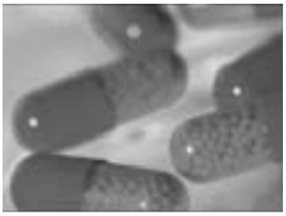

Department of Vermont Health Access

Guide
du programme de pharmacie

GreenMountainCare
A HEALTHIER STATE OF LIVING

Table des matières

Bienvenue à votre programme de pharmacie de Vermont 4
- Programme Healthy Vermonters 4
- Programmes VPharm : VPharm 1, VPharm 2 et VPharm 3 4
- Comprendre votre Medicare PDP 4
- VPharm 1 : Prime et couverture 5
- VPharm 2 : Prime et couverture 6
- VPharm 3 : Prime et couverture 6
- Votre formulaire Medicare PDP 6
- Médicaments exclus de Medicare, médicaments en vente libre (OTC) 7
- Tickets modérateurs (ou quote-parts) 7
- Votre carte d'identité 7
- Fournisseurs participants 8

Programmes de pharmacie pour les Vermontois avec Medicare 8

Programmes d'épargne de Medicare 9
- Bénéficiaire d'assurance-maladie qualifié (QMB) 9
- Bénéficiaires spécifiés à faible revenu de Medicare (SLMB) 9
- Personnes qualifiées (QI-1) 9

Paiement de votre prime 9
- Paiements automatiques 10

Vos droits et responsabilités 10

Autres programmes pour les Vermontois 11

Testaments de vie et directives préalables 11
- Don d'organes 12
- Partage d'informations avec votre fournisseur 12
- Avis de pratiques de confidentialité 12
- Programme d'assurance qualité 13

Problèmes et plaintes 13

Lorsque vous n'êtes pas d'accord avec une action 14
- Faire appel des refus de votre Medicare PDP 14
- Faire appel d'un refus de VPharm 14
- Procès équitable pour un refus d'appel du DVHA 15
- Prolongation des avantages 17
- Griefs 17
- Requête pour cause valable et adversités 18

Besoin d'aide? 19
- centre d'assistance à la clientèle de Vermont Health Connect et Green Mountain Care 19
- Signaler des modifications 19
- L'Office of Health Care Advocate (HCA) 19
- Renseignements supplémentaires 19

Autres programmes non pharmaceutiques 20
Services de jour pour adultes 20
Programme de services d'auxiliaires 20
Services intégrés pour enfants (CIS) 20
Services intégrés pour enfants - Intervention précoce (CIS-EI) 21
Services de soins personnels pour enfants (CPCS) 21
Cliniques pour enfants ayant des besoins de santé spéciaux (CSHN) 21
Choix de soins 21
Services aux troubles du développement 21
Programme d'aide financière 22
Financement familial flexible 22
Soins infirmiers de haute technologie 22
Services d'aide ménagère 23
Cliniques spéciales 23
Services spéciaux 23
Le programme de soins à domicile pédiatriques de haute technologie 23
Programme de détection et d'intervention auditive précoce du Vermont 23
Santé mentale 23
Services ambulatoires pour adultes 24
Services aux enfants, adolescents et familles 24
Réadaptation et traitement communautaires 24
Services d'urgence 24
Programme de traumatisme crânien 25
Programme pour les femmes, les nourrissons et les enfants (WIC) 25
Ressources supplémentaires dans votre communauté 25

2022

Bienvenue dans votre programme de pharmacie du Vermont

Les programmes d'assistance en pharmacie du Vermont sont gérés par le département d'accès à la santé de Vermont (Department of Vermont Health Access [DVHA]). Voici la liste des programmes d'assistance en pharmacie. Chacun a ses propres règles d'admissibilité et ses avantages sociaux.

Cette guide ne fournit pas d'informations sur les prestations pharmaceutiques reçues via Medicaid. Si vous bénéficiez de Medicaid et avez besoin d'informations sur vos prestations pharmaceutiques, ou si vous ne savez pas dans quel programme vous êtes inscrit, appelez le centre d'assistance à la clientèle de Vermont Health Connect & Green Mountain Care au 1-800-250-8427. Appelez du lundi au vendredi, de 8h00 à 17h00. (fermé les jours fériés).

Programme Healthy Vermonters

Ce programme sans frais permet aux Vermontois qui n'ont pas d'autre assurance médicaments d'acheter des médicaments couverts à un tarif réduit. Si vous êtes inscrit au programme Healthy Vermonters, votre pharmacie peut soumettre une réclamation à la DVHA. DVHA n'effectuera pas de paiement, mais ce que vous payez à la pharmacie sera au taux Vermont Medicaid le plus bas, et non au prix de détail de la pharmacie.

Programmes VPharm : VPharm 1, VPharm 2 et VPharm 3

Les programmes VPharm aident les Vermontois qui ne sont pas éligibles à Medicaid et qui sont inscrits à Medicare à payer leur régime de médicaments sur ordonnance Medicare (Medicare PDP) et les coûts associés. Comment ça fonctionne : Lorsque votre Medicare PDP paie vos médicaments, tout solde dû à la pharmacie peut être facturé à VPharm. À quelques exceptions près, VPharm paiera le solde, vous laissant avec des tickets modérateurs de 1 $ et 2 $, selon le coût du médicament.

Comprendre votre Medicare PDP

Un Medicare PDP est le plus souvent fourni par un régime Medicare Part D Drug Plan, mais peut également faire partie d'un régime Medicare Part C, également connu connu sous le nom de « Medicare Advantage Plan ». Lorsqu'on parle d'un Medicare PDP, on fait référence à la couverture des médicaments sur ordonnance Medicare Part C ou Part D. **Ces programmes sont administrés par Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Si vous avez besoin d'aide pour vous inscrire à un Medicare PDP :**

1) **Composez le 1-800-Medicare**
2) **Allez sur medicare.gov**

3) **Appelez State Health Insurance Assistance Program (SHIP) sur la ligne d'assistance téléphonique de l'agence régionale sur le vieillissement au 1-800-642-5119**

Le programme VPharm (également connu sous le nom de State Pharmaceutical Assistance Program [SPAP]) aide à payer les frais des médicaments sur ordonnance pour ceux qui sont inscrits à un Medicare PDP et qui n'ont aucune autre assurance couvrant leurs médicaments sur ordonnance. **VPharm peut également vous aider à payer la prime mensuelle de votre régime Medicare PDP.**

VPharm se compose de trois niveaux de prestations, VPharm 1, VPharm 2 et VPharm 3. Chaque programme a ses propres règles d'admissibilité et son propre ensemble d'avantages. Les membres doivent rester inscrits dans un Medicare PDP pour rester dans VPharm. Votre Medicare PDP est le premier payeur pour toutes vos ordonnances et votre programme VPharm est le deuxième payeur. Pour que VPharm puisse vous aider à payer votre Medicare PDP, vous devez être inscrit à un régime pour la région du Vermont. De plus, vous devez utiliser un fournisseur VT Medicaid inscrit pour obtenir une couverture de médicaments sur ordonnance par VPharm.

Les programmes VPharm suivants sont gérés par DVHA, et des informations sur la façon de s'inscrire à l'un de ces programmes peuvent être trouvées en contactant le centre d'assistance à la clientèle de Vermont Health Connect & Green Mountain Care au 1-800-250-8427. Appelez du lundi au vendredi, de 8h00 à 17h00. (fermé les jours fériés).

VPharm 1 : Prime et couverture

Les membres de VPharm 1 paient une prime mensuelle de 15 $. En contrepartie, VPharm 1 paie :

- Le montant de votre prime Medicare PDP que Low Income Subsidy (LIS) « Extra Help » ne paie pas, jusqu'à un montant maximal. (Le montant maximal est la référence annuelle fixée par CMS. Ceci change le 1er janvier de chaque année.) **VPharm pourrait ne pas payer si vous êtes inscrit à un Medicare PDP amélioré.**
- Medicare PDP couvre les tickets modérateurs, franchises, co-assurances et lacunes de couverture non couvertes par Low Income Subsidy (LIS ou « Extra Help »), pour les médicaments à court et à long terme couverts par Medicare PDP.
- Des classes spécifiques de médicaments qui ne sont pas couvertes par Medicare PDP (comprend certains médicaments en vente libre et certaines vitamines et produits contre la toux et le rhume)
- Fournitures pour diabétiques
- Un examen complet de la vue et un examen intermédiaire tous les deux ans par un optométriste ou un ophtalmologiste

VPharm 2 : Prime et couverture

Les membres abonnés à VPharm 2 paient une prime mensuelle de 20 $. En contrepartie, VPharm 2 paie :

- Le montant de votre Prime Medicare PDP que Low Income Subsidy (LIS) « Extra Help » ne paie pas, jusqu'à un montant maximal. (Le montant maximal est la référence annuelle fixée par Medicare. Ceci change le 1er janvier de chaque année.) **VPharm pourrait ne pas payer si vous êtes inscrit à un Medicare PDP amélioré.**
- Medicare PDP couvre les tickets modérateurs, les franchises, la coassurance et les lacunes de couverture non couvertes par Low Income Subsidy (LIS) « Extra Help » pour les médicaments couverts par le Medicare PDP qui sont utilisés pour traiter des problèmes médicaux à long terme (couverture des médicaments d'entretien uniquement).
- Des types spécifiques de médicaments utilisés pour traiter des problèmes médicaux à long terme qui ne sont pas couverts par Medicare PDP, tels que certains médicaments en vente libre
- Fournitures pour diabétiques
- Aucune couverture pour les médicaments utilisés pour traiter des problèmes médicaux à court terme ou « aigus » comme le rhume ou la toux

VPharm 3 : Prime et couverture

Les membres abonnés à VPharm 3 paient une prime mensuelle de 50 $. En contrepartie, VPharm 3 paie :

- Le montant de votre Prime Medicare PDP que Low Income Subsidy (LIS) « Extra Help » ne paie pas, jusqu'à un montant maximal. (Le montant maximal est la référence annuelle fixée par Medicare. Ceci change le 1er janvier de chaque année.) **VPharm pourrait ne pas payer si vous êtes inscrit à un Medicare PDP amélioré.** Medicare PDP couvre les tickets modérateurs, les franchises, la coassurance et les lacunes de couverture non couvertes par Low Income Subsidy (LIS) « Extra Help » pour les médicaments couverts par le Medicare PDP qui sont utilisés pour traiter des problèmes médicaux à long terme (couverture des médicaments d'entretien uniquement).
- Des types spécifiques de médicaments utilisés pour traiter des problèmes médicaux à long terme qui ne sont pas couverts par le PDP de Medicare, tels que certains médicaments en vente libre
- Fournitures pour diabétiques
- Aucune couverture pour les médicaments utilisés pour traiter des problèmes médicaux à court terme ou « aigus » comme le rhume ou la toux

Votre Formulaire Medicare PDP

- Pour réduire les coûts, votre Medicare PDP demande aux fournisseurs de prescrire des médicaments à partir d'une liste de médicaments appelée « formulaire (formulary) ».

Certains médicaments figurant sur le formulaire nécessitent une approbation préalable ou une autorisation préalable du Medicare PDP avant de payer le médicament. **Pour faire appel des refus de votre régime d'assurance-médicaments sur ordonnance Medicare (Medicare Prescription Drug Plan), consultez la section « Quand vous n'êtes pas d'accord avec une action (When You Don't Agree with An Action) ».**

Médicaments exclus de Medicare, médicaments en vente libre (OTC)

- Il existe certaines classes de médicaments que les Medicare PDP ne sont pas tenus de couvrir. Ceux-ci sont appelés « médicaments exclus de Medicare (Medicare Excluded Drugs) » et comprennent généralement des médicaments en vente libre, certaines vitamines sur ordonnance et certains produits contre la toux et le rhume. La DVHA couvre certains de ces médicaments, mais certains peuvent nécessiter une approbation préalable pour être couverts. Pour demander une autorisation, votre fournisseur doit remplir un formulaire d'autorisation préalable à partir de : http://dvha.vermont.gov/for-providers/pharmacy-prior-authorization-request-forms et le soumettre au DVHA.
- Un nombre limité de médicaments en vente libre sont couverts par VPharm, et la couverture diffère selon le plan VPharm auquel vous êtes inscrit. Ce sont principalement des médicaments génériques. Une liste complète de ces médicaments est disponible sur le site Web de la DVHA : http://dvha.vermont.gov/for-providers/otcweblist-04-09-18pdf.pdf.
- Nos programmes ne couvrent pas les médicaments considérés comme expérimentaux ou non approuvés par la Federal Drug Administration (FDA).

Tickets modérateurs (ou quotes-parts)

Si vous avez VPharm (1, 2 ou 3), vous aurez un ticket-modérateur de 1 $ ou 2 $.

- Si le coût pour l'État de votre ordonnance est de 29,99 $ ou moins, votre ticket modérateur sera de 1 $.
- Si le coût de l'État est de 30 $ ou plus, votre ticket modérateur sera de 2 $.

Si vous êtes facturé plus de 2,00 $, demandez si le pharmacien a facturé Green Mountain Care ou vous pouvez appeler le centre d'assistance à la clientèle de Green Mountain Care pour obtenir de l'aide.

Votre carte d'identité

Votre carte d'identité Green Mountain Care vous sera envoyée par la poste. Veuillez la présenter lorsque vous vous rendez à la pharmacie. Si vous ne recevez pas votre nouvelle carte d'identité dans le mois suivant l'obtention de cette guide, ou si vous perdez votre carte, appelez le centre d'assistance à la clientèle au 1-800-250-8427 et demandez-en une nouvelle.

Si vous avez une assurance médicament Medicare, montrez à votre fournisseur vos deux cartes d'identité d'assurance.

Fournisseurs participants

Les fournisseurs qui rédigent des ordonnances pour vous - ainsi que la pharmacie où vous remplissez vos ordonnances - doivent être inscrits à nos programmes. La plupart des fournisseurs et des pharmacies du Vermont sont inscrits à nos programmes. Si vous avez des questions sur les fournisseurs et les pharmacies, appelez le centre d'assistance à la clientèle ou pour voir si votre fournisseur ou votre pharmacie est inscrit, rendez-vous sur http://www.vtmedicaid.com et cliquez sur Provider Look-up (Trouvez un fournisseur).

Programmes de pharmacie pour les Vermontois avec Medicare

Des informations sur la façon de s'inscrire à Extra Help (aide supplémentaire) peuvent être trouvées en contactant votre Area Agency on Aging (agence locale sur le vieillissement), le bureau du State Health Insurance Assistance Program (SHIP) (programme d'assistance à l'assurance maladie de l'État) au 1-800-642-5119 ou votre bureau local du Social Security Administration (administration de la sécurité sociale).

Subvention pour les personnes à faible revenu (Low-Income Subsidy [LIS] ou « Extra Help »)

Les membres inscrits à Medicare peuvent bénéficier d'une aide pour payer leurs frais de prescription d'un programme de l'administration du Social Security appelé subvention pour les personnes à faible revenu (LIS), également connu sous le nom « Extra Help ». LIS paie les primes mensuelles, les franchises annuelles et les tickets modérateurs liés à un régime d'assurance des médicaments sur ordonnance de Medicare. Green Mountain Care aidera à couvrir certains coûts qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance des médicaments sur ordonnance de Medicare ou « Extra Help ». Les membres des programmes d'épargne de Medicare (Medicare Savings Programs) sont automatiquement inscrits à la subvention pour les personnes à faible revenu (LIS) ou « Extra Help ». **Certains membres peuvent être tenus de faire une demande d'inscription à la subvention pour les personnes à faible revenu chaque année.** Les informations sur les modalités de candidature sont disponibles sur ce lien : https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10525.pdf.

Programmes d'épargne de Medicare (Medicare Savings Programs)

Certains membres de VPharm à faible revenu pourraient également bénéficier d'une aide pour payer tout ou une partie de leur couverture Medicare Part A & B. Les programmes qui aident les gens à payer pour Medicare A & B sont appelés programmes d'épargne de Medicare. Les fournisseurs doivent faire partie des programmes Medicare et Medicaid si vous souhaitez que les deux programmes paient. Voici la liste des programmes :

Bénéficiaire d'assurance-maladie qualifié (Qualified Medicare Beneficiary [QMB])

Paye les primes, les franchises, la coassurance et les tickets modérateurs de Medicare Part A et Part B.

Bénéficiaires de Medicare à faible revenu spécifique (Specified Low-Income Medicare Beneficiaries [SLMB])

Paye uniquement les primes de Medicare Part B.

Personnes qualifiées (Qualified Individuals [QI-1])

Paye uniquement les primes de Medicare Part B.

Si vous êtes éligible à cette aide, vous en auriez été informé lors de la réception de la lettre sur votre couverture VPharm. **Il n'y a pas de primes mensuelles pour les programmes d'epargne de Medicare.** Si vous n'êtes pas éligible et pensez que vous devriez l'être, veuillez appeler le centre d'assistance à la clientèle pour plus d'informations. Il n'y a pas de primes pour les programmes Medicare Savings Programs.

Payer votre prime du programme VPharm

Il est très important que vous payiez votre prime mensuelle pour nos programmes dès que vous recevez la première facture, afin que la couverture puisse commencer le premier du mois suivant. Vous devez continuer à payer à temps, afin de ne pas perdre votre couverture ou d'avoir une lacune dans votre couverture. Tous les membres de nos programmes de pharmacie, à l'exception du programme Healthy Vermonters, doivent payer une prime au Vermont pour continuer à bénéficier de la couverture des ordonnances.

Si vous perdez votre facture de prime, appelez le centre d'assistance à la clientèle pour savoir combien vous devez payer et comment le faire.

Paiements automatiques

Si vous ne voulez pas vous soucier du paiement de votre facture chaque mois, vous pouvez vous inscrire au prélèvements automatiques où votre paiement est prélevé de votre compte de chèques ou votre compte d'épargne chaque mois.

Si vous avez des questions sur votre prime ou sur la configuration du prélèvement automatique, appelez le centre d'assistance à la clientèle.

Vos droits et responsabilités

Vous avez le droit de :

- Être traité avec respect et courtoisie
- Être traité avec prévenance
- Choisir et changer de fournisseur
- Obtenir des informations à propos des services et des fournisseurs de votre programme
- Obtenir des informations complètes et à jour sur votre santé dans des termes que vous pouvez comprendre
- Participer aux décisions concernant vos soins de santé, y compris des réponses à vos questions et le droit de refuser un traitement
- Demander et obtenir une copie de vos dossiers médicaux et demander que des modifications y soient apportées lorsque vous pensez que les informations sont erronées
- Obtenir un deuxième avis auprès d'un fournisseur qualifié inscrit au Vermont Medicaid
- Vous plaindre de votre programme ou de vos soins de santé (voir page 16 pour plus d'informations)
- Être libre de toute forme de contrainte ou d'isolement utilisée comme moyen d'intimidation, de discipline, de commodité ou de représailles
- Demander un appel si on vous a refusé des services dont vous pensez avoir besoin. Voir page 14 pour plus d'informations.

Vous avez également la responsabilité de prendre soin de votre santé en :

- Informant votre fournisseur de vos symptômes et de vos antécédents médicaux
- Posant des questions lorsque vous avez besoin de plus d'informations ou que vous ne comprenez pas quelque chose

- Suivant les plans de traitement que vous et votre fournisseur avez convenus
- Vous présentant à vos rendez-vous ou en appelant à l'avance pour les annuler si vous ne pouvez pas vous y présenter
- Vous renseignant sur les règles de votre programme afin que vous puissiez tirer le meilleur parti des services que vous pouvez obtenir
- Vous assurant d'avoir la recommandation de votre médecin de soins primaires (Primary Care Physician), si nécessaire, avant de vous adresser à d'autres fournisseurs.
- Payant les primes et les tickets modérateurs, le cas échéant
- Appelant pour annuler ou modifier vos rendez-vous si vous ne pouvez pas vous y rendre

Autres programmes pour les Vermontois

Testaments de vie et directives préalables

Voici un résumé général de la loi sur les directives préalables du Vermont (qui se trouve au titre 18, chapitre 231) et de ce qu'elle signifie pour un patient :

Une « directive préalable » est un document écrit qui peut indiquer qui vous choisissez d'agir en votre nom, qui est votre fournisseur de soins primaires et vos instructions sur vos désirs en matière de soins de santé ou vos objectifs de traitement. Il peut s'agir d'une procuration qui subsiste à l'incapacité pour les soins de santé ou d'un document de soins terminaux. Les directives préalables sont gratuites.

Les adultes peuvent utiliser une directive préalable pour nommer une ou plusieurs personnes et suppléants qui ont le pouvoir de prendre leurs décisions en matière de soins de santé. Dans votre directive préalable, vous pouvez décrire le degré d'autorité de la personne, le type de soins de santé que vous souhaitez ou ne souhaitez pas, et indiquer comment vous souhaitez que les problèmes personnels soient traités, tels que l'organisation des funérailles. La directive préalable peut également être utilisée pour nommer une ou plusieurs personnes pour agir en tant que tuteur si nécessaire ou pour identifier les personnes que vous ne voulez pas prendre de décisions.

Si votre état signifie que vous ne pouvez pas diriger vos propres soins de santé et qu'il ne s'agit pas d'une urgence, les fournisseurs de soins de santé ne peuvent pas vous fournir de soins de santé sans d'abord essayer de savoir si vous avez une directive préalable. Les fournisseurs de soins de santé qui savent que vous avez une directive préalable doivent suivre les instructions de la personne qui a le pouvoir de prendre des décisions en matière de soins de santé pour vous ou suivre les instructions contenues dans la directive préalable.

Un fournisseur de soins de santé peut refuser de suivre les instructions de votre directive préalable en raison d'un conflit moral, éthique ou autre avec les instructions. Cependant, si un fournisseur de soins de santé refuse, il doit vous informer du conflit, si possible, et informer la personne que vous avez désignée pour agir en votre nom; faciliter le transfert de vos soins à un autre fournisseur qui est disposé à honorer les instructions; fournir des soins de santé continus jusqu'à ce qu'un nouveau fournisseur ait été trouvé pour fournir les services; et documenter dans votre dossier médical le conflit, ainsi que les mesures prises pour résoudre le conflit et la résolution du conflit.

Chaque fournisseur de soins de santé, établissement de soins de santé et établissement résidentiel doit élaborer des protocoles pour s'assurer que toutes les directives anticipées des patients soient traitées d'une manière qui respecte strictement toutes les lois et réglementations de l'État.

Vous pouvez appeler la Division of Licensing and Protection au 1-800-564-1612 ou aller en ligne pour déposer une plainte contre quelqu'un qui ne respecte pas la loi. Vous pouvez soumettre une plainte par écrit à :

Division of Licensing and Protection
103 South Main Street, Ladd Hall
Waterbury, VT 05671

Vous pouvez obtenir des informations sur la loi de l'État, les directives anticipées et les testaments de vie en appelant le Vermont Ethics Network au 802-828-2909 ou en visitant leur site Web à l'adresse www.vtethicsnetwork.org.

Le titre 18 est disponible sur www.leg.state.vt.us/statutes/sections.cfm?Title=18&Chapter=231. Vous pouvez obtenir les formulaires dont vous avez besoin ou plus d'informations en vous rendant sur les sites Web répertoriés, en vous adressant à votre fournisseur ou en appelant le centre d'assistance à la clientèle.

Don d'organes

Vous pourriez être intéressé à faire don de vos organes à votre décès. Un donateur peut aider plusieurs personnes. Si vous souhaitez en savoir plus à ce sujet, composez le 1-888-ASK-HRSA pour obtenir des informations gratuites.

Partage d'informations avec votre fournisseur

Pour aider votre fournisseur à s'assurer que vous obtenez les soins de santé que vous devriez avoir, nous pouvons partager des informations avec lui, comme une liste des médicaments que vous prenez, pour éviter de réactions indésirables aux médicaments qui n'interagissent pas bien avec vos autres médicaments. ou des conditions médicales.

Avis de pratiques en matière de confidentialité

Lorsqu'il a été déterminé que vous étiez admissible à nos programmes, vous avez reçu une lettre indiquant que vous étiez admissible. Cette lettre comprenait une copie de notre avis sur les pratiques de confidentialité. La loi fédérale, la Health Insurance Portability and

Accountability Act (HIPAA), exige que nous vous donnions l'avis. L'avis vous informe sur vos droits en matière de confidentialité et sur la manière dont vos informations médicales peuvent être utilisées ou partagées. Si vous avez besoin d'une autre copie de l'avis, vous pouvez appeler le centre d'assistance à la clientèle et demander une copie.

Programme d'assurance de la qualité

Green Mountain Care a un programme d'assurance de la qualité pour s'assurer que vous obteniez des soins de santé de qualité de vos fournisseurs et un bon service de votre programme.

Certains des éléments que nous examinons pour mesurer la qualité des soins de santé sont

- Combien de médicaments les patients utilisent
- Combien de membres reçoivent des soins préventifs de routine
- Combien de membres utilisent la salle d'urgence lorsqu'ils n'ont pas d'urgence
- Comment les fournisseurs de soins de santé physique et les fournisseurs de soins de santé mentale coordonnent les soins
- Dans quelle mesure les membres et les fournisseurs sont-ils satisfaits de nos programmes ?

Nous avons adopté des lignes directrices sur les pratiques exemplaires cliniques pour certaines maladies chroniques que nous encourageons les fournisseurs à suivre afin d'améliorer les résultats sur la santé.

Si vous souhaitez suggérer des façons d'améliorer nos programmes et de faire en sorte que le vôtre fonctionne mieux pour vous, appelez le centre d'assistance à la clientèle. Vos commentaires feront partie de notre analyse d'assurance de la qualité.

Vous pouvez obtenir des informations sur la qualité des soins fournis par les hôpitaux, les maisons de retraite et les prestataires de soins à domicile, ainsi qu'une copie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires cliniques, en vous rendant sur le site web de Department of Vermont Health Access www.greenmountaincare.org ou en appelant le centre d'assistance à la clientèle.

Problèmes et plaintes

Il y a plusieurs choses que vous pouvez faire si vous avez des problèmes pour obtenir vos ordonnances ou si vous avez une plainte. Vous pouvez toujours appeler le centre d'assistance à la clientèle pour obtenir de l'aide. Si les options ci-dessous ne résolvent pas votre problème, vous pouvez passer par le processus d'appel du Vermont. Vous trouverez également de plus amples informations sur ce processus à la page 14 de cette guide.

Lorsque vous n'êtes pas d'accord avec une décision concernant vos prestations pharmaceutiques

Si vous avez un Medicare PDP, la plupart des décisions concernant vos prestations seront prises par eux. Composez le numéro du service client au dos de votre carte d'identité d'assurance Medicare PDP pour savoir comment faire appel d'une décision prise par ce régime. Vous trouverez ci-dessous des informations sur le fonctionnement des appels lorsque vous avez un Medicare PDP et un régime VPharm.

Faire appel des refus de votre Medicare PDP

Votre Medicare PDP a-t-il dit qu'il ne paierait pas le coût de votre médicament parce qu'il a refusé une « autorisation préalable ? » Avant de pouvoir demander à VPharm de le couvrir, vous devez d'abord suivre toutes les règles d'appel de votre Medicare PDP. Il existe plusieurs niveaux d'appel pour les régimes d'assurance médicament Medicare. Vous devrez faire appel à chaque niveau jusqu'à et incluant l'entité d'examen indépendante (**Independent Review Entity/IRE**). *Si* l'IRE maintient le refus, votre médecin prescripteur peut demander de la couverture à VPharm. Il ou elle devra fournir à VPharm une copie de l'avis de l'IRE confirmant le refus.

Votre Medicare PDP a-t-il dit qu'il ne paiera pas votre médicament parce qu'il « n'est pas couvert »? Si tel est le cas, vous n'avez pas à passer par la procédure d'appel de Medicare Part D. Votre médecin prescripteur devra soumettre une demande de couverture à VPharm. Il ou elle devra joindre la documentation du Medicare PDP indiquant que le médicament n'est pas couvert.

VPharm vous fera parvenir, ainsi qu'à votre médecin prescripteur, sa décision sur votre demande de couverture. Si VPharm prend la décision (appelée « adverse benefit determination ») de refuser, limiter, réduire ou arrêter un avantage, vous pouvez également demander que cette décision soit réexaminée. Voir ci-dessous pour plus d'informations sur l'appel d'une décision de VPharm.

Pensez-vous que la décision de VPharm est erronée ? La première étape consiste à demander un appel interne.

Un appel interne demande à la DVHA de réexaminer une décision que nous avons prise. Quelqu'un au DVHA qui n'a pas été impliqué dans la première décision examinera votre cas et vous dira ce qu'il ou elle a décidé. C'est ce qu'on appelle un « appel interne ». Dans la plupart des cas, vous devez le faire avant de pouvoir demander une audience d'État équitable (State Fair Hearing).

Vous avez 60 jours pour faire appel. Les 60 jours commencent à compter de la date à laquelle la DVHA vous a envoyé l'avis de décision. Votre fournisseur peut faire la demande d'appel si vous le lui demandez. Vous pouvez faire appel par écrit ou par téléphone.

Il existe deux manières de faire appel :

1. Appelez le centre de soutien à la clientèle au 1-800-250-8427
2. Envoyez une lettre à :

   Department of Vermont Health Access
   Health Care Appeals Team
   150 Pilgrim Park – 3rd Floor
   Waterbury, VT 05671-4030

Avons-nous réduit ou arrêté les prestations pharmaceutiques que vous recevez déjà ? Vous pouvez conserver vos prestations pendant votre appel interne mais vous devez faire la demande. Vous n'avez que 11 jours pour faire cette demande, ou jusqu'avant la date d'entrée en vigueur de la nouvelle décision, selon le plus tardive de ces deux délais. Les 11 jours commencent à compter de la date à laquelle le DVHA vous a envoyé l'avis. Pour continuer à profiter de vos avantages, appelez le centre de soutien du service à la clientèle au 1-800-250-8427.

Que se passe-t-il lors d'un appel interne? La DVHA organisera une réunion pour réexaminer sa décision. Vous pouvez participer. Vous pouvez vous représenter vous-même ou demander à quelqu'un de vous représenter. Votre fournisseur peut parler ou donner des informations au DVHA. **Besoin d'aide ?** Vous pourrez peut-être obtenir des conseils juridiques gratuits auprès du Legal Aid's Office of the Health Advocate au 1-800-917-7787 ou https://vtlawhelp.org/appeals-0

Le DVHA doit prendre une décision sur votre appel dans un délai de 30 jours. Un appel peut parfois prendre plus de temps. La DVHA peut prendre 14 jours de plus, mais seulement si cela peut vous aider (par exemple, votre fournisseur a besoin de plus de temps pour envoyer des informations, ou vous ne pouvez pas vous rendre à une réunion ou à un rendez-vous dans le délai initial). Le délai maximal est de 44 jours pour qu'une décision soit prise.

Avez-vous besoin que la DVHA rende une décision plus rapidement sur votre appel ? Contactez-nous si le délai d'attente pourrait mettre en risque grave votre santé ou votre vie. Si le DVHA décide que vous êtes admissible à un appel plus rapide (appelé « appel accéléré »), vous obtiendrez une décision dans un délai de 72 heures. Le DVHA peut prendre plus de temps si cela peut vous aider. Un appel accéléré peut avoir un délai maximal de 17 jours.

Que faire si vous n'êtes pas d'accord avec la décision de l'appel interne ? Vous pouvez demander une audience d'État équitable. Voir ci-dessous pour plus d'informations.

Vous n'êtes pas d'accord avec la décision de l'appel interne ? Vous pouvez demander une audience d'État équitable.

Un agent d'audience du Human Services Board entendra votre cas. Ils décident si le DVHA a pris la bonne décision.

Dans la plupart des cas, vous devez terminer le processus d'appel interne du DVHA avant de pouvoir demander une audience d'État équitable (appelée « épuisement »). Mais, si le DVHA ne rend pas une décision sur votre appel interne dans le délai imparti, vous pouvez demander une audience d'État équitable sans avoir encore reçu de décision.

Vous avez 120 jours pour demander une audience d'État équitable. Les 120 jours commencent à la date figurant sur la lettre vous informant de la décision d'appel interne.

Il existe trois façons de demander une audience d'État équitable :

1. Appelez le centre d'assistance à la clientèle au 1-800-250-8427 ou appelez directement la Commission des services sociaux (Human Services Board) au 802-828-2536
2. Envoyez une lettre à : Human Services Board, 14-16 Baldwin Street, 2nd Floor, Montpelier, VT 05633-4302
3. Envoyer un e-mail à : AHS.COHSBContact@vermont.gov

Avons-nous réduit ou arrêté les prestations pharmaceutiques que vous recevez déjà ? Vous pouvez conserver vos prestations pendant votre audience d'État équitable. Vous devez en faire la demande dans un délai de 11 jours. Les 11 jours commencent à compter de la date à laquelle le DVHA vous a envoyé sa décision de l'appel interne. Pour continuer à profiter de vos avantages, appelez le centre de soutien du service à la clientèle au 1-800-250-8427.

Que se passe-t-il lors d'une audience d'État équitable? L'agent d'audience du Human Services Board organisera une réunion pour examiner à nouveau la décision de son DVHA. Vous pouvez participer. Vous pouvez vous représenter vous-même ou demander à quelqu'un de vous représenter. Votre prestataire peut parler ou donner des informations à l'agent d'audience. **Besoin d'aide ?** Vous pourrez peut-être obtenir des conseils juridiques gratuits auprès du Legal Aid's Office of the Health Advocate au 1-800-917-7787 ou https://vtlawhelp.org/fair-hearing-how-prepare-what-expect

Le Human Services Board doit rendre une décision sur votre cas dans les 90 jours suivant la date à laquelle vous avez demandé pour la première fois une audience équitable.

Avez-vous besoin que l'agent d'audience rende une décision sur votre cas plus rapidement ? Contactez-nous si le délai d'attente pourrait mettre en risque grave votre santé ou votre vie. Si vous êtes admissible à une audience d'État équitable accélérée (appelée « expedited State Fair Hearing »), vous obtiendrez une décision dans un délai de trois jours ouvrables.

Prolongement des prestations pharmaceutiques

Nous vous disons ci-dessus que vous pouvez faire en sorte que vos prestations pharmaceutiques restent les mêmes pendant votre appel interne et le processus de votre audience d'État équitable si vous effectuez la demande dans un délai de 11 jours.

Autres éléments que vous devez savoir sur les prestations pharmaceutiques prolongées :

- Si vous avez payé vos prestations, vous serez remboursé du montant que vous avez payé si l'appel ou l'audience est décidé en votre faveur.
- Si l'État a payé les prestations prolongées et que le refus est confirmé, vous devrez peut-être payer le coût de toutes les prestations que vous avez reçues pendant que l'appel était en attente d'une décision.
- Vous pouvez demander le prolongation des prestations en même temps que vous demandez l'appel ou audience équitable.
- Le service ne peut pas continuer si votre appel ou votre audience concerne une prestation qui a pris fin ou a été réduite en raison d'une modification de la loi fédérale ou de l'État.
- Si votre Fair Hearing concerne votre prime, vous devez la payer avant la date d'échéance de la prime ou votre couverture prendra fin. Vous serez remboursé du montant que vous avez payé en trop si l'appel ou l'audience est décidé en votre faveur.

Griefs

Un grief nous dit que vous pensez que vous n'avez pas été traité correctement ou que vous n'êtes pas d'accord avec des choses comme la distance de votre fournisseur de soins de santé, le temps qu'il vous faut pour obtenir un rendez-vous, la façon dont vous avez été traité par le personnel, la qualité de les soins de santé fournis ou d'être lésés après avoir exercé vos droits. Vous pouvez déposer un grief à tout moment. Quelqu'un qui n'a pas participé à ce qui vous est arrivé examinera votre grief. Le ministère vous enverra une lettre sur ce qu'ils ont trouvé dans un délai 90 jours.

Il existe deux façons de déposer un grief :

1. Appelez le centre de soutien à la clientèle au 1-800-250-8427
2. Envoyez une lettre à :

Department of Vermont Health Access
Health Care Appeals Team
150 Pilgrim Park – 3rd Floor
Waterbury, VT 05671-4030

Si vous avez déposé un grief et n'êtes pas satisfait de notre revue, vous pouvez demander un examen du grief (Grievance Review). Une personne neutre examinera votre Grief pour s'assurer que le processus de Grief a été suivi. Vous recevrez une lettre avec les résultats de l'examen.

Le dépôt d'un grief ou d'un appel auprès de Green Mountain Care ne sera pas utilisé contre vous ou votre fournisseur. Si vous avez besoin d'aide avec n'importe quelle partie du processus de réclamation ou d'appel, les membres du personnel de Green Mountain Care peuvent vous aider - il suffit de demander. Vous pouvez demander à un membre de votre famille, à un ami ou à une autre personne (comme un fournisseur) de vous aider à demander un appel ou une audience équitable, ou à déposer un grief. Vous devrez dire à l'État que vous souhaitez que cette personne agisse en votre nom. Cette personne peut également vous représenter pendant le processus. Si vous ne savez pas quoi faire pour l'une de ces demandes ou pour obtenir de l'aide sur l'une des étapes, veuillez appeler le centre de soutien à la clientèle au 1-800-250-8427 pour obtenir de l'aide. Vous pouvez également contacter l'Office of the Health Care Advocate au 1-800-917-7787 ou vtlawhelp.org/health pour obtenir de l'aide.

Demande en raison de motif valable et d'adversité

Si vous participez à un programme VPharm et rencontrez des problèmes pour vous inscrire ou obtenir une couverture de votre nouveau Medicare PDP, vous devriez contacter le Medicare PDP (ou demander à une personne de confiance de le contacter en votre nom). Faites tout ce que vous pouvez pour résoudre le problème avec le Medicare PDP. Si cela ne fonctionne pas et que le fait de ne pas avoir votre ordonnance est susceptible de vous causer un préjudice grave, vous pouvez soumettre une demande de motif valable et d'adversité au Vermont pour obtenir de l'aide avec la procuration de vos médicaments jusqu'à ce que le problème avec votre plan Medicare PDP soit résolu. Pour ce faire, appelez le centre d'assistance à la clientèle au 1-800-250-8427.

Besoin d'aide?

Vermont Health Connect, centre d'assistance à la clientèle de Green Mountain Care

Vermont Health Connect et le centre de soutien à la clientèle de Green Mountain Care sont là pour vous aider. Ils peuvent répondre à vos questions sur votre programme et vous aider si vous avez des problèmes pour obtenir des soins de santé.

Le personnel du soutien à la clientèle est disponible de 8h00 à 17h00 du lundi au vendredi (fermé les jours fériés).

Signaler des modifications

Vous êtes tenu de signaler ces changements dans les 10 jours suivant le changement :

- Changements dans votre revenu ou votre ménage
- Changements d'adresse
- La naissance ou l'adoption d'enfants
- Décès
- Autre assurance maladie dont vous bénéficiez

L'Office of the Health Care Advocate (HCA)

L'Office of Health Care Advocate est disponible pour vous aider avec des problèmes concernant vos soins de santé ou vos prestations. Le HCA Office peut également vous aider avec les griefs, les appels DVHA et les audiences équitables. Vous pouvez contacter le bureau Health Care Advocates au 1-800-917-7787 ou vtlawhelp.org/health

Informations supplémentaires

Nous sommes contents de fournir des informations aux membres sur nos programmes, services et fournisseurs. En plus du contenu de cette guide, vous pouvez également obtenir des informations telles que :

- Une liste des fournisseurs dans votre région qui participent à nos programmes
- Règles et régulations du programme
- Notre plan pour l'amélioration de la qualité
- Informations plus détaillées sur les services couverts

Vous pouvez également vous renseigner sur l'admissibilité et les avantages du programme sur le Web à l'adresse www.greenmountaincare.org.

Autres programmes non pharmaceutiques

D'autres programmes et services sont disponibles pour les enfants, les adultes et les familles. Le transport vers ces services peut être disponible en fonction du programme auquel vous êtes inscrit. Pour plus d'informations sur l'admissibilité au transport, appelez le centre d'assistance à la clientèle. Certains de ces programmes comportent des critères d'admissibilité supplémentaires. Si vous avez des questions ou souhaitez savoir si vous êtes éligible, appelez le numéro du programme spécifique indiqué ci-dessous.

Services de jour pour adultes

Les services de jour pour adultes offrent une gamme de services pour aider les personnes âgées et les adultes handicapés à rester aussi indépendants que possible dans leur propre maison. Les services de jour pour adultes sont fournis dans des centres de jour communautaires non résidentiels, créant un environnement sûr et favorable dans lequel les personnes peuvent accéder à la fois aux services de santé et aux services sociaux. Pour plus d'informations, appelez Division of Disabilities, Aging and Independent Living (DAIL) au (802) 241-2401 ou rendez-vous sur https://asd.vermont.gov/services/adult-day-services.

Programme de services d'auxiliaires

Ce programme soutient la vie autonome des adultes handicapés qui ont besoin d'aide physique pour les activités quotidiennes. Les participants au programme embauchent, forment, supervisent et planifient leur(s) préposé(s) aux soins personnels. Pour plus d'informations, appelez Division of Disabilities, Aging and Independent Living (DAIL) au (802)-241-2401 ou rendez-vous sur https://asd.vermont.gov/services/attendant-services-program.

Services intégrés pour enfants (Children's Integrated Services [CIS])

CIS est une ressource pour les femmes enceintes ou post-partum et les familles avec enfants de la naissance à six ans. Les équipes ont une expertise en travail social et en soutien familial; santé maternelle/infantile et soins infirmiers; développement de l'enfant et intervention précoce; santé mentale de la petite enfance et de la famille; garde d'enfants; et d'autres spécialités (par exemple, nutrition, orthophonie). Pour plus d'informations, contactez Department for Children and Families Child Development Division au (802) 241-3110 ou 1-800-649-2642 ou rendez-vous sur https://dcf.vermont.gov/child-development/cis.

Services intégrés pour enfants - Intervention précoce (Children's Integrated Services - Early Intervention [CIS-EI])

C'est un programme spécial pour les enfants de moins de 3 ans qui ont des handicaps ou des retards de développement. Fournit des services d'intervention précoce aux nourrissons, aux tout-petits et aux familles. Pour plus d'informations, appelez Vermont Family Network au 1-800-800-4005.

Services de soins personnels pour enfants (Children's Personal Care Services)

Children's Personal Care Services est un service de soins directs au sein de Children with Special Health Needs (CSHN) - est un service Medicaid disponible pour les personnes de moins de 21 ans qui ont un handicap ou un état de santé important à long terme qui affecte considérablement leur développement selon leur âge et la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ). L'objectif de Children's Personal Care Services (CPCS) est de fournir une aide supplémentaire aux soins personnels de l'enfant. Pour plus d'informations, composez le 1-(800)-660-4427 ou le (802)-863-7338 ou rendez-vous sur https://www.healthvermont.gov/children-youth-families/children-special-health-needs/personal-care-services.

Les cliniques Children with Special Health Needs (CSHN)

Ce programme offre des cliniques et des services de coordination des soins pour les enfants ayant des besoins de santé particuliers. Ils aident également à couvrir certains frais de soins de santé qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie ou Dr Dynasaur. Appelez Vermont Department of Health au 1-(800)-660-4427 ou (802)-863-7338 ou rendez-vous sur https://www.healthvermont.gov/family/special-health-needs.

Choix de soins (Choices for Care)

Choix de soins est un programme de soins de longue durée pour payer les soins et le soutien des personnes âgées du Vermont et des personnes avec des handicapées physiques. Le programme aide les personnes dans leurs activités quotidiennes à la maison, dans un établissement de soins améliorés ou dans un établissement de soins infirmiers. Les fournisseurs sont des centres de jour pour adultes, des agences régionales sur le vieillissement, les résidences avec services d'assistance, des agences de soins à domicile, des établissements de soins infirmiers et des foyers de soins pour bénéficiaires internes. Pour plus d'informations, composez le (802) 241-0294 ou allez à https://asd.vermont.gov/services/choices-for-care-program.

Services aux personnes avec des déficiences de développement

Les services aux personnes avec des déficiences de développement aident à garder les personnes de tout âge qui ont une déficience de développement à vivre à la maison avec leur famille. Les services comprennent la gestion de cas, services d'emploi, de soutien

communautaire et de relève. Les fournisseurs doivent être des fournisseurs de services aux personnes ayant une déficience de développement ou des organismes de services intermédiaires pour les personnes qui gèrent elles-mêmes les services. Pour plus d'informations, appelez Department of Disabilities, Aging and Independent Living (DAIL) au (802) 241-0304 ou rendez-vous sur https://ddsd.vermont.gov/.

Programme d'aide financière

Un programme volontaire qui peut aider les familles avec les coûts après assurance des soins de santé de leur enfant lorsque les services ont été prescrits ou préautorisés par un programme clinique du CSHN. Appelez le ministère de la Santé du Vermont au 1-(800)-660-4427 ou (802)-863-7338 ou rendez-vous sur https://www.healthvermont.gov/children-youth-families/children-special-health-needs/care-coordination.

Financement familial flexible

Le financement familial flexible est destiné aux personnes de tout âge qui ont une déficience intellectuelle et qui vivent avec leur famille, ou aux familles qui vivent avec et soutiennent un membre de la famille ayant une déficience de développement. Le programme reconnaît que les familles, en tant que soignants, offrent le foyer le plus naturel et le plus chaleureux pour les enfants et pour de nombreux adultes ayant une déficience de développement. Les fonds fournis peuvent être utilisés à la discrétion de la famille pour des services et des soutiens au profit de l'individu et de la famille. Les fournisseurs de services sont des fournisseurs de services de développement (agences désignées). Pour plus d'informations, appelez Department of Disabilities, Aging and Independent Living (DAIL), Developmental Services Division au (802) 241-0304 ou rendez-vous sur https://ddsd.vermont.gov/flexible-family-funding.

Soins infirmiers de haute technologie (High Technology Nursing Care)

Le programme de soins infirmiers de haute technologie est un programme intensif de soins infirmiers à domicile pour les personnes qui dépendent de la technologie pour survivre ou qui ont des besoins médicaux complexes. Les objectifs sont de soutenir la transition de l'hôpital ou d'autres soins institutionnels vers le domicile et d'éviter le placement en établissement. Pour plus d'informations sur les personnes de plus de 21 ans, appelez Department of Disabilities, Aging and Independent Living (DAIL) au (802) 241-0294 ou rendez-vous sur https://asd.vermont.gov/services/adult-high-technology-services.

Le programme de soins à domicile pédiatriques de haute technologie (Pediatric High Technology Home Care Program) est supervisé par Children with Special Health Needs pour les personnes de moins de 21 ans. Pour plus d'informations, composez le 1-(800)-660-4427 ou au (802)-863-7338 ou rendez-vous sur https://www.healthvermont.gov/children-youth-families/children-special-health-needs/high-tech-nursing.

Services d'aide ménagère (Homemaker Services)

Le programme d'aide ménagère du Vermont (Vermont Homemaker Program) aide les personnes âgées de 18 ans et avec des incapacités qui ont besoin d'aide pour leurs besoins personnels ou les tâches ménagères pour vivre à la maison. Les services comprennent les courses, le nettoyage et la lessive. Les services aident les personnes à vivre chez elles de façon autonome dans un environnement sain et sécuritaire. Les prestataires sont des Agences de Santé à Domicile. Pour plus d'informations, appelez Department of Disabilities, Aging and Independent Living (DAIL) au (802) 241-0294 ou rendez-vous sur https://asd.vermont.gov/tags/homemaker.

Cliniques spéciales

Il s'agit de cliniques pédiatriques multidisciplinaires, gérées ou améliorées par du personnel infirmier et médico-social, créant un système de services direct et complet, centré sur la famille et axé sur les soins. Ces cliniques se spécialisent en cardiologie; développement de l'enfant; cranio-facial/fente labiale et palatine; fibrose kystique; épilepsie/neurologie; main; polyarthrite rhumatoïde juvénile ; métabolique; myéloméningocèle; dystrophie musculaire; orthopédique; rhizotomie et d'autres conditions. Appelez Vermont Department of Health au 1-(800)-464-4343 ou (802)-863-7200 ou rendez-vous sur www.healthvermont.gov. www.healthvermont.gov.

Services spéciaux

Les infirmières ou les travailleurs sociaux médicaux du CSHN basés dans les bureaux de district de Health Department régional fournissent une assistance pour l'accès et la coordination des soins de santé spécialisés non disponibles dans les cliniques de services directs du CSHN. Appelez Vermont Department of Health au 1-(800)-464-4343 ou au (802)-863-7200 ou rendez-vous sur www.healthvermont.gov.

Programme de détection et d'intervention auditive précoce du Vermont (Vermont Early Hearing Detection and Intervention Program)

Le programme de détection et d'intervention auditive précoce du Vermont (VTEHDI) offre du soutien, de la formation et la gestion des soins aux familles et à leurs bébés, ainsi qu'aux fournisseurs communautaires. Ces partenariats vous donne un accès facile aux recommandations opportuns pour des tests de diagnostic et des services d'intervention précoce. Pour plus d'informations sur l'un de ces programmes, veuillez composer le 1-(800)-537-0076 ou au (802)-651-1872 ou rendez-vous sur https://www.healthvermont.gov/family/health-care/hearing-health.

Santé mentale

L'État du Vermont passe des contrats avec des agences désignées à travers l'État pour fournir une gamme de services de santé mentale aux personnes et aux familles souffrant de détresse émotionnelle élevée, de maladie mentale ou de difficultés comportementales suffisamment graves pour perturber leur vie. Les services varient d'une agence à l'autre, mais les programmes de base sont disponibles dans toutes les agences désignées. Les coordonnateurs à l'accueil de chaque site travaillent avec les individus pour déterminer les programmes et les services qui sont disponibles pour répondre aux besoins de la personne. En outre, des organismes désignés offrent l'accès, au besoin, à plusieurs services à l'échelle de l'État pour les soins intensifs en établissement, les lits d'urgence ou de déviation hospitalière et les soins aux patients hospitalisés. Pour contacter le Département de la santé mentale (Department of Mental Health), composez le (802) 241-0090 ou rendez-vous sur www.mentalhealth.vermont.gov.

Services ambulatoires pour adultes (Adult Outpatient Services)

Ce programme offre des services qui varient d'une agence à l'autre et les listes d'attente sont fréquentes. Les services peuvent comprendre l'évaluation, l'aide psychologique, la prescription de médicaments et le suivi, ainsi que des services pour les personnes de soixante ans et plus ayant besoin de soins de santé mentale. Certains services sont disponibles par l'intermédiaire de prestataires privés, et certaines personnes peuvent y être référées.

Services à l'enfance, à l'adolescence et à la famille (Child, Adolescent, and Family Services)

Ce programme offre des services de traitement et de soutien aux familles afin que les enfants et les adolescents ayant des problèmes de santé mentale puissent vivre, apprendre et grandir en bonne santé dans leur école et leur communauté. Ces services comprennent le dépistage, les services de prévention, les soutiens sociaux, le traitement, le l'aide psychologique et l'intervention en cas de crise.

Réadaptation communautaire et traitement (Community Rehabilitation and Treatment)

Ce programme fournit des services de santé mentale centrés sur la communauté pour permettre aux individus de vivre avec un maximum d'indépendance dans leur communauté avec leur famille, leurs amis et leurs voisins. Les services CRT complets ne sont disponibles que pour les adultes atteints d'une maladie mentale grave et persistante avec des diagnostics éligibles qui répondent à des critères d'éligibilité supplémentaires, notamment l'utilisation des services et les antécédents d'hospitalisation, la gravité de l'incapacité et les déficiences fonctionnelles.

Services d'urgence

Ce programme fournit des services d'urgence en santé mentale vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept aux individus, aux organisations et aux communautés. Les services

d'urgence essentiels peuvent inclure de l'assistance téléphonique, des évaluations en personne, des aiguillages et des consultations.

Programme de traumatisme crânien (Traumatic Brain Injury Program)

Ce programme aide les Vermontois âgés de 16 ans ou plus diagnostiqués avec une lésion cérébrale modérée à grave. Il détourne ou renvoie les personnes des hôpitaux et des établissements vers des services communautaires. Il s'agit d'un programme basé sur la réadaptation et axé sur les choix, destiné à aider les personnes à atteindre leur autonomie optimale et à les aider à retourner au travail. Pour plus d'informations, appelez Department of Disabilities, Aging and Independent Living (DAIL) au (802) 241-0294 ou rendez-vous sur https://asd.vermont.gov/services/tbi-program.

Programme pour les femmes, les nourrissons et les enfants (WIC)

WIC est un programme de nutrition qui fournit des aliments sains, une éducation nutritionnelle, un soutien à l'allaitement aux personnes enceintes ou qui viennent d'avoir un bébé, ainsi qu'aux nourrissons et aux enfants jusqu'à l'âge de 5 ans. Toute personne inscrite à Medicaid est éligible au programme WIC. Pour plus d'informations et pour postuler au programme WIC en ligne, rendez-vous sur www.healthvermont.gov/family/wic ou envoyez VTWIC par SMS au 855-11.

Vous trouverez plus d'informations sur les ressources de votre communauté sur www.vermont211.org.

Attention! Si vous avez besoin d'aide dans votre langue, veuillez composer le 1-800-250-8427

Attention! Si vous avez besoin d'assistance dans votre langue, appelez le 1-800-250-8427

¡Atención! Si necesita ayuda en su idioma, por favor llame al 1-800-250-8427

Pažnja! Ako vam je potrebna pomoć na vašem jeziku, pozovite 1-800-250-8427

Ogow! Haddii aad u baahan tahay in lagugu caawiyo luqaddada, fadlan wac 1-800-250-8427

သတိပြုရန်! မိတ်ဆွေသည် သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အကူအညီ လိုပါက၊
ကျေးဇူးပြုပြီး 1-800-250-8427 ကိုခေါ်ပါ။

ध्यान दिनुहोस्! तपाईंलाई आफ्नो भाषामा मद्दत चाहिएको छ भने कृपया
1-800-250-8427-मा फोन गर्नुहोस्।

Muhimu! Kama wahitaji usaidizi kwa lugha yako, tafadhali piga simu 1-800-250-8427