлення мого Medi-Cal

Повідомлення про зміни в домогосподарстві  
Переїзд в інший округ або штат  
Поновлення мого Medi-Cal

## 29 Права & обов'язки

Право на скаргу та її розгляд  
Неупереджене слухання справи на рівні штату  
Відповідальність третіх сторін (Third Party Liability)  
Відшкодування за рахунок майна (Estate Recovery)  
Шахрайські дії пов'язані з Medi-Cal  
Вимоги до відсутності дискримінації та відкритості для доступу

DHCS в соціальних мережах



@DHCS\_CA



DHCS.CA



California Department of  
Health Care Services



DHCS\_CA

# Медичне страхування у штаті Каліфорнія



**Мій Medi-Cal: «Як отримати вам необхідну медичну допомогу»** розповідається яким чином жителі штату Каліфорнія можуть подати заявку на участь у програмі Medi-Cal для отримання безоплатного або доступного медичного страхування. Ви дізнаєтеся що потрібно зробити для отримання права на участь у програмі. У цьому посібнику також розповідається про те як скористатися страховими виплатами по програмі Medi-Cal. Ви отримаєте інформацію про те як повідомляти про зміни. Ви повинні зберегти цей посібник і використовувати його при виникненні запитань щодо програми Medi-Cal.

Штат Каліфорнія пропонує два способи медичного страхування. Це програми «Medi-Cal» та «Covered California». В обох програмах застосовується аналогічна процедура реєстрації.

## Що таке програма Medi-Cal?

Medi-Cal — це варіант Федеральної програми медичного страхування Medicaid, котрий застосовується у штаті Каліфорнія. Medi-Cal пропонує безоплатне і доступне медичне страхування особам, котрі відповідають встановленим критеріям та проживають у штаті Каліфорнія.

Department of Health Care Services (DHCS) здійснює контроль над програмою Medi-Cal.

Ваше місцеве окружне відділення управляє більшістю випадків Medi-Cal від імені DHCS. Ви можете звернутися до свого місцевого окружного відділення через Інтернет-посилання на веб-сайті [www.benefitscal.com](http://www.benefitscal.com). Ви також можете зателефонувати до свого місцевого окружного відділення.

**Щоб дізнатися номер телефону свого місцевого окружного відділення, перейдіть на веб-сайт:**  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

**або зателефонуйте за номером 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)**

У місцевих окружних відділеннях враховують різні фактори, щоб визначити, котрий тип допомоги ви можете отримати від участі в програмі Medi-Cal. До цих факторів відносяться:

- Ваш дохід
- Ваш вік
- вік дітей, вказаних у Вашій заявці
- інформація про стан Вашого здоров'я, вагітність, сліпота або непрацездатність
- чи отримуєте ви страхування в рамках програми Medicare

Більшість людей, котрі подають заявки на участь у програмі Medi-Cal, можуть дізнатись чи відповідають вони за своїми доходами встановленим програмою критеріям. Для отримання деяких видів страхування по програмі Medi-Cal може знадобитися інформація про активи та майно заявника. Щоб дізнатися більше, перегляньте Порівняльний аналіз програми Medi-Cal на сторінціб.

## Що таке програма Covered California?

Covered California — це сфера медичного страхування штату. Ви можете порівняти плани медичного страхування від відомих страхових компаній або самостійно здійснити пошук плану. Якщо ваш дохід занадто високий щоб стати учасником програми Medi-Cal, Ви можете претендувати на придбання медичного страхування в рамках програми Covered California.

Covered California пропонує «елітне медичне страхування» (premium assistance). Це допомагає знизити витрати на медичне обслуговування для осіб та сімей, зареєстрованих в плані медичного страхування Covered California, котрі відповідають правилам реєстрації за рівнем доходів. Щоб отримати елітне страхування, Ваш дохід повинен відповідати встановленим межам в рамках доходів програми the Covered California.

Covered California пропонує чотири рівні страхового покриття на вибір: Бронза, Срібло, Золото та Платина. Страхове покриття кожного рівня є однаковим, незалежно від того, яку саме страхову компанію ви обираєте. На основі рівнів вашого доходу та інших факторів приймається рішення щодо того у якій програмі медичного страхування ви можете взяти участь.

Щоб дізнатися більше про програму Covered California, перейдіть до [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) або зателефонуйте за номером 1-800-300-1506 (TTY 1-888-889-4500).

## Які вимоги для участі в програмі Medi-Cal?

Щоб отримати право на участь в програмі Medi-Cal, ви повинні проживати в штаті Каліфорнія і відповідати певним критеріям. Ви повинні подати відомості про ваші доходи та податковий статус на кожного з членів вашої родини, зазначених у податковій декларації. Вам також може бути необхідно надати інформацію про ваше майно.

Вам не потрібно заповнювати податкову декларацію щоб претендувати на участь у програмі Medi-Cal. Якщо у вас виникли запитання стосовно податкової декларації, зверніться в Державну податкову службу (Internal Revenue Service-IRS) або до фахівця з питань оподаткування.

Усі особи, котрі подають заявку на участь у програмі Medi-Cal, повинні вказати, за наявності, свій номер соціального забезпечення (Social Security Number-SSN), Кожна особа котра претендує на участь у програмі Medi-Cal, повинна надати інформацію про свій імміграційний статус. Імміграційний статус, вказаний в заяві на участь в програмі Medi-Cal, є конфіденційною інформацією. Служба громадянства та імміграції США (United States Citizenship and Immigration Services) не може використовувати цю інформацію для контролю за дотриманням імміграційних вимог, якщо ви не вчиняли шахрайські дії.

Дорослі у віці 19 років або старше можуть претендувати на обмежене покриття медичних послуг в рамках програми Medi-Cal, навіть якщо вони не мають

номера соціального забезпечення (Social Security Number-SSN), або якщо вони не можуть довести свій імміграційний статус. Таке страхове покриття включає витрати на отримання невідкладної медичної допомоги, медичних послуг, пов'язаних з вагітністю, та довгострокову медичну допомогу (long-term care).

Ви можете подати заяву на участь вашої дитини у програмі Medi-Cal, навіть якщо ви не можете отримати повного страхового покриття.

У Каліфорнії імміграційний статус не впливає на страхове покриття в рамках програми Medi-Cal для дітей молодше 19 років. Діти можуть претендувати на отримання повного страхового покриття в рамках програми Medi-Cal, незалежно від імміграційного статусу.

Щоб дізнатись більше про правила участі в програмі Medi-Cal, див. Порівняльний аналіз програми Medi-Cal на наступній сторінці.

## Ти знав?

**Члени однієї родини можуть претендувати на страхування в рамках обох програм — Medi-Cal та Covered California. Це пов'язано з тим, що правила допуску до участі в програмі Medi-Cal для дітей та дорослих відрізняються.**

**Наприклад, страхове покриття для домогосподарства, що складається з двох батьків та однієї дитини може виглядати наступним чином:**



**Батьки — мають право на реєстрацію у плані медичного страхування Covered California та отримують податкові пільги і розподіл витрат для зменшення своїх витрат**



**Дитина — має право на безоплатне або доступне медичне страхування по програмі Medi-Cal**

# Порівняльний аналіз програми Medi-Cal

## MAGI

## проти

## Non-MAGI

це метод валового доходу з поправками і змінами (Modified Adjusted Gross Income-MAGI) у рамках програми Medi-Cal, коли федеральне податкове законодавство використовується для того, щоб вирішити чи відповідаєте ви вимогам медичного страхування, в залежності від вашої податкової декларації та вашого облікового доходу.

Програма Medi-Cal Non-MAGI містить безліч спеціальних програм. Особи, котрі не можуть претендувати відповідно до MAGI Medi-Cal, можуть претендувати на участь у програмі Medi-Cal Non-MAGI.

### Хто може претендувати на участь у програмі:



- Діти віком до 19 років
- Батьки та опікуни неповнолітніх дітей
- Особи у віці від 19 до 64 років
- Вагітні особа



- Особи у віці від 65 років і старше
- Діти до 21 року
- Вагітні особа
- Батьки/родичі-опікуни дитини, котра підходить за віком
- Дорослі пацієнти або діти, котрі знаходяться в лікувальному закладі для хронічних хворих
- Особи, котрі мають медичне страхування по програмі Medicare
- Особи зі сліпотою або інвалідністю

## Правила щодо майна:



Відсутні майнові обмеження.

- Потрібно подати звіт та надати підтвердження майна, наприклад, документи про наявність транспортних засобів, банківських рахунків або орендованих будинків
- Обмеження щодо розміру майна у домогосподарстві

## Для участі в програмах із урахуванням **MAGI** та **Non-MAGI**:

- Місцеве окружне відділення перевірить інформацію, вказану вами в заявці. Можливо, вам необхідно буде надати більше доказів.
- Ви повинні проживати в штаті Каліфорнія.
- Громадяни США або заявники, котрі перебувають у США на законних підставах, повинні надати номер їх SSN.
- Ви повинні подати заявку на отримання будь-якого доходу, наприклад, субсидії по безробіттю (unemployment benefits) та Державного страхування на випадок стійкої втрати працездатності (State Disability Insurance).
- Ви повинні дотримуватися вимог законодавства щодо надання медичного обслуговування\* яке:
  - встановлює батьківство щодо дитини або дітей, народжених поза шлюбом.
  - передбачає отримання медичної допомоги для дитини або дітей, котрі не мають батьків (або когось із батьків).

*\*Якщо ви вважаєте, що маєте вагомi підстави не дотримуватися цього правила, зателефонуйте до свого місцевого відділення.*



# Як подати Заявку?

Ви можете подати заявку на участь у програмі Medi-Cal у будь-який момент поштою, телефоном, факсом або електронною поштою. Ви також можете подати заявку в Інтернеті або особисто.

Ви можете подати заявку на отримання медичного страхування в рамках програми Covered California у відповідно встановлені дні. Щоб дізнатися коли саме можна подати заявку, перейдіть на сторінку [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) або зателефонуйте за номером 1-800-300-1506 (TTY 1-888-889-4500).

## **Подача заявки поштою:**

Ви можете подати заявку на участь у програмі Medi-Cal та Covered California за допомогою Окремої спрощеної заявки (Single Streamlined Application). Ви можете знайти форму заявки англійською та іншими мовами на веб-сайті: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. Надішліть заповнену форму заявки до свого місцевого окружного відділення.

**Адреса вашого місцевого окружного відділення вказана на веб-сайті:**  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

**Ви також можете надіслати заявку на адресу:**  
**Covered California**  
**P.O. Box 989725**  
**West Sacramento, CA 95798-9725**

## **Подача заявки телефоном, факсом або електронною поштою:**

Зателефонуйте до свого місцевого окружного відділення. Номер телефону наведено на веб-сайті <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> або зателефонуйте у відділення Covered California за номером 1-800-300-1506.

## **Подача заявки в Інтернеті:**

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

**АБО**

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





## Подача заявки особисто:

Адреса вашого місцевого окружного відділення вказана на веб-сайті <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. Вам можуть допомогти у подачі заявки.

Інформація про Атестованого в штаті Каліфорнія консультанта з питань реєстрації (Certified Enrollment Counselor) у програмі Covered California або Страхового агента (Insurance Agent) вказана на веб-сайті [www.CoveredCA.com/get-help/local/](http://www.CoveredCA.com/get-help/local/).

## Скільки часу необхідно для обробки моєї заявки?

Для обробки вашої заявки на участь в програмі Medi-Cal може знадобитися 45 днів. Якщо ви подаєте заявку на участь в програмі Medi-Cal на підставі інвалідності, обробка може зайняти до 90 днів. Ваше місцеве окружне відділення або відділення Covered California надішле Вам листа із заключенням щодо вашої відповідності для участі в програмі. Такий лист називається «Повідомлення про дії» («Notice of Action»). Якщо ви не отримаєте листа протягом 45 або 90 днів, ви можете надати запит на «неупереджене слухання справи» («State Fair Hearing»). Ви також можете попросити про проведення слухання, якщо не погоджуєтесь з прийнятним рішенням. Щоб дізнатись більше, див. «Право на скаргу та її розгляд» на сторінці 29.

## Ти знав?



Якщо ви маєте право на Supplemental Security Income-SSI), ви автоматично отримуєте право на медичне страхування по програмі SSI-linked Medi-Cal.



У вашому місцевому окружному відділенні вам можуть допомогти у вирішенні деяких проблем, пов'язаних із SSI Medi-Cal. Вам повідомлять, чи потрібно вам звертатися у Відділ соціального забезпечення (Social Security) для вирішення проблеми.

# Як користуватися страховими виплатами по програмі Medi-Cal?



Програма Medi-Cal компенсує витрати на більшість необхідних медичних послуг. Такі послуги включають візити до лікарів та стоматологів, рецептурні ліки, витрати на догляд за зором, послуги планування сім'ї, охорону психічного здоров'я та лікування наркотичної або алкогольної залежності. Medi-Cal також покриває транспортні витрати під час отримання таких послуг. Докладніше див. у розділі «Covered Benefits» на стор. 18.

Після отримання схвалення на участь у програмі, ви можете одразу скористатися своїми перевагами в рамках програми Medi-Cal. Нові бенефіціари, схвалені для отримання послуг медичного страхування по програмі Medi-Cal, отримують Ідентифікаційну карту страхування (Benefits Identification Card-BIC) від Medi-Cal. Вашим лікарям та стоматологам знадобиться ваша BIC, щоб надавати вам послуги та виписувати рахунки компанії Medi-Cal. Нові бенефіціари і ті, хто замовляє заміну карти, отримують BIC нового формату з логотипом, що містить зображення каліфорнійського маку. Обидва наведені формати BIC є дійсними:



Будь ласка, зв'яжіться з вашим місцевим окружним відділенням, якщо:

- Ви не отримали BIC
- Ви загубили BIC
- Ваша BIC містить неправильну інформацію
- Вашу BIC вкрали

Після того як вам надішлють нову BIC, ви не зможете використовувати стару BIC.

Ви можете знайти номер телефону свого місцевого окружного відділення на веб-сайті:

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

або зателефонувавши за номером:

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

## Як записатися на прийом до лікаря?

---

Більшість учасників програми Medi-Cal звертаються до лікаря в рамках плану Medi-Cal Managed Care. Ці плани подібні до планів медичного страхування осіб, котрі мають приватний страховий поліс. Більше інформації про плани регульованого медичного обслуговування див з наступної сторінки.

Може знадобиться кілька тижнів для призначення вам плану Medi-Cal Managed Care. Якщо ви вперше реєструєтесь для участі в програмі Medi-Cal, або якщо у вас виникли особливі обставини, вам можливо доведеться звертатися до лікаря на умовах «Fee-for-Service Medi-Cal».

## Що таке Fee-for-Service в рамках програми Medi-Cal?

---

Гонорарний спосіб оплати — це спосіб, у який Medi-Cal оплачує послуги лікарів та інших постачальників медичних послуг. Якщо ви вперше реєструєтесь для участі у програмі Medi-Cal, ви будете отримувати своє страхове покриття на Гонорарний спосіб оплати в рамках програми Medi-Cal, доки вас не зареєструють у плані регульованого медичного обслуговування.

Перш ніж отримувати медичні або стоматологічні послуги, запитайте чи лікар приймає оплату на умовах Гонорарний спосіб оплати в рамках Medi-Cal. Лікар має право відмовитися приймати пацієнтів за програмою медичного страхування Medi-Cal. Якщо ви не повідомите лікаря про те, що маєте страхове покриття по програмі Medi-Cal, можливо, вам доведеться самостійно оплатити медичні або стоматологічні послуги.

## Як оплачуються медичні та стоматологічні послуги в рамках покриття на умовах Гонорарний спосіб оплати?

---

Ваш лікар використовує вашу ВІС, щоб переконатися, що ви є учасником програми Medi-Cal. Ваш лікар буде знати чи покриє програма Medi-Cal витрати на медичні або стоматологічні послуги. Іноді вам може знадобитися «взяти участь» в оплаті за лікування. Можливо, вам доведеться сплачувати \$1 кожного разу, коли ви отримуєте медичну або стоматологічну допомогу або рецептурні препарати. Можливо, вам доведеться сплачувати \$5, якщо ви звертаєтесь у відділення швидкої допомоги, коли потребуєте невідкладної допомоги. Бенефіціари, зареєстровані у плані регульованого медичного обслуговування, не повинні брати участь в оплаті.

**Існують деякі послуги, котрі компанія Medi-Cal повинна схвалити, перш ніж ви зможете їх отримати. Див. стор. 13 для детальнішої інформації.**

## Як надаються медичні або стоматологічні послуги, якщо мені потрібно внести Часткову оплату (SOC)?

Деякі програми Medi-Cal Non-MAGI передбачають SOC з Вашого боку. Повідомлення про дії, яке ви отримаєте після схвалення Medi-Cal, міститиме інформацію про те чи повинні Ви вносити SOC. В повідомленні також буде вказана сума SOC. SOC — це сума, яку ви повинні сплатити, або яку обіцяєте сплатити постачальнику медичних або стоматологічних послуг до отримання компенсації витрат з боку компанії Medi-Cal.

Сума SOC відновлюється щомісяця. Вам потрібно буде сплачувати SOC лише протягом місяців, коли ви отримуєте медичні та/або стоматологічні послуги. Сума SOC сплачується постачальнику медичних або стоматологічних послуг. Вона не сплачується на користь компанії Medi-Cal або штату. Постачальники медичних послуг можуть дозволити вам оплатити послуги пізніше. У деяких округах, якщо ви сплачуєте SOC, Ви не можете зареєструватися у плані регульованого медичного обслуговування.

Якщо ви оплачуєте медичні послуги постачальників, котрі не співпрацюють з компанією Medi-Cal, ви можете зараховувати ці платежі в якості ваших платежів SOC. Ви повинні надати квитанції про оплату цих медичних послуг у Ваше місцеве окружне відділення. Вони зарахують цю суму в якості SOC.

Ви зможете знизити суму SOC у майбутньому, якщо у вас є неоплачені медичні рахунки. Дізнайтеся у місцевому окружному відділенні чи можуть ці рахунки бути зараховані в якості SOC.

## Що таке Medi-Cal Managed Care?

Medi-Cal Managed Care — це організована система, яка допомагає вам отримувати високоякісну медичну допомогу та залишатися здоровим.

«**Співробітники планів Medi-Cal Managed Care допоможуть Вам знайти лікарів, аптеки та освітні програми в сфері охорони здоров'я.**»

Більшість людей повинні зареєструватися у плані регульованого медичного обслуговування, якщо тільки вони не відповідають певним критеріям або можуть претендувати на виключення. Варіанти вашого плану медичного обслуговування залежать від того, в якому окрузі ви проживаєте. Якщо у вашому окрузі діє декілька планів медичного обслуговування, вам потрібно вибрати той план, котрий відповідає вашим потребам та потребам вашої родини.

Кожен план Medi-Cal Managed Care передбачає однакові послуги в кожному окрузі. Ви можете отримати каталог планів регульованого медичного обслуговування на веб-сайті <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. Ви можете обрати лікаря, котрий працює в рамках вашого плану в якості свого лікуючого терапевта. Або вам призначать лікаря-терапевта згідно вашого плану від вашого імені. Ви можете обрати будь-якого спеціаліста з планування сім'ї в рамках програми Medi-Cal за вашим вибором, у тому числі спеціаліста, який не співпрацює з планом. Щоб дізнатися більше,

зверніться до свого представника плану регульованого медичного обслуговування.

В рамках планів регульованого медичного обслуговування ви також отримуєте:

- координування в отриманні медичного обслуговування
- направлення до фахівців
- 24 години на добу консультації медичної сестри по телефону
- послуги Центрів обслуговування клієнтів

**Компанія Medi-Cal повинна схвалити деякі послуги, перш ніж ви зможете їх отримати.** Постачальник медичних послуг знатиме коли саме потрібно отримати попереднє схвалення. Більшість послуг лікарів та більшість візитів в лікарню є необмеженими. Вони не потребують схвалення. Поговоріть зі своїм лікарем про ваш план лікування та записи на прийом.

## Як я можу зареєструватися в плані Medi-Cal Managed Care?

Якщо ви проживаєте в окрузі, де пропонується більш ніж один варіант плану, ви повинні обрати план медичного обслуговування протягом 30 днів після схвалення компанією Medi-Cal. Ви отримаєте поштою інформаційний пакет, який буде містити опис плану (планів) медичного обслуговування, котрий(-і) доступний(-і) у вашому окрузі. Ви також дізнаєтесь як зареєструватися в обраному вами плані регульованого медичного обслуговування. Якщо ви не оберете план протягом 30 днів після схвалення Medi-Cal, штат обере план замість вас.

Будь ласка, дочекайтеся отримання інформаційного пакету про план медичного обслуговування, надісланий поштою.

**« Якщо у вашому окрузі пропонується лише один план медичного обслуговування, адміністрація округу обере план замість вас. »**

Якщо ви проживаєте в **окрузі Сан-Беніто**, вам доступний лише один план медичного обслуговування. Ви можете зареєструватися в цьому плані медичного обслуговування. Або ви можете обрати Fee-for-Service по програмі Medi-Cal.

**Якщо у вашому окрузі є декілька планів медичного обслуговування, вам потрібно обрати той, котрий відповідає вашим потребам та потребам вашої родини.**

Щоб дізнатись, які саме існують плани медичного обслуговування у вашому окрузі, перейдіть на сторінку <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>

## Як я можу вийти з програми, надати запит на виключення з обов'язкової реєстрації або змінити мій план Medi-Cal Managed Care?

Більшість бенефіціарів компанії Medi-Cal повинні зареєструватися у плані Medi-Cal Managed Care. Якщо ви зареєструвалися у плані медичного обслуговування **за вибором**, ви можете вийти з нього в будь-який час. Щоб відмовитися від участі, зателефонуйте у відділ Health Care Options за номером телефону **1-800-430-4263**.

Якщо у вашому окрузі пропонується декілька планів, ви можете зателефонувати у відділ Health Care Options, якщо хочете змінити план медичного обслуговування.

Якщо зараз ви отримуєте лікування від постачальника, котрий працює на умовах Гонорарний спосіб оплати в рамках програми Medi-Cal, ви можете претендувати на тимчасове звільнення від обов'язкової реєстрації в плані Medi-Cal Managed Care. Постачальник медичних послуг, котрий працює на умовах Гонорарний спосіб оплати, не може співпрацювати з планом Medi-Cal Managed Care у вашому окрузі. Постачальник медичних послуг повинен надавати вам комплексне лікування на випадок погіршення вашого стану здоров'я, якщо вам доведеться змінювати лікарів.

Запитайте свого лікаря, чи він/вона співпрацює з планом Medi-Cal Managed Care у вашому окрузі. Якщо ваш лікар не співпрацює з планом Medi-Cal Managed Care у вашому окрузі, попросіть його/її заповнити форму, щоб подати запит на виключення з реєстрації у плані Medi-Cal Managed Care.

Ваш лікар повинен буде підписати форму, додати необхідні докази та надіслати форму поштою чи факсом у відділ Health Care Options. У відділі розглянуть форму та вирішать, чи можете Ви отримати тимчасове звільнення від реєстрації у плані Medi-Cal Managed Care. Ви можете знайти форму та інструкції на веб-сайті <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

Якщо у вас виникли запитання, зателефонуйте за номером 1-800-430-4263.

## Що робити, якщо в мене є інше медичне страхування?

---

Навіть якщо ви маєте інше медичне страхування, наприклад медичне

страхування з вашої роботи, ви все одно можете претендувати на участь у програмі Medi-Cal. Якщо ви відповідаєте встановленим вимогам, Medi-Cal покриватиме допустимі витрати, не сплачені за програмою вашого основного страхування. Відповідно до федерального закону, приватне медичне страхування бенефіціарів компанії Medi-Cal сплачується в першу чергу, до виставлення рахунків компанії Medi-Cal.

Бенефіціари компанії Medi-Cal згідно федеральних законів та законів штату повинні повідомляти про наявність приватного медичного страхування. Щоб повідомити або змінити програму приватного медичного страхування, перейдіть на сторінку <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> або зателефонуйте за номером 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077). За межами штату Каліфорнія телефонуйте за номером 1-916-636-1980.

Ви також повинні повідомити про це у своє місцеве окружне відділення та своєму лікарю. Не повідомляючи про будь-яке покриття в рамках приватного медичного страхування, яким користуєтеся, ви вчиняєте правопорушення.

## Чи можу я отримати послуги медичного страхування по програмі Medi-Cal, якщо перебуваю за межами штату Каліфорнія?

---

Якщо ви подорожуєте за межі штату Каліфорнія, візьміть із собою вашу VIC або підтвердження того, що ви зареєстровані у плані медичного обслуговування по програмі Medi-Cal. Програма Medi-Cal може допомогти у ряді випадків, таких як невідкладні стани через нещасний

випадок, травму або тяжке захворювання. За винятком невідкладних станів, адміністрація вашого плану регульованого медичного обслуговування повинна схвалити будь-які медичні послуги, надані за межами штату, перш ніж ви зможете отримати послугу. Якщо лікар не приймає страхові виплати за програмою Medicaid, вам доведеться оплатити медичні витрати за послуги, отримані за межами штату Каліфорнія. Пам'ятайте: існує багато постачальників медичних послуг, котрі надають невідкладну допомогу. Наприклад, лікар, до котрого ви звертаєтесь, може приймати страхове покриття по програмі Medicaid, а відділ рентгенівських обстежень — ні. Співпрацюйте з адміністрацією плану регульованого медичного обслуговування, щоб обмежити власні витрати. Лікар повинен спершу переконатися, що ви маєте право на обслуговування, зателефонувавши за номером **1-916-636-1960**.

Якщо ви проживаєте біля кордону штату Каліфорнія та отримуєте медичну допомогу в іншому штаті, деякі з цих правил не застосовуються. Щоб дізнатися більше, зв'яжіться з адміністрацією вашого плану Medi-Cal Managed Care.

**« Ви не будете отримувати страхування по програмі Medi-Cal якщо переїдете зі штату Каліфорнія. Ви можете подати заявку на участь у програмі Medicaid у штаті, в який переїхали. »»**

Якщо ви переїжджаєте в новий округ у штаті Каліфорнія, вам також потрібно повідомити адміністрацію округу, в якому ви проживаєте, або округу, в який

переїжджаєте. Це потрібно для того, щоб ви і надалі могли отримувати страхування по програмі Medi-Cal. ви повинні повідомити своє місцеве окружне відділення упродовж 10 днів з моменту переїзду до нового округу.

## **Що робити, якщо я не можу записатися на прийом чи отримати інші необхідні медичні послуги?**

Управління організації, яка розглядає скарги з питань Medi-Cal Managed Care допомагає вирішити проблеми в якості незацікавленої сторони. Воно гарантує, що ви отримаєте всі необхідні послуги, котрі покриваються медичним страхуванням.

### **Управління організації, яка розглядає скарги:**

- допомагає неупереджено вирішувати проблеми між учасниками Medi-Cal Managed Care та планів регульованого медичного обслуговування
- допомагає неупереджено вирішувати проблеми між бенефіціарами компанії Medi-Cal та окружними планами охорони психічного здоров'я
- досліджує скарги учасників на плани регульованого медичного обслуговування та окружні плани охорони психічного здоров'я
- допомагає учасникам з терміновою реєстрацією та відмовами від участі
- допомагає бенефіціарам компанії Medi-Cal отримати доступ до спеціалізованих послуг з охорони психічного здоров'я в рамках програми Medi-Cal
- надає інформацію та скерування
- визначає способи підвищення ефективності програми Medi-Cal Managed Care

- навчає учасників як орієнтуватися в послугах Medi-Cal Managed Care та спеціалізованих послугах в системі охорони психічного здоров'я

Щоб дізнатись більше про Управління організації, яка розглядає скарги, зателефонуйте за номером:

**1-888-452-8609**

або перейдіть до:

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

## Як працює програма Medi-Cal якщо я також користуюсь програмою Medicare?

Багато людей у віці 65 років або старше, або з інвалідністю, можуть претендувати на участь в обох програмах — Medi-Cal та Medicare. Якщо ви маєте право на участь в обох програмах, ви отримуватимете більшість медичних послуг та рецептурних ліків в рамках програми Medicare. Програма Medi-Cal забезпечує послуги тривалого догляду та підтримки, наприклад, догляд у приватній лікарні, а також послуги, що надаються вдома та за місцем проживання.

**« Програма Medi-Cal покриває деякі витрати, котрі не покриваються в рамках програми Medicare. »»**

Програма Medi-Cal також може сплачувати ваші страхові внески по програмі Medicare.

## Що таке Програма участі у сплаті страхових внесків по програмі Medicare?

Програма сплати страхових внесків (Premium Payment Program) у рамках Medicare, котра також називається Програмою участі (Buy-In) у рамках Medicare, дозволяє компанії Medi-Cal сплачувати внески за програмою Medicare Частина А (страхування лікарняних витрат) та/або Частина В (медичне страхування) учасників програми Medi-Cal та інших осіб, котрі мають право на участь у певних програмах Medi-Cal.

## Що таке Програма заощаджень (Savings Program-MSP) від Medicare?

Програми заощаджень Medicare можуть покривати витрати в рамках Medicare Частина А та Medicare Частина В на відрахування, спільне страхування і участь в оплаті медичних послуг, якщо ви відповідаєте певним умовам. Коли ви подаєте заявку на участь в програмі Medi-Cal, адміністрація вашого округу буде оцінювати вашу відповідність на участь в програмі. Деякі люди, котрі не відповідають вимогам для отримання повного страхового покриття по програмі Medi-Cal, все одно можуть претендувати на MSP.



## Якщо я користуюсь послугами лікаря, котрий співпрацює з програмою Medicare, чи повинен(-на) я сплачувати витрати спільного страхування по програмі Medicare?

---

Ні. Якщо ви маєте право на MSP, вам не доведеться брати участь у будь-якому спільному страхуванні або відрахуванні. Якщо ви отримуєте рахунок від свого лікаря, котрий співпрацює з Medicare, зверніться до представника свого плану Medi-Cal Managed Care, або зателефонуйте за номером 1-800-MEDICARE.

## Якщо я є учасником програми Medicare, чи зобов'язаний(-на) я звертатися до лікарів і інших спеціалістів, котрі співпрацюють з програмою Medi-Cal?

---

Ні. Ви можете використовувати послуги будь-якого лікаря з програми Medicare, навіть якщо цей лікар не співпрацює з програмою Medi-Cal або не є учасником вашого плану Medi-Cal Managed Care. Деякі лікарі, котрі співпрацюють з Medicare можуть відмовитися прийняти вас у якості пацієнта.

## Ти знав?



Компанія Medi-Cal надає послуги з навчання матерів грудному вигодовуванню в рамках Програми материнства догляду за немовлям.



Ви маєте право на один огляд офтальмолога кожні 24 місяці.



Щоб дізнатися більше про послуги, відвідайте веб-сайт:  
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>



# Витрати що покриваються програмою Medi-Cal

Програма Medi-Cal пропонує повний спектр страхового покриття під назвою «Медичне страхування необхідних послуг» (Essential Health Benefits). Щоб з'ясувати, котрі послуги покриває програма страхування, зверніться до свого лікаря або представника плану медичного обслуговування. Медичне страхування необхідних послуг включає:

- амбулаторне обслуговування, наприклад медичне обстеження у кабінеті лікаря
- невідкладна допомога
- госпіталізація
- ведення вагітності та догляд за новонародженою дитиною
- послуги в сфері охорони психічного здоров'я
- допомога при розладах, викликаних вживанням психоактивних речовин наприклад лікування від наркотичної або алкогольної залежності
- рецептурні препарати
- послуги лабораторій, наприклад аналіз крові
- такі послуги як фізіотерапія (так звані реабілітаційні та відновлювальні послуги) та медичні витратні матеріали та пристрої наприклад інвалідні коляски та кисневі балони
- профілактичні та оздоровчі послуги
- лікування хронічного захворювання

- послуги для дітей (педіатричні), включаючи стоматолога та офтальмолога
- догляд на дому та інші довгострокові послуги та підтримка

## **Програма страхового викликаних вживанням психоактивних речовин**

Програма Medi-Cal пропонує стаціонарне та амбулаторне обслуговування для лікування наркотичної або алкогольної залежності. Це також називається лікуванням розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин. Умови обслуговування залежать від необхідного вам типу лікування. Послуги включають:

- амбулаторне немедикаментозне лікування (групове та/або індивідуальне консультування)
- інтенсивне амбулаторне лікування (послуги з групового консультування щонайменше три години на день, три дні на тиждень)
- стаціонарна реабілітація (реабілітаційні послуги що надаються під час перебування у відповідному закладі)
- наркотична замісна терапія (наприклад, метадон)

У деяких округах пропонують більше послуг з лікування та відновлення. Повідомте лікарів про свій стан, щоб вони могли скерувати вас для отримання відповідного лікування. Ви також можете звернутися до найближчої місцевої медичної організації. Або зателефонувати на лінію скерування для неекстренного лікування розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин за номером **1-800-879-2772**.

## Стоматологічна програма Medi-Cal (Medi-Cal Dental Program)

---

Здоров'я зубів є важливою складовою загального стану здоров'я. Стоматологічна програма Medi-Cal (Medi-Cal Dental Program) покриває численні послуги для підтримки здоров'я ваших зубів. Ви можете отримати страхове покриття стоматологічних послуг одразу після схвалення на участь у програмі Medi-Cal.

Інформацію про Здоров'я зубів та інші ресурси ви можете переглянути на веб-сайті <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. Або, ви можете зателефонувати за номером **1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922)** з понеділка по п'ятницю з 8:00 ранку до 5:00 вечора.

## Як отримати стоматологічні послуги Medi-Cal?

---

Стоматологічна програма Medi-Cal (Medi-Cal Dental Program) надає послуги двома способами. Перший — стоматологічне обслуговування з оплатою за фактично надані послуги Гонорарний спосіб оплати (Fee-for-Service), котрим ви можете користуватися по всьому штату California. Стоматологічне обслуговування з оплатою

за фактично надані послуги Гонорарний спосіб оплати (Fee-for-Service) таке саме, що й Medi-Cal з оплатою за фактично надані послуги Гонорарний спосіб оплати (Fee-for-Service). Перед отриманням стоматологічного обслуговування ви повинні пред'явити свою картку VIC стоматологу та переконатися, що він надає стоматологічне обслуговування з оплатою за фактично надані послуги Гонорарний спосіб оплати (Fee-for-Service).

Другий спосіб, у який Medi-Cal надає стоматологічні послуги, — це регульоване стоматологічне обслуговування (Dental Managed Care-DMC). DMC діє лише в округах Los Angeles та Sacramento. Плани DMC покривають ті самі стоматологічні послуги, що і стоматологічне обслуговування з оплатою за фактично надані послуги Гонорарний спосіб оплати (Fee-for-Service). Департамент DHCS пропонує три плани регульованого медичного обслуговування в окрузі Sacramento. Також департамент DHCS має контракти з трьома передплатними планами медичного страхування в окрузі Los Angeles. Ці плани покривають стоматологічні послуги пацієнтам, котрі мають страхове покриття Medi-Cal.

Якщо ви проживаєте в окрузі Sacramento, ви повинні зареєструватися в DMC. У деяких випадках ви можете претендувати на звільнення від реєстрації в DMC.

Щоб дізнатися більше, перейдіть до Health Care Options на сторінці <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

В окрузі Los Angeles ви можете залишити стоматологічне обслуговування з оплатою за фактично надані послуги Гонорарний спосіб оплати (Fee-for-Service) або обрати програму DMC. Щоб обрати або змінити свій план стоматологічного обслуговування, зателефонуйте у Health Care Options.

## Програма раннього та періодичного скринінгу, діагностики та лікування (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment-EPSDT)

Якщо ви або ваша дитина не досягли 21-річного віку, Medi-Cal покриває профілактичні послуги, наприклад регулярні огляди та скринінги. Під час регулярних оглядів та скринінгів виявляються проблеми з фізичним та психічним здоров'ям, станом зубів, зором, слухом, а також розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин. Для збереження вашого здоров'я ви також можете пройти вакцинацію. Medi-Cal покриває послуги скринінгу у разі їх необхідності, навіть якщо вони надаються не під час регулярного огляду. Усі ці послуги є для вас безкоштовними.

Огляди та скринінги необхідні для того, щоб ваш постачальник медичних послуг міг виявити проблеми на ранній стадії. У разі виявлення проблем під час огляду або скринінгу Medi-Cal покриває послуги, необхідні для лікування або покращення фізичного чи психічного стану чи захворювання. Ви можете отримати ці діагностичні та терапевтичні послуги, якщо ваш лікар, інший постачальник медичних послуг, стоматолог, окружна Програма оздоровлення дітей та профілактики інвалідності (Child Health and Disability Prevention program-CHDP) або окружний постачальник медичних послуг психічного здоров'я або корегування поведінки стверджує, що вони вам необхідні. EPSDT покриває ці послуги без жодних витрат з вашого боку.

Ваш постачальник послуг також повідомить вам дату і час наступного огляду, скринінгу або прийому. Якщо ви маєте запитання стосовно призначення прийому

у лікаря або організації транспортування на прийом до лікаря, Medi-Cal може допомогти. Зателефонуйте у свій план регульованого медичного обслуговування (Managed Care Health Plan-MCP) Medi-Cal. Якщо ви не є учасником MCP, для отримання допомоги з транспортуванням зателефонуйте своєму лікарю або іншому постачальнику послуг, або відвідайте веб-сайт <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

**Для отримання додаткової інформації про EPSDT** зателефонуйте за номером **1-800-541-5555**, відвідайте веб-сайт <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>, зверніться у свою окружну програму CHDP, або свій план MCP. Щоб дізнатися більше про спеціальні послуги EPSDT у сфері психічного здоров'я або розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин, зверніться в окружний департамент психічного здоров'я або корегування поведінки.

## Транспортні послуги

Компанія Medi-Cal може допомогти з транспортуванням до місця отримання медичних послуг, психіатричної допомоги, допомоги при лікуванні розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин або стоматологічних послуг, якщо вони покриваються програмою Medi-Cal. Транспортування забезпечується або немедичним транспортом (nonmedical transportation-NMT) або транспортом для надання неекстренної медичної допомоги (nonemergency medical transportation-NEMT). Ви також можете використовувати NMT, якщо вам потрібно забрати рецептурні ліки, медичні пристрої або обладнання.

Якщо ви можете їхати на машині, в автобусі, поїзді або на таксі, але у вас немає можливості доїхати на прийом, вам можуть організувати NMT.

Якщо ви зареєстровані у плані медичного страхування, зателефонуйте до своєї Служби підтримки учасників, щоб дізнатись, як отримати послуги NMT.

Якщо ви користуєтесь Гонорарний спосіб оплати, ви можете зробити наступне:

- зателефонуйте в окружне відділення Medi-Cal, щоб дізнатись чи можуть вони допомогти вам організувати NMT.
- щоб домовитися про транспортування, спочатку зателефонуйте своєму лікарю, який обслуговує вас на умовах Гонорарний спосіб оплати, та запитайте про послуги транспортування у вашому районі. Або, ви можете зателефонувати до одного із затверджених постачальників послуг NMT у вашому районі, перелічених на веб-сайті <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

Якщо вам потрібен спеціальний медичний транспорт, щоб дістатись до місця прийому, повідомте про це своєму лікарю. Якщо ви є учасником плану медичного страхування, ви також можете звернутися у своє відділення плану медичного страхування, щоб домовитися про транспортування. Якщо ви застосовуєте Гонорарний спосіб оплати медичних послуг, зателефонуйте своєму лікарю. Відділення плану медичного страхування або лікар можуть замовити NEMT, наприклад, фургон для перевезення пацієнтів на інвалідних колясках, машину для перевезення лежачих хворих, автомобіль швидкої медичної допомоги або повітряний транспорт.

Не забудьте домовитися про транспортування заздалегідь перед прийомом. Якщо ви часто відвідуєте лікаря, ваш лікар або відділення плану медичного страхування можуть замовляти транспортування з урахуванням наступних візитів.

Відвідайте веб-сайт <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> щоб дізнатись більше про транспортування, організовані затвердженими постачальниками послуг NMT.

## Спеціалізована психіатрична медична допомога

---

Якщо у вас є психічні захворювання або емоційні потреби, котрі ваш звичайний лікар не може лікувати, вам можуть надати спеціалізовану психіатричну допомогу. План з охорони психічного здоров'я (Mental Health Plan-MHP) надає спеціалізовані послуги в сфері охорони психічного здоров'я. У кожному окрузі є план MHP.

Спеціалізовані послуги з охорони психічного здоров'я можуть включати, серед іншого, індивідуальну та групову терапію, медикаментозне лікування, послуги під час кризи, ведення пацієнта, реабілітацію в спеціалізованих закладах та в лікарні, а також спеціалізовані послуги допомоги дітям та молоді.

Щоб дізнатись більше про спеціалізовані послуги в сфері охорони психічного здоров'я або отримати ці послуги, зателефонуйте в MHP в своєму окрузі. Ваш MHP визначить чи можете ви отримати спеціалізовані послуги в сфері охорони психічного здоров'я. Номер телефону MHP вам можуть надати в Управлінні організації, яка розглядає скарги за номером **1-888-452-8609** або на сторінці в Інтернеті <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

# Інші програми & послуги медичного страхування



Штат Каліфорнія пропонує інші програми для задоволення ваших потреб у медичному обслуговуванні. Ви можете подати заявку на участь у деяких місцевих відділеннях, котрі співпрацюють з компанією Medi-Cal.

## **Зі свого місцевого окружного відділення**

Ви можете запитати про програми вказані нижче в тому ж самому місцевому окружному відділенні, в якому подаєте заявку на участь в програмі Medi-Cal. Ви можете знайти номер телефону для свого округу на веб-сайті <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> або за номером 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077).

## **Колишні прийомні сім'ї (Former Foster Youth)**

Якщо ви перебували у прийомній сім'ї на момент досягнення 18th років або більше, ви можете отримати право на безкоштовну участь у програмі Medi-Cal. Страхове покриття може діяти до досягнення вами 26th років. Розмір доходу не має значення. Вам не потрібно заповнювати заявку на участь у програмі Medi-Cal або надавати інформацію про доходи чи податкову декларацію під час подачі заявки.

Зверніться до свого місцевого окружного відділення для негайного отримання страхового покриття.

## **Конфіденційні медичні послуги**

Ви можете подати заявку на отримання конфіденційних медичних послуг якщо вам ще не виповнився 21 рік. Щоб отримати право на послуги, ви повинні бути:

- незаміжною і проживати з батьками, або
- ваші батьки несе (несуть) фінансову відповідальність за вас, наприклад ви є студентом коледжу

Вам не потрібна згода батьків, щоб подати заявку або отримати страхове покриття. Послуги включають планування сім'ї та ведення вагітності, та лікування наркотичної або алкогольної залежності, захворювань, що передаються статевим шляхом, допомогу у випадку зґвалтування та допомогу у сфері охорони психічного здоров'я.

## **250% програма для працюючих осіб з обмеженими можливостями (Working Disabled Program)**

Програма для працюючих осіб з обмеженими можливостями передбачає медичне страхування від компанії

Medi-Cal для дорослих осіб з обмеженими можливостями, котрі мають більший дохід, ніж більшість одержувачів покриття від компанії Medi-Cal. Якщо ви отримуєте дохід по інвалідності через програму соціального забезпечення або зі свого колишнього місця роботи, ви маєте право на участь у програмі. Програма передбачає невеликі щомісячні внески, починаючи від \$20 до \$250, в залежності від вашого доходу. Щоб отримати право на участь у програмі, ви повинні:

- відповідати визначенню особи з обмеженими можливостями, передбаченому програмою соціального забезпечення, отримувати дохід по інвалідності та, працюючи, заробляти певні кошти
- відповідати правилам щодо отримання доходу відносно трудового та пасивного доходів
- відповідати іншим правилам програми

### Medi-Cal Access Program (MCAP)

Програма MCAP надає недороге комплексне медичне страхування для вагітні особа. Програма MCAP не передбачає спільних платежів або відрахувань за свої послуги, що покриваються страхуванням. Загальна вартість програми MCAP становить 1.5% від валового доходу з поправками і змінами. Наприклад, якщо ваш дохід становить \$50,000 на рік, вартість вашого страхування становитиме \$750. Ви можете сплачувати всі витрати одночасно або частинами протягом 12 місяців. Якщо ви вагітні і є учасником плану медичного страхування Covered California, ви можете перейти на програму MCAP. Діти, народжені особами, зареєстрованими у програмі MCAP, можуть претендувати на участь у Програмі для дітей компанії Medi-Cal або у програмі Medi-Cal. Щоб отримати право на участь у програмі MCAP, ви повинні:

- проживати в штаті Каліфорнія

- не бути зареєстрованим(-ою) у безкоштовній програмі Medi-Cal або Medicare Частина А та Частина В на момент подачі заявки
- не бути учасником(-цею) будь-якого іншого плану медичного страхування
- відповідати керівним принципам програми відносно доходів

Щоб дізнатися більше про програму MCAP, відвідайте веб-сайт <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> або зателефонуйте за номером 1-800-433-2611.

### Програма медичного обслуговування на дому (In-Home Supportive Services-IHSS)

Програма IHSS допомагає сплачувати за послуги, не виходячи з дому. Якщо ви маєте право на участь у програмі Medi-Cal, ви також можете претендувати на участь у програмі IHSS. Якщо ви не можете претендувати на участь у програмі Medi-Cal, ви все одно можете претендувати на участь у програмі IHSS, якщо відповідаєте іншим критеріям прийнятності. Якщо у Вас є страхове покриття по програмі Medi-Cal без SOC, воно покриватиме всі послуги в рамках програми IHSS. Якщо у вас є страхове покриття по програмі Medi-Cal з SOC, ви повинні відповідати вимогам Medi-Cal SOC, перш ніж послуги по програмі IHSS можуть бути відшкодовані. Щоб отримати право на участь у програмі, ви повинні відповідати принаймні **одн** ій з наступних вимог:

- вік 65 років і старше
- сліпота
- інвалідність (у тому числі діти-інваліди)
- наявність хронічного, інвалідизуючого захворювання котрий призводить до зниження функціональних можливостей і котрий імовірно триватиме протягом щонайменше 12 місяців поспіль або імовірно призведе до смерті протягом 12 місяців

Програма IHSS може покривати наступні послуги:

- побутові послуги, наприклад прибирання кухні або ванної кімнати
- приготування їжі
- прання
- купівля продуктів харчування
- послуги особистої гігієни
- супровід на прийом до лікаря
- захисний нагляд для людей, котрі мають психічні захворювання або розлади, і не можуть безпечно залишатися вдома без нагляду
- долікарняна медична допомога

Для отримання детальнішої інформації відвідайте веб-сайт <http://www.cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services>.

## **Інші види медичного страхування штату**

Наведені нижче програми передбачають процес подання заявки, котрий відрізняється від Medi-Cal's. За допомогою вказаної контактної інформації ви можете подати заявку або дізнатись більше про програму.

### **Програма лікування раку молочної залози та шийки матки (Breast and Cervical Cancer Treatment Program)**

Програма лікування раку молочної залози та шийки матки надає послуги з лікування раку та супутні послуги для малозабезпечених жителів штату Каліфорнія, котрі мають право на отримання таких послуг. Вони повинні бути перевірені та/або зареєстровані у програмі «Програма виявлення раку: кожна жінка має значення» (Cancer Detection Program, Every Woman Counts) або у програмі

«Планування сім'ї, доступ, догляд та лікування» (Family Planning, Access, Care and Treatment). Щоб отримати право на участь у програмі, ви повинні мати дохід нижче певного рівня та потребувати лікування раку молочної залози або шийки матки. Щоб дізнатись більше, зателефонуйте за номером **1-800-824-0088** або надішліть електронне повідомлення на адресу [BCCTP@dhcs.ca.gov](mailto:BCCTP@dhcs.ca.gov).

### **Послуги, що надаються на дому або за місцем проживання (Home and Community-Based Services)**

Програма Medi-Cal дозволяє певним людям старшого віку та особам з інвалідністю отримувати лікування вдома або в місцевому закладі, а не в будинку хронічних хворих або іншій установі. Послуги, що надаються на дому або за місцем проживання включають, серед іншого, ведення пацієнта (підтримка та координування послуг), амбулаторне обслуговування дорослих пацієнтів, адаптацію (на дому та в спеціалізованому закладі), домогосподаря, фахівця з домашнього медичного догляду, послуги дієтолога, послуги медсестри, послуги з особистої гігієни та короткочасна госпіталізація замість допомоги доглядаючої особи. Ви повинні мати право на повний комплекс послуг в рамках програми Medi-Cal та відповідати всім правилам програми. Щоб дізнатись більше, зателефонуйте до DHCS, Integrated Systems of Care Division за номером **1-916-552-9105**.

### **Програма медичного страхування дітей у штаті Каліфорнія (California Children's Services-CCS Program)**

Програма CCS надає послуги з діагностики та лікування, ведення пацієнта, а також послуги фізичної та трудової терапії дітям у віці до 21 року, котрі мають медичний стан, що відповідає умовам CCS. Медичний стан,



що відповідає вимогам CCS, — це стан, який призводить до фізичної недієздатності або вимагає медичного, хірургічного або реабілітаційного втручання. Послуги, що надаються в рамках програми CCS, для лікування дітей, зареєстрованих у програмі Medi-Cal. Медичний стан, що відповідає вимогам CCS, не передбачає надання медичних послуг, які покриваються більшістю планів медичного страхування. План медичного страхування Medi-Cal і надалі покриває послуги первинної медичної допомоги та профілактичного медичного обслуговування, не пов'язаних з медичним станом, що відповідає вимогам CCS.

Щоб подати заявку на участь у програмі CCS, зверніться до свого місцевого окружного відділення CCS. Щоб дізнатися більше, відвідайте веб-сайт <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> або зателефонуйте за номером 1-916-552-9105.

### **Програма для осіб зі спадковою недієздатністю (Genetically Handicapped Person's Program-GHPP)**

GHPP забезпечує медичне і адміністративне ведення пацієнта та покриває медично необхідні послуги для людей, котрі проживають у штаті Каліфорнії, є старше 21 року і мають медичний стан, що відповідає вимогам GHPP. Медичний стан, що відповідає вимогам GHPP, включає спадкові захворювання, такі як гемофілія, муковісцидоз, фенілкетонурія та дрепаноцитарна анемія, що мають серйозні наслідки для здоров'я. В програмі GHPP застосовується система Центрів надання спеціалізованої медичної допомоги (Special Care Centers-SCCs). SCC надають комплексну, скоординовану медичну допомогу пацієнтам, які мають особливі умови. Якщо послуга не входить до переліку послуг, що покриваються в рамках плану медичного страхування,

GHPP передбачає щорічну оцінку SCC для дорослих пацієнтів, зареєстрованих у програмі Medi-Cal, котрі мають медичний стан, що відповідає вимогам GHPP.

Щоб подати заявку на участь у програмі GHPP, заповніть заявку. Відправте її факсом на номер 1-800-440-5318. Щоб дізнатися більше, зателефонуйте за номером 1-916-552-9105 або відвідайте веб-сайт <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

# Програма покриття попередніх послуг Medi-Cal (Retroactive Medi-Cal)

Якщо у вас є неоплачені рахунки за медичні або стоматологічні послуги, коли ви подаєте заявку на участь в програмі Medi-Cal, ви можете надати запит на покриття попередніх послуг в рамках програми Medi-Cal. Покриття попередніх послуг в рамках програми Medi-Cal може допомогти сплатити рахунки за медичні або стоматологічні послуги, отримані протягом трьох місяців до дати подання заявки.

Наприклад, якщо ви подали заявку на реєстрацію в програмі Medi-Cal у квітні, вам можуть допомогти сплатити рахунки за медичні або стоматологічні послуги, отримані в січні, лютому та березні.

Щоб отримати покриття попередніх послуг в рамках програми Medi-Cal ви повинні:

- мати право на участь у програмі Medi-Cal протягом місяця, коли ви отримали медичні послуги
- отримати медичні або стоматологічні послуги, що покриваються програмою Medi-Cal
- надати відповідний запит протягом одного року з того місяця, протягом якого ви отримали послуги, що покриваються програмою
- зв'язатися з Вашим місцевим окружним відділенням із запитом на покриття попередніх медичних послуг в рамках програми Medi-Cal

Наприклад, якщо ви отримали лікування з приводу зламаної руки в січні 2017 року і подали заяву на реєстрацію в програмі Medi-Cal в квітні

2017 року, вам необхідно надати запит на покриття попередніх медичних послуг в рамках Medi-Cal не пізніше січня 2018 року, щоб сплатити медичні рахунки.

Якщо ви вже сплатили за медичне або стоматологічне обслуговування, отримане протягом трьох місяців періоду покриття попередніх послуг, програма Medi-Cal також може допомогти вам повернути кошти. Ви повинні подати заявку протягом року з моменту отримання обслуговування, або протягом 90 днів після підтвердження вашого права на участь у програмі Medi-Cal, залежно від того який період є довшим.

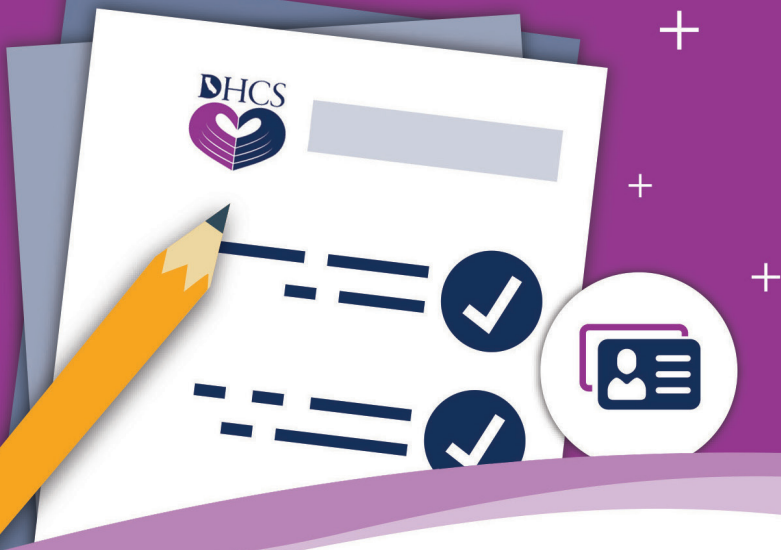
Щоб подати заявку, вам необхідно зателефонувати або написати до:

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

Для подачі заявки в рамках Програм страхового покриття медичних послуг, послуг з охорони психічного здоров'я, лікування розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин та медичного обслуговування на дому:

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

Для подачі заявки стосовно отримання стоматологічних послуг.



# Оновлення & поновлення мого Medi-Cal

**Ви повинні повідомляти про будь-які побутові зміни протягом 10 днів у своє місцеве окружне відділення.** Ви можете повідомляти про зміни особисто, через Інтернет, за телефоном, по електронній пошті або по факсу. Зміни можуть вплинути на ваше право участі в програмі Medi-Cal.

Ви повинні повідомити, якщо:

- ви одружилися або розлучилися
- у вас народилася дитина, ви всиновили або віддали дитину на усиновлення
- змінився рівень вашого доходу чи сталися зміни у переліку вашого майна (якщо застосовно)
- ви маєте інше медичне страхування, включаючи страхування з місця роботи або в рамках програми, наприклад, Medicare
- ви переїхали або у вас є зміни щодо тих, хто з вами прож
- змінився ваш статус інвалідності
- змінився ваш податковий статус, включаючи залежних осіб, вказаних у податковій декларації
- ви змінили громадянство чи імміграційний статус
- вас взяли під варту (ув'язнили тощо) або звільнили з-під варти

- змінився ваш статус американського індіанця або корінного жителя Аляски, або етнічний статус
- ви змінили ім'я, дату народження або SSN
- сталися будь-які інші зміни, котрі можуть вплинути на рівень вашого доходу або розмір домогосподарства

## Що робити, якщо я переїду в інший округ у штаті Каліфорнія?

Якщо ви переїжджаєте в інший округ штату Каліфорнія, ви можете надати запит на передачу вашої справи Medi-Cal в новий округ. Ця процедура називається «Передача в межах округу» (Inter-County Transfer-ICT). Ви повинні повідомити про зміну своєї адреси в адміністрацію будь-якого округу протягом 10 днів з моменту переїзду. Ви можете повідомити про зміну своєї адреси через Інтернет, особисто, за телефоном, електронною поштою або факсом. Дія вашого страхового покриття в рамках плану регульованого медичного обслуговування у попередньому окрузі закінчиться в останній день місяця. Вам потрібно буде зареєструватися в плані регульованого медичного обслуговування в новому окрузі.

Якщо ви тимчасово виїжджаєте з округу, ваше страхування по програмі Medi-Cal не передається. Це включає випадки, коли дитина поступає до коледжу або коли ви повинні поїхати, щоб подбати про хворих родичів. Зверніться до свого місцевого окружного відділення, щоб повідомити про тимчасову зміну адреси члена сім'ї на адресу в новому окрузі. Місцеве окружне відділення оновить адресу, щоб член домогосподарства міг бути зареєстрованим у плані медичного страхування в новому окрузі.

## **Як поновити своє медичне страхування в рамках програми Medi-Cal?**

---

Щоб зберегти медичне страхування в рамках програми Medi-Cal, ви повинні поновлювати його щонайменше один раз на рік. Якщо ваше місцеве окружне відділення не може поновити ваше страхування в рамках програми Medi-Cal за допомогою електронних джерел, вони надішлють вам форму поновлення поштою. Вам необхідно буде надати нову або змінену інформацію. Вам також необхідно буде надати актуальну інформацію. Ви можете надати свою інформацію через Інтернет, особисто, за телефоном або за допомогою інших засобів електронного зв'язку, які є доступними у вашому окрузі. Якщо ви надсилаєте інформацію поштою чи особисто подаєте форму поновлення, вона повинна бути підписана.

Якщо ви не надасте необхідну інформацію до встановленого терміну, термін дії вашого медичного страхування в рамках програми Medi-Cal скінчиться. Ваше місцеве окружне відділення надішле вам Повідомлення про дію поштою. Ви маєте 90 днів, щоб надати в місцеве окружне відділення всю відсутню інформацію без необхідності повторної подачі заявки. Якщо ви надаєте відсутню інформацію упродовж 90 днів і все одно можете претендувати на участь в програмі Medi-Cal, ваше місцеве окружне відділення відновить ваше страхування в рамках програми Medi-Cal без переривання в страховому покритті.

# Права & обов'язки



Коли ви подаєте заявку на участь у програмі Medi-Cal, ви отримуете перелік своїх прав та обов'язків. Це включає вимогу повідомляти про зміни в адресі чи доходах, або якщо хтось із членів родини завагітніє або народить дитину. Щоб отримати актуальний перелік своїх прав та обов'язків, ви можете зателефонувати до свого місцевого окружного відділення або відвідати веб-сайт:

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

## Право подавати апеляцію та право на слухання справи

### Відносно медичного обслуговування та страхового покриття

Ви маєте право подати апеляцію, якщо не погоджуєтесь із відмовою надати медичне обслуговування або страхове покриття.

Якщо ви є учасником плану Medi-Cal Managed Care і отримали лист з Повідомленням про дії, в якому говориться, що вам відмовлено у наданні медичного обслуговування або страхового покриття, ви маєте право подати апеляцію.

Ви повинні подати апеляцію у відділення вашого плану протягом 60 днів з дати отримання Повідомлення про Дії. Після подачі апеляції відділення плану надішле вам своє рішення протягом 30 днів. Якщо ви не отримаєте рішення впродовж 30 днів або не погоджуєтесь із рішенням, ви можете надати запит на проведення неупередженого слухання на рівні штату. Суддя розгляне вашу справу. **Вам необхідно спершу подати апеляцію у відділення свого плану, перш ніж ви зможете подати запит на проведення неупередженого слухання на рівні штату.** Ви повинні надати запит на неупереджене слухання протягом 120 днів з моменту отримання письмового оскаржуваного рішення.

Якщо ви є учасником плану Medi-Cal Гонорарний спосіб оплати на умовах і отримали лист з Повідомленням про Дії, в якому говориться, що вам відмовлено у наданні медичного обслуговування або страхового покриття, ви маєте право негайно подати запит на проведення неупередженого слухання на рівні штату. Ви повинні подати запит на неупереджене слухання протягом 90 днів з моменту отримання Повідомлення про Дії.

Ви також маєте право вимагати неупередженого слухання на рівні штату, якщо не погоджуєтесь із рішенням щодо вашої заявки або правом на участь у

програмі Medi-Cal. Ви можете подати запит, якщо:

- ви не погоджуєтесь з діями адміністрації округу або штату стосовно вашої заявки на участь у програмі Medi-Cal
- адміністрація округу не надала своє рішення щодо вашої заявки на участь у програмі Medi-Cal протягом 45 або 90 днів
- змінилися критерії прийнятності на участь у програмі Medi-Cal або змінилися умови участі у витратах

## Рішення щодо права участі

Якщо ви отримуєте лист з Повідомленням про Дії, в якому зазначається про рішення щодо прийнятності для участі, з яким ви не погоджуєтесь, ви можете поговорити з працівником окружного відділу з питань прийнятності та/або надати запит на проведення неупередженого слухання. Якщо ви не можете вирішити це питання на рівні округу, ви повинні подати запит на проведення неупередженого слухання на рівні штату протягом 90 днів з моменту отримання Повідомлення про Дії. Ви можете надати запит на проведення неупередженого слухання, звернувшись до свого місцевого окружного відділення. Ви також можете зателефонувати або написати на адресу:

**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)**

Ви також можете подати запит на проведення неупередженого слухання через Інтернет за адресою:

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

Якщо ви вважаєте, що вас незаконно дискриміновано на основі статі, раси, кольору шкіри, релігії, походження, національної приналежності, етнічної приналежності, віку, психічної недієздатності, фізичної недієздатності, медичного стану, генетичної інформації, сімейного стану, статі, гендерної приналежності або сексуальної орієнтації, ви можете подати скаргу в Управління з цивільних прав (Office of Civil Rights) DHCS.

Ви можете дізнатись як подати скаргу щодо дискримінації в брошурі «Обов'язкове на федеральному рівні повідомлення з метою інформування осіб про вимоги щодо дискримінації та доступу» на сторінці 32.

## Неупереджене слухання справи на рівні штату

Адміністрація штату повідомить вам про отримання вашого запиту на проведення слухання. Ви отримаєте повідомлення про час, дату та місце проведення слухання. Представник, котрий бере участь у слуханні, розгляне вашу справу та спробує вирішити вашу проблему. Якщо адміністрація округу/штату запропонує вам угоду щодо вирішення вашої проблеми, ви отримаєте відповідне письмове повідомлення.

Ви можете надати письмовий дозвіл другу, члену родини або адвокату, які допомагатимуть вам під час слухання. Якщо ви не можете повністю вирішити свою проблему з адміністрацією округу або штату, ви або ваш представник повинні бути присутні на неупередженому слуханні на рівні штату. Ваше слухання може проводитись за вашої присутності особисто або по телефону. Вашу справу розглядатиме суддя, котрий не працює на адміністрацію округу або програму Medi-Cal.

Ви маєте право на безкоштовні послуги перекладача. Вкажіть свою мову у запиті

на проведення слухання. Ви також можете повідомити представнику, що хочете отримати безкоштовні послуги перекладача. Ви не можете залучати членів родини чи друзів для надання послуг перекладу під час слухання.

**Якщо ви особа з обмеженими можливостями і потребуєте належного розміщення, щоб повністю брати участь у процесі неупередженого слухання, ви можете зателефонувати за номером 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349) ви також можете надіслати електронного листа на адресу: [SHDCSU@DSS.ca.gov](mailto:SHDCSU@DSS.ca.gov).**

Щоб отримати допомогу під час слухання, ви можете надати запит на безкоштовні послуги адвоката. Ви можете отримати безкоштовну юридичну допомогу в місцевому відділенні правової допомоги або соціального забезпечення.

## Відповідальність третіх сторін

Якщо ви отримаєте травму, то можете скористатися програмою Medi-Cal для отримання медичного обслуговування. Якщо ви звертаєтесь за страховим покриттям або подаєте позов до суду за шкоду, заподіяну через вашу травму, ви повинні повідомити відділення програми з питань фізичної шкоди (Personal Injury-PI) в рамках програми Medi-Cal протягом 30 днів з моменту звернення або позову. Ви також повинні повідомити своє місцеве окружне відділення і відділення програми з питань фізичної шкоди.

Щоб повідомити відділення програми з PI в рамках програми Medi-Cal, заповніть форму «Повідомлення про фізичну шкоду»

(новий випадок). Ви можете знайти форму на веб-сайті, зазначеному нижче. Якщо у вас немає доступу в Інтернет, зверніться до свого адвоката або до представника страхової компанії, щоб вони повідомили відділення програми з PI в рамках програми Medi-Cal від вашого імені. Ви можете знайти форми повідомлення та оновлені форми на веб-сайті: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

Якщо ви наймаєте адвоката, який представлятиме вас у вашому зверненні чи позові, ваш адвокат несе відповідальність за повідомлення відділення програми з PI в рамках програми Medi-Cal та надання відповідного доручення. Таке доручення дозволить персоналу Medi-Cal звернутися до вашого адвоката та обговорити ваш випадок фізичної шкоди. Програма Medi-Cal не надає послуги представників або адвокатів. Персонал може запропонувати інформацію, котра може допомогти адвокату у процесі.

## Відшкодування за рахунок майна

Програма Medi-Cal повинна вимагати відшкодування за рахунок майна певних учасників програми Medi-Cal, котрі померли. Відшкодування обмежується здійсненими платежами, включаючи страхові внески за регульоване медичне обслуговування, послуги закладу сестринського догляду, послуги, що надаються на дому та за місцем проживання, відповідні послуги лікарні та отримання рецептурних препаратів, якщо бенефіціар:

- знаходився на стаціонарному лікуванні в закладі сестринського догляду, або
- отримував послуги, що надаються на дому та за місцем проживання, на момент, коли йому/їй виповнилося 55 років

Якщо померлий учасник програми не залишив майно за заповітом, або на момент смерті не мав майна, вимоги не висуваються.

Щоб дізнатися більше, перейдіть до <http://dhcs.ca.gov/er> або зателефонуйте за номером 1-916-650-0590

## Шахрайські дії, пов'язані з програмою Medi-Cal

### Обов'язки бенефіціарів

Бенефіціар повинен завжди надавати підтвердження страхового покриття в рамках Medi-Cal перш ніж отримувати послуги. Якщо ви отримуєте лікування від кількох лікарів або стоматологів, слід повідомити кожного лікаря або стоматолога про іншого лікаря або стоматолога, котрий надає вам медичні послуги.

Ви зобов'язуєтеся не зловживати або не використовувати неправомірно ваше покриття в рамках програми Medi-Cal. Наступне вважається **злочином**:

- дозвіл іншим людям користуватися вашим покриттям в рамках програми Medi-Cal
- отримання препаратів через неправдиву інформацію, надану лікарю
- продаж або оренда власної ВІС будь-якій особі або передача власної ВІС іншим особам, окрім постачальників медичних послуг, як передбачено керівними принципами програми Medi-Cal

Неправомірне використання ВІС/послуг Medi-Cal вважається злочином. Це може

призвести до несприятливих дій щодо вашої справи або до кримінального переслідування. Якщо ви підозрюєте шахрайство стосовно програми Medi-Cal, недбале ставлення або зловживання, залиште конфіденційне повідомлення, зателефонувавши за номером 1-800-822-6222.

## Обов'язкове на федеральному рівні повідомлення з метою інформування про вимоги щодо недискримінацію та доступу

DHCS дотримується застосовного федерального законодавства та законів штату стосовно громадянських прав. DHCS не дискримінує незаконно на підставі статі, раси, кольору шкіри, віросповідання, походження, національної приналежності, етнічної приналежності, віку, психічної недієздатності, фізичної недієздатності, стану здоров'я, генетичної інформації, сімейного стану, статі, гендерної приналежності, або сексуальної орієнтації. DHCS не виключає неправомірно людей або не ставиться до них по-різному на підставі статі, раси, кольору шкіри, віросповідання, походження, національної приналежності, етнічної приналежності, віку, психічної недієздатності, фізичної недієздатності, стану здоров'я, генетичної інформації, сімейного стану, статі, гендерної приналежності, або сексуальної орієнтації. DHCS:

- надає безкоштовні послуги та допомогу особам з обмеженими можливостями для ефективного спілкування з DHCS, наприклад:
  - послуги кваліфікованих сурдоперекладачів



- письмову інформацію в інших форматах, таких як великий друк, аудіо, доступних електронних та інших форматах
- безкоштовні послуги перекладачів для осіб, основною мовою спілкування яких не є англійська, наприклад:
  - кваліфікованих перекладачів
  - інформацію, викладену на інших мовах.

Якщо вам потрібні ці послуги, зателефонуйте в Управління з цивільних прав за номером **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) або на адресу електронної пошти [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

Якщо ви вважаєте, що DHCS не надав вам ці послуги або ви стали об'єктом дискримінації на підставі статі, раси, кольору шкіри, віросповідання, походження, національної приналежності, етнічної приналежності, віку, психічної недієздатності, фізичної недієздатності, стану здоров'я, генетичної інформації, сімейного стану, статі, гендерної приналежності або сексуальної орієнтації, ви можете подати скаргу в:

**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)

Якщо вам потрібна допомога у поданні скарги, Управління з цивільних прав допоможе вам. Форми скарг доступні за адресою:

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

Якщо ви вважаєте, що стали об'єктом дискримінації на підставі раси, кольору шкіри, національної приналежності, віку, інвалідності чи статі, ви також можете подати скаргу щодо порушення цивільних прав в Управління з цивільних прав Міністерства охорони здоров'я і соціального забезпечення США (U.S. Department of Health and Human Services). Ви можете подати скаргу в електронному вигляді через Портал з розгляду скарг Управління з цивільних прав <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> або ви можете надіслати скаргу поштою, або зателефонувати в:

**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

Ви можете знайти форму скарги на сайті:

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

Цей документ відповідає вимогам Розділу 508 стандартів забезпечення доступу. Ця інформація також може бути надана у шрифті Брайля, крупним шрифтом та в інших електронних форматах у відповідь на обґрунтований запит, наданий відповідною особою з обмеженими можливостями. Щоб надати запит про отримання цього документу в іншому форматі, зателефонуйте у Відділ з питань прийнятності Medi-Cal за номером телефону **1-916-552-9200** (TTY **1-800-735-2929**) або надішліть листа на адресу електронної пошти [MCED@dhcs.ca.gov](mailto:MCED@dhcs.ca.gov).

# Важливі ресурси



## В ІНТЕРНЕТІ

Головний веб-сайт програми Medi-Cal: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

Встановіть додаток myMedi-Cal на смартфон, щоб отримувати більше інформації про Ваше страхове покриття, допомогу в місцевих відділеннях та багато іншого!



## Номери телефонів

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

# Мовна допомога

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: Իրավասություն հետ կապված խնդիրների կամ հարցերի դեպքում զանգահարեք Ձեր շրջանային գրասենյակ: (Armenian)

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាខ្មែរ។ ទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកសម្រាប់បញ្ហាទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបានសេវា 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 नि:शुल्क 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)

ເຂົນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໂທຫາເບີ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຟຣີໃນພາສາຂອງທ່ານ. ໂທຫາບ້ອງການເຂດໃນບ້ອງຕື່ມຂອງທ່ານເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ 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 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) 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 | Виготовлено DHCS  
Office of Communications



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

