

این سند را برای بایگانی تان نگهدارید

هنگام ارسال تقاضا برای ثبت نام در Medi-Cal از چه مواردی باید آگاهی داشته باشید



وقتی برای Medi-Cal تقاضا ارسال می‌کنم، اطلاعات مربوط به من به چه گونه مورد استفاده قرار می‌گیرد؟

جهت تعیین صلاحیت برخورداری از مزایای Medi-Cal برای شما یا هر فردی که مسئولیت او را به عهده دارید، دفاتر اداره خدمات اجتماعی کانتی و/یا Covered California اطلاعات شخصی شما را درخواست خواهند کرد. شما باید این اطلاعات شخصی را برای دریافت مزایای Medi-Cal ارائه دهید.

از اطلاعات شخصی که در مورد شما گردآوری می‌شود ممکن است به روش‌های ذیل استفاده شود:

- از طرف Covered California و دفاتر خدمات اجتماعی کانتی، جهت تعیین اینکه آیا صلاحیت برخورداری از Medi-Cal یا ثبت نام در Covered California را دارید.
- از طرف فروشندگان اداری (administrative vendors) ایالتی جهت رسیدگی به مطالبات و/یا پرداخت‌های حق بیمه و جهت صدور کارت‌های شناسایی مزایا (Benefits Identification Cards) (BICs).
- از طرف اداره بهداشت و خدمات انسانی آمریکا
- از طرف (United States Department of Health and Human Services) برای حسابرسی و بررسی و کنترل کیفیت و جهت تأیید شماره‌های سوشیال سکوریته یا بیمه‌های اجتماعی (Social Security Numbers) (SSNs).
- در صورت لزوم برای تأیید وضعیت مهاجرت از طریق اداره امنیت داخلی آمریکا (Department of Homeland Security) (DHS). اطلاعات به اشتراک گذاشته شده با DHS نمی‌تواند برای تنفیذ یا به اجرا گذاشتن امور مهاجرت مورد استفاده
- قرار بگیرد مگر اینکه شما مرتکب تقلب شده باشید.
- از طرف ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و سازمان‌های حفظ بهداشت (Health Maintenance Organizations) (HMOs) جهت تأیید صلاحیت برخورداری شما از خدمات مربوطه.
- برای شناسایی سایر پوشش‌های بیمه بهداشتی و در صورت لزوم برای بازپرداخت هزینه‌ها. به روش‌های دیگر، اما فقط زمانی که قانون ملزم بدانند.

هنگام تقاضای Medi-Cal از چه حقوقی برخوردار هستم؟

1. صرفنظر از نژاد، رنگ پوست، اصلیت، مذهب، سن، جنسیت، گرایش جنسی، هویت جنسی، وضعیت تأهل، اعتقادات سیاسی، وضعیت کهنه سربازی یا معلولیت، شما حق برخورداری از رفتاری عادلانه و برابر را دارید.
- اگر معتقدید که برنامه Medi-Cal بر علیه شما تبعیض قائل شده، یا از ارائه مساعدت معقول که بر اساس قوانین ایالتی و فدرال الزامی است قصور ورزیده است، شما حق اقامه شکایت دارید.
- می‌توانید با دفتر حقوق مدنی (Office of Civil Rights) Department of Health Care Services (DHCS) از طریق شماره 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399) تماس بگیرید یا به وبسایت www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA_Title_VI_Discrimination_Complaint_Form.docx

برای مطالعه در مورد حق حفظ حریم خصوصی و Medi-Cal تان، به اعلامیه مربوط به روش‌های حفظ حریم خصوصی Department of Health Care Services مراجعه نمایید. می‌توانید آنرا به نشانی ذیل پیدا کنید:
www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx

2. برای تعیین صلاحیت برخورداری از هر کدام از برنامه های Medi-Cal، شما حق دارید مورد ارزیابی قرار بگیرید.
3. شما حق دریافت اطلاعات در خصوص برنامه Medi-Cal و دریافت کمک برای ارسال تقاضا به Medi-Cal را دارید.
4. اگر برای ارسال تقاضا به Medi-Cal نیاز به کمک دارید، یا برای صحبت، خواندن یا درک زبان انگلیسی دچار مشکل هستید، یا سوالی دارید، حق دارید از خدمات مترجم شفاهی برخوردار شوید.
5. شما حق دارید با یک مددکار خدمات اجتماعی کانتی مصاحبه رودررو داشته باشید.
6. اگر معتقدید که دچار معلولیت هستید، می توانید از Medi-Cal درخواست کنید تا فرم تقاضای شما را برای تعیین اینکه آیا دارای صلاحیت پوشش برای افراد معلول هستید را مورد بررسی قرار دهد.
7. اگر طی سه ماه قبل از ماه ارسال تقاضای تان خدمات بهداشتی دریافت کردید، برای تعیین اینکه آیا واجد شرایط هستید که Medi-Cal برای آن خدمات پرداخت نماید، حق دارید مورد ارزیابی قرار بگیرید. این امر صلاحیت معطوف به ماسبق خوانده می شود. برای کسب اطلاعات بیشتر یا برای درخواست صلاحیت معطوف به ماسبق با دفتر مددکار خدمات اجتماعی کانتی تان تماس بگیرید.
8. شما حق دارید در مورد اینکه آیا برای برخورداری از Medi-Cal واجد شرایط هستید، یا در صورتی که در وضعیت صلاحیت برخورداری شما تغییری ایجاد شده باشد، به صورت کتبی مطلع شوید.
9. شما از حق حفظ محرمانگی تمامی اطلاعات ارائه شده به دفتر مددکار خدمات اجتماعی کانتی یا به Covered California برخوردار هستید. شما می توانید طی ساعات اداری عادی دفتر خدمات اجتماعی کانتی تان به اطلاعات شخصی خود دسترسی داشته باشید.
10. در صورت داشتن صلاحیت، و اگر اورژانس پزشکی داشته باشید یا حامله باشید، حق دریافت یک کارت "نیاز فوری" Medi-Cal را دارید.
11. در حالیکه منتظر بررسی وضعیت مهاجرت تان هستید، و در صورتی که تمامی سایر شرایط صلاحیت را برآورده نمایید، حق برخورداری از Medi-Cal را دارید.
12. در صورتی که بیش از یک طرح Medi-Cal در کانتی محل سکونت تان ارائه می شود، شما حق دارید طرح بهداشتی Medi-Cal مورد نظر خود را انتخاب کنید.
13. با دادن صورتحساب های گذشته Medi-Cal که هنوز برای آنها بدهکار هستید، می توانید در صورت داشتن سهم هزینه (SOC) (Share Of Cost)، آن مبلغ را کاهش دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد SOC، لطفاً با دفتر خدمات اجتماعی کانتی تان تماس بگیرید.
14. اگر اموال شما برای کسب صلاحیت برخورداری از مزایای Medi-Cal مد نظر قرار داده می شود، برای برآوردن شرط محدودیت اموال تعیین شده از سوی Medi-Cal، حق دارید تا آخرین روز ماهی که برای Medi-Cal تقاضا ارسال کردید، میزان اموال خود را کاهش دهید. مددکار خدمات اجتماعی کانتی می تواند در مورد محدودیت اموال و برآوردن شرایط اموال، به شما اطلاعات بیشتری ارائه دهد.
15. اگر شما یا همسرتان در 1 ژانویه 1990 یا بعد از آن، در یک مؤسسه مراقبت دراز مدت (long-term-care) پذیرفته شوید، شما و همسرتان این حق را دارید که برنامه Medi-Cal در مورد میزان یا مبلغ اموال جداگانه یا مشترکی که می توانید حفظ کنید و کماکان صلاحیت برخورداری از Medi-Cal را داشته باشید به شما اطلاع دهد.
16. در صورتی که به تقاضای مزایای Medi-Cal شما به موقع رسیدگی نشده باشد، شما حق درخواست یک جلسه دادرسی ایالتی را خواهید داشت. Medi-Cal موظف است تا طی 45 روز از تاریخ ارسال تقاضای شما، یا 90 روز در صورتی که صلاحیت شما بر مبنای معلولیت تعیین می شود، صلاحیت شما را تعیین نماید، مگر اینکه اطلاعات مکملی از شما درخواست شده باشد و شما هنوز آنرا ارائه نکرده باشید.

مگر اینکه عدم اقدام بخاطر تأخیر در تصمیم‌گیری در ارتباط با درخواست مزایای Medi-Cal شما باشد.

- می‌توانید به روش‌های ذیل درخواست جلسه دادرسی کنید (1) با نزدیک‌ترین دفتر خدمات اجتماعی کانتی تان تماس بگیرید؛ (2) از طریق شماره تلفن 1-855-795-0634 یا TDD 1-800-952-8349 با Department of Social Services تماس بگیرید؛ (3) یک درخواست کتبی به اداره خدمات اجتماعی کانتی تان ارسال کنید. جهت درخواست جلسه دادرسی می‌توانید قسمت پشت NOA (فرم 9 NA Back) را پر کنید و فرم یا درخواست کتبی دیگر را به محل مربوطه یا شماره فکس درج شده در فرم ارسال نمایید. همچنین می‌توانید جهت ارسال درخواست تجدید نظر به دفتر خدمات اجتماعی کانتی محل تان مراجعه نمایید. این فرم را می‌توانید از طریق دفتر خدمات اجتماعی کانتی تان یا از طریق وب‌سایت ذیل دریافت نمایید www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Farsi/naback9farsi.pdf

18. شما حق دارید که پرونده Medi-Cal و تمامی آیین‌نامه‌های مربوط به قوانین و مقررات برنامه Medi-Cal که برای تصمیم‌گیری در مورد صلاحیت برخورداری از Medi-Cal شما مورد استفاده قرار گرفته‌اند را بررسی نمایید.

19. در ارتباط با این برنامه‌ها و کمک برای دریافت خدمات، شما از حق دریافت اطلاعات برخوردار هستید.

- Child Health and Disability Prevention Program
- Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children
- Personal Care Services Program
- Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program
- Family Planning Access Care and Treatment Program

- در صورتی که در ارتباط با به موقع یا سر وقت بودن تعیین صلاحیت Medi-Cal تان جلسه دادرسی بخواهید، می‌توانید آنرا درخواست کنید. می‌توانید در هر زمان پس از گذشت 45 روز یا 90 روز، بر مبنای به موقع بودن تعیین صلاحیت Medi-Cal تقاضای جلسه دادرسی کنید.
- شما می‌توانید به روش‌های ذیل تقاضای جلسه دادرسی کنید (1) با نزدیک‌ترین دفتر خدمات اجتماعی کانتی تان تماس بگیرید؛ (2) از طریق شماره تلفن 1-855-795-0634 یا TDD 1-800-952-8349 با Department of Social Services تماس بگیرید؛ (3) یک درخواست کتبی به اداره خدمات اجتماعی کانتی تان ارسال کنید. جهت درخواست جلسه دادرسی می‌توانید قسمت پشت اعلامیه اقدام (Notice of Action) (فرم 9 NA Back) را پر کنید و فرم مربوطه، یا درخواست کتبی دیگر را به نزدیک‌ترین دفتر خدمات اجتماعی کانتی تان ارسال نمایید. این فرم را می‌توانید از طریق دفتر خدمات اجتماعی کانتی تان یا از طریق وب‌سایت ذیل دریافت نمایید: www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Farsi/naback9farsi.pdf

17. اگر از تصمیم اتخاذ شده از طرف دفتر خدمات

اجتماعی کانتی محل تان، DHCS، یا Covered California راضی نیستید، به غیر از مواردی که به برنامه پرداخت حق بیمه بهداشتی (Health Insurance Premium Payment) (HIPP) مربوط می‌شود، حق درخواست جلسه دادرسی را دارید. HIPP یک برنامه استحقاقی نیست، بنابراین برای HIPP حق درخواست تجدید نظر وجود ندارد.

- اگر می‌خواهید در ارتباط با تجدید نظر تصمیمی یک جلسه دادرسی درخواست کنید، باید طی 90 روز از تاریخی که اعلامیه اقدام (NOA) به شما داده یا ارسال شده است آنرا تقاضا کنید.
- اگر NOA را دریافت نکردید، باید طی 90 روز از تاریخی که متوجه شدید که با اقدام یا عدم اقدام مربوطه موافق نیستید درخواست جلسه دادرسی کنید،

6. شما اموال غیرمنقول یا اموال شخصی دریافت، منتقل، یا می فروشید (شامل پول)، یا حساب بانکی باز می کنید یا می بندید. این شرط فقط در صورتی صدق می کند که اموال مربوطه برای برنامه Medi-Cal که در آن ثبت نام شده اید به حساب گرفته شده باشند، یا برای آن مورد ارزیابی قرار می گیرند. همچنین اگر شخصی به شما یا عضوی از خانواده تان اقلام خانگی مانند ماشین، خانه یا پرداخت های بیمه داشته باشد، باید مراتب را گزارش دهید.
7. فرد دیگری مخارج شما را پرداخت می کند.
8. شما یا عضوی از خانواده تان کار پیدا می کنید، کار خود را تغییر می دهید یا دیگر اشتغال به کار ندارید.
9. در هزینه های مربوط به کار یا تحصیل، مانند مراقبت از کودک یا ایاب و ذهاب شما تغییری ایجاد شده است.
10. شما یا عضوی از خانواده تان، شامل کودکان، دچار معلولیت جسمی یا ذهنی می شوید.
11. شما یا عضوی از خانواده تان برای دریافت مزایای از کارافتادگی به SSA، اداره (Veterans Administration) کهنه سربازان، یا بازنشستگان راه آهن تقاضا ارسال می کنید.
12. در وضعیت تابعیت یا مهاجرت شما یا عضوی از خانواده در خانوارتان که برای دریافت Medi-Cal تقاضا ارسال کرده، یا هم اکنون از آن برخوردار است، تغییری ایجاد شده است.
13. در پوشش بیمه بهداشتی شما یا عضوی از خانواده تان تغییری ایجاد شده است.
14. اگر در برنامه Medi-Cal برای نوجوانان رضاعی سابق ثبت نام هستید، در صورت تغییر آدرس منزل یا آدرس پستی تان مراتب را به مددکاران اطلاع دهید. لزومی ندارد که تغییرات دیگر، مانند تغییرات در درآمد، کار، یا مخارج تان را به مددکاران اطلاع دهید.

20. می توانید در مورد سایر خدمات اجتماعی عمومی یا خصوصی، یا در مورد منابعی مانند CalFresh و CalWORKs با مددکار اجتماعی یا کارمند خدمات اجتماعی کانتی صحبت کنید.

در صورت برخوردار از Medi-Cal چه مسئولیت هایی خواهیم داشت؟

شما باید در خصوص تغییرات ذیل طی 10 روز از وقوع تغییرات، مراتب را به کارمند خدمات اجتماعی کانتی اطلاع دهید:

1. تغییری در درآمد شما یا عضوی از خانواده در خانوارتان ایجاد شده است. این امر به افزایش یا کاهش درآمد، شروع یا متوقف شدن آن نیز مربوط می شود. این شامل درآمد از طرف اداره سوشیال سکوریتی (Social Security Administration)، (SSA) وام، تصویبه حساب، اشتغال به کار، بیکاری و هر گونه منبع دیگر می شود.
2. آدرس منزل یا پستی تان تغییر کرده است.
3. شخصی به منزل شما نقل مکان کرده یا آنجا را ترک کرده است، صرف نظر از اینکه این شخص با شما یا خانواده تان نسبت خانوادگی داشته باشد یا خیر. این امر شامل نوزادان و کودکان رضاعی است.
4. شما یا عضوی از خانواده تان وضع حمل کرده، حامله است، یا به بارداری خود خاتمه می دهد.
5. شما، همسرتان، یا هر عضوی از خانواده در خانوارتان وارد خانه سالمندان یا یک مؤسسه مراقبت دراز مدت شده یا آنجا را ترک ترک کرده است.

شما همچنین باید:

5. در صورت داشتن صلاحیت، می توانید برای برخورداری از Medicare تقاضا ارسال کنید. افرادی واجد شرایط برخورداری از Medicare هستند که نابینا، معلول، مبتلا به مرحله انتهایی بیماری کلیه (End Stage Renal Disease)، یا سن آنها 64 سال و 9 ماه یا بیشتر باشد. شما مسئول هستید که به ارائه دهندگان خدمات اعلام کنید که از هر دو پوشش Medi-Cal و همچنین Medicare برخوردار هستید.

6. برای برخورداری و ثبت نام در هر گونه بیمه بهداشتی که در دسترس شما یا خانواده تان است، به صورت رایگان تقاضا ارسال کنید.

7. در مورد هر گونه پوشش مراقبت بهداشتی یا بیمه ای که از آن برخوردار هستید یا حق استفاده از آنرا دارید، منجمله Medicare، به دفتر خدمات اجتماعی کانتی و تأمین کننده مراقبت های بهداشتی تان اطلاع دهید. در صورتی که عمداً این اطلاعات را ارائه ندهید، ممکن است تأمین کننده تان به شما صورتحساب ارسال نماید یا مرتکب جرم شوید.

1. در صورتی که از شما خواسته شود، مدارکی را جهت اثبات سکونت خود در California ارائه دهید.

2. هنگام ارسال تقاضا برای Medi-Cal وضعیت تابعیت یا مهاجرت خود را اعلام کنید.

3. برای هر فردی که برای مزایای Medi-Cal تقاضا ارسال می کند، شماره سوشیال سکوریتهی (SSN) را بدهید.

- اگر تابعیت (U.S.) United States را دارید، یا شهروند U.S.، یا فردی با وضعیت مهاجرتی رضایتبخش هستید، باید یک SSN ارائه دهید. اگر آنرا ندارید، باید تقاضای SSN کنید و شماره آنرا طی 60 روز از تاریخ تقاضای تان به دفتر خدمات اجتماعی کانتی ارائه دهید.

- برای تقاضای SSN می توانید از کارمند خدمات اجتماعی کانتی کمک دریافت کنید. برای پاسخگویی به هر گونه سؤالی که ممکن است مطرح شود، باید با اداره سوشیال سکوریتهی (SSA) همکاری نمایید، در غیر اینصورت ممکن است Medi-Cal شما رد یا متوقف شود.

- در صورتی که فردی در فرم تقاضای شما ظاهراً واجد شرایط برخورداری از Medi-Cal باشد اما وضعیت مهاجرتی رضایتبخشی نداشته باشد، باید برای مزایای محدود Medi-Cal تقاضا ارسال نماید، بدون اینکه ملزم به ارائه SSN باشد.

4. می توانید برای برخورداری از سایر درآمد ها یا مزایایی که شما یا عضوی از خانواده در خانوارتان مستحق دریافت آن هستید تقاضا ارسال کنید، مگر اینکه دلیل خوبی برای عدم ارسال آن داشته باشید. این امر شامل مزایای بازنشستگی، مزایای دولتی، مزایای سوشیال سکوریتهی (سالمندی)، بیمه فرد بازمانده و از کار افتاده) و مزایای بیکاری است. اما شامل مزایای مساعدت مانند CalWORKs یا CalFresh نیست.

شما متوجه هستید که:

7. اگر در پی تصادف یا صدمه ای که توسط شخص دیگری ایجاد شده بود، هزینه خدمات پزشکی دریافت شده شما از سوی Medi-Cal پرداخت شده باشند، باید مراتب را از طریق وب سایت <http://dhcs.ca.gov/pi> به DHCS اطلاع دهید. این امر شامل آسیب یا جراحت در محل کار نیز می شود، هنگامی که امکان تقاضا برای بیمه جبرانی کارگران وجود داشته باشد.
 8. شما باید برای اثبات نسبت پدری، با ایالت یا کانتی همکاری نمایید، و هر گونه پوشش پزشکی احتمالی که شما یا خانواده تان ممکن است از طریق پدر یا مادر غایب مستحق دریافت آن باشید را شناسایی کنید، مگر اینکه حامله باشید.
 9. در صورتی که تیم مسئول بررسی کنترل کیفیت تصمیم بگیرد پرونده شما را مورد بررسی قرار دهد، شما باید در این راستا با ایالت همکاری نمایید. اگر با این همکاری مخالفت کنید، مزایای Medi-Cal شما متوقف خواهند شد.
 10. اگر برای پوشش بهداشتی رایگان یا پوشش پرداخت شده از سوی ایالت تقاضا نکنید یا آنرا حفظ نکنید، مزایا و صلاحیت برخورداری Medi-Cal شما ممکن است رد یا متوقف شود.
 11. اگر اطلاعات لازم را ارائه ندهید یا اطلاعاتی ارائه دهید که می دانید نادرست است، مزایای Medi-Cal شما ممکن است رد یا متوقف شوند. پرونده شما همچنین ممکن است برای شک به تقلب مورد رسیدگی قرار بگیرد.
 12. اطلاعاتی که به هنگام تقاضای Medi-Cal ارائه می دهید از طریق کامپیوتر با واقعیت هایی که توسط کارفرمایان، بانک ها، SSA، اداره مالیات آمریکا (Internal Revenue Service)، اداره مالیات ایالتی (Franchise Tax Board)، خدمات اجتماعی و سایر آژانس ها ارائه شده است مورد بررسی قرار می گیرد. این امر برای تأیید درآمد، تابعیت، وضعیت رضایتبخش مهاجرت، اطلاعات مالیاتی و سایر اطلاعات برای تعیین اینکه آیا شما و اعضاء خانواده تان برای برخورداری از بیمه بهداشتی صلاحیت دارید مد نظر قرار داده می شود. جهت تصحیح هر گونه اطلاعات نادرست، شما حق دارید مدارک اثبات کننده را به کارمند خدمات اجتماعی کانتی تان و/یا به Covered California ارائه دهید.
1. اگر بیمه بهداشتی دیگری دارید که خدمات مربوطه را پوشش می دهد، (مانند Kaiser, TRICARE یا Medicare HMO) باید از آن طرح مراقبت بهداشتی برای مراقبت پزشکی تان استفاده نمایید. Medi-Cal ممکن است برای خدماتی که تحت پوشش سایر بیمه ها هستند پرداخت نکند.
 2. اگر در مورد داشتن بیمه بهداشتی دیگری اختلاف نظر دارید، می توانید یا 1) با کارمند خدمات اجتماعی کانتی محل تان تماس بگیرید؛ یا 2) با شماره 1-800-541-5555 تماس بگیرید؛ یا 3) فرم ترک پوشش بهداشتی دیگر را در وب سایت DHCS به نشانی <http://dhcs.ca.gov/ohc> پر کنید.
 3. اگر شما یا هر عضوی از خانواده در خانوارتان، در یک مصالحه یا تصویب حساب قانونی در قبال صدمات وارده پول دریافت نمایید، شامل هزینه های پزشکی که از طرف Medi-Cal پرداخت شده اند، برای قسمتی که مربوط به هزینه پزشکی تصویب حساب یا مصالحه مربوطه می شود، Medi-Cal ذیحق یا مستحق بازپرداخت خواهد بود.
 4. اگر در مورد نحوه دریافت مزایای خود گزینه ای را انتخاب نکنید؛ شما و اعضاء خانواده در خانوارتان ممکن است در یک طرح بهداشتی Medi-Cal در نزدیکی منزل تان قرار داده شوند.
 5. شما باید کارت های شناسایی مزایا (BICs) را امضاء کنید و فقط زمانی از آن استفاده نمایید که می باید برای خود یا اعضاء خانواده واجد شرایط خود مراقبت های بهداشتی لازم دریافت نمایید.
 6. هنگامی که بیمار هستید یا با پزشک وقت ملاقات دارید، باید کارت BIC خود را به همراه داشته و به تأمین کننده پزشکی تان ارائه دهید. در موارد اورژانسی، وقتی کارت BIC همراه شما نیست، باید BIC را در اسرع وقت به تأمین کننده مراقبت های پزشکی تان برسانید.

13. هر گونه تغییر در اطلاعات مربوط به شما یا اطلاعات مربوط به هر یک از اعضاء خانواده در خانوارتان ممکن است بر صلاحیت سایر اعضاء خانوار تأثیر داشته باشد.
14. فقط افرادی که برای Medi-Cal تقاضا ارسال می کنند باید SSN و اطلاعات مربوط به وضعیت مهاجرت و تابعیت خود را ارائه دهند. افرادی که برای Medi-Cal تقاضا ارسال نمی کنند ملزم به ارائه SSN یا مدارک اثبات کننده وضعیت مهاجرت یا تابعیت نیستند. ممکن است برای کمک جهت تعیین صلاحیت سایر اعضاء خانواده بخواهید SSN یک فرد غیر متقاضی را ارائه دهید.
15. افرادی که وضعیت مهاجرت آنها رضایتبخش نیست و در غیر اینصورت صلاحیت برخوردار از Medi-Cal را دارند، می توانند برای مزایای محدود Medi-Cal تقاضا ارسال نمایند، بدون اینکه ملزم به ارائه SSN باشند.
16. اطلاعات در خصوص وضعیت مهاجرت شخصی که در فرم تقاضای Medi-Cal ارائه شده است، مطابق قانون به صورت خصوصی و محفوظ نگهداری خواهد شد.
17. بر اساس درآمدتان، ممکن است برای برخی از برنامه های Medi-Cal مجبور به پرداخت حق بیمه ماهانه باشید. برای سایر برنامه ها ممکن است بر مبنای درآمد ماهانه تان مجبور به پرداخت مقداری از هزینه باشید. اگر Medi-Cal با SOC دارید، ممکن است مجبور به پرداخت یا قول دادن برای پرداخت مبلغ SOC، قبل از اینکه Medi-Cal برای خدمات مربوطه پرداخت نماید باشید.
18. اگر وقوع تغییرات در ارتباط با اطلاعات شخصی تان را بلافاصله گزارش ندهید، و سپس مزایای Medi-Cal که واجد شرایط دریافت آن نیستید را دریافت کنید، ممکن است مجبور به بازپرداخت آن مبلغ به DHCS باشید.
19. شما، یا هر یک از اعضاء خانواده تان که Medi-Cal دریافت می کند، نباید از ایالت دیگری کمک های عمومی دریافت نمایید.
20. اگر بر مبنای از کار افتادگی Medi-Cal دریافت می کنید و از SSA تقاضای مزایای از کار افتادگی کنید، و SSA ادعای از کار افتادگی شما را رد کند، ممکن است Medi-Cal شما متوقف شود.
- اگر بلافاصله در ارتباط با عدم پذیرش SSA درخواست تجدید نظر کنید، تا زمان تصمیم گیری قطعی SSA می توانید کماکان Medi-Cal دریافت نمایید.
 - اگر SSA درخواست تجدید نظر شما را تأیید کند، می توانید به دریافت مزایای Medi-Cal ادامه دهید.
 - اگر SSA درخواست تجدید نظر شما را رد کند، ممکن است مزایای Medi-Cal شما متوقف شوند.
21. در راستای شرط کسب صلاحیت Medi-Cal، ایالت به صورت خودکار برای تمامی حقوق مربوط به حمایت پزشکی و پرداخت برای خدمات پزشکی شما و هر فرد واجد شرایطی که شما مسئولیت قانونی وی را به عهده دارید تعیین می شود.
22. اگر دادگاه دستور حمایت پزشکی برای یکی از والدین غایب فرزندان صادر کرده باشد، شرکت بیمه باید به شما اجازه ثبت نام داده و باید مزایای مربوطه را بدون موافقت پدر یا مادر غایب برای فرزندان شما فراهم نماید.
23. ارائه دهندگان Medi-Cal نمی توانند مبلغ مشارکت در پرداخت بیمه های خصوصی، مبلغ مشارکت در بیمه یا کسورات بیمه را از شما دریافت کنند، مگر اینکه پرداخت مربوطه باید جهت برآوردن مبلغ مشارکت در پرداخت، Medi-Cal SOC شما یا هر دو مورد استفاده قرار بگیرد.
24. هنگامی که تقاضای Medi-Cal می کنید، برای تعیین اینکه آیا برای سایر برنامه های مساعدت پزشکی واجد شرایط هستید، شامل برنامه HIPP مورد ارزیابی قرار خواهید گرفت.

28. اگر هنگام مرگ اموالی داشته باشید، پس از مرگ همسر بازمانده یا شریک زندگی ثبت شده شما، ایالت حق دارد بر علیه ماترک همسر بازمانده یا شریک زندگی ثبت شده شما، یا بر علیه دریافت کننده اموال مربوطه درخواست مطالبه نماید. بازپرداخت به مبلغ مزایای پرداخت شده از طرف Medi-Cal بابت شما یا ارزش اموال شما به هنگام مرگ محدود می شود، هر کدام کمتر باشد.

29. ایالت ممکن است از ماترک شما برای خدماتی که دریافت کردید (شامل حق بیمه پرداخت شده بابت شما) قبل از تولد 55 سالگی تان در صورتیکه در یک مؤسسه مراقبت سالمندان، مؤسسه مراقبت میانی برای افراد عقب مانده ذهنی، یا سایر نهادهای پزشکی بستری بودید درخواست بازپرداخت کند. برای کسب اطلاعات بیشتر با کارمند خدمات اجتماعی کانتی تان تماس بگیرید یا به وب سایت DHCS به نشانی <http://dhcs.ca.gov/er> مراجعه نمایید.

این سند را برای بایگانی خود نگهدارید

25. اگر پوشش بهداشتی دیگری داشته باشید، فقط می توانید از Medi-Cal برای خدماتی که تحت پوشش سایر طرح های مراقبت بهداشتی نیستند استفاده نمایید. قبل از ارسال صورتحساب به Medi-Cal، تأمین کننده Medi-Cal شما باید بررسی و چک کند که خدمات مربوطه از طریق طرح مراقبت بهداشتی دیگری تحت پوشش نیستند.

26. اگر در یک مؤسسه مراقبت سالمندان پذیرفته شدید، و قصد بازگشت به منزل خود را نداشته باشید، ایالت ممکن است اموال شما را تحت گرو قرار دهد.

27. پس از مرگ، ایالت باید از ماترک شما برای تمامی خدماتی که بعد از سن 55 سالگی از Medi-Cal دریافت کردید (شامل حق بیمه پرداخت شده بابت شما) درخواست مطالبه نماید. این امر در طول عمر همسر بازمانده شما یا شریک زندگی به ثبت رسیده شما، یا اگر فرزند بازمانده زیر 21 سال دارید، یا فرزند نابینا یا معلول به هر سن دارید (مطابق تعریف Social Security Act) / قانون سوشیال سکوریتی، یا اگر این بازپرداخت موجب ایجاد مشقت برای وراث خواهد شد، اعمال نخواهد شد. لطفاً وراث خود را در مورد این بازپرداخت بالغوه مطلع نمایید.