

«Presumptive Eligibility հղի կանանց համար» ծրագիրը (Presumptive Eligibility for Pregnant Women Program) ՀԻՎԱՆԴԻ ՏԵՂԵԿԱՏՎԱԿԱՆ ԹԵՐԹԻԿ

Ի՞նչ է «Presumptive Eligibility հղի կանանց համար» ծրագիրը (PE4PW):

PE4PW ծրագիրը հղիության հետ կապված անմիջապես տրամադրվող, ժամանակավոր բուժօգնություն է, այդ թվում՝ հղիության արհեստական դադարեցում և վիժում, որը նախատեսված է ցածր եկամուտ ունեցող կանանց համար: Ծրագիրը վճարում է բժշկին կլինիկա և շտապ օգնության սենյակ կատարած այցելությունների մեծ մասի համար: Նախածննդյան շրջանի վիտամինների և դեղերի մեծ մասի համար նույնպես վճարում է նախատեսված: PE4PW ծրագիրը ՉԻ վճարում է հիվանդանոցի կողմից տրամադրվող ծննդաբերական ծառայությունների և այլ կարգի ներհիվանդանոցային բուժսպասարկման համար: Ծննդաբերական ծառայությունների համար վճարում կտրամադրվի միայն ամբողջական դիմում լրացնելու դեպքում:

Ո՞վ է իրավասու PE4PW ծրագրում ընդգրկվելու:
Ցանկացած կին, որը կարծում է, որ հղի է, և որի ընտանիքի եկամուտը որոշակի գումարից ցածր է, իրավասու է PE4PW ստանալու: = Հղի կինը երկու կամ ավելի հոգի է համարվում՝ կախված այն բանից, թե քանի երեխա է սպասվում: PE4PW ապահովագրությունն սկսվում է անդամագրման օրվանից:

Ինչպե՞ս դիմեմ PE4PW ծրագրի անդամագրվելու:
Հարկավոր է դիմել ծրագրի պահանջներին համապատասխանող որևէ մասնակից սպասարկողի միջոցով: Ձեր բժշկին կամ կլինիկային հարցրեք, թե արդյոք իրենք առաջարկում են այդ ծրագիրը, կամ այցելեք www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/PE.aspx և ծանոթացեք սպասարկողների ցուցակին:

Որքա՞ն ժամանակ կարող եմ ես օգտվել PE4PW ծրագրից:
Մինչև առողջության մատչելի լիարժեք ապահովագրության ծրագրի, այդ թվում՝ «Medi-Cal»-ի Ձեր դիմումն ընդունվի կամ մերժվի: Եթե ուզում եք շարունակել PE ապահովագրություն ստանալ, Դուք պետք է ամբողջական դիմում ներկայացնեք:

Ինչպե՞ս դիմեմ մատչելի լիարժեք ապահովագրության ծրագրի, այդ թվում՝ «Medi-Cal»-ի համար:

- առցանց՝ www.CoveredCA.com հասցեից
- հեռախոսով՝ զանգահարելով 1-800-300-1506
- անձամբ այցելելով. գրասենյակների ցուցակների համար դիմեք [Covered CA](http://CoveredCA)-ին՝ առցանց կամ ծրագրի 800 հեռախոսահամարով
- շրջանի սոցիալական ծառայությունների գործակալություններում
- առցանց՝ www.benefitscal.com հասցեից՝ շրջանային ծրագրերի համար
- ներբեռնելով և տպելով «Covered CA Application»-ը www.coveredca.com/apply/ հասցեից, ֆաքսով ուղարկելով՝ 1-888-329-3700 համարին կամ փոստով ուղարկելով՝ Covered California P.O. Box 989725 West Sacramento, CA 95798

Անդամագրումը «Text4baby»-ին
«Medi-Cal»-ը խորհուրդ է տալիս անդամագրվել «Text4Baby»-ին, որը 100%-անոց անվճար ծառայություն է: «Text4baby»-ն ուղղակի Ձեր բջջային հեռախոսով կուղարկի հիշեցումներ բժշկի ժամադրությունների մասին, տեղեկություններ նախածննդյան շրջանի բուժօգնության, նորածնի զարգացման, երկունքի նշանների, կրծքով կերակրման, սննդառության և այլ հարցերի վերաբերյալ: Դա անվճար է, նույնիսկ եթե Դուք տեքստային ծառայություն չունեք Ձեր բջջային հեռախոսի ծրագրով: Գրանցվելու համար 511411 համարով ուղարկեք BABY կամ BEBE բառերը կամ այցելեք <http://www.text4baby.org>: «iTunes»-ի և «Google Play»-ի ծրագրերի խանութներում անվճար ծրագիր կա:

Ի՞նչ անել, եթե իմ ստացած բուժսպասարկման համար ինձ հաշիվներ ներկայացվեն:
Եթե Դուք այնպիսի ծառայություններ եք ստացել, որոնց համար PE4PW ծրագիրը չի վճարում, հնարավոր է, որ դրանց համար սովորական «Medi-Cal»-ը վճարի: **Բժշկական ծառայությունը ստանալու օրվանից հետո երեք ամսվա ընթացքում (այլ Ո՛Չ ներկայացված հաշիվ վրա նշված ամսաթվից, այլապես կարող է ուշ լինել) դիմեք «Medi-Cal»-ի համար:** Դիմումի ձևի վրա «այո» պատասխանեք վերջին երեք ամսվա ընթացքում բուժսպասարկման համար կատարված ծախսերի մասին հարցին, եթե անգամ դեռ ոչ մի հաշիվ չեք ստացել: Եթե PE4PW-ի ավարտից հետո Դուք չեք ցանկանում ապահովագրություն ունենալ՝ վիժելու կամ որևէ այլ պատճառով, հարկավոր է, այնուամենայնիվ, դիմել և «այո» պատասխանել եռամսյա ապահովագրության մասին հարցին:

Ի՞նչ անել, եթե ես արդեն վճարել եմ իմ բուժսպասարկման համար:
Եթե Դուք դիմեք և ստանաք «Medi-Cal», խնդրեք Ձեր սպասարկողից հաշիվ ներկայացնել «Medi-Cal»-ին և վերադարձնել Ձեր գումարը: Եթե սպասարկողը հրաժարվի այդ անել, զանգահարեք կամ գրեք Sacramento շրջանի «Medi-Cal» ծրագրին՝ *Conlan*-ի «Beneficiary Reimbursement Program»-ի մասին:

Բժշկական հայցերի համար՝
Department of Health Care Services
Beneficiary Services
P.O. Box 138008
Sacramento, CA 95813-8008
916-403-2007
TDD: 916-635-6491

Ատամնաբուժական հայցերի համար՝
Denti-Cal
Beneficiary Services
P.O. Box 526026
Sacramento, CA 95852-6026
916-403-2007
TDD: 916-635-6491