Medi-Cal for Kids & Teens

Ваші права у програмі Medi-Cal

Будь-ласка, збережіть цю інформацію!

Важлива інформація, яка допоможе дітям та молодим особам віком до 21 року отримати всю потрібну їм допомогу

Які послуги можуть отримати діти та молодь як учасники програми Medi-Cal?

Згідно із законодавством Каліфорнії та федеральним законодавством, діти та молодь віком до 21 року, які беруть участь у програмі Medi-Cal, мають право на регулярні **медичні огляди** та інші **профілактичні** та **лікувальні** послуги, необхідні для збереження здоров'я або одужання.

Це право визначене у федеральному законодавстві як вимога щодо «раннього і періодичного скринінгу, діагностики та лікування» (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment [EPSDT]). Ця вимога є гарантією того, що кожна дитина, яка бере участь у програмі Medi-Cal, отримає медичну допомогу, яка їй потрібна, щоб досягнути дорослого віку максимально здоровою. У Каліфорнії EPSDT має назву **Medi-Cal for Kids & Teens («Medi-Cal для дітей та підлітків»)**.

Послуги **безкоштовні**, крім випадків, коли під час визначення відповідності критеріям участі у програмі Medi-Cal було встановлено, що дитина або молода особа повинна нести частку витрат або сплачувати страховий внесок.

Програма Medi-Cal for Kids & Teens за потреби повинна без обмежень покривати вартість нижчезазначених послуг:

- Послуги із забезпечення фізичного здоров'я, у тому числі первинна медична допомога і візити до спеціалістів
- Офтальмологічна допомога, включно з окулярами
- Послуги із забезпечення здоров'я органів слуху
- Стоматологічні огляди і послуги з контролю здоров'я зубів*
- Послуги із забезпечення психічного здоров'я, позбавлення наркотичної і алкогольної залежності, включно з терапією
- Фізична, реабілітаційна та логопедична терапія
- Медичне обладнання та матеріали, такі як крісла-коляски, у тому числі медичне обладнання для тривалого застосування

* Деякі учасники можуть мати право лише на отримання послуг невідкладної стоматологічної допомоги.

Якщо Вам потрібен цей лист або будь-які матеріали про програму Medi-Cal в альтернативному форматі, зокрема зі збільшеним шрифтом, в аудіо форматі, на компакт-диску або шрифтом Брайля, телефонуйте за номером 1-833-284-0040. Щоб отримати мовну підтримку, зателефонуйте на гарячу лінію для учасників Medi-Cal за номером 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077).

- Лікарські препарати, як рецептурні, так і безрецептурні
- Лабораторні аналізи, включно з аналізами крові для визначення рівня свинцю і аналізами на інфекції, що передаються статевим шляхом, та вся необхідна подальша медична допомога
- Медичне обслуговування вдома, включно з медсестринським доглядом
- Лікування в умовах лікарні або реабілітаційного центру
- Послуги із забезпечення репродуктивного і сексуального здоров'я, такі як послуги, що стосуються засобів контрацепції та абортів
- Перевірки на вагітність
- Тестування на COVID-19 та відповідне лікування
- Координація надання медичної допомоги, у разі участі у плані керованої медичної допомоги
- Всі інші необхідні медичні послуги, вартість яких може покриватися за програмою Medi-Cal (які називаються «медично необхідні послуги»), обсяг яких визначається Вашим постачальником медичних послуг

Діти та молоді особи мають право на безкоштовні допоміжні послуги, потрібні для отримання медичної допомоги, зокрема:

- Безкоштовне перевезення до місця зустрічі з медичним працівником або для того, щоб забрати лікарські засоби, медичне обладнання та витратні матеріали, та назад
- Підтримка під час планування зустрічей з медичними працівниками
- Допомога у пошуку лікаря або постачальника медичних послуг
- Послуги перекладу (Вам не буде потрібно забезпечувати наявність власного перекладача під час зустрічі з медичним працівником)

Що означає «медично необхідні»?

Для дітей та молодих осіб термін **медично необхідні** характеризує послуги, які потрібні для лікування, купірування і контролю захворювання чи розладу здоров'я або зниження ступеня його тяжкості.

Лікар або постачальник медичних послуг Вашої дитини зазвичай буде визначати, що є медично необхідним.

Надання деяких послуг може вимагати попереднього погодження. Якщо послуги є медично необхідними для дітей або молодих осіб віком до 21 року, кількість послуг або лікарських засобів лімітуватися не може. Для прикладу, для дитини не може встановлюватися ліміт в одну пару окулярів на кожних два роки. Якщо в дитини є окуляри, але вона має проблеми із зором, у неї є право на нове призначення та нові окуляри тоді, коли це потрібно.

БЛОК 1

Програма Medi-Cal для Вашої дитини

Діти та молодь, що беруть участь у програмі Medi-Cal, можуть скористатися своїми пільгами в один із цих двох способів:

1. **Керована медична допомога (Managed care)** від плану страхування здоров'я, плану із забезпечення психічного здоров'я або плану із забезпечення стоматологічного здоров'я **або**
2. **Платні послуги (Fee for service)** від Департаменту Каліфорнії з питань медичних послуг (California Department of Health Care Services, DHCS) (орган рівня штату, що відповідає за реалізацію програми Medi-Cal)

У цьому документі роз'яснено, що робити, якщо дитина або молода особа, яка є учасником програми, не отримує послугу в порядку **керованої медичної допомоги** або **платну послугу**. У нього роз'яснено, як:

- Подати апеляцію
- Попросити провести процедуру розгляду на рівні штату
- Подати скаргу

Щоб отримати допомогу в отриманні послуг або задати питання про Ваші пільги, зателефонуйте на лінію допомоги для учасників програми Medi-Cal за номером: **1-800-541-5555**.

Що Вам потрібно робити, якщо Вашій дитині було відмовлено в наданні медичної допомоги, надання медичної допомоги було відкладено, обсяг медичної допомоги було знижено або її надання було припинено?

Якщо Вашій дитині було відмовлено в наданні медичної допомоги, надання медичної допомоги було відкладено, обсяг медичної допомоги було знижено або її надання було припинено, а Ви не погоджуєтеся з рішенням у формулюванні, у якому воно було викладено в письмовому повідомленні, Ви можете попросити перегляду та відміни такого рішення.

Це можливо для того, щоб допомогти Вашій дитині отримати допомогу, яка їй потрібна і на яку вона має право. Ваша дитина має право подати **апеляцію**, попросити провести процедуру **розгляду на рівні штату (State Hearing)** або подати **скаргу**. Використання будь-якої із цих процедур не тягне за собою жодних штрафних санкцій.

Незалежно від того, чи буде винесене рішення на Вашу користь за результатами апеляції, розгляду на рівні штату чи скарги, покриття Вашої дитини за програмою Medi-Cal **не** припиниться внаслідок того, що Ви скористалися будь-якою із цих процедур.

Як подати апеляцію, попросити провести процедуру розгляду на рівні штату або подати скаргу

Прочитайте письмове повідомлення. Якщо план керованої медичної допомоги, Управління Каліфорнії з питань медичних послуг (California Department of Health Care Services, DHCS) (орган рівня штату, що відповідає за реалізацію програми Medi-Cal) або постачальник послуг відмовляється надати послуги Вашій дитині, знижує їх обсяг або зупиняє їх надання, така сторона повинна надіслати письмове повідомлення про вжиття заходів (Notice of Action) (яке також може називатися «повідомленням про зниження обсягу пільг» [Notice of Adverse Benefit Determination]), у якому викладене її рішення.

Ви повинні отримати це повідомлення щонайменше за **10** днів до зменшення обсягу лікування або послуг, які отримує Ваша дитина, або до їх припинення. У повідомленні надаються такі роз'яснення:

- Чому і яким чином планом керованої медичної допомоги або DHCS було винесено таке рішення
- Які права має Ваша дитина
- Як подати апеляцію або попросити провести процедуру розгляду на рівні штату

Після подачі **апеляції** співробітники плану керованої медичної допомоги Вашої дитини повинні перевірити будь-який факт відмови в наданні послуги, затримки в наданні послуги, зменшення обсягу послуги або припинення її надання, щоб перевірити, чи згідні вони з Вами.

Розгляд на рівні штату — це можливість висловити свою думку перед суддею, щоб переглянути рішення плану керованої медичної допомоги Вашої дитини або DHCS (орган рівня штату, що відповідає за реалізацію програми Medi-Cal), з яким Ви не погоджуєтеся.

Скарга може подаватися з будь-яких питань, які Вас не задовольняють або з якими Ви не згідні, які не охоплюються апеляцією або розглядом на рівні штату. Вона призначена для проблемних питань або приводів для занепокоєння, що стосуються плану керованої медичної допомоги Вашої дитини або DHCS, які не являють собою відмову в наданні послуг, затримки в наданні послуг, зменшення обсягу послуг або припинення їх надання.

Ви можете також подати скаргу на план керованої медичної допомоги Вашої дитини із претензією у зв'язку з наданням Вашій дитині покритих послуг, включаючи якість медичної допомоги та доступність медичної допомоги.

Якщо Ви незгодні з рішенням, важливо подати апеляцію **до того,** як надання послуг буде припинено або їх обсяг буде знижено, щоб можна було продовжити користуватися послугами під час розгляду апеляції або розгляду на рівні штату.

Якщо Ви <u>не</u> отримаєте повідомлення, зателефонуйте до Альянсу отримувачів медичних послуг (Health Consumer Alliance, HCA) за номером на сторінці 5. Ви можете подати апеляцію, навіть якщо не отримували повідомлення. Щоб дізнатися, як подати апеляцію, попросити про розгляд на рівні штату або подати скаргу, прочитайте решту сторінок.

Як отримати допомогу

Лінія допомоги учасникам програми Medi-Cal

Лінія допомоги учасникам програми Medi-Cal надає безкоштовну підтримку. Її оператори можуть скерувати Вас до Вашого місцевого представництва програми Medi-Cal, Вашого плану керованої медичної допомоги або інших ресурсів програми Medi-Cal, щоб допомогти відповісти на Ваші запитання про програму Medi-Cal.

- Телефон: 1-800-541-5555
- Онлайн: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

Альянс отримувачів медичних послуг (HCA)

HCA пропонує безкоштовну допомогу по телефону або на особистих зустрічах учасникам програми Medi-Cal, щоб вирішити проблеми, що стосуються здоров'я. Представники HCA також можуть скерувати Вас до безкоштовних ресурсів, щоб допомогти вирішити юридичні питання, що стосуються надання медичної допомоги.

- Телефон: 1-888-804-3536
- Онлайн: healthconsumer.org

БЛОК 2

Якщо Ви вважаєте, що рішення неправильне

Якщо Ви вважаєте, що виконання програми Medi-Cal щодо Вашої дитини було неправомірно зупинено або Вашу дитину помилково визнали такою, що не відповідає критеріям участі у програмі Medi-Cal:

- Дотримуйтесь інструкцій у повідомленні, щоб подати апеляцію, **або**
- Знайдіть орган з питань соціальної допомоги Вашого округу на веб-сайті: dhcs.ca.gov/COL

Які права має Ваша дитина у плані керованої медичної допомоги Medi-Cal?

Інформація, наведена нижче на сторінках 6–11, стосується всіх систем керованої медичної допомоги у програмі Medi-Cal. Більшість дітей, які беруть участь у програмі Medi-Cal, отримують медичну допомогу через **план керованої медичної допомоги Medi-Cal (Medi-Cal managed care plan)**. Цей план призначений для отримання послуг із забезпечення фізичного здоров'я. У ньому також передбачені обмежені послуги із забезпечення психічного здоров'я під назвою «неспеціалізовані послуги із забезпечення фізичного здоров'я».

До інших систем керованої медичної допомоги належать:

- **Спеціалізовані послуги із забезпечення психічного здоров'я (Specialty Mental Health Services)** — інтенсивні послуги із забезпечення поведінкового здоров'я, що надаються за окремим планом забезпечення психічного здоров'я.
- **Організована система доставки препаратів Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System)** — призначена для лікування наркотичної та алкогольної залежності.
- **Керована стоматологічна допомога (Dental Managed Care)** — ця система призначена для отримання стоматологічної допомоги в округах Лос-Анджелес і Сакраменто. Прочитайте **таблицю 1** на сторінці 10.

Якщо у Вашої дитини виникли проблеми з отриманням або продовженням отримання послуги, вартість якої, на Вашу думку, має покриватися одним із вищезазначених планів, прочитайте інформацію, наведену нижче. Якщо Ваша дитина не бере участь у плані, прочитайте про **платні послуги** на сторінці 11.

БЛОК 3

Як звернутися за продовженням пільг у програмі керованої медичної допомоги

Якщо в повідомленні зазначено, що надання послуги, яку вже отримує Ваша дитина, буде припинено, або її обсяг буде зменшено, Ви можете звернутися за **продовженням пільг** (що також називається «продовженням послуг на період апеляції» [Aid Paid Pending]) для Вашої дитини на час розгляду апеляції або розгляду на рівні штату.

- Ви повинні подати апеляцію або звернутися за розглядом на рівні штату **перед тим,** як надання послуги буде припинено або її обсяг буде зменшено.
- Співробітники плану керованої медичної допомоги повинні надати Вам письмове повідомлення щонайменше протягом **10** календарних днів перед тим, як вони запланують припинення надання послуг Вашій дитині або знизять обсяг таких послуг.

Що Ви можете зробити, якщо Вашій дитині, яка є учасником плану керованої медичної допомоги, було відмовлено в наданні медичної допомоги, надання медичної допомоги було відкладено, обсяг медичної допомоги було знижено або її надання було припинено?

Подайте апеляцію до плану керованої медичної допомоги Вашої дитини

Вам потрібно почати з подачі **апеляції** до плану керованої медичної допомоги. Щоб знайти Ваш план, перейдіть на веб-сайт www.dhcs.ca.gov/mmchpd. Після подачі апеляції співробітники плану Вашої дитини повинні перевірити будь-який факт відмови в наданні послуги, затримки в наданні послуги, зменшення обсягу послуги або припинення її надання, щоб перевірити, чи згідні вони з Вами. Вам потрібно подати апеляцію перед тим, як попросити провести розгляд на рівні штату.

- Після того, як Ваша дитина отримає письмове повідомлення про вжиття заходів від її плану керованої медичної допомоги, Ви можете подати апеляцію. Ви також можете подати апеляцію, якщо **не** отримували повідомлення про вжиття заходів.
- У Вас є **60** календарних днів після отримання повідомлення про вжиття заходів на подачу апеляції до плану керованої медичної допомоги. Ви можете подати апеляцію до плану в письмовій формі, по телефону або онлайн. Контактні номери телефонів Ви можете знайти у **таблиці 1** на сторінці 10.
- Якщо в повідомленні про вжиття заходів зазначено, що надання послуг, які вже отримує Ваша дитина, буде зупинено або їх обсяг буде зменшено, Ви також можете попросити, щоб Ваша дитина продовжувала отримувати послуги під час апеляції. Це називається **продовженням пільг (continuation of benefits)**. Щоб дізнатися, як попросити про це, прочитайте **блок 3** на сторінці 6.
- План керованої медичної допомоги Вашої дитини повинен підтвердити отримання апеляції протягом **5** календарних днів після того, як ним буде отримана апеляція. Представники плану також повинні повідомити Вас ім'я, номер телефону та адресу особи з числа співробітників плану, яка може повідомити Вам більше інформації про апеляцію та її статус. План повинен надіслати Вам письмове рішення протягом **30** календарних днів після подачі апеляції. Це називається «Повідомлення про рішення щодо апеляції» (Notice of Appeal Resolution).
- Якщо ситуація Вашої дитини є невідкладною, і очікування протягом 30 днів призведе до погіршення її стану, Ви можете попросити про винесення **прискореного** (пришвидшеного) рішення. Щоб дізнатися, як це зробити, прочитайте **блок 4** на цій сторінці.

БЛОК 4

Прискорений (пришвидшений) розгляд апеляції або розгляд на рівні штату

Якщо Вашій дитині потрібен **прискорений** (пришвидшений) розгляд апеляції або розгляд на рівні штату, оскільки життя, здоров'я або здатність до життєдіяльності Вашої дитині перебуває під загрозою, зателефонуйте за номером: **1-800-743-8525**.

Ви можете дізнатися більше інформації про те, як ініціювати прискорену процедуру, у Вашому Посібнику учасника програми (Member Handbook).

- Ви можете в будь-який час зв'язатися з планом керованої медичної допомоги Вашої дитини, щоб задати питання щодо апеляції Вашої дитини. Контактні номери телефонів див. у **таблиці 1** на сторінці 10.
- План керованої медичної допомоги Вашої дитини може включати процес під назвою «комісія з незалежної медичної оцінки» (Independent Medical Review Board). Цей процес буде роз'яснений у повідомленні про вжиття заходів, яке отримає Ваша дитина. Якщо план керованої медичної допомоги Вашої дитини пропонує цей процес, він може застосовуватися після завершення розгляду апеляції Вашої дитини. Щоб дізнатися більше про комісію з незалежної медичної оцінки, зателефонуйте Департамент Каліфорнії з питань керованої медичної допомоги (California Department of Managed Health Care) за номером: 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891). Або, перейдіть за адресою: https://bit.ly/IMRCR.

Попросіть провести процедуру розгляду питань у програмі Medi-Cal на рівні штату

Якщо процес апеляції Вашої дитини до плану керованої медичної допомоги завершено, але Ви все-одно не погоджуєтеся з рішенням плану, Ви можете попросити провести **розгляд на рівні штату** питання, що стосується Вашої дитини. Ви також можете попросити провести розгляд на рівні штату у випадку, коли план керованої медичної допомоги Вашої дитини не надіслав повідомлення про право Вашої дитини на апеляцію або таке повідомлення не було надіслано протягом належного періоду часу.

Розгляд на рівні штату — це можливість висловити свою думку перед суддею, щоб переглянути рішення плану керованої медичної допомоги, з яким Ви не погоджуєтеся. Суддя працює на Департамент Каліфорнії з питань соціального обслуговування (California Department of Social Services), а не на план Вашої дитини.

- Ви повинні попросити провести розгляд на рівні штату протягом **120** календарних днів після дати отримання Вами рішення плану керованої медичної допомоги щодо апеляції Вашої дитини. Справу Вашої дитини розгляне неупереджений суддя. Якщо рішення, щодо якого Ви попросили провести неупереджений розгляд, зупиняє надання послуги, яку вже отримує Ваша дитини, Ви також можете попросити продовження пільг Вашої дитини. Прочитайте **блок 3** на сторінці 6.
- Ви можете попросити провести розгляд на рівні штату по телефону, поштою, факсом або онлайн. Зателефонуйте за номером 1-800-743-8525. Або, скористайтесь веб-сайтом www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- Ви маєте право залучити іншу особу до представництва інтересів Вашої дитини під час розгляду на рівні штату. Ви можете взяти із собою друга, родича, адвоката або будь-яку особу на Ваш вибір. Щоб дізнатися, як отримати безкоштовну юридичну допомогу, прочитайте розділ **Як отримати допомогу** на сторінці 5.
- Вам не потрібно платити за розгляд на рівні штату. Ця процедура безкоштовна.
- Штат має **90** календарних днів після дати вимоги Вашої дитини щодо проведення розгляду на рівні штату, щоб прийняти остаточне рішення. Якщо Ваша дитина потребує отримання послуг негайно, і очікування протягом 90 днів призведе до погіршення її стану, Ви можете попросити про винесення **прискореного** (пришвидшеного) рішення. Прочитайте **блок 4** на сторінці 7.

- Щоб отримати додаткову допомогу, читайте повідомлення від плану керованої медичної допомоги Вашої дитини. Або, зателефонуйте за номером 1-800-743-8525. Або, скористайтесь веб-сайтом www.dhcs.ca.gov/fair-hearing.

Зв'яжіться з омбудсменом

Омбудсмен — це людина, яка працює на DHCS (агентство штату з виконання програми Medi-Cal). Робота цієї людини полягає в тому, щоб допомагати вам і вашій дитині працювати з планом керованого медичного обслуговування вашої дитини. Омбудсмен вислухає ваші запитання і допоможе знайти на них відповіді. Він також розгляне проблеми, пояснить пільги та запропонує варіанти для вас. Ви можете звернутися до Омбудсмена в будь-який час. Наприклад, коли ваша дитини отримала повідомлення, подала апеляцію, попросила про розгляд на рівні штату або подала скаргу. Омбудсмен працює лише для людей, зареєстрованих у плані керованого медичного обслуговування.

Ви можете зв'язатися з омбудсменом таким чином:

- Телефон: 1-888-452-8609
- Електронна пошта: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
  - » Не вказуйте персональну медичну інформацію в повідомленні електронної пошти.

Щоб дізнатися більше про омбудсмена, відвідайте веб-сайт www.dhcs.ca.gov/ombudsman.

Якщо Вам не подобається медична допомога, яку отримує Ваша дитина, лікар або постачальних медичних послуг із керованої медичної допомоги?

Подати скаргу

Якщо лікар поставився до Вашої дитини погано або неввічливо, або якщо Ви не задоволені якістю медичної допомоги чи не можете знайти лікаря, Ви можете подати **скаргу** щодо Вашої дитини. Скарга стосується будь-яких розбіжностей із будь-яких питань, що не охоплюються апеляцією або розглядом на рівні штату. Вона призначена для вирішення проблемних питань або усунення підстав для занепокоєння, які не призводять до відмови від надання будь-яких послуг Вашій дитині, затримки в наданні таких послуг, зниження їх обсягу або припинення їх надання. Ви можете також подати скаргу на план керованої медичної допомоги Вашої дитини з претензією у зв'язку з наданням Вашій дитині покритих послуг, включаючи якість медичної допомоги та доступність медичної допомоги.

- Ви можете подати скаргу щодо Вашої дитину в будь-який час. Ви можете подати її по телефону, шляхом повідомлення онлайн або поштою. Щоб подати скаргу, зв'яжіться із планом керованої медичної допомоги Вашої дитини Контактні номери телефонів див. у **таблиці 1** на сторінці 10.
- План керованої медичної допомоги Вашої дитини у письмовій формі має підтвердити отримання Вашої скарги протягом **5** календарних днів після того, як ним буде отримана скарга. Під час цього Вам повинні повідомити ім'я, номер телефону та адресу особи з числа співробітників плану, яка може повідомити Вам більше інформації про скаргу Вашої дитини та її статус.
- У плану керованої медичної допомоги Вашої дитини є **30** календарних днів із дати подання Вами скарги для вирішення піднятих у ній питань.

До кого Вам слід звертатися з питаннями?

ТАБЛИЦЯ 1

Огляд систем керованої медичної допомоги і контактна інформація

Керована медична допомога у програмі Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care, MCMC)

Більшість дітей отримує більшу частину цих послуг через плани керованої медичної допомоги у програмі Medi-Cal:

- Послуги для забезпечення потреб фізичного здоров'я, такі як профілактичні медичні огляди дітей та вакцинації
- Послуги для забезпечення неспеціалізованих потреб психічного здоров'я, такі як терапія та лікарські засоби
- Координація надання медичної допомоги

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів зателефонуйте у план керованої медичної допомоги у програмі Medi-Cal Вашої дитини. Номер телефону плану вказаний на ідентифікаційній картці учасника плану Вашої дитини. Також він вказаний на веб-сайті плану. Ви також можете знайти цей номер телефону на веб-сайті www.dhcs.ca.gov/mmchpd. Або, зателефонуйте за номером 916-449-5000.

Спеціалізовані послуги із забезпечення психічного здоров'я (Specialty Mental Health Services, SMHS)

Деякі діти, які потребують спеціалізованих послуг із забезпечення психічного здоров'я, таких як медична допомога із приводу серйозного психічного захворювання, можуть отримати їх за допомогою системи Specialty Mental Health Services. Кожен округ має план забезпечення психічного здоров'я.

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів зателефонуйте у план округу із забезпечення психічного здоров'я, учасником якого є Ваша дитина. Ви можете дізнатися номер телефону на веб-сайті www.dhcs.ca.gov/CMHP.

Система організованої доставки препаратів у програмі Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS)

Діти, яким потрібні послуги у зв'язку із застосуванням психоактивних речовин, такі які лікування наркотичної або алкогольної залежності, включно з консультаціями та іншими видами клінічної терапії, такими як стаціонарне лікування наркотичної або алкогольної залежності в умовах реабілітаційного центру (за потреби), отримують цю медичну допомогу через систему організованої доставки препаратів Drug Medi-Cal. Кожен округ має план із організованої доставки препаратів (DMC-ODS) або працює за системою Drug Medi-Cal. Щоб отримати додаткову інформацію про Drug Medi-Cal, прочитайте **таблицю 2** на сторінці 14.

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів зателефонуйте у план DMC-ODS, учасником якого є Ваша дитина. Щоб дізнатися номер телефону, відвідайте веб-сайт www.dhcs.ca.gov/sud-cal.

Система керованої стоматологічної допомоги (Dental Managed Care, Dental MC)

Деякі діти, які живуть в округах Лос-Анджелес або Сакраменто, отримують стоматологічні послуги, у тому числі проходять стоматологічні огляди та чистки двічі на рік та отримують послуги із забезпечення здоров'я ротової порожнини, через плани Dental Managed Care. Діти, які проживають у всіх інших округах, отримують стоматологічні послуги через систему платних стоматологічних послуг (Dental Fee for Service, Dental FFS). Щоб отримати додаткову інформацію про Dental FFS, прочитайте **таблицю 2** на сторінці 14.

Якщо Ви проживаєте у Лос-Анджелесі або Сакраменто і Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів зателефонуйте у план Dental MC, учасником якого є Ваша дитина. Номер телефону плану вказаний на ідентифікаційній картці учасника Dental MC Вашої дитини. Він також вказаний на веб-сайті плану Dental MC Вашої дитини. Або, зателефонуйте за номером 1-800-322-6384. Ви також можете знайти номер телефону плану на веб-сайті https://bit.ly/DMC-Contact.

Які права має Ваша дитина у системі платних послуг у програмі Medi-Cal?

Наведена нижче на сторінках 11–14 інформація стосується платних послуг (Fee For Service, FFS) у програмі Medi-Cal. Деякі діти, які беруть участь у програмі Medi-Cal, отримують медичну допомогу через систему платних послуг. Система платних послуг також називається «стандартною» програмою Medi-Cal. У системі платних послуг діти отримують медичну допомогу через DHCS (орган рівня штату, що відповідає за реалізацію програми Medi-Cal). План керованої медичної допомоги не залучається. Система платних послуг (FFS) включає платні послуги у програмі Medi-Cal із забезпечення фізичного здоров'я і обмежений набір послуг із забезпечення психічного здоров'я, який називається «неспеціалізованими послугами із забезпечення психічного здоров'я» (non-specialty mental health services), систему доставки препаратів Drug Medi-Cal для лікування наркотичної і алкогольної залежності, систему Dental FFS для лікування зубів та* систему Medi-Cal Rx для забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати додаткову інформацію, прочитайте **таблицю 2** на сторінці 14.

Якщо у Вашої дитини виникли проблеми з отриманням або продовженням отримання послуги, вартість якої, на Вашу думку, має покривати DHCS, прочитайте інформацію, наведену нижче. Навіть якщо Ваша дитина не є учасником плану керованої медичної допомоги, у випадку, коли їй потрібна медична допомога із приводу серйозного психічного захворювання, вона може отримати таку допомогу через план із забезпечення психічного здоров'я Specialty Mental Health Services. Щоб отримати більше інформації і дізнатися, кому потрібно телефонувати для отримання допомоги від плану округу із забезпечення психічного здоров'я, прочитайте **таблицю 1** на сторінці 10.

* Деякі учасники можуть мати право лише на отримання послуг невідкладної стоматологічної допомоги.

Що Вам потрібно робити, якщо Вашій дитині було відмовлено в наданні медичної допомоги у системі платних медичних послуг, надання медичної допомоги було відкладено, обсяг медичної допомоги було знижено або її надання було припинено?

Попросіть провести процедуру розгляду питань у програмі Medi-Cal на рівні штату

Розгляд на рівні штату — це можливість висловити свою думку перед суддею, щоб переглянути рішення DHCS, з яким Ви не погоджуєтеся. Це стосується випадків відмови у надання будь-яких послуг, відкладення надання таких послуг, зниження їх обсягу або припинення їх надання. Суддя працює на Департамент Каліфорнії з питань соціального обслуговування, а не на DHCS.

- Після того, як Ваша дитина отримає повідомлення про вжиття заходів від DHCS, Ви можете попросити провести розгляд на рівні штату. Ви також можете попросити провести розгляд на рівні штату, якщо не отримували повідомлення про вжиття заходів.
- Ви повинні попросити провести розгляд на рівні штату протягом **90** календарних днів після дати отримання Вами письмового повідомлення про вжиття заходів від DHCS. Справу Вашої дитини розгляне неупереджений суддя. Ви також можете в будь-який час попросити провести розгляд на рівні штату без повідомлення про вжиття заходів. Якщо рішення, щодо якого Ви попросили провести розгляд, зупиняє надання послуги, яку вже отримує Ваша дитини, Ви можете попросити продовження пільг Вашої дитини. Прочитайте **блок 5** на цій сторінці.
- Ви можете попросити провести розгляд на рівні штату по телефону, поштою, факсом або онлайн. Зателефонуйте за номером 1-800-743-8525. Або, скористайтесь веб-сайтом www.cdss.ca.gov/hearing-requests.
- Ви маєте право залучити іншу особу до представництва Ваших інтересів під час розгляду. Ви можете взяти із собою друга, родича, адвоката або будь-яку особу на Ваш вибір. Щоб отримати безкоштовну юридичну допомогу, прочитайте розділ **Як отримати допомогу** на сторінці 5.

БЛОК 5

Як звернутися за продовженням пільг у програмі платних послуг

Якщо в повідомленні зазначено, що надання послуги, яку вже отримує Ваша дитина, буде припинено, або її обсяг буде зменшено, Ви також можете звернутися за **продовженням пільг** (що також називається «продовженням послуг на період апеляції» [Aid Paid Pending]) на час розгляду на рівні штату.

- Ви повинні звернутися за розглядом на рівні штату **перед** тим, як надання послуги буде припинено або її обсяг буде зменшено.
- Співробітники DHCS повинні надати Вам письмове повідомлення щонайменше протягом **10** календарних днів перед тим, як вони запланують припинення надання послуг Вашій дитині або знизять обсяг таких послуг.

- Вам не потрібно платити за розгляд на рівні штату. Ця процедура безкоштовна.
- Штат має **90** календарних днів після дати вимоги Вашої дитини щодо проведення розгляду на рівні штату, щоб прийняти остаточне рішення. Якщо Ваша дитина потребує отримання послуг негайно, і очікування протягом 90 днів призведе до погіршення її стану, Ви можете попросити про винесення **прискореного** (пришвидшеного) рішення. Прочитайте **блок 6** на цій сторінці.
- Щоб отримати додаткову допомогу, читайте повідомлення, які Ваша дитина отримує від DHCS. Або, зателефонуйте за номером 1-800-743-8525. Або, скористайтесь веб-сайтом www.dhcs.ca.gov/fair-hearing.

БЛОК 6

Прискорений (пришвидшений) розгляд апеляції або розгляд на рівні штату

Якщо Вашій дитині потрібен **прискорений** (пришвидшений) розгляд на рівні штату, оскільки життя, здоров'я або здатність до життєдіяльності Вашої дитині перебуває під загрозою, зателефонуйте за номером: 1-800-743-8525.

Якщо Вам не подобається медична допомога, яку отримує Ваша дитина, лікар або постачальних медичних послуг у системі платних послуг?

Подати скаргу

Якщо лікар поставився до Вашої дитини погано або неввічливо, або якщо Ви не задоволені якістю медичної допомоги чи не можете знайти лікаря, Ви можете подати **скаргу** щодо Вашої дитини. Скарга стосується будь-яких розбіжностей із будь-яких питань, що не охоплюються розглядом на рівні штату. Вона призначена для вирішення проблемних питань або усунення підстав для занепокоєння, які **не** призводять до відмови від надання будь-яких послуг Вашій дитині, затримки в наданні таких послуг, зниження їх обсягу або припинення їх надання.

- Ви можете подати скаргу щодо Вашої дитини з питань, що стосуються програм Drug Medi-Cal, Dental FFS або Medi-Cal Rx, у будь-який час. Ви можете подати її по телефону, шляхом повідомлення онлайн або поштою. Щоб подати скаргу, зв'яжіться із представниками програм Drug Medi-Cal, Dental FFS або Medi-Cal Rx. Контактні номери телефонів див. у **таблиці 2** на сторінці 14. Процесу подання скарги щодо таких платних послуг у програмі Medi-Cal, як послуги із забезпечення фізичного здоров'я та неспеціалізовані послуги із забезпечення психічного здоров'я, **не** передбачено.
- DHCS у письмовій формі має підтвердити отримання Вашої скарги протягом **5** календарних днів після того, як буде отримана скарга. Під час цього Вам повинні повідомити ім'я, номер телефону та адресу особи з числа співробітників DHCS, яка може повідомити Вам більше інформації про скаргу Вашої дитини та її статус.
- У DHCS є **30** календарних днів із дати подання Вами скарги на вирішення скарги Вашої дитини щодо програм Dental FFS і Medi-Cal Rx. Для програми Drug Medi-Cal на вирішення скарги Вашої дитини надається **90** календарних днів.

До кого Вам слід звертатися з питаннями?

ТАБЛИЦЯ 2

Огляд платних послуг і контактна інформація

Система платних послуг у програмі Medi-Cal (Medi-Cal Fee For Service, Medi-Cal FFS)

Деякі діти, наприклад діти, які перебувають у прийомних сім'ях, отримують послуги із забезпечення фізичного здоров'я через систему Medi-Cal FFS.

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів телефонуйте за номером телефону 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077).

Система доставки препаратів у програмі Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC)

Діти, яким потрібні послуги у зв'язку із застосуванням психоактивних речовин, такі які лікування наркотичної або алкогольної залежності, включно з консультаціями та іншими видами клінічної терапії, такими як стаціонарне лікування наркотичної або алкогольної залежності в умовах реабілітаційного центру (за потреби), отримують цю медичну допомогу через систему Drug Medi-Cal. Кожен округ має план із організованої доставки препаратів (DMC-ODS) або працює за системою DMC. Щоб отримати додаткову інформацію про DMC-ODS, прочитайте **таблицю 1** на сторінці 10.

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів зателефонуйте у програму DMC Вашої дитини. Щоб дізнатися номер телефону, відвідайте веб-сайт www.dhcs.ca.gov/sud-cal.

Платні стоматологічні послуги (Dental Fee For Service, Dental FFS)*

Більшість дітей отримує стоматологічні послуги у програмі Medi-Cal за допомогою системи Dental FFS. Це включає стоматологічні огляди і чистки двічі на рік та медичні послуги із забезпечення здоров'я ротової порожнини.

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів телефонуйте за номером телефону 1-800-322-6384. Щоб дізнатися більше, відвідайте веб-сайт smilecalifornia.org.

Medi-Cal Rx

Діти отримують аптечні послуги у програмі Medi-Cal за допомогою системи Medi-Cal Rx. Це включає рецептурні та безрецептурні препарати для амбулаторних пацієнтів, продукцію для ентерального харчування, таку як харчувальний зонд та медичні витратні матеріали.

Якщо Ваша дитина не отримує ці послуги або за наявності сумнівів телефонуйте за номером телефону 1-800-977-2273. Дізнайтеся більше: https://bit.ly/3D1rQFV.

* Деякі учасники можуть мати право лише на отримання послуг невідкладної стоматологічної допомоги.