



## Пожалуйста, сохраните!

Важная информация,  
чтобы помочь детям и  
молодежи в возрасте до  
21 года получить всю  
необходимую им  
помощь.

## Какие услуги могут получить дети и молодежь, если они подписаны на Medi-Cal?

В соответствии с законодательством штата Калифорния и федеральным законом все дети и молодежь в возрасте до 21 года, включенные в Medi-Cal, имеют право на стандартные комплексные медицинские обследования и другие профилактические и лечебные услуги, необходимые для поддержания или восстановления здоровья.

Это право известно в федеральном законодательстве как требование о Раннем и периодическом скрининге, диагностике и лечении (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT). Это гарантирует, что каждый ребенок, включенный в Medi-Cal, получит необходимую помощь, чтобы вырасти как можно здоровее. В Калифорнии EPSDT называется **Medi-Cal для детей и подростков**.

Эти услуги предоставляются **бесплатно**, если только не было установлено, что ребенок или молодой человек не было установлено, что он получил долю затрат, когда проходил отбор для Medi-Cal.

## Medi-Cal для детей и подростков должна покрывать при необходимости следующие услуги без ограничений:

- Услуги в области физического здоровья, включая первичную медико-санитарную помощь и посещение специалистов
- Услуги для незрячих и слабовидящих, в том числе предоставление очков
- Услуги для глухих и слабо слышащих людей
- Стоматологические проверки и последующие услуги
- Психическое здоровье и услуги, связанные с наркотической или алкогольной зависимостью, включая терапию
- Физиотерапия, профессиональная и логопедическая терапия
- Медицинское оборудование и расходные материалы, такие как инвалидные кресла, включая долговечное медицинское оборудование
- Лекарственный препарат, как безрецептурный, так и рецептурный
- Лабораторные анализы, включая анализы крови для проверки уровней свинца и тестирования на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), а также любое необходимое последующее лечение
- Медицинское обслуживание на дому, включая услуги медицинской сестры
- Больничное лечение и стационарная реабилитация
- Услуги в сфере репродуктивного и сексуального здоровья, такие как контрацепция и проведение аборта
- Проверки на беременность
- Тестирование и лечение COVID-19
- Координация лечения, если ребенок включен в план регулируемого медицинского обслуживания
- Все другие необходимые медицинские услуги, которые могут покрываться Medi-Cal (именуемые «услуги, необходимые с медицинской точки зрения»), как определено вашим лечащим врачом



Если вам нужно это письмо или любые материалы Medi-Cal в альтернативном формате, например, крупный шрифт, аудиоформат, CD или шрифт Брайля, позвоните по телефону 1-833-284-0040.

## Дети и молодежь имеют право на бесплатную поддержку для получения медицинского обслуживания, например:

- Бесплатный трансфер до и от места приема или получения лекарственных средств, медицинского оборудования и расходных материалов
- Помощь в назначении медицинских приемов
- Помощь в поиске врача или медицинского работника
- Услуги по устному переводу (вам не нужно привозить своего переводчика на прием у врача)

## Что означает «необходимо с медицинской точки зрения»?

Для детей и молодежи **необходимыми с медицинской точки зрения** считаются услуги, которые необходимы для лечения, коррекции, ведения или улучшения течения заболевания или состояния здоровья.

Врач или медицинский работник вашего ребенка как правило решает, является ли что-то необходимым с медицинской точки зрения.

Для некоторых услуг может потребоваться предварительное одобрение. Если услуги являются необходимыми с медицинской точки зрения детям или молодежи в возрасте до 21 года, количество услуг или лечение не может быть ограничено. Например, ребенок не может быть ограничен одной парой очков на каждые два года. Если ребенок носит очки, но у него есть проблемы со зрением, он имеет право на новое назначение и новые очки, когда это необходимо.

### ТЕКСТОВАЯ РАМКА 1

#### Medi-Cal вашего ребенка



Дети и молодежь в Medi-Cal получают свои льготы одним из следующих путей:

1. **Регулируемое медицинское обслуживание** планом медицинского страхования, планом охраны психического здоровья или планом стоматологического здравоохранения, **или**
2. **Плата за обслуживание** со стороны Калифорнийского Департамента Здравоохранения (DHCS), государственного агентства Medi-Cal.

В этом документе поясняется, что делать, если подписанный ребенок или молодой человек не получает необходимого обслуживания в рамках **регулируемого медицинского обслуживания** или **платы за услуги**. В нем объясняется как:

- Подать апелляцию
- Попросить о проведении беспристрастного слушания в штате
- Подать жалобу

Чтобы получить помощь в получении услуг или задать вопросы о ваших льготах, позвоните в службу поддержки участников Medi-Cal по телефону **1-800-541-5555**.

## Что вам следует сделать, если лечение вашего ребенка отклоняется, задерживается, уменьшается или останавливается?

Если лечение вашего ребенка отклонено, задерживается, сокращено или остановлено, и вы не согласны с этим решением, как описано в вашем письменном уведомлении, вы можете попросить пересмотреть и отменить это решение.

Это делается для того, чтобы помочь вашему ребенку получить необходимое ему лечение и иметь право на получение помощи. Ваш ребенок имеет право подать **апелляцию**, попросить о проведении **беспристрастного слушания в штате** или подать **жалобу**. За совершение каких-либо из этих действий не взимается штраф.

Независимо от того, удовлетворятся ли ваша апелляция, беспристрастное слушание в штате либо жалоба или нет, страховка Medi-Cal вашего ребенка **не закончится** в связи с тем, что вы предприняли какие-либо из этих действий.

### Как подать апелляцию, попросить о проведении беспристрастных слушаний в штате или подать жалобу

**Прочитайте письменное уведомление.** Если план регулируемого медицинского обслуживания, DHCS (агентство штата по Medi-Cal) или лечебное учреждение отказывает, уменьшает или приостанавливает предоставление услуг для вашего ребенка, они должны отправить письменное Уведомление о действии (также называемое «Уведомление об отказе в предоставлении льгот») с их решением.

Вы должны получить это уведомление не менее чем за **10** дней до того, как лечение или обслуживание вашего ребенка будет сокращено или прекращено. В уведомлении поясняется:

- Почему и каким образом план регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка или DHCS приняли решение
- Права вашего ребенка
- Как подать апелляцию или попросить о проведении беспристрастных слушаний в штате.

**Если вы не согласны с этим решением**, важно подать апелляцию **до** прекращения оказания или сокращения услуг, чтобы они могли продолжаться во время апелляции или беспристрастного слушания в штате.

**Если вы не получили уведомление**, позвоните по номеру Альянса пациентов (Health Consumer Alliance, HCA) ниже. Вы, тем не менее, можете подать апелляцию, если вы не получили уведомления. Чтобы узнать, как подать апелляцию, попросить о проведении беспристрастного слушания в штате или подать жалобу, прочитайте следующие страницы.

**Апелляция** требует, чтобы план регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка проанализировал любой отказ в обслуживании, задержку, сокращение или остановку, чтобы установить, согласны ли они с вами.

**Беспристрастное слушание в штате** — это возможность выступить перед судьей, чтобы пересмотреть решение, принятое в рамках плана регулируемого медицинского обслуживания или DHCS (агентство штата по Medi-Cal) вашего ребенка, с которым вы не согласны.

**Жалоба** относится к любому вопросу, которым вы не удовлетворены или с которым не согласны, которые не охватываются апелляцией или беспристрастным слушанием в штате. Это относится к вопросам или проблемам с планом регулируемого медицинского обслуживания или DHCS вашего ребенка, которые не отклоняют, не задерживают, не уменьшают или не останавливают предоставление услуг.

## Как получить помощь

### Телефонная служба помощи участника Medi-Cal

Телефонная служба помощи участника Medi-Cal предоставляет бесплатную поддержку. Они могут связать вас с местным офисом Medi-Cal, вашим планом регулируемого медицинского обслуживания или с другими ресурсами Medi-Cal, чтобы помочь вам получить ответы на ваши вопросы о Medi-Cal.

- Телефон: 1-800-541-5555
- Онлайн: [www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal](http://www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal)

### Союз потребителей в области здравоохранения (Health Consumer Alliance, HCA)

HCA предоставляет бесплатный телефон или персональную помощь подписчикам Medi-Cal для решения проблем со здоровьем. Они также смогут связать вас с бесплатными ресурсами для решения юридических вопросов, связанных со здравоохранением.

- Телефон: 1-888-804-3536
- Онлайн: [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)

#### ТЕКСТОВАЯ РАМКА 2

### Если вы считаете, что решение неверно.

Если вы считаете, что Medi-Cal вашего ребенка был ошибочно остановлен, или ваш ребенок был ошибочно признан таковым, что не имеет права на Medi-Cal:

- Следуйте инструкциям, приведенным в уведомлении, чтобы подать апелляцию, **или**
- Найдите свое местное окружное агентство социальной помощи по ссылке [dhcs.ca.gov/COL](http://dhcs.ca.gov/COL)



## Какие права вашего ребенка на регулируемое медицинское обслуживание Medi-Cal?

Следующая информация на страницах 5–8 относится ко всем системам регулируемого медицинского обслуживания в Medi-Cal. Большинство детей, включенных в Medi-Cal, получают лечение в рамках **плана регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal**. План предусматривает оказание услуг в сфере физического здоровья. Он также предназначен для ограниченных услуг в сфере психического здоровья, называемых «неспециализированными услугами в сфере психического здоровья».

Другие системы регулируемой медицинской помощи включают:

- **Специализированные услуги в сфере психического здоровья** для интенсивных услуг в сфере психического здоровья с помощью отдельного плана по охране психического здоровья.
- **Организованная система доставки лекарственных препаратов Medi-Cal** для лечения наркотической и алкогольной зависимости.
- **Стоматологическое регулируемое медицинское обслуживание** для стоматологической помощи в округах Лос-Анджелес и Сакраменто. См. **таблицу 1** на странице 8.

Если у вашего ребенка возникают проблемы с получением или сохранением услуги, которая, по вашему мнению, должна покрываться одним из перечисленных выше планов, должен охватывать, прочитайте ниже. Если ваш ребенок не является подписчиком плана, прочитайте о **плате за услуги** на странице 9.

### Что вы можете сделать, если лечение вашего ребенка отклоняется, задерживается, уменьшается или останавливается в рамках регулируемого медицинского обслуживания?

#### Подать апелляцию в рамках плана регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка

Вы должны начать с подачи **апелляции** в рамках плана регулируемого медицинского обслуживания. Чтобы найти свой план, перейдите по ссылке [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). Апелляция требует, чтобы план вашего ребенка проанализировал любой отказ в обслуживании, задержку, сокращение или остановку, чтобы установить, согласны ли они с вами. Вы должны подать апелляцию, прежде чем вы сможете попросить о проведении беспристрастного слушания в штате.

- После того как ребенок получит письменное Уведомление о действии от плана регулируемого медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию. Вы также можете подать апелляцию, если вы **не** получили Уведомления о действии.
- У вас есть **60** календарных дней после получения Уведомления о действии, чтобы подать апелляцию в рамках плана регулируемого медицинского обслуживания. Вы можете подать апелляцию в рамках плана в письменной форме, по телефону или онлайн. Контактные номера можно найти в **таблице 1** на странице 8.

#### ТЕКСТОВАЯ РАМКА 3

#### Как попросить о продолжении льгот в рамках регулируемого медицинского обслуживания



Если в уведомлении говорится, что услуга, которую ваш ребенок уже получает, будет остановлена или будет сокращена, вы также можете попросить о **продолжении льгот** (также называемом «Ожидание выплаты помощи») на время рассмотрения апелляции или беспристрастного слушания в штате.

- Вы должны подать апелляцию или попросить о проведении беспристрастного слушания в штате **до** того, как услуга будет остановлена или сокращена.
- План регулируемого медицинского обслуживания должен предоставить вам письменное уведомление не менее чем за **10** календарных дней до того, как они планируют приостановить или сократить обслуживание вашего ребенка.

- Если в Уведомлении о действии говорится, что услуга, которую ваш ребенок уже получает, будет остановлена или сокращена, вы также можете попросить, чтобы ваш ребенок продолжал получать услугу во время апелляции. Это называется **продолжением льгот**. Чтобы узнать, как попросить об этом, прочитайте **текстовую рамку 3**.
- План регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка должен подтвердить получение вашей апелляции в письменной форме в течение **5** календарных дней с даты получения апелляции. В плане также должно быть указано имя, номер телефона и адрес лица, которое работает в плане и может рассказать вам подробнее об апелляции и статусе ее рассмотрения. План должен отправить вам письменное решение в течение **30** календарных дней с момента подачи апелляции. Это называется Уведомлением о решении.
- Если ситуация вашего ребенка является срочной и ожидание в течение 30 дней усугубит его состояние, вы можете попросить об **ускоренном** (более быстром) принятии решения. Для этого прочитайте **текст в рамке 4**.
- Вы можете в любое время связаться с планом регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка с вопросами по поводу апелляции вашего ребенка. Контактные номера см. в **таблице 1** на странице 8.
- План регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка может включать в себя процесс, называемый Независимой экспертной медицинской комиссией. В Уведомлении о действии, полученном вашим ребенком, будет объяснена эта процедура. Если план регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка предусматривает этот процесс, он будет выполнен после того, как вы подадите апелляцию от имени вашего ребенка. Для получения более подробной информации о Независимой экспертной медицинской комиссии позвоните в Калифорнийский департамент управляемой медицинской помощи по телефону 1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891). Или перейдите по ссылке <https://bit.ly/IMRCR>.

#### ТЕКСТОВАЯ РАМКА 4

### Ускоренное (более быстрое) рассмотрение апелляции или проведение беспристрастного слушания в штате



Если вашему ребенку необходимо **ускоренное** (более быстрое) рассмотрение апелляции или беспристрастное слушание в штате, поскольку жизнь, здоровье или способность к функционированию вашего ребенка находятся в опасности, позвоните по телефону **1-800-743-8525**.

Более подробную информацию о том, как запросить ускоренный процесс, можно найти в Справочнике участника программы.

### Попросите о проведении беспристрастного слушания в штате по Medi-Cal

Если процесс подачи апелляции в рамках план регулируемого медицинского обслуживания завершен и вы все еще не согласны с решением плана, вы можете попросить о проведении **беспристрастного слушания в штате** для вашего ребенка. Вы также можете попросить провести беспристрастное слушание в штате, если план регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка не направляет уведомление о праве вашего ребенка подать апелляцию или не отправляет его в разумные сроки.

Беспристрастное слушание в штате – это возможность выступить перед судьей, чтобы пересмотреть решение по плану регулируемого медицинского обслуживания, с которым вы не согласны. Судья работает в Калифорнийском департаменте социальных услуг (California Department of Social Services), а не в плане вашего ребенка.

- Вы должны попросить провести беспристрастное слушание в штате в течение **120** календарных дней с даты получения письменного решения по апелляции вашего ребенка в рамках плана регулируемого медицинского обслуживания. Беспристрастный судья рассмотрит дело вашего ребенка. Если решение, по поводу которого вы просили провести слушание, останавливает предоставление услуги, которую ваш ребенок уже получает, вы также можете попросить продолжить льготы для своего ребенка. Прочитайте **текстовую рамку 3** на странице 5.
- Вы можете попросить провести беспристрастные государственные слушания по телефону, почте, факсу или онлайн. Позвоните по номеру 1-800-743-8525. или перейдите на [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).



- Вы имеете право привести человека, который будет представлять вас на беспристрастном слушании в штате дела вашего ребенка. Вы можете привести с собой друга, родственника, адвоката или кого-либо, кого Вы выберете. Чтобы узнать, как получить бесплатную юридическую помощь, прочитайте раздел **«Как получить помощь»** на странице 4.
- Вам не нужно платить за беспристрастное государственное слушание. Это бесплатно.
- Штат имеет **90** календарных дней после даты подачи запроса вашего ребенка на проведение беспристрастного слушания в штате для принятия окончательного решения. Если вашему ребенку необходимо немедленно воспользоваться услугами и ожидание в течение 90 дней приведет к усугублению его состояния, вы можете попросить об **ускоренном** (более быстром) принятии решения. Прочитайте **текстовую рамку 4** выше.
- Для получения дополнительной помощи прочитайте уведомления от плана регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка. Или позвоните по телефону 1-800-743-8525. Или перейдите на [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

## Обратитесь к уполномоченному по правам человека

**Уполномоченный по правам человека** — это лицо, которое работает в DHCS (агентство штата Medi-Cal). Их работа заключается в том, чтобы помочь вам и вашему ребенку попытаться устранить разногласия с планом регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка. Вы можете позвонить уполномоченному по правам человека в любое время. Это включает ситуации, когда ваш ребенок получил уведомление, подал апелляцию, обратился с просьбой о беспристрастном слушании в штате или подал жалобу. Уполномоченный по правам человека предназначен только для лиц, включенных в план регулируемого медицинского обслуживания.

Вы можете связаться с уполномоченным по правам человека по:

- Телефон: 1-888-452-8609
- Электронная почта: [MMCOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)
  - » Не указывайте персональные данные о здоровье в сообщении электронной почты.

Для получения более подробной информации об уполномоченном по правам человека перейдите по ссылке [www.dhcs.ca.gov/ombudsman](http://www.dhcs.ca.gov/ombudsman).

## Что если вы не довольны лечением вашего ребенка, врачом или медицинским учреждением в рамках регулируемого медицинского обслуживания?

### Подать жалобу

Если врач плохо или грубо лечил вашего ребенка, или вы не удовлетворены качеством лечения, или вы не можете найти врача, вы можете подать **жалобу** от имени вашего ребенка. Жалоба предназначена для любых разногласий по поводу вопросов, не охватываемых апелляцией или беспристрастным слушанием в штате. Это относится к вопросам или проблемам, которые не отклоняют, не задерживают, не уменьшают или не останавливают какие-либо услуги для вашего ребенка.

- Вы можете подать жалобу от имени вашего ребенка в любое время. Вы можете отправить его по телефону, в письменной форме онлайн или по почте. Чтобы подать жалобу, обратитесь к плану регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка. Контактные номера см. в **таблице 1** на странице 8.
- План регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка должен подтвердить получение вашей жалобы в письменной форме в течение **5** календарных дней с даты ее получения. Это должно включать в себя имя, номер телефона и адрес лица, которое работает в плане и может рассказать вам больше о жалобе вашего ребенка и ее статусе.
- План регулируемого медицинского обслуживания вашего ребенка имеет **30** календарных дней с даты подачи жалобы для вынесения решения по жалобе вашего ребенка.

## К кому вам следует обращаться с вопросами?

ТАБЛИЦА 1.

### Обзор систем управляемой медицинской помощи и контактная информация

#### Регулируемое медицинское обслуживание Medi-Cal (MCMC)

Большинство детей получают большую часть этих услуг в рамках планов регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal:

- Потребности в области физического здоровья, такие как комплексное медицинское обследование ребенка и снимки
- Неспециализированные потребности в сфере психического здоровья, такие как терапия и лекарственное средство.
- Координация медицинской помощи

Если ваш ребенок не получает необходимых услуг или у него есть проблемы, позвоните в план регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal вашего ребенка. Номер телефона плана указан в идентификационной карте плана вашего ребенка. Его также можно найти на веб-сайте плана. Номер телефона можно также найти по ссылке [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). Или позвоните по телефону 916-449-5000.

#### Специализированные услуги в области психического здоровья (SMHS)

Некоторые дети, которым необходимы специализированные услуги в области психического здоровья, такие как лечение серьезных психических заболеваний, получают это лечение в рамках специализированных услуг в области психического здоровья. В каждом округе есть отделение плана психического здоровья.

Если ваш ребенок не получает необходимых услуг или у него есть проблемы, позвоните в окружное отделение плана психического здоровья вашего ребенка. Номер телефона см. по ссылке [www.dhcs.ca.gov/CMHP](http://www.dhcs.ca.gov/CMHP). (Участникам планов Kaiser Permanente в округах Сакраменто и Солано следует звонить в отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по номеру 1-800-464-4000.)

#### Система организованной доставки лекарственных препаратов Medi-Cal (DMC-ODS)

Дети, которым необходимы услуги в сфере употребления психоактивных веществ, таких как лечение от наркотической или алкогольной зависимости, включая консультирование и другие клинические процедуры, такие как стационарное лечение от наркотической или алкогольной зависимости, при необходимости, получают эту помощь в рамках организованной системы доставки Drug Medi-Cal. Каждый округ имеет план DMC-ODS или Drug Medi-Cal. Подробнее о Drug Medi-Cal см. в **таблице 2** на странице 11.

Если ваш ребенок не получает необходимых услуг или у него есть проблемы, позвоните в план DMC-ODS вашего ребенка. Найдите номер телефона по ссылке [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

#### Стоматологическое регулируемое медицинское обслуживание (Dental MC)

Некоторые дети, которые проживают в округе Лос-Анджелес или округе Сакраменто, получают стоматологические услуги, включая проверку и чистку зубов дважды в год и медицинское обслуживание полости рта, в рамках планов регулируемого стоматологического обслуживания. Дети, проживающие во всех других округах, получают стоматологическое обслуживание в рамках платы за стоматологическую услугу (Dental FFS). Подробнее о Dental FFS см. в **таблице 2** на странице 11.

Если вы живете в Лос-Анджелесе или Сакраменто, и ваш ребенок не получает необходимых услуг или у него есть проблемы, позвоните в план Dental MC вашего ребенка. Номер телефона указан в идентификационной карте стоматологического регулируемого медицинского обслуживания (Dental MC) вашего ребенка. Его также можно найти на веб-сайте стоматологического плана стоматологического регулируемого медицинского обслуживания (Dental MC) вашего ребенка. Или позвоните по телефону 1-800-322-6384. Номер телефона плана также можно найти по ссылке <https://bit.ly/DMC-Contact>.



## Каковы права вашего ребенка в рамках платы за услуги Medi-Cal?

Следующая информация на страницах 9–11 относится к плате за услуги (FFS) Medi-Cal. Некоторые дети, зарегистрированные в Medi-Cal, получают помощь через FFS. FFS также называется «обычным» Medi-Cal. Дети в FFS получают помощь через Департамент Здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS) (агентство штата Medi-Cal). План регулируемого медицинского обслуживания не задействован. FFS включает Medi-Cal FFS для оказания услуг в сфере физического здоровья и ограниченных услуг в сфере психического здоровья, называемых «неспециализированными услугами в сфере психического здоровья», Drug Medi-Cal для лечения наркотической и алкогольной зависимости, Dental FFS для стоматологического обслуживания и Medi-Cal Rx для лекарственных препаратов. Подробнее см. **таблицу 2** на странице 11.

Если у вашего ребенка возникли проблемы с получением или сохранением услуги, которая, по вашему мнению, должна покрываться DHCS, прочитайте ниже. Даже если ваш ребенок не подписан на план регулируемого медицинского обслуживания, если вашему ребенку необходимо лечение по поводу серьезного психического заболевания, он получит это лечение в рамках плана специализированных услуг в области психического здоровья. Чтобы узнать больше и узнать, куда обращаться за помощью по плану охраны психического здоровья в округе, см. **таблицу 1** на странице 8.

### Что вы можете сделать, если лечение вашего ребенка в рамках FFS задерживается, отклоняется, уменьшается или останавливается?

#### Попросите о проведении беспристрастного слушания в штате по Medi-Cal

**Беспристрастное слушание в штате** — это возможность обратиться к судье, чтобы пересмотреть решение DHCS, с которым вы не согласны. Это включает отказ в обслуживании, задержку, сокращение или остановку обслуживания. Судья работает в Калифорнийском департаменте социальных услуг (California Department of Social Services), а не в DHCS.

- После того, как ваш ребенок получит Уведомление о действии от DHCS, вы можете попросить о проведении беспристрастного слушания в штате. Вы также можете попросить провести честное беспристрастное слушание в штате, если вы не получили Уведомления о действии.
- Вы должны попросить о проведении беспристрастного слушания в штате в течение **90** календарных дней с даты получения письменного Уведомления о действии от DHCS. Беспристрастный судья рассмотрит дело вашего ребенка. Вы также можете попросить провести беспристрастное слушание в штате в любое время без Уведомления о действии. Если решение, по поводу которого вы просили провести слушание, останавливает услугу, которую ваш ребенок уже получает, вы можете попросить продолжить льготы для своего ребенка. Прочитайте **текстовую рамку 5** выше.
- Вы можете попросить провести беспристрастные государственные слушания по телефону, почте, факсу или онлайн. Позвоните по номеру 1-800-743-8525. или перейдите на [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).
- Вы имеете право привести человека, который будет представлять вас на слушании. Вы можете привести друга, родственника, адвоката или любое лицо, которое вы выберете. Для получения бесплатной юридической помощи см. раздел **«Как получить помощь»** на странице 4.

#### ТЕКСТОВАЯ РАМКА 5

#### Как попросить о продолжении льгот в рамках платы за услугу



Если в уведомлении говорится, что услуга, которую ваш ребенок уже получает, будет остановлена или будет сокращена, вы также можете попросить о **продолжении льгот** (также называемом «Ожидание выплаты помощи») на время беспристрастного слушания в штате.

- Вы должны попросить о проведении беспристрастного слушания в штате **до** того, как услуга будет остановлена или сокращена.
- DHCS должна предоставить вам письменное уведомление не менее чем за **10** календарных дней до того, как они планируют прекратить или сократить обслуживание вашего ребенка.

- Вам не нужно платить за беспристрастное государственное слушание. Это бесплатно.
- Государство имеет **90** календарных дней после даты подачи запроса вашего ребенка на проведение беспристрастного государственного слушания для принятия окончательного решения. Если вашему ребенку необходимо немедленно воспользоваться услугами и ожидание в течение 90 дней приведет к усугублению его состояния, вы можете попросить об **ускоренном** (более быстром) принятии решения. Прочитайте **текстовую рамку 6** выше.
- Для получения дополнительной помощи ознакомьтесь с уведомлениями, которые ваш ребенок получил от DHCS. Или позвоните по телефону 1-800-743-8525. Или перейдите на [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

#### ТЕКСТОВАЯ РАМКА 6



### Ускоренное (более быстрое) рассмотрение апелляции или проведение беспристрастного слушания в штате

Если вашему ребенку необходимо **ускоренное** (более быстрое) проведение беспристрастного слушания в штате, поскольку жизнь, здоровье или способность к функционированию вашего ребенка находятся в опасности, позвоните по телефону 1-800-743-8525.

## Что если вы не довольны лечением вашего ребенка, врачом или медицинским учреждением в FFS?

### Подать жалобу

Если врач плохо или грубо лечил вашего ребенка, или вы не удовлетворены качеством лечения, или вы не можете найти врача, вы можете подать **жалобу** от имени вашего ребенка. Жалоба предназначена для любых разногласий по поводу вопросов, не охватываемых беспристрастным слушанием в штате. Это относится к вопросам или проблемам, которые **не** отклоняют, не задерживают, не уменьшают или не останавливают какие-либо услуги для вашего ребенка.

- Вы можете в любое время подать жалобу от имени вашего ребенка на Drug Medi-Cal, Dental FFS или Medi-Cal Rx. Вы можете отправить его по телефону, в письменной форме онлайн или по почте. Чтобы подать жалобу, свяжитесь с Drug Medi-Cal, Dental FFS или Medi-Cal Rx. Контактные номера см. в **таблице 2** на странице 11. Процесс подачи жалоб для Medi-Cal FFS по поводу услуг в сфере физического здоровья и неспециализированных услуг в сфере психического здоровья **отсутствует**.
- DHCS должна подтвердить получение вашей жалобы в письменной форме в течение **5** календарных дней с даты ее получения. Это должно включать имя, номер телефона и адрес лица в DHCS, которое может рассказать вам больше о жалобе вашего ребенка и статусе ее рассмотрения.
- У DHCS есть **30** календарных дней с даты подачи жалобы на принятие решения по жалобе вашего ребенка в отношении Dental FFS и Medi-Cal Rx. Drug Medi-Cal имеет **90** календарных дней, чтобы принять решение по жалобе вашего ребенка.

## К кому следует обращаться с вопросами?

ТАБЛИЦА 2.

### Обзор платы за услуги и контактная информация

#### Плата за услугу Medi-Cal (Medi-Cal FFS)

Некоторые дети, такие как некоторые дети, находящиеся на патронажном воспитании, получают услуги в области физического здоровья через Medi-Cal FFS.

Если ваш ребенок не получает эти услуги или у него есть проблемы, позвоните по телефону 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077).

#### Лекарственный препарат Medi-Cal (DMC)

Дети, которым необходимы услуги в сфере употребления психоактивных веществ, таких как лечение от наркотической или алкогольной зависимости, включая консультирование и другие клинические процедуры, такие как стационарное лечение от наркотической или алкогольной зависимости, при необходимости, получают эту помощь в рамках Drug Medi-Cal. Каждый округ имеет план DMC-ODS или DMC. Подробнее о DMC-ODS см. в **таблице 1** на странице 8.

Если ваш ребенок не получает эти услуги или у него есть проблемы, позвоните в программу DMC вашего ребенка. Чтобы найти номер телефона, перейдите по ссылке [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

#### Плата за стоматологические услуги (Dental FFS)

Большинство детей получают стоматологические услуги Medi-Cal через Dental FFS. Это включает в себя общий осмотр и чистку зубов дважды в год, а также медицинское обслуживание ротовой полости.

Если ваш ребенок не получает эти услуги или у него есть проблемы, позвоните по телефону 1-800-322-6384. Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [smilecalifornia.org](http://smilecalifornia.org).

#### Medi-Cal Rx

Дети получают фармацевтические услуги Medi-Cal через Medi-Cal Rx. К ним относятся лекарства, отпускаемые по рецепту и без рецепта, средства для энтерального питания, такие как трубка для питания и материалы медицинского назначения.

Если ваш ребенок не получает эти услуги или у него есть проблемы, позвоните по телефону 1-800-977-2273. Дополнительные сведения см. на странице <https://bit.ly/3D1rQFV>.

## Уведомление о недопущении дискриминации

Дискриминация запрещена законом. Kaiser Permanente соблюдает федеральные гражданские законы и законы штата.

Kaiser Permanente не нарушает закон, дискриминируя, исключая или относясь иначе к людям на основании возраста, расы, этнической принадлежности, цвета кожи, национальности, культурной принадлежности, происхождения, религии, пола, гендерной идентичности, гендерного самовыражения, сексуальной ориентации, семейного положения, физической или психической неполноценности, заболевания, источника оплаты, генетической информации, гражданства, основного языка или иммиграционного статуса.

Kaiser Permanente предоставляет следующие услуги:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями для обеспечения эффективной коммуникации с нами, например:
  - ◆ услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - ◆ письменную информацию в других форматах (шрифт Брайля, крупный шрифт, в аудио формате, доступном цифровом и другом формате).
- Бесплатные услуги перевода людям, не владеющим английским языком, например:
  - ◆ услуги квалифицированных устных переводчиков;
  - ◆ информацию в письменном виде на других языках.

Если вам нужны данные услуги, звоните в наш контактный центр отдела обслуживания участников по телефону **1-800-464-4000** (линия ТТУ: **711**) круглосуточно, ежедневно (кроме праздничных дней). Если вы плохо слышите или испытываете трудности с речью, пожалуйста, звоните по номеру **711**.

По требованию, данный документ может быть предоставлен в шрифте Брайля, напечатан крупным шрифтом, записан на аудиокассету или в другой цифровой формат. Чтобы получить копию в одном из данных альтернативных форматов или в каком-либо еще формате, позвоните в наш контактный центр отдела обслуживания участников и спросите о нужном вам формате.

### Как подать жалобу в Kaiser Permanente

Вы можете подать жалобу по поводу дискриминации в Kaiser Permanente, если считаете, что мы вам не предоставили данные услуги или нарушили закон, проявив дискриминацию в каком-либо виде. Для получения более подробной информации, пожалуйста, обратитесь к брошюрам *Свидетельство о страховом покрытии (Evidence of Coverage)* или *Свидетельство о страховании (Certificate of Insurance)*. Вы также можете поговорить с сотрудником отдела обслуживания участников, чтобы выбрать относящийся к вашему случаю вариант действий. Если вам нужна помощь при подаче жалобы, позвоните в отдел обслуживания участников.

Вы можете подать жалобу о дискриминации одним из описанных ниже способов.

- По телефону: позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-464-4000** (линия ТТУ 711) круглосуточно, ежедневно (за исключением праздничных дней).
- **По почте:** позвоните нам по телефону **1-800-464-4000** (линия ТТУ 711) и попросите, чтобы вам прислали соответствующую форму.
- **Лично:** заполните жалобную форму или форму иска/требования о льготах в отделе обслуживания участников в учреждении плана (воспользуйтесь справочником поставщиков услуг на сайте [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities), чтобы узнать адрес).
- **Онлайн:** используйте онлайн-форму на нашем веб-сайте **kp.org**.

Вы также можете связаться с координатором по гражданским правам Kaiser Permanente непосредственно по адресу:

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

**Как подать жалобу в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния** *(только для получателей льгот программы Medi-Cal)*

Вы можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния в письменном виде, по телефону или по электронной почте:

- **По телефону:** позвоните в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS) по телефону **916-440-7370** (линия ТТУ 711)
- **По почте:** заполните форму жалобы и отправьте письмом по адресу:

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

Найти форму жалобы можно на странице:

**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)**

- **Онлайн:** отправьте электронное сообщение на адрес [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

## **Как подать жалобу в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов по здравоохранению и социальному обеспечению**

Вы также имеете право подать жалобу о дискриминации в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов по здравоохранению и социальному обеспечению. Вы можете подать жалобу в письменном виде, по телефону или онлайн.

- **По телефону:** позвоните **1-800-368-1019** (линия ТTY 711 или **1-800-537-7697**)
- **По почте:** заполните форму жалобы и отправьте письмом по адресу:

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

Формы для подачи жалоб можно найти на странице  
**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**

- **Онлайн:** посетите портал для подачи жалоб Отдела по гражданским правам:  
**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.