



שמרו את זה!

מידע חשוב שמסייע לילדים ונוער עד גיל 21 לקבל את כל הטיפול שדרוש להם

אילו שירותים יכולים ילדים ונוער לקבל אם הם ב-Medi-Cal?

לפי החוק בקליפורניה והחוק הפדרלי, לכל הילדים ובני הנוער עד גיל 21 שרשומים ב-Medi-Cal יש זכות לבדיקות כלליות סדירות ולשירותי מניעה ולטיפולים שדרושים כדי להישאר בריאים או כדי להבריא.

זכות זו ידועה בחוק הפדרלי בתור דרישת Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (בדיקות סקר, אבחון וטיפול מוקדמים ותקופתיים - EPSDT). דרישה זו מבטיחה שכל ילד וילדה שרשומים ב-Medi-Cal יקבלו את הטיפול שדרוש להם כדי לגדול בריאים ככל האפשר. בקליפורניה, EPSDT נקרא **Medi-Cal for Kids & Teens** (מדיקל לילדים ונוער).

השירותים ניתנים ללא תשלום, אלא אם כן בעת ההרשמה ל-Medi-Cal נמצא שהילד או הילדה או הנער או הנערה נדרשים להשתתף בעלויות.

שירותי Medi-Cal for Kids & Teens חייב לכסות שירותים אלו, אם נדרש, ללא הגבלה:

- שירותי בריאות גופנית, כולל רפואה ראשונית וביקור אצל רופאים מומחים
- שירותי בדיקת ראייה, כולל משקפיים
- שירותי בדיקת שמיעה
- שירותי בדיקות שיניים והמשך מעקב
- שירותי בריאות נפש והתמכרות לסמים או אלכוהול, כולל טיפול
- ריפוי גופני, בעיסוק ותקשורת
- ציוד ואספקה רפואיים, כגון כיסאות גלגלים, כולל ציוד רפואי בר-קיימה
- תרופות, עם וללא מרשם
- בדיקות מעבדה, כולל בדיקות דם לבדיקת רמות עופרת ובדיקת זיהומים שמועברים במגע מיני (STI) וכל טיפול המשך מעקב שדרוש
- שירותי בריאות בבית, כולל טיפול אחיות
- טיפול בבית החולים ובבית
- שירותי פריון ומין, כוללי אמצעי מניעה והפלות
- בדיקות היריון
- בדיקות וטיפול ל-COVID-19
- תיאום טיפול, אם רשומים לתוכנית טיפול מנוהל
- כל שאר השירותים הרפואיים הנדרשים שמכוסים ב-Medi-Cal (שנקראים "שירותים שדרושים מבחינה רפואית") כפי שנקבע על ידי ספק שירותי הרפואה

אם מכתב זה או כל חומר אחר של Medi-Cal דרוש לכם בתבנית חלופית, כגון גופן גדול, תבנית שמע, תקליטור או בכתב ברייל, התקשרו למספר 1-833-284-0040.



ילידים ונוער יש זכות לסיוע חינוך כדי להגיע לטיפול רפואי, כגון:

- קבלת נסיעה חינוך אל התור הרפואי וממנו או כדי לאסוף תרופות, ציוד רפואי ואספקה רפואית
- תמיכה לקביעת תור רפואי
- סיוע באיתור רופא או ספק שירותי רפואה
- שירותי תרגום (אינכם צריכים להביא מתורגמן משלכם לתור רפואי)

מה הפירוש של "צורך רפואי"?

ילידים ונוער, **צורך רפואי** פירושו השירותים שדרושים כדי לטפל, לתקן, לנהל או לשפר מחלה או מצב רפואי. בדרך כלל, הרופא או ספק שירותי הרפואה של הילד קובע אם משהו הוא צורך רפואי. שירותים מסוימים מחייבים אישור מראש. אם שירותים מסוימים מהווים צורך רפואי לילדים או נוער עד גיל 21, לא ניתן להגביל את מספר השירותים או הטיפולים. לדוגמה, אי אפשר להגביל את הילד לזוג משקפיים אחד כל שנתיים. אם לילד או ילדה יש משקפיים אבל הם מתקשים בראייה, יש להם זכות למרשם חדש ולמשקפיים חדשים בעת הצורך.



תיבה 1

Medi-Cal של הילד או הילדה שלכם

ילדים ונוער ב-Medi-Cal מקבלים את ההטבות שלהם באחת משתי הדרכים הבאות:

1. **טיפול מנוהל** על ידי תוכנית ביטוח בריאות, תוכנית בריאות נפש או תוכנית בריאות שיניים, או

2. **תשלום עבור שירות** על ידי משרד הבריאות של קליפורניה (DHCS), סוכנות Medi-Cal של המדינה

מסמך זה מסביר מה יש לעשות אם ילדים או נוער אינם מקבלים את השירות הדרוש דרך **טיפול מנוהל** או **תשלום עבור שירות**. הוא מסביר כיצד:

- להגיש ערעור
- לבקש שימוע הוגן בפני המדינה
- לשלוח קובלנה

לעזרה בקבלת שירותים או לשאלות בנוגע להטבות, יש להתקשר לקו העזרה של חברי Medi-Cal במספר **1-800-541-5555**

מה עליכם לעשות אם הטיפול בילד או בילדה שלכם סורב, נדחה, צומצם או הופסק?

אם הטיפול בילד או בילדה שלכם סורב, נדחה, צומצם או הופסק ואינכם מסכימים עם ההחלטה כפי שהיא מתוארת בהודעה בכתב, באפשרותכם לבקש לבדוק ולהפוך את ההחלטה.

הדבר נועד לתמוך בילד או בילדה על מנת שיקבלו את הטיפול שדרוש להם ושזכותם לקבל. לילד או לילדה יש זכות להגיש ערעור, לבקש שימוע הוגן בפני המדינה או לשלוח קובלנה. לא תיענשו על נקיטת כל אחת מפעולות אלו.

לא משנה אם תגישו ערעור, תבקשו שימוע הוגן בפני המדינה או תשלחו קובלנה, כיסוי Medi-Cal של הילד או הילדה לא יופסק בגלל שנקטתם בכל אחת מפעולות אלו.

ערעור מחייב את תוכנית הטיפול המנוהל של הילד או הילדה לבדוק כל סירוב, עיכוב, הפחתה או הפסקה של שירות, כדי לברר אם הם מסכימים איתכם.

שימוע הוגן בפני המדינה זו הזדמנות לדבר בפני שופט כדי לבדוק החלטה שהתקבלה על ידי תוכנית הטיפול המנוהל של הילד או הילדה שלכם או משרד הבריאות של קליפורניה (סוכנות Medi-Cal של המדינה) שאינכם מסכימים איתה.

קובלנה נועדה לכל עניין שאינכם מרוצים לגביו או שאינכם מסכימים איתו אשר ערעור או שימוע הוגן בפני המדינה אינם מכסים. היא נועדה לבעיות או סוגיות שנוגעות לתוכנית הטיפול המנוהל של הילד או הילדה או למשרד הבריאות של קליפורניה שאינן סירוב, עיכוב, הפחתה או הפסקה של שירותים.

כיצד להגיש ערעור, לבקש שימוע הוגן בפני המדינה או לשלוח קובלנה

קראו את ההודעה בכתב. אם תוכנית טיפול מנוהל, משרד הבריאות של קליפורניה (סוכנות Medi-Cal של המדינה) או מונעים, מסרבים, מפחיתים או מפסיקים את השירות לילד או לילדה, חובה עליהם לשלוח הודעת פעולה בכתב (נקרא גם "Notice of Adverse Benefit Determination", כלומר הודעה על קביעת הטבה שלילית) עם ההחלטה שלהם.

עליכם לקבל את ההודעה הזו לפחות **10 ימים** לפני שהטיפול או השירות של הילד או הילדה יופחתו או יופסקו. ההודעה מסבירה:

- מדוע וכיצד תוכנית הטיפול המנוהל או משרד הבריאות של קליפורניה (DHCS) של הילד קיבלו את ההחלטה
- הזכויות של הילד או הילדה
- כיצד להגיש ערעור או לבקש שימוע הוגן בפני המדינה

אם אינכם מסכימים עם ההחלטה, חשוב להגיש ערעור לפני הפסקה או הפחתה של השירותים, על מנת שהם יימשכו בזמן הערעור או השימוע.

אם לא קיבלתם הודעה, התקשרו אל המספר של איגוד צרכני הבריאות (Health Consumer Alliance או HCA) להלן. עדיין תוכלו להגיש ערעור אם לא קיבלתם הודעה. למידע כיצד להגיש ערעור, לבקש שימוע הוגן בפני המדינה או לשלוח קובלנה, קראו את העמודים הבאים.

כיצד לקבל עזרה

קו העזרה לחברים של Medi-Cal

קו העזרה לחברים של Medi-Cal מספק תמיכה חינום. הם יכולים לחבר אתכם למשרד Medi-Cal המקומי, לתוכנית הטיפול המנוהל שלכם או למשאבי Medi-Cal אחרים כדי לעזור לענות על שאלותיכם לגבי Medi-Cal.

• טלפון: 1-800-541-5555

• באינטרנט: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

איגוד צרכני הבריאות (HCA)

HCA מספק עזרה חינום בטלפון או בפגישה אישית לחברי Medi-Cal כדי לפתור בעיות בריאות. ייתכן שהם יוכלו גם לקשר אתכם למשאבים חינומיים שיעזרו לכם לטפל בסוגיות משפטיות שקשורות לטיפול רפואי.

• טלפון: 1-888-804-3536

• באינטרנט: healthconsumer.org



תיבה 2

אם לדעתכם החלטה מסוימת שגויה

אם לדעתכם ה-Medi-Cal של הילד או הילדה שלכם הופסק שלא בצדק או שנמצא שהם אינם זכאים ל-Medi-Cal שלא בצדק:

• פעלו לפי ההוראות בהודעת הערעור, או

• אתרו את סוכנות שירותי האנוש המקומית במחוז שלכם בכתובת dhcs.ca.gov/COL

מהן הזכויות של הילד או הילדה בטיפול מנוהל של Medi-Cal?

המידע הבא בעמודים 5-8 רלוונטי לכל מערכות הטיפול המנוהל ב-Medi-Cal. רוב הילדים שחברים ב-Medi-Cal מקבלים את הטיפול שלהם דרך **תוכנית טיפול מנוהל של Medi-Cal**. התוכנית מיועדת לשירותי בריאות גופנית. היא מיועדת גם לשירותי בריאות נפש מוגבלים שנקראים "שירותי בריאות נפש לא ייחודיים".

מערכות טיפול מנוהל אחרות כוללות:

- **שירותי בריאות נפש ייחודיים** לשירותי בריאות נפש התנהגותיים דרך תוכנית בריאות נפש נפרדת.
- **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** לטיפול בהתמכרות לסמים ואלכוהול.
- **טיפול שיניים מנוהל** לטיפול שיניים במחוזות לוס אנג'לס וסקרמנטו. קראו את **טבלה 1** בעמוד 8.

אם הילד או הילדה נתקלים בבעיות בקבלה או בהמשך של שירות שלדעתכם אחת מהתוכניות לעיל אמורה לכסות, קראו בהמשך. אם הילד או הילדה לא נמצאים בתוכנית, קראו על **תשלום עבור שירות** בעמוד 9.

מה ניתן לעשות אם הטיפול בילד או בילדה שלכם סורב, נדחה, צומצם או הופסק בטיפול מנוהל?

הגשת ערעור לתוכנית הטיפול המנוהל של הילד או הילדה

עליכם להתחיל על ידי הגשת **ערעור** לתוכנית הטיפול המנוהל. כדי למצוא את התוכנית שלכם, עברו אל www.dhcs.ca.gov/mmchpd. ערעור מחייב את התוכנית של הילד או הילדה לבדוק כל סירוב, עיכוב, הפחתה או הפסקה של שירות, כדי לברר אם הם מסכימים איתכם. עליכם להגיש את הערעור לפני שתוכלו לבקש שימוע הוגן בפני המדינה.



תיבה 3

כיצד לבקש רציפות הטבות בטיפול מנוהל

אם בהודעה נאמר ששירות שהילד או הילדה שלכם כבר מקבלים ייפסק או יופחת, תוכלו לבקש **רציפות הטבות** (נקרא גם "סיוע בתשלום בהמתנה") עבור הילד או הילדה שלכם במהלך הערעור או השימוע ההוגן בפני המדינה.

- עליכם להגיש ערעור או לבקש שימוע הוגן בפני המדינה **לפני** שהשירות מופסק או מופחת.
- מתוכנית הטיפול המנוהל חייבים לתת לכם הודעה בכתב לפחות **10** ימים קלנדריים לפני שהם מתכננים להפסיק או להפחית את השירות עבור הילד או הילדה שלכם.

• לאחר שהילד או הילדה מקבלים את הודעת הפעולה בכתב מתוכנית הטיפול המנוהל שלהם, תוכלו להגיש ערעור. תוכלו גם להגיש ערעור אם **לא** קיבלתם הודעת פעולה.

• עומדים לרשותכם **60** ימים קלנדריים מרגע קבלת הודעת הפעולה להגיש ערעור לתוכנית הטיפול המנוהל. תוכלו להגיש ערעור לתוכנית בכתב, בטלפון או באינטרנט. מספרים ליצירת קשר תוכלו למצוא ב**טבלה 1** בעמוד 8.

• אם הודעת הפעולה אומרת ששירות מסוים שילדכם או ילדתכם כבר מקבלים ייפסק או יופחת, תוכלו גם לבקש שהילד או הילדה ימשיכו לקבל את השירות במהלך הערעור. דבר זה נקרא **רציפות הטבות**. כדי ללמוד איך לבקש זאת, קראו את **תיבה 3**.

תיבה 4



החלטה מזורזת (מהירה יותר) לגבי ערעור או שימוע הוגן בפני המדינה

אם לילד או לילדה שלכם דרושה החלטה **מזורזת** (מהירה יותר) בנוגע לערעור או לשימוע הוגן בפני המדינה מכיוון שהחיים, הבריאות או יכולת התפקוד שלהם נמצאים בסכנה, התקשרו למספר **1-800-743-8525**. מידע נוסף תוכלו לקרוא בחוברת לחברים לגבי הדרך לבקש תהליך מזורז.

- מתוכנית הטיפול המנוהל של הילד או הילדה שלכם חייבים לאשר את הערעור בכתב תוך **5 ימים** קלנדריים מתאריך קבלת הערעור. מהתוכנית חייבים גם לומר לכם מהו השם, מספר הטלפון והכתובת של האדם בתוכנית שיכול לספק לכם פרטים נוספים לגבי הערעור והסטטוס שלו. מהתוכנית חייבים לשלוח לכם החלטה בכתב תוך **30 ימים** קלנדריים מתאריך קבלת הערעור. דבר זה נקרא הודעת החלטה.
- אם המצב של ילדכם או ילדתכם דחוף והמתנה של 30 ימים תחמיר את מצבם, תוכלו לבקש החלטה **מזורזת** (מהירה יותר). כדי לעשות זאת, קראו את **תיבה 4**.
- תוכלו לפנות בכל עת לתוכנית הטיפול המנוהל של הילד או הילדה בשאלות לגבי הערעור. למספרים ליצירת קשר, קראו את **טבלה 1** בעמוד 8.

- תוכנית הטיפול המנוהל של הילד או הילדה שלכם יכולה לכלול תהליך שנקרא "ועדת ביקורת רפואית בלתי תלויה". בהודעת הפעולה של הילד או הילדה שלכם יופיע הסבר על תהליך זה. אם מתוכנית הטיפול המנוהל של הילד או הילדה שלכם מציעים תהליך זה, הדבר יתבצע לאחר השלמת הערעור. למידע נוסף בנוגע לוועדת הביקורת הרפואית הבלתי תלויה, התקשרו למחלקה לטיפול רפואי מנוהל של קליפורניה במספר 1-888-466-2219 (888-466-2219 TDD) 1-877-688-9891. לחלופין, עברו אל <https://bit.ly/IMRCR>.

בקשה לשימוע הוגן בפני המדינה של Medi-Cal

אם תהליך הערעור של תוכנית הטיפול המנוהל הושלם ועדיין אינכם מסכימים עם החלטת התוכנית, תוכלו לבקש **שימוע הוגן בפני המדינה** עבור ילדכם או ילדתכם. תוכלו גם לבקש שימוע הוגן בפני המדינה אם מתוכנית הטיפול המנוהל של הילד לא שולחים הודעה לגבי הזכות של הילד או הילדה שלכם לערער או לא שולחים זאת בזמן סביר.

השימוע ההוגן בפני המדינה מהווה הזדמנות לדבר בפני שופט כדי לבדוק את החלטת תוכנית הטיפול המנוהל שאינכם מסכימים איתה. השופט עובד מטעם מחלקת שירותי הרווחה של קליפורניה, לא עבור התוכנית של הילד או הילדה.

- עליכם לבקש שימוע הוגן בפני המדינה תוך **120 ימים** קלנדריים מתאריך קבלת ההחלטה בכתב של תוכנית הטיפול המנוהל לגבי הערעור של הילד או הילדה שלכם. שופט בלתי תלוי יבדוק את המקרה של הילד או הילדה שלכם. אם ההחלטה שבגינה ביקשתם שימוע מפסיקה שירות שהילד או הילדה שלכם כבר מקבלים, תוכלו גם לבקש רציפות של ההטבות עבור הילד או הילדה. קראו את **תיבה 3** בעמוד 5.
- אפשר לבקש שימוע הוגן בפני המדינה בטלפון, בדואר, בפקס או באינטרנט. התקשרו למספר 1-800-743-8525. לחלופין, עברו אל www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- זכותכם להביא אדם שייצג אתכם בשימוע ההוגן בפני המדינה של הילד או הילדה שלכם. תוכלו להביא חבר, קרוב משפחה, עורך דין או כל אדם שתבחרו. למידע על קבלת עזרה משפטית חינם, קראו את הסעיף **כיצד לקבל עזרה** בעמוד 4.
- אינכם צריכים לשלם על שימוע הוגן בפני המדינה. זה חינם.

- לרשות המדינה עומדים **90** ימים קלנדריים מתאריך הבקשה של הילד או הילדה שלכם לשימוע הוגן בפני המדינה כדי לקבל החלטה סופית. אם לילדכם או לילדתכם דרוש שירות מידי והמתנה של 90 ימים תחמיר את מצבם, תוכלו לבקש החלטה **מזורזת** (מהירה יותר). קראו את **תיבה 4** לעיל.
- לעזרה נוספת, קראו את ההודעות של תוכנית הטיפול המנוהל של הילד או הילדה שלכם. לחלופין, התקשרו למספר 1-800-743-8525. לחלופין, עברו אל www.dhcs.ca.gov/fair-hearing.

פניה אל נציב תלונות הציבור

נציב תלונות הציבור זהו אדם שעובד עבור משרד הבריאות של קליפורניה (סוכנות Medi-Cal של המדינה). תפקידו לעזור לכם וליילד או לילדה שלכם לתקן אי-הסכמות בנוגע לתוכנית הטיפול המנוהל של הילד או הילדה. אפשר להתקשר לנציב תלונות הציבור בכל עת. זה כולל את המקרים שהילד או הילדה קיבלו הודעה, הגישו ערעור, ביקשו שימוע הוגן בפני המדינה או שלחו קובלנה. נציב תלונות הציבור מיועד רק לאנשים שרשומים בתוכנית טיפול מנוהל.

אפשר לפנות לנציב תלונות הציבור בדרכים הבאות:

- טלפון: 1-888-452-8609

- דואר אלקטרוני: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov

« אין לציין מידע רפואי אישי בדואר אלקטרוני.

למידע נוסף על נציב תלונות הציבור, עברו אל www.dhcs.ca.gov/ombudsman.

מה תוכלו לעשות אם אינכם מרוצים מהטיפול, מהרופא או מספק שירותי הרפואה של הילד או הילדה שלכם בטיפול מנוהל?

שליחת קובלנה

אם רופא טיפל בילד או בילדה שלכם לא כראוי או בגסות, או אם אינכם שבעי רצון מאיכות הטיפול, או אינכם מצליחים למצוא רופא, תוכלו לשלוח **קובלנה** בשם הילד או הילדה. קובלנה נועדה לכל אי הסכמה לגבי כל דבר שערעור או שימוע הוגן בפני המדינה לא מכסים. היא מיועדת לסוגיות או דאגות שלא שוללות, מעכבות, מפחיתות או מפסיקות כל אחד מהשירותים של הילד או הילדה שלכם.

- תוכלו לשלוח קובלנה בשם הילד או הילדה בכל עת. תוכלו לשלוח אותה בטלפון, או בכתב באינטרנט או בדואר. כדי לשלוח קובלנה, פנו אל תוכנית הטיפול המנוהל של הילד או הילדה. למספרים ליצירת קשר, קראו את **טבלה 1** בעמוד 8.
- מתוכנית הטיפול המנוהל של הילד או הילדה שלכם חייבים לאשר את הקובלנה בכתב תוך **5** ימים קלנדריים מתאריך הקבלה. האישור חייב לכלול את השם, מספר הטלפון והכתובת של האדם בתוכנית שיכול לספק לכם פרטים נוספים לגבי הקובלנה של הילד או הילדה והסטטוס שלה.
- לרשות תוכנית הטיפול המנוהל של הילד או הילדה שלכם עומדים **30** ימים קלנדריים מתאריך שליחת הקובלנה על מנת לפתור את הקובלנה.

סקירה כללית ומידע ליצירת קשר של מערכות טיפול מנוהל

טיפול מנוהל של Medi-Cal (MCMC)

- רוב הילדים מקבלים את מרבית השירותים האלה דרך תוכניות טיפול מנוהל של Medi-Cal:
- צורכי בריאות גופנית, כגון בדיקות התפתחות וזריקות
 - צורכי בריאות נפש לא ייחודיים, כגון טיפול ותרופות
 - תיאום טיפול

אם הילד או הילדה שלכם אינם מקבלים שירותים שדרושים להם או אם יש לכם דאגות כלשהן, התקשרו לתוכנית הטיפול המנוהל של Medi-Cal של הילד או הילדה. מספר הטלפון של התוכנית נמצא על כרטיס הזיהוי של התוכנית של הילד או הילדה. הוא נמצא גם באתר האינטרנט של התוכנית. תוכלו למצוא את מספר הטלפון גם בכתובת www.dhcs.ca.gov/mmchpd. לחלופין, התקשרו למספר 916-449-5000.

שירותי בריאות נפש ייחודיים (SMHS)

ישנם ילדים, שזקוקים לשירותי בריאות נפש ייחודיים, כגון טיפול במצב נפשי חמור, שמקבלים טיפול זה דרך Specialty Mental Health Services. לכל מחוז יש תוכנית בריאות נפש.

אם הילד או הילדה שלכם אינם מקבלים שירותים שדרושים להם או אם יש לכם דאגות כלשהן, התקשרו לתוכנית הטיפול הנפשי של המחוז של הילד או הילדה. תוכלו למצוא את מספר הטלפון בכתובת www.dhcs.ca.gov/CMHP.

(DMC-ODS) Drug Medi-Cal Organized Delivery System

ילדים שזקוקים לשירותים עקב שימוש בחומרים ממכרים, כגון טיפול בסמים או באלכוהול, כולל ייעוץ וטיפולים קליניים אחרים, כגון אשפוז ביתי לטיפול בסמים או באלכוהול, יוכלו לקבל טיפול זה דרך Drug Medi-Cal Organized Delivery System. לכל מחוז יש תוכנית DMC-ODS או שהוא נמצא ב-Drug Medi-Cal. למידע נוסף על Drug Medi-Cal, קראו את **טבלה 2** בעמוד 11.

אם הילד או הילדה שלכם אינם מקבלים שירותים שדרושים להם, או אם יש לכם דאגות כלשהן, התקשרו אל תוכנית DMC-ODS של הילד או הילדה. תוכלו למצוא את מספר הטלפון בכתובת www.dhcs.ca.gov/sud-cal.

טיפול שיניים מנוהל (Dental MC)

ישנם ילדים שגרים במחוז לוס אנג'לס או סקרמנטו שמקבלים שירותי רפואת שיניים, כולל בדיקות שיניים וניקוי שיניים פעמיים בשנה וטיפול בבריאות הפה, דרך תוכנית טיפול שיניים מנוהל. ילדים שגרים בכל שאר המחוזות מקבלים את טיפול השיניים שלהם דרך תשלום עבור שירותי טיפול שיניים (Dental FFS). למידע נוסף על Dental FFS, קראו את **טבלה 2** בעמוד 11.

אם אתם גרים בלוס אנג'לס או בסקרמנטו והילד או הילדה שלכם אינם מקבלים את השירותים הדרושים להם, או אם יש לכם דאגות, התקשרו לתוכנית Dental MC של הילד או הילדה. מספר הטלפון נמצא על כרטיס הזיהוי של ה-Dental MC של הילד או הילדה. הוא נמצא גם באתר האינטרנט של תוכנית ה-Dental MC של הילד או הילדה שלכם. לחלופין, התקשרו למספר 1-800-322-6384. תוכלו למצוא את מספר הטלפון של התוכנית גם באתר <https://bit.ly/DMC-Contact>.

מהן הזכויות של הילד או הילדה שלכם בנוגע ל"תשלום עבור שירות" של Medi-Cal?

המידע הבא בעמודים 9-11 חל על "תשלום עבור שירות" (Fee For Service או FFS) של Medi-Cal. ישנם ילדים שרשומים ל-Medi-Cal ומקבלים את הטיפול דרך "תשלום עבור שירות". "תשלום עבור שירות" נקרא גם Medi-Cal "סדיר". ילדים ב"תשלום עבור שירות" מקבלים את הטיפול שלהם דרך משרד הבריאות של קליפורניה (סוכנות Medi-Cal של המדינה). לא מעורבת בכך תוכנית טיפול מנוהל. "תשלום עבור שירות" כולל את Medi-Cal FFS לשירותי בריאות גופנית וסדרה מוגבלת של שירותי בריאות נפש שנקראים "שירותי בריאות נפש לא ייחודיים", Drug Medi-Cal לשירותי טיפול בהתמכרות לסמים ואלכוהול, Dental FFS לטיפול שיניים ו-Medi-Cal Rx לתרופות. למידע נוסף, קראו את **טבלה 2** בעמוד 11.

אם הילד או הילדה נתקלים בבעיות בקבלה או בהמשך של שירות שלדעתכם משרד הבריאות של קליפורניה (DHCS) אמור לכסות, קראו בהמשך. גם אם הילד או הילדה לא נמצאים בתוכנית טיפול מנוהל, אם דרוש להם טיפול במצב נפשי חמור, הם יקבלו טיפול זה דרך תוכנית בריאות הנפש "שירותי בריאות נפש ייחודיים" (Specialty Mental Health Services). למידע נוסף וכדי לברר לאן להתקשר לעזרה מתוכנית בריאות הנפש של המחוז, קראו את **טבלה 1** בעמוד 8.

תיבה 5



כיצד לבקש רציפות הטבות בתשלום עבור שירות

אם בהודעה נאמר שהשירות שהילד או הילדה שלכם כבר מקבלים ייפסק או יופחת, תוכלו גם לבקש רציפות הטבות (נקרא גם "סיוע בתשלום בהמתנה") במהלך השימוע ההוגן בפני המדינה.

- עליכם לבקש את השימוע ההוגן בפני המדינה לפני שהשירות מופסק או מופחת.
- ממשרד הבריאות של קליפורניה חייבים לתת לכם הודעה בכתב לפחות **10 ימים** קלנדריים לפני שהם מתכננים להפסיק או להפחית את השירות עבור הילד או הילדה שלכם.

מה ניתן לעשות אם הטיפול בילד או בילדה שלכם ב"תשלום עבור שירות" נדחה, סורב, צומצם או הופסק?

בקשה לשימוע הוגן בפני המדינה של Medi-Cal

שימוע הוגן בפני המדינה מהווה הזדמנות לדבר בפני שופט כדי לבדוק החלטה שהתקבלה על ידי משרד הבריאות של קליפורניה (DHCS) שאינכם מסכימים איתה. השימוע כולל כל סירוב, עיכוב, הפחתה או הפסקה של שירות. השופט עובד מטעם מחלקת שירותי הרווחה של קליפורניה, לא משרד הבריאות של קליפורניה.

- לאחר שהילד או הילדה מקבלים את הודעת הפעולה ממשרד הבריאות של קליפורניה, תוכלו לבקש שימוע הוגן בפני המדינה. תוכלו גם לבקש שימוע הוגן בפני המדינה אם לא קיבלתם הודעת פעולה.
- עליכם לבקש שימוע הוגן בפני המדינה תוך **90 ימים** קלנדריים מתאריך קבלת הודעת הפעולה בכתב ממשרד הבריאות של קליפורניה. שופט בלתי תלוי יבדוק את המקרה של הילד או הילדה שלכם. תוכלו גם לבקש שימוע הוגן בפני המדינה בכל עת ללא הודעת פעולה. אם ההחלטה שבגינה ביקשתם את השימוע מפסיקה שירות שהילד או הילדה שלכם כבר מקבלים, תוכלו לבקש רציפות של ההטבות עבור הילד או הילדה. קראו את **תיבה 5** לעיל.
- אפשר לבקש שימוע הוגן בפני המדינה בטלפון, בדואר, בפקס או באינטרנט. התקשרו למספר 1-800-743-8525 לחלוטין, עברו אל www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- זכותכם להביא אדם שייצג אתכם בשימוע. תוכלו להביא חבר, קרוב משפחה, עורך דין או כל אדם שתבחרו. לקבלת עזרה משפטית חינם, קראו את הסעיף **כיצד לקבל עזרה** בעמוד 4.



תיבה 6

החלטה מזורזת (מהירה יותר) לגבי ערעור או שימוע הוגן בפני המדינה

אם לילד או לילדה שלכם דרושה החלטה
מזורזת (מהירה יותר) בנוגע לשימוע הוגן בפני
המדינה מכיוון שהחיים, הבריאות או יכולת
התפקוד שלהם נמצאים בסכנה, התקשרו
למספר 1-800-743-8525.

- אינכם צריכים לשלם על שימוע הוגן בפני המדינה.
זה חינם.
- לרשות המדינה עומדים **90** ימים קלנדריים מתאריך
הבקשה של הילד או הילדה שלכם לשימוע הוגן בפני
המדינה כדי לקבל החלטה סופית. אם לילדכם או
לילדתכם דרוש שירות מייד ומהתנה של 90 ימים
תחמיר את מצבם, תוכלו לבקש החלטה **מזורזת**
(מהירה יותר). קראו את **תיבה 6** לעיל.
- לעזרה נוספת, קראו את ההודעות שהילד או הילדה
שלכם קיבלו ממשרד הבריאות של קליפורניה.
לחלופין, התקשרו למספר 1-800-743-8525.
לחלופין, עברו אל www.dhcs.ca.gov/fair-hearing.

מה תוכלו לעשות אם אינכם מרוצים מהטיפול, מהרופא או מספק שירותי הרפואה של הילד או הילדה שלכם ב"תשלום עבור שירות"?

שליחת קובלנה

אם רופא טיפל בילד או בילדה שלכם לא כראוי או בגסות, או אם אינכם שבעי רצון מאיכות הטיפול, או אינכם
מצליחים למצוא רופא, תוכלו לשלוח **קובלנה** בשם הילד או הילדה. קובלנה נועדה לכל אי הסכמה לגבי כל דבר
ששימוע הוגן בפני המדינה לא מכסה. היא מיועדת לסוגיות או דאגות **שלא** שוללות, מעכבות, מפחיתות או
מפסיקות כל אחד מהשירותים של הילד או הילדה שלכם.

- אפשר לשלוח קובלנה בשם הילד או הילדה ל-Dental FFS, Drug Medi-Cal או Medi-Cal Rx בכל עת.
תוכלו לשלוח אותה בטלפון, או בכתב באינטרנט או בדואר. כדי לשלוח קובלנה, פנו אל Drug Medi-Cal,
Dental FFS או Medi-Cal Rx. למספרים ליצירת קשר, קראו את **טבלה 2** בעמוד 11. **אין** תהליך קובלנה
ל"תשלום עבור שירות" של Medi-Cal עבור שירותי בריאות גופנית ושירותי בריאות נפש לא ייחודיים.
- משרד הבריאות של קליפורניה (DHCS) חייב לאשר את הקובלנה בכתב תוך **5** ימים קלנדריים מתאריך
הקבלה. האישור חייב לכלול את השם, מספר הטלפון והכתובת של האדם במשרד הבריאות של קליפורניה
שיכול לספק לכם פרטים נוספים לגבי הקובלנה של הילד או הילדה והסטטוס שלה.
- לרשות משרד הבריאות של קליפורניה עומדים **30** ימים קלנדריים מתאריך שליחת הקובלנה לפתור את
הקובלנה של הילד או הילדה בנוגע ל-Dental FFS ו-Medi-Cal Rx. לרשות Drug Medi-Cal עומדים **90**
ימים קלנדריים לפתור את הקובלנה של הילד או הילדה.

סקירה כללית ומידע ליצירת קשר של "תשלום עבור שירות"

תשלום עבור שירות של Medi-Cal (Medi-Cal FFS)

ישנם ילדים, כגון ילדים מסוימים באומנה, שמקבלים את שירותי הבריאות הגופנית דרך "תשלום עבור שירות" של Medi-Cal.

אם הילד או הילדה שלכם אינם מקבלים שירותים אלו, או אם יש לכם דאגות כלשהן, התקשרו למספר 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077).

Medi-Cal Drug (DMC)

ילדים שזקוקים לשירותים עקב שימוש בחומרים ממכרים, כגון טיפול בסמים או באלכוהול, כולל ייעוץ וטיפולים קליניים אחרים, כגון אשפוז ביתי לטיפול בסמים או באלכוהול, יוכלו לקבל טיפול זה דרך Drug Medi-Cal. לכל מחוז יש תוכנית DMC-ODS או שהוא נמצא ב-DMC. למידע נוסף על DMC-ODS, קראו את **טבלה 1** בעמוד 8.

אם הילד או הילדה שלכם אינם מקבלים שירותים אלו או אם יש לכם דאגות כלשהן, התקשרו לתוכנית DMC של הילד או הילדה. לאיתור מספר הטלפון, עברו אל www.dhcs.ca.gov/sud-cal.

תשלום עבור שירות טיפול שיניים (Dental FFS)

רוב הילדים מקבלים את שירותי טיפול השיניים של Medi-Cal דרך Dental FFS. השירותים כוללים בדיקות שיניים וניקוי שיניים פעמיים בשנה וטיפול בבריאות הפה.

אם הילד או הילדה שלכם אינם מקבלים שירותים אלו, או אם יש לכם דאגות כלשהן, התקשרו למספר 1-800-322-6384. למידע נוסף, עברו אל smilecalifornia.org.

Medi-Cal Rx

ילדים מקבלים את שירותי בית המרקחת של Medi-Cal דרך Medi-Cal Rx. שירותים אלו כוללים תרופות מרשם וללא מרשם למטופלי חוץ, מוצרי תזונה להזנה למעי, כגן צינורית הזנה, ואספקה רפואית.

אם הילד או הילדה שלכם אינם מקבלים שירותים אלו, או אם יש לכם דאגות כלשהן, התקשרו למספר 1-800-977-2273. מידע נוסף אפשר לקבל בכתובת <https://bit.ly/3D1rQFV>.