Medi-Cal for Kids & Teens

あなたのMedi-Calの権利

保管してください!

子供や21歳以下の若者が必要な全てのケアが得られるための重要な情報

子供や若者がMedi-Calに加入している場合、どのようなサービスを受けることができるのでしょうか?

カリフォルニア州法及び連邦法により、Medi-Calに加入している21歳以下の全ての子供は健康維持のための定期**検診**やその他**予防医療**や**治療**サービスを受ける権利があります。

この権利は連邦法において、早期・定期検診、診断及び治療(EPSDT)要件として知られています。これは、Medi-Calに加入している全ての子供がより健康に成長することができるよう、必要なケアを受けることができるのを保証するものです。カリフォルニア州においてEPSDTは**Medi-Cal for Kids & Teens**と呼ばれています。

このサービスは、子供や若者がMedi-Calの資格を得た際に負担分担を要求された、または保険料の支払いを求められた場合を除いて**無料**となっています。

Medi-Cal for Kids & Teensは、必要な場合、以下のサービスを限定なしで受けることができます:

- かかりつけ医や専門医による診察を含む健康診断
- メガネを含む眼科医診断
- 聴覚診断
- 歯の定期診断およびフォローアップ*
- メンタルヘルス、薬物またはアルコール依存診断ならびに治療
- 理学、作業および言語療法
- 車いすなど耐久医療機器を含む医療機器・用品
- 市販薬、処方箋薬
- 鉛レベル測定のための血液検査、性感染症(STI)検査を含む臨床試験や必要なフォローアップケア
- 介護を含む在宅医療サービス
- 病院及び療養施設の使用
- 避妊や中絶を含む生殖や性的健康に関する診療
- 妊娠検査
- COVID-19テストや治療
- マネージドケアプラン加入の場合、ケアのコーディネート

*一部の加入者は、緊急的な歯科サービスのみ利用することができます。

この文書またはMedi-Cal関連書類を大きな文字、音声、CD、点字など、他の書式で必要な場合は、1-833-284-0040までお問い合わせください。言語面でのサポートは、Medi-Calメンバーホットライン、1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077)までお問い合わせください。

- その他、Medi-Cal がカバーし（治療上必要なサービスとして知られている）、あなたの医療提供者により決定された、必要に応じたすべての医療サービス

子供や若者は以下のサービスを無料で受ける権利があります：

- 受診、処方箋、医療器具・用品を受け取るのための無料送迎
- 診療予約の補助
- 医師や医療提供者検索の補助
- 通訳サービス（診療のため自分で通訳を見つける必要はありません）

“医療上必要なこと”とはどういう意味ですか？

子供や若者における**医療上必要なこと**とは、疾患や健康状態への治療、矯正、維持、向上のためのサービスを意味します。

あなたやお子さんの医師または医療提供者が医療上必要かどうかを判断します。

サービスの中には事前承認が必要なものがあります。サービスが子供や21歳以下の若者に対する医療上必要なものである場合、サービスや治療が受けられる回数の上限はありません。例えば、子供が2年毎に得られる眼鏡の上限はありません。仮に眼鏡を掛けている子供で視力に問題がある場合、その子供は新しい処方箋と眼鏡を必要な際に得られる資格があります。

ボックス1

あなたのお子さんのMedi-Cal

Medi-Calに加入している子供や若者は、以下の2つの方法のうちのいずれかの方法で給付を得ます：

1. **マネージドケア**医療保険プラン、メンタルヘルスプラン、または歯科ヘルスプランによるもの、**または**
2. **個別払い**California Department of Health Care Services (DHCS)、State Medi-Cal agencyによるもの

この書類には加入済みの子供や若者が**マネージドケア**または**個別払い**を通して必要なサービスが得られなかった際に何をすべきかが説明されています。以下の内容が説明されています：

- 不服申し立ての申請方法
- 州法による公平審査の申請方法
- 苦情の申請方法

サービスを得られるための補助やあなたの給付に関する質問は、Medi-Calメンバーヘルプライン**1-800-541-5555**までお問い合わせください。

もし子供に対するケアが拒否、延滞、削減、または停止された場合、どうすればいいですか?

もしあなたのお子さんに対するケアが拒否、延滞、削減、または停止され、これらの決定を示す書類の内容に不服の場合は、決定の再検討と変更を申請することができます。

これはあなたのお子さんが必要なケアが得られるようサポートするためであり、あなたはその資格を有しています。あなたのお子さんは**不服申し立て**の申請、**州法に基づく公平審査**、あるいは**苦情**を申請する権利があります。これらの行動をとることに対する罰則はありません。

不服申し立ての提出、州法に基づく公平審査の要求、あるいは苦情申請の有無に関わらず、あなたのお子さんのMedi-Calの給付がこれらの行動によって終了することは**ありません**。

不服申し立ては、あなたのお子さんのマネージドケアに対し、今なるサービスの拒否、延滞、削減、または停止を審査し、あなたの主張との同意の有無を検討します。

州法による公平審査 は、あなたが同意しないあなたのお子さんのマネージドケアプランまたはDHCS (the State Medi-Cal agency)による決定を裁判官に直接訴える機会です。

苦情内容には、不服申し立てや州法による公平審査では対象外の、すべての不同意事項が含まれます。これはお子さんのマネージドケアプランまたはDHCSによるサービスの拒否、延滞、削減、停止に関する問題や懸念のためのものです。

ケアの品質やケアへのアクセスを含む、お子様がカバーされているサービスに関連したマネージドケアプランに苦情を申請することもできます。

不服申し立て、州法に基づく公平審査、苦情の申請方法

通知書類をご参照ください。もしマネージドケアプラン、DHCS (the State Medi-Cal agency)、あるいは医療提供者があなたのお子さんへのサービスを拒否または停止した場合、その決定を書面による通知であるNotice of Action（またはNotice of Adverse Benefit Determination）として送付する必要があります。

あなたはこの通知をあなたのお子さんに対する治療やサービスの削減や停止が行われる**10**日前に受け取る必要があります。通知には以下が説明されています：

- あなたのお子さんのマネージドケアプランまたはDHCSが下した決定の理由
- あなたのお子さんが有する権利
- 不服申し立てや州法に基づく公平審査請求の方法

あなたが決定に同意しない場合、サービスの停止や削減が行われる**前**に不服を申請し、不服申請や州法に基づく公平審査中にもサービスが受けられるようにすることが重要です。

万が一通知を受けとらなかった場合、4ページのHealth Consumer Alliance (HCA)までお電話でお問い合わせください。不服申し立て、州の公聴会の要請、苦情の申請を行う方法は、以下のページをお読みください。

サポートを得る方法

Medi-Cal Member Help Line

Medi-Cal Member Help Line は無料でサポートを提供します。あなたがお住いのMedi-Calオフィスやマネージドケアプランの紹介、その他Medi-Cal情報をご提供し、Medi-Calに関するご質問にお答えします。

- 電話：1-800-541-5555
- オンライン: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

Health Consumer Alliance (HCA)

HCAはMedi-Cal加入者に対し健康に関する問題解決のための無料電話や対面による相談を受け付けています。HCAはまた医療に関する法的問題を解決するための無料援助をご紹介します。

- 電話：1-888-804-3536
- オンライン: healthconsumer.org

ボックス2

決定が不当であると思う場合

おこさんのMedi-Calは不当にサービスを停止した、あるいはお子さんは不当にMedi-Cal加入資格がないと判断されたとあなたが思った場合：

- 不服申し立て通知内にある説明に従う、**あるいは**
- dhcs.ca.gov/COLにてお住まいのカウンティにある福祉課をお探しください。

あなたのお子さんが有するMedi-Cal マネージドケアに関する権利は何？

5〜8ページに記載されている以下の情報は、Medi-Calのすべてのマネージドケアシステムに該当します。Medi-Calに加入しているほとんどの子供は、**Medi-Calマネージドケアプラン**を通してケアを受けています。プランは身体健康サービスのためのものです。これには「non-specialty mental health services」と呼ばれるメンタルヘルスサービスの一部が含まれています。

その他のマネージドケアシステムには以下が含まれます：

- **Specialty Mental Health Services** 個別のメンタルヘルスプランを通した集中的な問題行動の医療サービス
- **Drug Medi-Cal Organized Delivery System** 薬物、アルコール依存症治療 。
- **Dental Managed Care** ロスアンゼルス郡とサクラメント郡における歯科治療8ページの**テーブル1** をご参照ください。

上記サービスをあなたのお子さんが受けるのに問題が生じた場合は、以下をお読みください。あなたのお子さんがプランに加入していない場合は、9ページに記載されている**利用料金** をご参照ください。

もし子供に対するマネージドケアが拒否、延滞、削減、または停止された場合、どうすればいいですか？

あなたのお子さんのマネージドケアプランに対して不服申し立てを申請してください。

マネージドケアプランに対する**不服申し立て**の申請から始める必要があります。プランは www.dhcs.ca.gov/mmchpd をご参照ください。不服申し立てにより、あなたのお子さんのプランはすべての拒否、延滞、削減、または停止を審査し、あなたによる同意の有無を検討します。州法による公平審査の前に、プランに不服申し立てを申請しなければなりません。

- あなたのお子さんが書面による通知をマネージドケアプランから受理した後、あなたは不服申し立てを申請します。また、通知を受理**しなかった**場合でも不服申し立てを申請することができます。
- あなたは通知の受理後**60**暦日以内にマネージドケアプランに不服申し立てを申請する必要があります。不服申し立ての申請は書面、電話、オンラインで行うことができます。連絡先は**8ページのテーブル1** をご参照ください。
- 通知内において、あなたのお子さんが既に受けているサービスの停止または削減されると記載されている場合でも、あなたのお子さんは不服申し立て中も引き続いてサービスを受けることができます。これは**continuation of benefits**と呼ばれています。これに関する質問は**このページのボックス3**をご覧ください。

ボックス3

マネージドケアの給付の継続の申請方法

通知書にあなたのお子さんが既に受けているサービスが停止または削減されると記載されている場合、不服申し立てや州法による公平審査の申請中における**給付の継続**（別名「Aid Paid Pending」）を申請することができます。

- サービスが停止または給付される**前に**不服申し立てまたは州法による公平審査を申請する必要があります。
- マネージドケアプランは書面による通知をお子さんへのサービスが停止または削減される**10**暦日前までにあなたに送付する必要があります。

- あなたのお子さんのマネージドケアプランは、不服申し立てを受理してから**5**暦日までに不服申し立てを認知する必要があります。プランはまた、不服申し立ての状況をあなたに通知する担当者の名前、電話番号、住所をあなたに知らせる必要があります。プランは不服申し立てがされてから**30**暦日以内に不服申し立て解決に関するお知らせ必要があります。これは「Notice of Appeal Resolution（不服申し立ての結果通知）」と呼ばれています
- あなたのお子さんの状況が緊急を要する場合や30日間待つと病状が悪化すると思われる場合は、**優先的**（早急的）決定を要求することができます。その方法に関しては**このページのボックス4**をご覧ください。

ボックス4

優先的 (早急的) 不服申し立てまたは 州法による公平審査

お子さんの生活、健康、または行動機能に危険が及ぶために優先的 (早急的)不服申し立てまたは州法による公平審査が必要な場合は、**1-800-743-8525**にお問い合わせください。

メンバーハンドブック内に優先的プロセスの詳細が記載されています。

- 不服申し立てに関する質問は、いつでもあなたのお子さんのマネージドケアプランに問い合わせをすることができます。お問い合わせの番号は8ページにある**テーブル1** をご覧ください。
- あなたのお子さんのマネージドケアプランはIndependent Medical Review Board（独立医療審査委員会）のプロセスを含んでいる場合があります。あなたのお子さんへの通知には、このプロセスに関する説明が含まれています。あなたのお子さんのマネージドケアプランがこのプロセスを行う場合は、あなたの不服申し立てが完了した後に行われます。独立医療審査委員会関する詳細は、California Department of Managed Health Care、電話1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891)までお問い合わせください。または https://bit.ly/IMRCRをご覧ください。

Medi-Cal 州法による公平審査 の要求

もしマネージドケアプランによる不服申し立てのプロセスが完了してもその結果に同意しない場合、あなたはお子さんに代わり**州法による公平審査**を要求することができます。さらに、あなたのお子さんのマネージドケアプランがあなたのお子さんが有する不服申し立てに関する権利に関する通知を送付しなかったり、その送付が遅れて送付された場合でも、州法による公平審査を要求することができます。

州法による公平審査は、あなたが同意しないマネージドケアプランの決定を裁判官に直接訴える機会です。裁判官はCalifornia Department of Social Servicesに属しており、お子さんのプランには属していません。

- 州法による公平審査の申し立ては、マネージドケアプランからの書面による決定書の日付から**120**暦日以内に行う必要があります。公平な裁判官がお子さんのケースを審議します。お子さんが既に受けているサービスの停止決定に対する不服申し立てをする場合、お子さんに対する給付継続を要求することもできます。5ページの**ボックス3** をお読みください。
- 州法による公平審査は電話、郵送、ファックス、またはオンラインで申請することができます。電話1-800-743-8525。あるいはwww.cdss.ca.gov/hearing-requestsをご覧ください。
- あなたは、州法による公平審査に対し代表者を立てる権利があります。友人、親戚、弁護士など、だれでもあなたが選ぶことができます。無料法律相談は、4ページにある**支援を得る方法**をご覧ください。

- 州法による公平審査に対する支払い義務はありません。無料です。
- 州があなたからの州法による公平審査の申請を受理してから最終決定を行うのに有する期間は**90** 暦日以内です。あなたのお子さんの状況が緊急を要する場合や90日間待つと病状が悪化すると思われる場合は、**優先的**（早急的）決定を要求することができます。6ページのボ**ックス4**をお読みください。
- さらなる詳細は、お子さんのマネージドケアプランから送付された通知をご覧ください。または電話 1-800-743-8525までお問い合わせください。またはwww.dhcs.ca.gov/fair-hearingをご覧ください。

オンブズマンへの問い合わせ

オンブズマンは、DHCS (州のMedi-Cal提供機関)に属しています。その業務は、お子さんのマネージドケアプランに関して、あなたとお子さんのお手伝いをすることです。オンブズマンは、ご質問を聞き、お答えしていきます。また、問題を確認し、給付について説明し、ご利用いただけるオプションについて助言いたします。オンブズマンへの問い合わはいつでも可能です。例えば、お子さんが通知を受理したとき、不服を申し立てたとき、州の公聴会を要請したとき、苦情を申請したとき等があります。オンブズマンを利用できるのはマネージドケアプラン加入者のみとなります。

オンブズマンへの問い合わせ：

- 電話：1-888-452-8609
- メール：MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
  - » メールに個人医療情報を含まないようにしてください。

オンブズマンに関する詳細はwww.dhcs.ca.gov/ombudsmanをご覧ください。

マネージドケア内のお子さんの担当医や医療提供者に不満がある場合はどうすればいいですか？

苦情を申請してください。

医師によるお子さんへの治療が十分でない場合や態度に問題がある場合、また提供されたサービスの質に問題がある場合、また医師を見つけることができない場合はお子さんのために**苦情**を申請することができます。苦情内容には、不服申し立てや州法による公平審査では対象外の、すべての不同意が含まれます。この苦情申請によってお子さんへの医療サービスが拒否、延滞、削減、または停止されることはありません。ケアの品質やケアへのアクセスを含む、お子様がカバーされているサービスに関連したマネージドケアプランに苦情を申請することもできます。

- 苦情はいつでも申請することができます。申請は電話、オンライン、郵送で行うことができます。苦情申請に関しては、お子さんのマネージドケアプランにご連絡ください。問い合わせ電話番号は8ページにある**テーブル1** をご覧ください。
- お子さんのマネージドケアプランは、苦情を受理してから**5**暦日以内に苦情を認知する必要があります。プランはまた、不服申し立ての状況をあなたに通知する担当者の名前、電話番号、住所をあなたに知らせる必要があります。
- お子さんのマネージドケアプランは苦情を受理してから**30**暦日以内に苦情を解決する必要があります。

質問がある場合は誰に連絡すればいいですか?

テーブル1

マネージドケアシステムの概要と連絡先

Medi-Cal Managed Care (MCMC)

多くの子供はほとんどのサービスをMedi-Calマネージドケアプランを通して得ています:

- 定期検診や予防接種など身体健康維持に必要なもの
- セラピーや投薬など非専門的メンタルヘルスに必要なもの
- ケア調整

もしあなたのお子さんが必要なサービスを受けていない場合や質問がある場合は、お子さんが加入しているMedi-Calマネージドケアプランまで電話でお問い合わせください。プランの電話番号はお子さんのプランIDカードに記載されています。また各プランのウェブサイトに記載されています。またwww.dhcs.ca.gov/mmchpdでご確認できます。または電話 916-449-5000までお問い合わせください。

Specialty Mental Health Services (SMHS)

深刻な精神障害がある場合など、専門精神健康サービスが必要な子供は専門メンタルヘルスサービスを通してケアを受けることができます。各カウンティにはそれぞれメンタルヘルスプランがあります。

もしあなたのお子さんが必要なサービスを受けていない場合は、お子さんが在住しているカウンティのメンタルヘルスプランまで電話でお問い合わせください。電話番号はwww.dhcs.ca.gov/CMHPでご確認いただけます。

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

カウンセリングやその他施設での臨床治療を含む薬物・アルコール治療など、依存症に対する治療が必要な子供は、必要に応じてこれらに対するケアをDrug Medi-Cal Organized Delivery Systemを通して得ることができます。各カウンティにはDMC-ODSプランがあるか、あるいはDrug Medi-Cal内に含まれています。Drug Medi-Calに関する詳細は11ページの**テーブル2** をお読みください。

もしあなたのお子さんが必要なサービスを受けていない場合や質問がある場合は、お子さんのDMC-ODSプランまで電話でお問い合わせください。電話番号はwww.dhcs.ca.gov/sud-calでご確認いただけます。

Dental Managed Care (Dental MC)

ロサンゼルス郡やサクラメント郡に住む子供は、年に2度の歯科定期健診やクリーニング、口内ヘルスケアを含む歯科サービスを、Dental Managed Careプランを通して得ることができます。その他のカウンティに住む子供はDental Fee For Service (Dental FFS)を通して歯科ケアを得ます。Dental FFSの詳細は11ページの**テーブル2** をお読みください。

もしロサンゼルス郡あるいはサクラメント郡に住むあなたのお子さんが必要なサービスを受けていない場合や質問がある場合は、お子さんのDental MCプランまで電話でお問い合わせください。プランの電話番号はお子さんのDental MC IDカードに記載されています。またDental MCプランのウェブサイトに記載されています。または、電話 1-800-322-6384までお問い合わせください。電話番号はhttps://bit.ly/DMC-Contactでもご確認いただけます。

あなたのお子さんが有するMedi-Cal個別払いに関する権利は何ですか？

9〜11ページにはMedi-Cal個別払い (FFS)に関する情報が記載されています。Medi-Calに加入している子供の中には、FFSを通じてMedi-Calによるケアを受ける子供がいます。FFSは「標準（Regular）」Medi-Calとも呼ばれています。FFSに加入している子供はDHCS（州Medi-Cal機関）を通してケアを受けます。マネージドケアプランは関与しません。FFSには、身体的健康サービスのためのMedi-Cal FFS、「非専門メンタルヘルスサービス」と呼ばれるメンタルヘルスサービス、薬物やアルコール依存治療サービスのためのDrug Medi-Cal、歯科治療のためのDental FFS、*処方箋のためのMedi-Cal Rxが含まれています。詳細は11ページの**テーブル2** をお読みください。

あなたのお子さんがDHCSのサービスを受けるのに問題が生じた場合は、以下をお読みください。お子さんがマネージドケアプランに加入していない場合でも、もしお子さんが深刻な精神障害がある場合は、専門精神健康サービス、精神健康プランを受けることができます。お住いのカウンティにおけるメンタルヘルスプランについてのご相談は8ページの**テーブル1**をご覧ください。

もし子供に対するFFSによるケアが拒否、延滞、削減、または停止された場合、どうすればいいですか？

Medi-Cal 州法による公平審査 の要求

州法による公平審査は、あなたが同意しないDHCSの決定を裁判官に直接訴える機会です。これにはいかなるサービスの拒否、延滞、削減、または停止が含まれています。裁判官はCalifornia Department of Social Servicesに属しており、DHCSには属していません。

- お子さんがDHCSから通知を受理した後、州法による公平審査を申請することができます。また、通知を受けとらなかった場合でも州法による公平審査を申請することができます。
- 州法による公平審査は、通知を受理した日から**90**暦日以内に申請しなければなりません。公平な裁判官がお子さんのケースを審議します。また、通知を受けとらなかった場合でも、いつでも州法による公平審査を申請することができます。その決定がお子さんが既に受けているサービスの停止に関する場合であっても、お子さんに対する給付継続を要求することができます。このページのボ**ックス5**をお読みください。
- 州法による公平審査は電話、郵送、ファックス、またはオンラインで申請することができます。電話1-800-743-8525。あるいはwww.cdss.ca.gov/hearing-requestsをご覧ください。
- あなたは公聴会において代表者を立てる権利があります。友人、親戚、弁護士など、だれでもあなたが選ぶことができます。無料法律相談は、4ページにある**援助を得る方法**をご覧ください。

ボックス5

個別払いにおける給付の継続の申請方法

通知書にあなたのお子さんが既に受けているサービスが停止または削減されると記載されている場合、不服申し立てや州法による公平審査の申請中における**給付の継続**（別名「Aid Paid Pending」）を申請することができます。

- サービスの停止または削減が生じる**前に**州法による公平審査を申請する必要があります。
- DHCSは書面による通知をお子さんへのサービスが停止または削減される**10**暦日前までにあなたに送付する必要があります。

*一部の加入者は、緊急的な歯科サービスのみ利用することができます。

- 州法による公平審査に対する支払い義務はありません。無料です。
- 州があなたからの州法による公平審査の申請を受理してから最終決定を行うのに有する期間は**90** 暦日以内です。あなたのお子さんの状況が緊急を要する場合や90日間待つと病状が悪化すると思われる場合は、**優先的**（早急的）決定を要求することができます。このページの**ボックス6**をお読みください。
- さらなる詳細は、お子さんのDHCSから送付された通知をご覧ください。または電話1-800-743-8525までお問い合わせください。またはwww.dhcs.ca.gov/fair-hearingをご覧ください。

ボックス6

優先的 (迅速な) 不服申し立てまたは州法による公平審査

お子さんの生活、健康、または行動機能に危険が及ぶために**優先的** (早急的)不服申し立てまたは州法による公平審査が必要な場合は、1-800-743-8525にお問い合わせください。

FFSが提供する子供の担当医や医療提供者に不満がある場合はどうすればいいですか？

苦情を申請してください。

医師によるお子さんへの治療が十分でない場合や態度に問題がある場合、また提供されたサービスの質に問題がある場合、また医師を見つけることができない場合はお子さんのために**苦情**を申請することができます。苦情内容には、州法による公平審査では対象外のすべての意見相違が含まれます。この苦情申請によってお子さんへの医療サービスが拒否、延滞、削減、または停止されることは**ありません**。

- お子さんのDrug Medi-Cal、Dental FFS、Medi-Cal Rxへの苦情はいつでも申請することができます。申請は電話、オンライン、郵送で行うことができます。苦情の申請は、Drug Medi-Cal、Dental FFS、またはMedi-Cal Rxにお問い合わせください。お問い合わせの電話番号は11ページにある**テーブル2** をご覧ください。身体的健康サービスや非専門的メンタルヘルスサービスに対する苦情のプロセスは**ありません**。
- DHCSは、苦情を受理してから**5**暦日以内に苦情を認知する必要があります。DHCSはまた、苦情の状況をあなたに通知する担当者の名前、電話番号、住所をあなたに知らせる必要があります。
- お子さんのDHCSは苦情を受理してから**30**暦日以内にDental FFSとMedi-Cal Rxに対する苦情を解決する必要があります。Drug Medi-Calは苦情を受理してから**90**暦日以内に苦情を解決する必要があります。

質問がある場合は誰に連絡すればいいですか?

テーブル2

個別払いの概要と連絡先

Medi-Cal Fee For Service (Medi-Cal FFS)

フォスターケアなど子供の中には身体的健康サービスをMedi-Cal FFSを通じて受ける場合があります。

もしあなたのお子さんがサービスを受けていない場合や質問がある場合は電話1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077)までお問い合わせください。

Drug Medi-Cal (DMC)

カウンセリングや薬物・アルコール治療施設での治療などその他の臨床治療を含む薬物・アルコール依存症に対する治療が必要な子供は、必要に応じてこれらに対するケアをDrug Medi-Calを通して得ることができます。各カウンティにはDMC-ODSプランがあるか、あるいはDMC内に含まれています。DMC-ODSに関する詳細は8ページの**テーブル1** をお読みください。

もしあなたのお子さんがサービスを受けていない場合や質問がある場合は、お子さんが加入しているDMCプログラムまで電話でお問い合わせください。電話番号はwww.dhcs.ca.gov/sud-calをご参照ください。

Dental Fee For Service (Dental FFS)*

多くの子供はDental FFSを通してMedi-Cal歯科サービスを受けています。これには年に2度の歯科定期健診やクリーニング、口内ヘルスケアが含まれています。

もしあなたのお子さんがサービスを受けていない場合や質問がある場合は、1-800-322-6384までお問い合わせください。詳細は[smilecalifornia.org](smilecalifornia.org)をご覧ください。

Medi-Cal Rx

子供はMedi-Cal Rxを通してMedi-Cal薬局サービスを受けます。これには処方箋、市販薬、栄養チューブ含む経腸栄養製剤、医療用品が含まれます。

もしあなたのお子さんがサービスを受けていない場合や質問がある場合は、1-800-977-2273までお問い合わせください。詳細は、https://bit.ly/3D1rQFV を参照してください。

*一部の加入者は、緊急的な歯科サービスのみ利用することができます。