



لطفا نگره دارید!

اطلاعات مهم برای کمک به
کودکان و جوانان تا سن 21
سالگی برای دریافت تمام
مراقبت های مورد نیاز

اگر کودکان و جوانان در Medi-Cal باشند، چه خدماتی می توانند دریافت کنند؟

بر اساس قانون کالیفرنیا و فدرال، همه کودکان و نوجوانان تا سن 21 سالگی که در Medi-Cal ثبت نام کرده اند، حق دارند خدمات چک آپ منظم و سایر خدمات پیشگیرانه و درمانی که برای بازیافتن سلامتی یا سالم ماندن لازم است داشته باشند.

این حق در قانون فدرال به عنوان الزامات غربالگری، تشخیص و درمان اولیه و دوره ای (EPSDT) شناخته می شود. این تضمین می کند که هر کودکی که در Medi-Cal ثبت نام می شود، مراقبت هایی را که برای رشد هر چه سالم تر نیاز دارد، دریافت کند. در کالیفرنیا برای کودکان و نوجوانان **Medi-Cal EPSDT** نامیده می شود.

این سرویس ها رایگان هستند، مگر اینکه کودک یا نوجوان در زمانی که واجد شرایط Medi-Cal هستند، سهمی از هزینه Share of Cost دریافت نمایند.

Medi-Cal برای کودکان و نوجوانان باید در صورت نیاز این خدمات را بدون محدودیت پوشش دهد:

- خدمات سلامت جسمانی، از جمله مراقبت های اولیه و ویزیت های متخصص
- خدمات بینایی از جمله عینک
- خدمات شنوایی
- خدمات معاینه و پیگیری دندانپزشکی
- خدمات بهداشت روانی و اعتیاد به مواد مخدر یا الکل، از جمله درمان
- درمان فیزیکی، شغلی و گفتار درمانی
- تجهیزات و لوازم پزشکی، مانند ویلچر، از جمله تجهیزات پزشکی بادوام
- دارو، چه بدون نسخه و چه با نسخه
- آزمایش های آزمایشگاهی، از جمله آزمایش های خون برای بررسی سطوح سرب و آزمایش عفونت مقاربتی (STI) و هرگونه مراقبت بعدی مورد نیاز
- خدمات بهداشتی خانگی، از جمله مراقبت های پرستاری
- درمان بیمارستانی و خانگی
- خدمات بهداشت باروری و جنسی، مانند مراقبت از بارداری و سقط جنین
- معاینات بارداری
- آزمایش و درمان COVID-19
- هماهنگی مراقبت، در صورت ثبت نام در یک برنامه مراقبت مدیریت شده
- تمام خدمات پزشکی مورد نیاز دیگر که می توانند تحت پوشش Medi-Cal (معروف به "خدمات ضروری پزشکی") که توسط ارائه دهنده پزشکی شما تعیین می شود قرار گیرد.

اگر به این نامه یا هر مورد Medi-Cal در قالب دیگری مانند فونت بزرگتر، فرمت صوتی، سی دی یا خط بریل نیاز دارید، با شماره 1-833-284-0040 تماس بگیرید.



کودکان و جوانان حق دارند از حمایت های رایگان برای دریافت مراقبت استفاده کنند، مانند:

- سرویس رایگان برای رسیدن به قرار ملاقات یا تحویل گرفتن دارو، تجهیزات پزشکی و لوازم
- پشتیبانی در تعیین نوبت پزشکی
- کمک به یافتن پزشک یا ارائه دهنده خدمات بهداشتی
- خدمات ترجمه زبان (نباید نیازی به همراه داشتن مترجم خود در یک قرار پزشکی داشته باشید)

«از نظر پزشکی ضروری» به چه معناست؟

برای کودکان و نوجوانان، از نظر پزشکی ضروری به معنای خدمات مورد نیاز برای درمان، اصلاح، مدیریت یا بهبود یک بیماری یا وضعیت سلامتی است.

پزشک یا ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی کودک شما معمولاً تصمیم می گیرد که آیا چیزی از نظر پزشکی ضروری است یا خیر.

برخی از خدمات ممکن است نیاز به تایید قبلی داشته باشند. اگر خدمات از نظر پزشکی برای کودکان یا جوانان تا سن 21 سالگی ضروری باشد، تعداد خدمات یا درمان ها نمی تواند محدود شود. به عنوان مثال، یک کودک را نمی توان به یک عینک در هر دو سال محدود کرد. اگر کودکی عینک دارد اما در بینایی مشکل دارد، حق دارد نسخه جدید و در صورت لزوم عینک جدید دریافت کند.



کادر ۱

Medi-Cal فرزندان

کودکان و جوانان در Medi-Cal مزایای خود را به یکی از این دو راه دریافت می کنند:

1. **مراقبت مدیریت شده** توسط یک طرح بیمه درمانی، طرح سلامت روان، یا طرح سلامت دندان، یا
2. **هزینه خدمات** توسط اداره خدمات مراقبت بهداشتی کالیفرنیا (DHCS)، آژانس ایالتی Medi-Cal

این سند توضیح می دهد که اگر یک کودک یا نوجوان ثبت نام شده از طریق مراقبت مدیریت شده یا هزینه خدمات خدمات مورد نیاز را دریافت نکند، چه باید کرد. توضیح می دهد که چگونه:

- درخواست تجدید نظر بدهید
- درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید
- شکایت ارسال کنید

برای دریافت خدمات یا سؤال در مورد مزایای خود، با خط راهنمای عضو Medi-Cal به شماره **1-800-541-5555** تماس بگیرید.

اگر مراقبت از فرزندان رد شود، به تأخیر بیفتد، کاهش یابد یا متوقف شود، چه کاری باید انجام دهید؟

اگر مراقبت از فرزند شما رد شد، به تأخیر افتاد، کاهش یافت، یا متوقف شد و شما با تصمیمی که در اخطار کتبی خود توضیح داده شده موافق نیستید، می توانید درخواست کنید که تصمیم مورد بررسی قرار گیرد و لغو شود.

این برای حمایت از فرزند شما در دریافت مراقبتی است که نیاز دارد و حق دریافت آن را دارد. فرزند شما این حق را دارد که درخواست تجدیدنظر، درخواست استماع منصفانه ایالتی، یا ارائه شکایت را داشته باشد. هیچ مجازاتی برای انجام هر یک از این اقدامات وجود ندارد.

صرف نظر از اینکه درخواست تجدیدنظر یا دادرسی عادلانه ایالتی بدهید یا شکایت کنید، پوشش Medi-Cal فرزندان در نتیجه این اقدامات پایان نمی یابد.

یک درخواست تجدیدنظر به برنامه مراقبت مدیریت شده فرزند شما نیاز دارد که هرگونه انکار، تأخیر، کاهش یا توقف خدمات را بررسی کند تا بداند آیا با شما موافق است یا خیر.

دادرسی عادلانه ایالتی فرصتی برای صحبت در برابر قاضی برای بررسی تصمیمی است که طرح مراقبت مدیریت شده فرزندان یا DHCS (سازمان دولتی Medi-Cal) اتخاذ کرده است که شما با آن مخالف هستید.

شکایت برای هر موضوعی است که شما با آن راضی نیستید یا با آن موافق نیستید که درخواست تجدیدنظر یا رسیدگی عادلانه ایالتی شامل آن نمی شود. این برای مسائل یا نگرانی های مربوط به برنامه مراقبت مدیریت شده یا DHCS فرزند شما است که انکار، تأخیر، کاهش یا توقف خدمات ندارند.

نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر، درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی یا ارائه شکایت

اطلاعیه کتبی را بخوانید. اگر یک طرح مراقبت مدیریت شده، DHCS (آژانس دولتی Medi-Cal)، یا ارائه خدمات فرزند شما را کند، کاهش دهد یا کاهش دهد، باید با تصمیم آنها یک اخطار اقدام کند. «نامطلوب» نیز نامیده می شود)

شما باید این اخطار را حداقل **10** روز قبل از کاهش یا توقف درمان یا خدمات فرزندان دریافت کنید. اطلاعیه توضیح می دهد:

- چرا و چگونه برنامه مراقبت مدیریت شده فرزند شما یا DHCS تصمیم خود را گرفته است
- حقوق فرزند شما

• نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر یا درخواست دادرسی عادلانه ایالتی

اگر با تصمیم موافق نیستید، مهم است که قبل از توقف خدمات یا کاهش آن، درخواست تجدیدنظر کنید تا بتوانند در طول درخواست تجدیدنظر یا رسیدگی عادلانه ایالتی ادامه دهند.

اگر اخطار دریافت نکردید، با شماره اتحاد مصرف کنندگان سلامت (HCA) زیر تماس بگیرید. اگر اطلاعیه ای دریافت نکردید، همچنان می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای آشنایی با نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر، درخواست دادرسی عادلانه ایالتی یا ارسال شکایت، صفحات زیر را بخوانید.

چگونه می توان کمک گرفت

خط راهنمای اعضای Medi-Cal

خط راهنمای اعضای Medi-Cal پشتیبانی رایگان ارائه می دهد. آنها می توانند شما را به دفتر محلی Medi-Cal، برنامه مراقبت مدیریت شده یا سایر منابع Medi-Cal متصل کنند تا به سؤالات شما در مورد Medi-Cal پاسخ دهند.

• تلفن: 1-800-541-5555

• آنلاین: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

اتحاد مصرف کنندگان سلامت (HCA)

HCA برای حل مشکلات سلامتی به ثبت نام کنندگان Medi-Cal کمک تلفنی یا حضوری رایگان می دهد. آنها همچنین ممکن است بتوانند شما را با منابع رایگان برای کمک به رسیدگی به مسائل حقوقی مربوط به مراقبت های بهداشتی مرتبط کنند.

• تلفن: 1-888-804-3536

• آنلاین: healthconsumer.org



کادر ۲

اگر فکر می کنید یک تصمیم اشتباه است

اگر فکر می کنید که Medi-Cal فرزندتان به اشتباه متوقف شده است یا فرزند شما به اشتباه واجد شرایط Medi-Cal نیست:

- دستورالعمل های موجود در اعلامیه تجدیدنظر را دنبال کنید، یا
- آژانس خدمات انسانی شهر خود را در dhcs.ca.gov/COL پیدا کنید

حقوق فرزند شما در مراقبت مدیریت شده Medi-Cal چیست؟

اطلاعات زیر در صفحات 5-8 برای همه سیستم های مراقبت مدیریت شده در Medi-Cal اعمال می شود. اکثر کودکانی که در Medi-Cal ثبت نام کرده اند، مراقبت خود را از طریق طرح مراقبت مدیریت شده Medi-Cal دریافت می کنند. این طرح برای خدمات سلامت جسمانی است. همچنین برای خدمات محدود بهداشت روانی به نام "خدمات بهداشت روان غیر تخصصی" است.

سایر سیستم های مراقبت مدیریت شده عبارتند از:

- خدمات تخصصی سلامت روان برای خدمات متمرکز سلامت رفتاری از طریق یک طرح سلامت روان جداگانه.
- Medi-Cal سیستم تحویل سازماندهی شده دارو برای درمان اعتیاد به مواد مخدر و الکل.
- مراقبت های مدیریت شده دندان برای مراقبت های دندان در کانتی های Los Angeles و Sacramento. جدول 1 را در صفحه 8 بخوانید.

اگر فرزند شما در دریافت یا دریافت خدمات نگهداری که فکر می کنید یکی از برنامه های بالا باید پوشش دهد مشکل دارد، مطلب زیر را بخوانید. اگر فرزندان در برنامه نیست، درباره هزینه خدمات در صفحه 9 بخوانید.

اگر مراقبت از فرزندان رد شود، به تأخیر بیفتد، کاهش یابد، یا در مراقبت مدیریت شده متوقف شود، چه کاری می توانید انجام دهید؟

با طرح مراقبت مدیریت شده فرزندان درخواست تجدیدنظر کنید

باید با ارائه یک درخواست تجدیدنظر با طرح مراقبت مدیریت شده شروع کنید. برای پیدا کردن طرح خود، به www.dhcs.ca.gov/mmchpd رجوع کنید. درخواست تجدیدنظر مستلزم برنامه فرزند شما برای بررسی هرگونه انکار، تأخیر، کاهش یا توقف خدمات است تا متوجه شود آیا با شما موافق است یا خیر. قبل از اینکه بتوانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید، باید درخواست تجدیدنظر بدهید.

- پس از اینکه فرزند شما اخطار اقدام کتبی را از برنامه مراقبت مدیریت شده خود دریافت کرد، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید. همچنین می توانید در صورتی که اخطار اقدام دریافت نکردید، درخواست تجدیدنظر کنید.

- شما 60 روز تقویمی پس از دریافت اختراع فرصت دارید تا با طرح مراقبت مدیریت شده درخواست تجدیدنظر کنید. می توانید درخواست تجدیدنظر خود را به صورت کتبی، تلفنی یا آنلاین برای طرح ارسال کنید. می توانید شماره های تماس را در جدول 1 در صفحه 8 پیدا کنید.

- اگر اعلامیه اقدام می گوید که خدماتی که فرزند شما قبلاً دریافت می کند متوقف می شود یا کاهش می یابد، همچنین ممکن است بخواهید که فرزندان در طول درخواست تجدیدنظر به دریافت خدمات ادامه دهد. این ادامه مزایا نامیده می شود. برای نحوه درخواست این موضوع، کادر 3 را بخوانید.



کادر ۳

نحوه درخواست ادامه مزایا در مراقبت مدیریت شده

اگر اخطار می گوید خدماتی که فرزندان قبلاً دریافت می کند متوقف می شود یا کاهش می یابد، می توانید در طول درخواست تجدیدنظر یا دادرسی عادلانه ایالتی برای ادامه مزایا (که همچنین «کمک های پرداخت شده در انتظار» نامیده می شود) درخواست دهید.

- شما باید قبل از اینکه سرویس متوقف شود یا کاهش یابد، درخواست تجدیدنظر یا درخواست رسیدگی عادلانه کنید.
- طرح مراقبت مدیریت شده باید حداقل 10 روز تقویمی قبل از اینکه آنها قصد توقف یا کاهش خدمات را برای فرزندان داشته باشند، به شما اطلاع کتبی بدهد.



کادر ۴

درخواست تجدیدنظر فوری (سریعتر) یا دادرسی عادلانه ایالتی

اگر فرزندتان به تجدیدنظر فوری (سریع‌تر) یا رسیدگی عادلانه نیاز دارد زیرا جان، سلامت یا توانایی او در خطر است، با **1-800-743-8525** تماس بگیرید.

می‌توانید در کتابچه راهنمای اعضا درباره نحوه درخواست فرآیند فوری بیشتر بخوانید.

- طرح مراقبت مدیریت‌شده فرزندتان باید ظرف **5** روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر، درخواست تجدیدنظر را به‌طور کتبی تأیید کند. این طرح همچنین باید نام، شماره تلفن و آدرس فردی را که در طرح است که می‌تواند درباره درخواست تجدیدنظر و وضعیت آن به شما اطلاعات بیشتری بدهد، به شما بگوید. طرح باید ظرف **30** روز تقویمی پس از درخواست تجدیدنظر، یک تصمیم کتبی برای شما ارسال کند. که به آن Notice of Resolution می‌گویند.
- اگر وضعیت فرزندتان اورژانسی است و 30 روز انتظار وضعیت آن را بدتر می‌کند، می‌توان یک تصمیم درخواست کرد فوری (سریع‌تر) کنید. برای چگونگی انجام این کار، **کادر 4** را بخوانید.

- می‌توانید در هر زمانی با طرح مراقبت مدیریت‌شده فرزندتان با سؤالاتی درباره درخواست تجدیدنظر فرزندتان تماس بگیرید. برای شماره‌های تماس، **جدول 1** را در صفحه 8 بخوانید.
- برنامه مراقبت مدیریت‌شده فرزند شما ممکن است شامل فرآیندی به نام هیئت بررسی پزشکی مستقل باشد. اطلاعات اقدام فرزندتان این فرآیند را توضیح خواهد داد. اگر برنامه مراقبت مدیریت‌شده فرزند شما این فرآیند را ارائه می‌دهد، پس از تکمیل درخواست تجدیدنظر فرزندتان خواهد بود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد هیئت بررسی مستقل پزشکی، با اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا به شماره 1-888-466-2219 (1-877-688-9891 TDD) تماس بگیرید. یا به <https://bit.ly/IMRCR> رجوع کنید.

درخواست دادرسی عادلانه ایالت Medi-Cal

اگر روند تجدیدنظر طرح مراقبت مدیریت‌شده کامل شده است و شما همچنان با تصمیم این طرح مخالف هستید، می‌توانید برای فرزندتان **دادرسی عادلانه ایالتی** درخواست کنید. همچنین اگر برنامه مراقبت مدیریت‌شده فرزندتان اطلاعاتی را درباره حق درخواست شماره نظر فرزندتان ارسال نکرد یا آن را در یک زمان معقول ارسال نکرد، می‌توانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید.

جلسه دادرسی عادلانه ایالتی فرصتی برای صحبت در برابر یک قاضی برای بررسی تصمیم برنامه مراقبت مدیریت‌شده است که با آن مخالف هستید. قاضی برای اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا کار می‌کند، نه برای طرح فرزند شما.

- شما باید ظرف **120** روز تقویمی از تاریخی که تصمیم کتبی طرح مراقبت مدیریت‌شده را در مورد درخواست تجدیدنظر فرزندتان دریافت می‌کنید، درخواست دادرسی عادلانه کنید. یک قاضی بی‌طرف پرونده فرزند شما را بررسی خواهد کرد. اگر تصمیمی که برای رسیدگی درخواست کردید خدماتی را که فرزندتان قبلاً دریافت می‌کند متوقف کند، می‌توانید ادامه مزایای فرزندتان را نیز بخواهید. **کادر 3** را در صفحه 5 بخوانید.

- شما می‌توانید از طریق تلفن، پست، فکس یا آنلاین درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی کنید. با شماره **1-800-743-8525** تماس بگیرید.

یا، به www.cdss.ca.gov/hearing-requests رجوع کنید.

- شما این حق را دارید که شخصی را به نمایندگی از خود در جلسه دادرسی عادلانه ایالتی فرزندتان بیاورید. می‌توانید دوست، خویشاوند، وکیل یا هرکسی را که انتخاب می‌کنید بیاورید. برای آشنایی با نحوه دریافت کمک حقوقی رایگان، **نحوه دریافت کمک** را در صفحه 4 بخوانید.
- شما مجبور نیستید برای رسیدگی عادلانه ایالتی هزینه‌ای بپردازید. رایگان است.

- ایالت **90** روز تقویمی پس از تاریخ درخواست فرزند شما برای برگزاری نمایشگاه ایالتی برای تصمیم گیری نهایی فرصت دارد. اگر فرزندان فوراً به خدمات نیاز دارد و انتظار دارد **90** روز وضعیت او را بدتر می کند، می توان تصمیم گیری **فوری** (سریع تر) را درخواست کنید. **کادر 4** بالا را بخوانید.
- برای کمک بیشتر، اعلامیه های برنامه مراقبت مدیریت شده فرزندان را بخوانید. یا با شماره **1-800-743-8525** تماس بگیرید. یا به www.dhcs.ca.gov/fair-hearing رجوع کنید.

با Ombudsman تماس بگیرید

Ombudsman شخصی است که برای DHCS (آژانس دولتی Medi-Cal) کار می کند. وظیفه آنها این است که به شما و فرزندان کمک کنند تا اختلافات را با برنامه مراقبت مدیریت شده فرزندان برطرف کنید. شما می توانید در هر زمان با Ombudsman تماس بگیرید. این شامل زمانی است که فرزند شما اختاریه دریافت کرده، درخواست تجدیدنظر کرده، درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی کرده یا شکایتی ارائه کرده است. Ombudsman فقط برای افرادی است که در یک طرح مراقبت مدیریت شده ثبت نام کرده اند.

می توانید از طریق زیر با Ombudsman تماس بگیرید:

• تلفن: **1-888-452-8609**

• ایمیل: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov

« اطلاعات سلامت شخصی را در ایمیل قرار ندهید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره Ombudsman، به www.dhcs.ca.gov/ombudsman رجوع کنید.

اگر از مراقبت، پزشک یا ارائه مراقبت های بهداشتی فرزندان در مراقبت های مدیریت شده راضی نباشید، چه کنید؟

شکایت ارسال کنید

- اگر پزشک با کودک شما بد یا بی ادبانه رفتار کرده است، یا از کیفیت مراقبت راضی نیستید، یا نمی توانید پزشکی پیدا کنید، می توانید برای فرزندان **شکایت** ارسال کنید. شکایت برای هرگونه اختلاف نظر در مورد چیزی است که تجدیدنظر یا رسیدگی عادلانه ایالتی آن را پوشش نمی دهد. این برای مسائل یا نگرانی هایی است که هیچ یک از خدمات فرزند شما را انکار نمی کند، به تاخیر نمی اندازد، کاهش نمی دهد یا متوقف نمی کند.
- هر زمان که بخواهید می توانید شکایتی را برای فرزندان ارسال کنید. می توانید آن را به صورت تلفنی یا کتبی به صورت آنلاین یا از طریق پست ارسال کنید. برای ارسال شکایت، با برنامه مراقبت مدیریت شده فرزندان تماس بگیرید. برای شماره های تماس، **جدول 1** را در صفحه **8** بخوانید.
- طرح مراقبت مدیریت شده فرزند شما باید شکایت شما را در مدت **5** روز تقویمی از تاریخی که آن را دریافت می کند به صورت کتبی تأیید کند. این باید شامل نام، شماره تلفن و آدرس فردی در طرح باشد که می تواند در مورد شکایت فرزندان و وضعیت آن اطلاعات بیشتری به شما بدهد.
- طرح مراقبت مدیریت شده فرزند شما **30** روز تقویمی از تاریخی که شکایت را ارسال می کنید تا شکایت فرزندان برطرف شود فرصت دارد.

بررسی کلی سیستم های مراقبت مدیریت شده و اطلاعات تماس

مراقبت مدیریت شده (MCMC) Medi-Cal

اکثر کودکان بیشتر این خدمات را از طریق برنامه های مراقبت مدیریت شده Medi-Cal دریافت می کنند:

- نیازهای سلامت جسمانی، مانند معاینات سلامت کودک و واکسن
- نیازهای غیرتخصصی سلامت روان، مانند درمان و دارو
- هماهنگی مراقبت

اگر فرزند شما خدمات مورد نیاز را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با برنامه مراقبت مدیریت شده Medi-Cal فرزندتان تماس بگیرید. شماره تلفن طرح در کارت شناسایی طرح فرزندتان موجود است. در وب سایت طرح نیز موجود است. همچنین می توانید شماره تلفن آنها را در www.dhcs.ca.gov/mmchpd پیدا کنید. یا با شماره 916-449-5000 تماس بگیرید.

خدمات تخصصی سلامت روان (SMHS)

برخی از کودکانی که به خدمات تخصصی سلامت روان مانند مراقبت از یک بیماری جدی سلامت روان نیاز دارند، این مراقبت را از طریق خدمات تخصصی سلامت روان دریافت می کنند. هر شهر یک طرح سلامت روان دارد.

اگر فرزند شما خدمات مورد نیاز را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با طرح سلامت روان کانتی فرزندتان تماس بگیرید. می توانید شماره تلفن را در www.dhcs.ca.gov/CMHP پیدا کنید.

سیستم تحویل سازماندهی شده دارو (DMC-ODS) Medi-Cal

کودکانی که در صورت لزوم به خدمات مصرف مواد مانند درمان مواد مخدر یا الکل، از جمله مشاوره و سایر درمان های بالینی، مانند درمان بستری دارو یا الکل نیاز دارند، این مراقبت ها را از طریق سیستم تحویل سازمان یافته Drug Medi-Cal دریافت می کنند. هر شهر یا طرح DMC-ODS دارد یا در Drug Medi-Cal است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد Drug Medi-Cal، جدول 2 را در صفحه 11 بخوانید.

اگر فرزند شما خدمات مورد نیاز را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با طرح DMC-ODS فرزندتان تماس بگیرید. شماره تلفن را در www.dhcs.ca.gov/sud-cal پیدا کنید.

مراقبت های مدیریت شده دندان (Dental MC)

برخی از کودکانی که در کانتی Los Angeles یا Sacramento زندگی می کنند، خدمات دندانپزشکی، از جمله معاینه و تمیز کردن دندان دو بار در سال و مراقبت های بهداشت دهان و دندان را از طریق برنامه های مراقبت مدیریت شده دندان دریافت می کنند. کودکانی که در تمام شهرهای دیگر زندگی می کنند، مراقبت های دندان خود را از طریق هزینه خدمات دندانپزشکی (دندانپزشکی FFS) دریافت می کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد دندانپزشکی FFS، جدول 2 را در صفحه 11 بخوانید.

اگر در کانتی Los Angeles یا Sacramento زندگی می کنید و فرزندتان خدمات مورد نیاز را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با طرح Dental MC فرزندتان تماس بگیرید. شماره تلفن در کارت شناسایی Dental MC فرزند شما موجود است. همچنین در وب سایت طرح Dental MC فرزند شما وجود دارد. یا با شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید. همچنین می توانید شماره تلفن طرح را در <https://bit.ly/DMC-Contact> پیدا کنید.

حقوق فرزند شما در Medi-Cal Fee For Service چیست؟

اطلاعات زیر در صفحات 9-11 در مورد هزینه خدمات Medi-Cal (FFS) اعمال می شود. برخی از کودکان ثبت نام شده در Medi-Cal مراقبت خود را از طریق FFS دریافت می کنند. FFS همچنین "عادی" نامیده می شود. کودکان در FFS مراقبت های خود را از طریق DHCS (اژانس دولتی Medi-Cal) دریافت می کنند. هیچ برنامه مراقبت مدیریت شده مشمول نیست. FFS شامل Medi-Cal FFS برای خدمات جسمی و مجموعه ای محدود از خدمات سلامت روان به نام "خدمات بهداشتی روان غیر تخصصی"، Drug Medi-Cal برای خدمات درمان داروهای بیماران و الکل، FFS دندانپزشکی برای مراقبت از سلامت دندان، و Medi-Cal Rx برای داروها است. برای کسب اطلاعات بیشتر، جدول 2 را در صفحه 11 بخوانید.

اگر فرزند شما در دریافت یا نگهداری خدماتی که فکر می کنید DHCS باید پوشش دهد مشکل دارد، زیر را بخوانید. حتی اگر فرزند شما در یک برنامه مراقبت مدیریت شده نباشد، اگر فرزند شما برای یک وضعیت سلامت روانی جدی نیاز به مراقبت داشته باشد، از طریق یک طرح بهداشت روانی خدمات تخصصی سلامت روان دریافت خواهد کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر و یافتن محل درخواست کمک از طرح سلامت روان شهر، جدول 1 را در صفحه 8 بخوانید.

اگر مراقبت از فرزندتان در FFS به تأخیر افتاد، رد شد، کاهش یافت یا متوقف شد، چه کاری می توانید انجام دهید؟

درخواست دادرسی عادلانه ایالت Medi-Cal

دادرسی عادلانه ایالتی فرصتی برای صحبت در برابر قاضی برای بررسی تصمیم DHCS است که با آن مخالف هستید. این شامل هرگونه انکار، تأخیر، کاهش یا توقف خدمات است. قاضی برای بخش خدمات اجتماعی کالیفرنیا کار می کند، نه DHCS.

- پس از اینکه فرزند شما اخطار اقدام را از DHCS دریافت کرد، ممکن است درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی کنید. همچنین می توانید در صورت عدم دریافت اطلاعیه اقدام، درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید.
- شما باید ظرف 90 روز تقویمی از تاریخی که اخطار کتبی اقدام توسط DHCS را دریافت می کنید، درخواست دادرسی عادلانه کنید. یک قاضی بی طرف پرونده فرزند شما را بررسی خواهد کرد. همچنین می توانید در هر زمان بدون اطلاعیه اقدام، درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی کنید. اگر تصمیمی که برای جلسه دادرسی درخواست کردید، خدماتی را که فرزندتان قبلاً دریافت می کند متوقف کند، می توانید درخواست ادامه مزایا برای فرزندتان کنید. کادر 5 بالا را بخوانید.
- شما می توانید از طریق تلفن، پست، فکس یا آنلاین درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی کنید. با شماره 1-800-743-8525 تماس بگیرید. یا، به www.cdss.ca.gov/hearing-requests رجوع کنید.
- شما این حق را دارید که فردی را به نمایندگی از خود در جلسه دادگاه بیاورید. می توانید یک دوست، خویشاوند، وکیل یا هرکسی را که انتخاب می کنید بیاورید. برای کمک حقوقی رایگان، نحوه دریافت کمک را در صفحه 4 بخوانید.

کادر ۵



نحوه درخواست ادامه مزایا در هزینه نحوه درخواست ادامه مزایا در هزینه خدمات برای خدمات

اگر اخطار می گوید خدماتی که فرزندتان قبلاً دریافت می کند متوقف می شود یا کاهش می یابد، می توانید در طول درخواست تجدیدنظر یا دادرسی عادلانه ایالتی برای ادامه مزایا (که همچنین «کمک های پرداخت شده در انتظار» نامیده می شود) درخواست دهید.

- شما باید برای رسیدگی عادلانه ایالتی قبل از اینکه سرویس متوقف شود یا کاهش یابد، درخواست کنید.
- DHCS باید حداقل 10 روز تقویمی قبل از اینکه قصد توقف یا کاهش خدمات فرزندتان را داشته باشد، به شما اطلاعیه کتبی بدهد.



کادر ۶

درخواست تجدیدنظر فوری (سریعتر) یا دادرسی عادلانه ایالتی

اگر فرزندتان به دادرسی عادلانه ایالتی فوری (سریعتر) نیاز دارد زیرا جان، سلامت یا توانایی فرزندتان در خطر است، با 1-800-743-8525 تماس بگیرید.

- شما مجبور نیستید برای رسیدگی عادلانه ایالتی هزینه ای بپردازید. رایگان است.
- ایالت 90 روز تقویمی پس از تاریخ درخواست فرزند شما برای رسیدگی عادلانه ایالتی برای تصمیم گیری نهایی فرصت دارد. اگر فرزندتان فوراً به خدمات نیاز دارد و 90 روز انتظار باعث بدتر شدن وضعیت او می شود، می توانید درخواست یک تصمیم فوری (سریعتر) کنید. کادر 6 بالا را بخوانید.
- برای راهنمایی بیشتر، اطلاعاتیهایی را که فرزندتان از DHCS دریافت کرده است بخوانید. یا با شماره 1-800-743-8525 تماس بگیرید. یا به www.dhcs.ca.gov/fair-hearing رجوع کنید.

اگر از مراقبت، پزشک، یا ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی فرزندتان در FFS راضی نیستید، چه کنید؟

شکایت ارسال کنید

اگر پزشک با کودک شما بد یا بی ادبانه رفتار کرده است، یا از کیفیت مراقبت راضی نیستید، یا نمی توانید پزشکی پیدا کنید، می توانید یک شکایت برای فرزند خود ارسال کنید. شکایت برای هر گونه اختلاف نظر در مورد چیزی است که دادرسی عادلانه ایالتی آن را پوشش نمی دهد. این برای مسائل یا نگرانی هایی است که خدمات فرزند شما را رد نمی کند، به تأخیر نمی اندازد، کاهش نمی دهد یا متوقف نمی کند.

- می توانید در هر زمانی برای فرزندتان به خاطر Drug Medi-Cal، Dental FFS، یا Medi-Cal Rx شکایت کنید. می توانید آن را به صورت تلفنی یا کتبی به صورت آنلاین یا از طریق پست ارسال کنید. برای ارسال شکایت، با Drug Medi-Cal، Dental FFS یا Medi-Cal Rx تماس بگیرید. برای شماره های تماس، جدول 2 را در صفحه 11 بخوانید. هیچ شکایتی برای Medi-Cal FFS برای خدمات سلامت جسمانی و خدمات غیر تخصصی سلامت روان وجود ندارد.
- DHCS باید شکایت شما را در مدت 5 روز تقویمی از تاریخی که آن را دریافت می کند به صورت کتبی تأیید کند. این باید شامل نام، شماره تلفن و آدرس فردی در DHCS باشد که می تواند درباره شکایت فرزندتان و وضعیت آن اطلاعات بیشتری به شما بدهد.
- DHCS از تاریخ ارسال شکایت، 30 روز تقویمی برای حل و فصل شکایت فرزندتان برای Dental FFS و Medi-Cal Rx فرصت دارد. Drug Medi-Cal 90 روز تقویمی برای رفع شکایت فرزندتان فرصت دارد.

برای سؤالات باید با چه کسی تماس بگیرید؟

جدول 2

هزینه برای بررسی کلی خدمات و اطلاعات تماس

هزینه خدمات Medi-Cal (Medi-Cal FFS)

برخی از کودکان، مانند برخی از کودکان تحت سرپرستی، خدمات سلامت جسمانی خود را از طریق Medi-Cal FFS دریافت می کنند.

اگر فرزند شما این خدمات را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با شماره 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) تماس بگیرید.

Medi-Cal Drug (DMC)

کودکانی که در صورت لزوم به خدمات مصرف مواد مانند درمان مواد مخدر یا الکل، از جمله مشاوره و سایر درمان های بالینی، مانند درمان بستری دارو یا الکل نیاز دارند، این مراقبت ها را از طریق Drug Medi-Cal دریافت می کنند. هر شهر یا یک طرح DMC-ODS دارد یا در DMC است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد DMC-ODS، جدول 1 را در صفحه 8 بخوانید.

اگر فرزند شما این خدمات را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با برنامه DMC فرزندتان تماس بگیرید. برای پیدا کردن شماره تلفن، به www.dhcs.ca.gov/sud-cal بروید.

هزینه خدمات دندانپزشکی (Dental FFS)

اکثر کودکان خدمات دندانپزشکی Medi-Cal خود را از طریق Dental FFS دریافت می کنند. این شامل معاینه و تمیز کردن دندان دو بار در سال و مراقبت از سلامت دهان و دندان است.

اگر فرزندتان این خدمات را دریافت نمی کند یا نگرانی هایی دارد، با شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به smilecalifornia.org رجوع کنید.

Medi-Cal Rx

کودکان خدمات داروخانه Medi-Cal خود را از طریق Medi-Cal Rx دریافت می کنند. اینها شامل داروهای سرپایی تجویزی و بدون نسخه، محصولات تغذیه روده ای مانند لوله تغذیه، و لوازم پزشکی است.

اگر فرزند شما این خدمات را دریافت نمی کند یا نگرانی دارد، با شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. در <https://bit.ly/3D1rQFV> بیشتر بیاموزید.

اطلاعیه عدم تبعیض

قائل شدن تبعیض مغایر با قانون است. Kaiser Permanente¹ از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند.

Kaiser Permanente به دلیل سن، نژاد، گروه قومی، رنگ پوست، ملیت، پیشینه فرهنگی، تبار، دین، جنسیت، هویت جنسی، ابراز جنسی، تمایل جنسی، وضعیت تأهل، ناتوانی جسمی یا ذهنی، وضعیت پزشکی، منبع مالی، اطلاعات ژنتیک، شهروندی، زبان اصلی یا وضعیت مهاجرتی بین افراد تبعیض قائل نمی‌شود یا با آن‌ها متفاوت رفتار نمی‌کند.

Kaiser Permanente خدمات زیر را ارائه می‌دهد:

- خدمات و کمک رایگان به افراد ناتوان برای اینکه بتوانند بهتر با ما ارتباط برقرار کنند، مانند:
 - ♦ مترجم حرفه‌ای زبان اشاره
 - ♦ ارائه اطلاعات کتبی در فرمت‌های دیگر (خط بریل، چاپ درشت، فایل‌های صوتی، فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترسی و سایر فرمت‌ها)
- خدمات زبانی رایگان به کسانی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند:
 - ♦ مترجم شفاهی حرفه‌ای
 - ♦ اطلاعات کتبی به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات) با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید. این تماس رایگان است:

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- سایر: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

متعاقب درخواست، این سند را می‌توانیم در خط بریل، چاپ با حروف بزرگ، نوار صوتی یا فرم الکترونیکی ارائه دهیم. جهت دریافت نسخه‌ای به یکی از این فرمت‌های جایگزین یا در فرمتی دیگر، با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید و فرمت مدنظر خود را درخواست کنید.

نحوه تنظیم نارضایتی نزد Kaiser Permanente

اگر باور دارید که ما در ارائه این خدمات ناتوان بود یا به روشی دیگر تبعیضی غیرقانونی قائل شد، می‌توانید نارضایتی از تبعیض نزد Kaiser Permanente طرح کنید. می‌توانید نارضایتی را به‌صورت تلفنی، پستی، حضوری یا آنلاین ثبت کنید. جهت اطلاع از جزئیات، لطفاً به کتابچه راهنمای پوشش طرح (Evidence of Coverage) یا گواهی بیمه (Certificate of Insurance) خود مراجعه کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد گزینه‌های مربوط به خود، یا کمک در ثبت نارضایتی با خدمات اعضا تماس بگیرید.

نارضایتی از تبعیض را می‌توانید به این روش‌ها ثبت کنید:

- به‌صورت تلفنی: اعضای Medi-Cal می‌توانند با شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)** تماس بگیرند. سایر اعضا می‌توانند با شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)** تماس بگیرند. کمک در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات) در دسترس است
- از طریق پست: فرمی را از طریق **kp.org** دانلود کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید فرمی برای شما ارسال کنند که بتوانید آن را برگردانید.

¹ Kaiser Permanente نشان انحصاری Kaiser Foundation Hospitals، Kaiser Foundation Health Plan, Inc و Southern California Medical Group است

- به صورت حضوری: فرم شکایت یا فرم درخواست/دعوی مزایا را در مرکز خدمات واقع در یکی از مراکز عضو طرح تکمیل کنید (برای اطلاع از نشانی این مراکز، به فهرست ارائه دهندگان در نشانی اینترنتی kp.org/facilities مراجعه کنید)

- آنلاین: از فرم آنلاین در وبسایت ما به نشانی kp.org استفاده کنید

همچنین می‌توانید مستقیماً با هماهنگ‌کننده حقوق مدنی Kaiser Permanente به نشانی‌های زیر تماس بگیرید:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

نحوه تکمیل فرم نارضایتی نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (فقط برای ذی‌نفعان Medi-Cal)

همچنین به صورت تلفنی یا از طریق ایمیل می‌توانید شکایت حقوق مدنی را نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا تنظیم کنید:

- به صورت تلفنی: تماس با دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (California Department of Health Care Services, DHCS) به شماره **(916-440-7370)** (TTY 711)
- از طریق پست: تکمیل فرم شکایت یا ارسال نامه‌ای به این آدرس:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در این نشانی اینترنتی در دسترس قرار دارد:

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

- آنلاین: ارسال ایمیل به CivilRights@dhcs.ca.gov

نحوه تنظیم نارضایتی نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده

می‌توانید شکایتی در رابطه با تبعیض نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده طرح کنید. شکایت خود را می‌توانید به صورت کتبی، از طریق تلفن یا به صورت آنلاین طرح کنید:

- از طریق تلفن: تماس با شماره **1-800-368-1019** (TTY 711) یا **1-800-537-7697**
- از طریق پست: تکمیل فرم شکایت یا ارسال نامه‌ای به این آدرس:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

فرم‌های شکایت در این نشانی در دسترس قرار دارد:

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

- آنلاین: بازدید از پورتال شکایت دفتر حقوق مدنی به نشانی:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>