

# Presumptive Eligibility cho Chương Trình Phụ Nữ Mang Thai (Presumptive Eligibility for Pregnant Women Program) TỜ THÔNG TIN DÀNH CHO BỆNH NHÂN

## Presumptive Eligibility cho Phụ nữ mang thai là gì (PE4PW)?

PE4PW là dịch vụ chăm sóc sức khỏe tạm thời, cung cấp ngay và liên quan đến mang thai cho phụ nữ có lợi tức thấp, trong đó bao gồm cả bỏ thai và sảy thai. Đa số các buổi khám bác sĩ, các buổi tới y viện và phòng cấp cứu đều được bao trả. Vitamin dưỡng thai và đa số các loại thuốc được bao trả. PE4PW KHÔNG bao trả chi phí chăm sóc trở dạ và sinh con tại bệnh viện hoặc bất kỳ dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú nào khác tại bệnh viện. Quý vị phải điền đơn xin đầy đủ để nhận bảo hiểm chăm sóc trở dạ và sinh con.

## Ai hội đủ điều kiện hưởng PE4PW?

Bất kỳ phụ nữ nào nghĩ rằng mình có thai và có mức lợi tức gia đình thấp hơn một mức nhất định đều hội đủ điều kiện hưởng PE4PW. Một phụ nữ mang thai tính là hai người hoặc hơn, tùy thuộc vào dự sinh bao nhiêu em bé. PE4PW bắt đầu có hiệu lực từ ngày ghi danh.

## Làm thế nào để nộp đơn xin PE4PW?

Quý vị phải nộp đơn xin qua một Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Hội Đủ Điều Kiện hiện đang tham gia chương trình này. Hỏi bác sĩ hoặc y viện của quý vị để biết họ có chương trình này hay không hoặc tới website [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/PE.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/PE.aspx) để biết danh sách các nhà cung cấp dịch vụ.

## Tôi có thể được hưởng PE4PW?

Cho tới khi đơn xin tham gia các chương trình trợ cấp bảo hiểm sức khỏe bao trả toàn diện của quý vị, kể cả Medi-Cal, được phê chuẩn hoặc từ chối. Quý vị phải nộp đơn xin đầy đủ để tiếp tục nhận bảo hiểm PE.

## Làm thế nào để nộp đơn xin tham gia chương trình trợ cấp bảo hiểm sức khỏe, kể cả Medi-Cal?

- Trên mạng trực tuyến tại [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com)
- Qua điện thoại 1-800-300-1506
- Đích thân tới - liên lạc với [CoveredCA](http://CoveredCA) trên mạng trực tuyến hoặc gọi số 800 để biết danh sách các địa điểm
- Các ty xã hội quận
- Trên mạng trực tuyến tại [www.benefitscal.com](http://www.benefitscal.com) để biết các chương trình của quận
- Tải xuống và in ra CoveredCA Application tại [www.coveredca.com/apply/](http://www.coveredca.com/apply/)  
Gửi qua fax tới: 1-888-329-3700 hoặc  
Gửi qua đường bưu điện tới:  
Covered California  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798

## Ghi danh tham gia Text4baby

Medi-Cal gợi ý [Text4Baby](http://Text4Baby), một dịch vụ miễn phí 100%. Text4baby sẽ gửi thẳng vào máy điện thoại di động của quý vị thông báo nhắc nhở các buổi hẹn khám bác sĩ, thông tin về chăm sóc dưỡng thai, sự phát triển của thai nhi, các dấu hiệu trở dạ, cho con bú sữa mẹ, dinh dưỡng, và nhiều thông tin khác. Đây là dịch vụ MIỄN PHÍ, ngay cả khi máy di động của quý vị không có dịch vụ nhắn tin bằng chữ. Để đăng ký sử dụng dịch vụ này, gửi tin nhắn BABY hoặc BEBE tới 511411 hoặc đăng ký trên mạng trực tuyến tại [www.text4baby.org](http://www.text4baby.org). Có ứng dụng miễn phí trong các cửa hàng ứng dụng của iTunes và Google Play.

## Nếu tôi nhận được hóa đơn cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà tôi đã nhận thì sao?

Nếu quý vị có các dịch vụ mà chương trình PE4PW không bao trả, Medi-Cal thông thường có thể đòi hỏi các dịch vụ đó. **Nộp đơn xin Medi-Cal trong vòng ba tháng kể từ ngày nhận dịch vụ y tế đó (KHÔNG PHẢI là ngày ghi trên hóa đơn - vì ngày đó có thể quá trễ).** Trả lời "có" cho câu hỏi trên mẫu đơn xin về chi phí y tế trong ba tháng gần đây nhất, ngay cả khi quý vị vẫn chưa nhận được hóa đơn. Nếu quý vị không muốn có bảo hiểm sau khi có PE4PW vì quý vị bị sảy thai hoặc vì bất kỳ lý do nào khác, quý vị vẫn nên nộp đơn xin và đánh dấu "có" cho bảo hiểm ba tháng đó.

## Nếu tôi hiện đã trả chi phí chăm sóc sức khỏe của tôi thì sao?

Nếu quý vị nộp đơn xin và được nhận Medi-Cal, hãy để nghị nhà cung cấp dịch vụ của quý vị gửi hóa đơn cho Medi-Cal và hoàn trả lại tiền cho quý vị. Nếu nhà cung cấp dịch vụ đó không làm như vậy, vui lòng gọi hoặc viết thư cho Chương Trình Medi-Cal ở Sacramento về *Conlan* Beneficiary Reimbursement Program.

Đối với yêu cầu hoàn trả bảo hiểm y tế:

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

Đối với yêu cầu hoàn trả bảo hiểm nha khoa:

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