

임산부 프로그램을 위한 Presumptive Eligibility (Presumptive Eligibility for Pregnant Women Program) 환자에 대한 객관적 자료

임산부를 위한 Presumptive Eligibility(PE4PW)는 어떤 것입니까?

PE4PW 는, 낙태와 유산 등 저소득 여성의 임신에 관련되는 즉시적이고 일시적인 건강관리 프로그램입니다. 대부분의 의사 진료, 클리닉 진료, 응급실 방문이 보장됩니다. 출산 전 비타민제와 대부분의 약이 보장됩니다. PE4PW 는 병원 분만과 출산 후 진료, 또는 다른 입원 진료는 보장하지 않습니다. 분만과 출산 후 진료의 보장을 받으시려면 완전한 신청서를 작성하여 제출하셔야 합니다.

PE4PW 는 누구에게 자격이 돌아갑니까?

자신이 임신을 했고 가구 소득이 PE4PW 자격에 필요한, 일정한 금액보다 적다고 생각하시면 누구나 가능합니다. 임산부는 예상되는 출생아의 수에 따라 두 사람 또는 그 이상으로 간주됩니다. PE4PW 보험은 등록일부터 시작됩니다.

PE4PW 에 어떻게 신청할 수 있습니까?

자격이 있는 참여 제공자를 통해 신청을 하셔야 합니다. 귀하의 의사나 클리닉이 신청서를 제공하는지 문의하시거나 www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/PE.aspx 로 가셔서 제공자 목록을 확인하실 수 있습니다.

PE4PW 를 얼마 동안 받을 수 있습니까?

Medi-Cal 등 전 범위 보장 어포더블 프로그램(affordability program) 신청이 승인되거나 거절될 때까지입니다. 계속해서 PE 보장을 받으시려면 완전한 신청서를 제출하셔야 합니다.

Medi-Cal 을 포함하여 건강보험 어포더블 프로그램(affordability program)에 어떻게 신청할 수 있습니까?

- www.CoveredCA.com 에서 온라인으로 신청
- 1-800-300-1506 으로 전화를 통해 신청
- 직접 - 사업장목록을 받으시려면 CoveredCA 에 온라인으로 연락하거나 800 번호로 연락하십시오
- 카운티사회복지기관카운티 프로그램의 경우 www.benefitscal.com 에서 온라인으로 신청
- Covered CA Application 에 www.coveredca.com/apply/ 을 다운로드 [í](#) 받아올다운로드 받아 인쇄.
팩스 번호: 1-888-329-3700 또는 [í](#)
우편 주소: Covered California &
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798

Text4baby 등록

Medi-Cal 은 100% 무료 서비스인 Text4Baby 를 추천합니다. Text4baby 는 의사 진료 예약 재알림, 출산 전 진료에 대한 정보, 아기의 발달상황, 출산의 징후, 수유, 영양 등의 정보를 귀하의 휴대전화로 보내드립니다. 귀하의 휴대전화 플랜에 문자발송 서비스가 없는 경우에도 '무료'입니다. 등록을 하시려면 511411 로 BABY 또는 BEBE 를 문자로 보내시거나 www.text4baby.org 에서 온라인으로 등록하십시오. iTunes 와 Google Play 앱 스토어에서 무료 앱을 입수하실 수 있습니다.

본인이 받은 의료서비스에 대한 청구서를 받은 경우에는 어떻게 해야 합니까?

PE4PW 프로그램이 부담하지 않는 서비스가 있을 경우, 정규 Medi-Cal 이 부담해 줄 수도 있습니다. 의료서비스를 받으신 날(청구일이 '아님'—청구일은 너무 늦은 것일 수 있음)로부터 3 개월 내에 Medi-Cal 을 신청하십시오. 아직 청구서를 받지 않았다 해도 지난 3 개월 내의 의료비에 대한 신청서 상의 질문에 '네'라고 답을 하십시오. 유산을 하셨거나 어떤 다른 이유로, PE4PW 를 받으신 후에 보험을 원하지 않을 경우에도 신청을 하여 '네'라고 체크를 하여 3 개월 보장을 받으셔야 합니다.

본인의 건강보험에 대해 이미 지불을 한 경우라면 어떻게 해야 합니까?

귀하가 신청을 하여 Medi-Cal 에 가입된 경우, 귀하의 제공자에게 Medi-Cal 에 청구를 하여 귀하에게 돈을 돌려받게 해달라고 요청하십시오. 제공자가 그렇게 하지 않을 경우, Sacramento 에 있는 Medi-Cal 프로그램에 연락을 하거나 서신을 보내 [Conlan Beneficiary Reimbursement Program](#) 에 대해 알아보십시오.

의료 청구의 경우:

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

치과 청구의 경우:

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