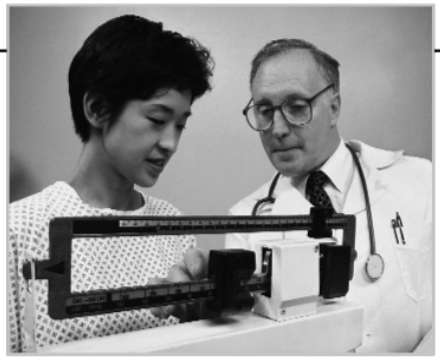

Department Of Vermont Health Access

Guide

du programme de soins de santé

GreenMountainCare
A HEALTHIER STATE OF LIVING

Table des matières

Table des matières 2
Bienvenue à votre programme Green Mountain Care 4
Noms des programmes 4
Votre carte Green Mountain Care 4
Soins de santé et aiguillages 5
Prestataire de soins primaires (PCP) 5
Services de santé après les heures d'ouverture 5
Spécialistes 5
Si votre médecin n'accepte pas Green Mountain Care 5
Visites de contrôle régulières 6
Medicaid et Dr. Dynasaur 6
Ce qui est couvert par votre programme (des services que vous pouvez obtenir) 6
Tickets modérateurs pour Medicaid 7
Primes 7
EPSDT 8
Ce qui n'est pas couvert par votre programme 8
Obtenir des services couverts par les programmes Medicaid et Dr. Dynasaur 9
Exceptions 9
Autorisation préalable 9
Équipement médical durable (DME) 10
Médicaments et autorisation préalable 11
Urgences 12
Lorsque vous devez payer 12
Si vous recevez une facture 13
Si vous avez une autre assurance 13
Vos droits et responsabilités 13
Vous avez le droit de 13
Testaments de vie et directives préalables 14
Don d'organes 15
Le partage d'informations avec votre prestataire de soins primaires (PCP) 16
Avis de pratiques de confidentialité 16
Assurance de la qualité 16
Que faire lorsque vous n'êtes pas d'accord avec une décision que nous avons prise 17
Griefs 23
Besoin d'aide? 23

Centre de soutien à la clientèle de Vermont Health Connect et Green Mountain Care....23
Le Office of the Health Care Advocate (HCA)....24
Informations Complémentaires....24
Autres programmes....24
Services de jour pour adultes....24
Programme de services d'auxiliaires....24
Services intégrés pour enfants (CIS)....24
Services intégrés pour enfants - Intervention précoce (CIS-EI)....25
Services de soins personnels pour enfants....25
Cliniques pour enfants ayant des besoins de santé spéciaux (CSHN)....25
Choix de soins....25
Services aux personnes ayant une déficience de développement....25
Programme d'aide financière....26
Financement familial flexible....26
Soins infirmiers de haute technologie....26
Services d'aide ménagère....26
Cliniques spéciales....27
Services spéciaux....27
Programme de détection et d'intervention auditive précoce du Vermont....27
Santé mentale....27
Services ambulatoires pour adultes....28
Services à l'enfance, à l'adolescence et à la famille....28
Réadaptation communautaire et traitement....28
Services d'urgence....28
Programme de traumatisme crânien....28
Programme pour les femmes, les nourrissons et les enfants (WIC)....28
Attention! Si vous avez besoin d'aide dans votre langue, veuillez composer le 1-800-250-8427....29

2022

Bienvenue au programme Green Mountain Care

La première partie de cette guide contient des informations générales sur les programmes qui s'appliquent à tous nos programmes de soins de santé. Les sections suivantes donnent des informations sur le programme auquel vous êtes inscrit. Si vous ne savez pas dans quel programme vous êtes inscrit ou si vous avez des questions, 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). Ce numéro se trouve également au dos de votre carte Green Mountain Care.

Green Mountain Care encourage les fournisseurs à offrir des services couverts de qualité et médicalement nécessaires à tous les membres, et n'encourage pas les médecins à limiter, refuser ou restreindre les services couverts médicalement nécessaires. Green Mountain Care ne fera aucune discrimination à votre encontre sur la base des conditions interdites par le gouvernement fédéral. Plus d'informations sur les programmes Green Mountain Care sont disponibles en appelant le centre de soutien à la clientèle au 1-800-250-8427.

Si vous souhaitez annuler votre couverture Green Mountain Care, appelez au centre d'assistance à la clientèle Vermont Health Connect et Green Mountain Care au 1-800-250-8427. Pour annuler votre couverture par écrit, veuillez envoyer votre demande par courrier à :

DCF/Economic Services Division
ADPC
103 South Main Street
Waterbury, VT 05671-1500

Noms des programmes

Medicaid est un programme de soins de santé pour les enfants, les parents, les soignants, les personnes âgées, les personnes handicapées qui sont conformes aux directives du programme et certains adultes sans enfants qui répondent à certaines conditions d'admissibilité. Les soins de longue durée de Medicaid sont disponibles pour les personnes qui répondent aux critères médicaux (tels que déterminés par Department of Disabilities, Aging, and Independent Living) et aux directives sur les revenus et les ressources.

Dr Dynasaur offre la couverture Medicaid à bas coût ou gratuite pour les enfants, les adolescents de moins de 19 ans et les femmes enceintes.

Votre carte Green Mountain Care

Votre carte d'identité vous sera envoyée par la poste. Veuillez la montrer lorsque vous sollicitez des soins de santé. 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 autre assurance maladie, montrez à votre fournisseur vos deux cartes d'identité d'assurance.

Soins de santé et aiguillage

Prestataire de soins primaires (PCP)

Le mot « primaire » signifie premier. Votre PCP est la personne que vous appelez en premier lorsque vous avez besoin de soins médicaux. Votre PCP fournira la plupart de vos soins de santé et travaillera avec vous pour organiser des soins spécialisés lorsque vous en aurez besoin.

Si vous avez un nouveau PCP, demandez à votre ancien PCP d'envoyer vos dossiers médicaux à votre nouveau PCP. Appelez votre nouveau PCP pour dire que les enregistrements arrivent. Il est important que votre PCP ait votre dossier médical.

Services de santé après les heures d'ouverture

Essayez de voir votre PCP pour des problèmes médicaux pendant les heures normales de bureau. Si vous avez un problème de santé urgent lorsque le cabinet de votre fournisseur de soins primaires (PCP) est fermé, vous pouvez appeler le cabinet de votre PCP et demander de l'aide ou des conseils.

Le bureau de votre PCP aura quelqu'un disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept pour vous aider. Veuillez consulter la section de cette guide intitulée **Urgences** pour plus d'informations sur les urgences et les soins urgents.

Spécialistes

Un spécialiste est quelqu'un qui a une formation supplémentaire et travaille sur certains types de problèmes de santé. Par exemple, si vous avez des problèmes cardiaques, votre PCP vous aidera à obtenir un rendez-vous avec un cardiologue. C'est ce qu'on appelle un « aiguillage ». Dans la plupart des cas, vous devez consulter votre PCP avant de vous rendre chez un spécialiste. Votre PCP peut vous aider à décider si vous avez besoin d'un spécialiste et vous aider à choisir lequel consulter. Vous devez obtenir une recommandation de votre PCP avant de vous rendre chez un spécialiste qui n'est pas un fournisseur de Medicaid. Si vous n'obtenez pas de recommandation de votre PCP avant de partir, vous devrez peut-être payer pour la visite.

Si votre médecin n'accepte pas Green Mountain Care

Si vous recevez les services d'un fournisseur qui ne fait pas partie de votre programme, vous pourrez peut-être continuer à utiliser les services de ce fournisseur jusqu'à 60 jours après votre adhésion au programme. Ceci ne peut se produire que si :

- Vous souffrez d'une maladie potentiellement mortelle, **ou**
- Vous avez une maladie invalidante ou dégénérative, **ou**
- Vous êtes enceinte de plus de trois mois, **et**

- Le fournisseur s'engage à accepter les tarifs du programme et à suivre les règles du programme.

Pour obtenir une prolongation de 60 jours ou pour en savoir plus sur les aiguillages et les fournisseurs de nos programmes, appelez le centre de soutien à la clientèle au 1-800-250-8427. Vous pouvez également voir quels fournisseurs acceptent Green Mountain Care en vous rendant sur vtmedicaid.com, et en cliquant sur Recherche de fournisseur (Provider Look-up). Les prestataires répertoriés comme « hors réseau (out of network) » pourraient ne pas accepter l'assurance Green Mountain Care.

Tout fournisseur que vous visitez doit accepter Green Mountain Care. S'ils ne le font pas, ils ne seront pas payés par Green Mountain Care pour vous traiter et vous devrez payer pour les services. Si vous avez une autre assurance maladie qui peut payer tout ou une partie du traitement, votre fournisseur doit accepter les deux régimes d'assurance maladie.

Visites de contrôle régulières

Il est toujours préférable de prévenir les problèmes de santé avant qu'ils ne surviennent. Une façon de le faire est d'avoir des visites de contrôle régulières avec votre PCP. Votre médecin peut vous aider à décider de la fréquence des examens. Demandez à votre fournisseur de soins primaires quels sont les examens de santé spécifiques que vous devriez subir en fonction de votre âge et de vos facteurs de risque individuels.

Le ministère de la Santé du Vermont (Vermont Department of Health) a des conseils sur les visites de contrôle. Pour plus d'informations, appelez le ministère de la Santé du Vermont au 1-800-464-4343, ou visitez le site Web à www.healthvermont.gov.

Medicaid et Dr Dynasaur

Ce qui est couvert par votre programme (des services que vous pouvez obtenir)

La plupart des programmes Green Mountain Care couvrent les visites de prestataires et de spécialistes, les soins hospitaliers, les ordonnances et de nombreux autres services avec certaines règles et limites. Vous devriez d'abord consulter votre fournisseur de soins primaires avant de prendre rendez-vous pour des services avec un spécialiste. Votre fournisseur doit contacter les services de fournisseur (Provider Services) pour s'assurer que le service est couvert pour vous avant de fournir le service. Si vous avez une question sur un service qui ne figure pas dans la liste, appelez le Centre d'assistance à la clientèle au 1-800-250-8427.

- Des soins hospitaliers ambulatoires que vous recevez sans être admis à l'hôpital;
- Services d'urgence;
- Hospitalisation (comme la chirurgie et les séjours de nuit à l'hôpital);
- Soins de grossesse, de maternité et du nouveau-né (avant et après la naissance);
- Services de santé mentale et de troubles liés à l'utilisation de substances, y compris le traitement de la santé mentale (cela comprend le service de consultation et la psychothérapie);
- Médicaments sur ordonnance;
- Services et appareils de réadaptation et d'adaptation (services et appareils pour aider les personnes blessées, handicapées ou souffrant de maladies chroniques à acquérir ou à récupérer des compétences mentales et physiques);
- Services de laboratoire;
- Services de prévention et de bien-être et gestion des maladies chroniques;
- Services dentaires, visuels et auditifs;
- Services pédiatriques; et
- Transport médical non urgent.

Tickets modérateurs pour Medicaid

- Les membres de Medicaid paient 3 $ pour chaque visite chez le dentiste.
- Les membres de Medicaid paient 1 $, 2 $ ou 3 $ pour les ordonnances.
- Les clients de Medicaid paient 3 $ par jour et par hôpital pour les visites à l'hôpital en consultation externe.

Certains services fournis dans un cabinet à l'extérieur de l'hôpital sont des services hospitaliers ambulatoires. Demandez à votre fournisseur si un service sera facturé comme une visite ambulatoire à l'hôpital. Si c'est le cas, votre ticket modérateur sera de 3 $.

La plupart des enfants, des femmes enceintes et des personnes en maison de retraite n'ont pas à payer de ticket modérateur. Les personnes inscrites au programme de traitement du cancer du sein et du col de l'utérus (Breast and Cervical Cancer Treatment Program) n'ont pas à payer de tickets modérateurs.

Vous n'avez pas à payer de tickets modérateurs pour :

- Services préventifs
- Services et fournitures de planification familiale
- Services d'urgence
- Services liés aux agressions sexuelles

Primes

Certains membres de Dr Dynasaur pourraient devoir payer une prime mensuelle. Le montant des foyers dépend du revenu familial, de la taille et du statut d'assurance maladie. Lorsque vous recevez votre première facture, il est important de la payer immédiatement afin que votre couverture puisse commencer. Continuez à payer à temps pour ne pas perdre votre couverture. Si vous perdez la facture de votre prime,

appelez le Centre d'assistance à la clientèle pour savoir combien vous devez payer et comment le faire.

Qu'est-ce que le EPSDT?

EPSDT est Medicaid et Dr. Dynasaur pour les enfants et les jeunes de moins de 21 ans. Son but est de garder les enfants en aussi bonne santé que possible. EPSDT signifie Early Periodic Screening Diagnostic Treatment (traitement diagnostique de dépistage périodique précoce). Ça devrait :

- Détecter les problèmes tôt, dès la naissance
- Inclure des visites de contrôle chez le médecin à des heures régulières
- Utiliser des tests de contrôle pour détecter tout problème
- Effectuer des tests de suivi si des problèmes sont détectés et
- Traiter tout problème de santé trouvé

Comment fonctionne EPSDT

EPSDT est une loi fédérale. Il est stipulé que l'État doit payer pour tout service de soins de santé médicalement nécessaire. **Médicalement nécessaire** signifie que c'est pour ce problème de santé **et** que c'est ce que la plupart des médecins feraient pour traiter le problème. Il paie pour plus de services que Medicaid ne couvre pour les adultes. Certains services doivent d'abord être approuvés via le processus d'autorisation préalable.

Couverture EPSDT

- Visites de contrôle régulières
- Tests sur la façon dont l'enfant grandit et apprend
- Vaccins
- Tests oculaires
- Tests auditif
- Tests pour l'empoisonnement au plomb
- Visites dentaires
- Services de consultation

À quelle fréquence un enfant passe-t-il des visites de contrôle?

Il existe une liste des visites de contrôle que les enfants et les jeunes doivent subir chaque année. Pour voir la liste, cliquez **ICI**. Cliquez **ICI** pour voir la liste des examens dentaires.

EPSDT ne paie pas :

- Des services ou articles qui ne figurent pas dans les lois fédérales sur Medicaid (article 1905 (a) de la loi sur la sécurité sociale [Social Security Act]).
- Des soins expérimentaux qui ne sont pas sécuritaires ou qui ne fonctionnent pas.
- Des services ou articles coûteux, si des options moins chers fonctionneront tout aussi bien.

- Des services non médicales.

Pour plus d'informations, visitez www.dvha.vermont.gov/members ou composez le 1-800-250-8427.

Ce qui n'est pas couvert par votre programme

- Des blessures liées au travail qui devraient être couvertes par l'indemnisation des accidents du travail (Worker's Compensation),
- Des frais de services ordonnés par le tribunal, sauf s'ils sont également médicalement nécessaires,
- Des services expérimentaux ou de recherche,
- Des services cosmétiques (services pour améliorer votre apparence),
- Des services qui ne sont pas médicalement nécessaires,
- L'acupuncture, acupression ou massothérapie,
- Des traitement de fertilité (services qui vous aident à tomber enceinte),
- Des adhésion aux clubs de santé, et
- Des soins de santé à l'étranger.

Obtenir des services couverts par les programmes Medicaid et Dr Dynasaur

Exceptions

Lorsqu'un service n'est pas couvert par Medicaid pour les adultes de 21 ans et plus, vous pouvez demander que le service soit couvert pour vous. Le Centre d'assistance à la clientèle peut vous aider à soumettre cette demande. Vous et votre fournisseur serez invités à donner des informations au ministère d'accès à la Santé du Vermont (Department of Vermont Health Access) sur le service et le besoin d'obtenir ce service. Nous vous enverrons une réponse par la poste dans un délai d'environ 30 jours. Toutes les prestations médicalement nécessaires sont couvertes par EPSDT pour toute personne de moins de 21 ans. Si un service n'est pas répertorié comme couvert, votre fournisseur doit demander qu'il soit accepté avec une autorisation préalable.

Pour en savoir plus sur ce processus ou pour demander une exception, appelez le Centre d'assistance à la clientèle au 1-800-250-8427. Les formulaires sont également disponibles en ligne sur www.dvha.vermont.gov/members/vermont-medicaid-programs/member-information/coverage-exceptions

Autorisation préalable

Green Mountain Care travaille avec des médecins, des infirmières et d'autres professionnels pour s'assurer que les soins de santé que vous recevez soient médicalement nécessaires. Certains services et médicaments doivent être approuvés avant de pouvoir les obtenir. C'est ce qu'on appelle une autorisation préalable. Vos fournisseurs savent quels sont ces services et ces médicaments, et ils demanderont une autorisation préalable pour vous .

Les décisions concernant l'autorisation préalable sont prises dans un délai de trois jours si toute la documentation requise est reçue pour la revue. Vous et votre fournisseur recevrez une lettre vous informant de la décision. Une autorisation préalable n'est pas nécessaire pour les services d'urgence.

Équipement médical durable (DME)

L'équipement médical durable (DME) est quelque chose que vous pouvez utiliser pour rendre votre vie plus facile avec votre condition médicale. Les fauteuils roulants et les lits d'hôpitaux sont des exemples de DME.

J'ai Medicaid et j'ai besoin de DME. Comment puis-je l'obtenir ?

1. **Votre fournisseur vous référera à un évaluateur pour une évaluation.**

   - La plupart des évaluateurs sont des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes. L'évaluateur établira une évaluation avec vous. Il pourrait avoir un délai d'attente pour l'évaluation si l'évaluateur est très occupé. Il pourrait également avoir un délai d'attente si le fournisseur du DME a besoin de vous aider à essayer l'équipement. Le vendeur du DME est l'entreprise qui fournit l'équipement.

   - *Remarque :* Si le DME dont vous avez besoin est simple, vous n'aurez peut-être pas besoin d'une évaluation. Si votre fournisseur dit que vous n'avez pas besoin d'une évaluation, passez à l'étape 2.

   - L'évaluateur décidera du type de DME dont vous avez besoin et enverra un formulaire d'évaluation à votre fournisseur.

2. **Votre fournisseur rédigera une ordonnance.**

   - Votre fournisseur signera le formulaire d'évaluation et enverra une ordonnance pour le DME au fournisseur.

3. **Le fournisseur du DME demandera à Medicaid une autorisation préalable.**

   Si vous n'avez PAS besoin d'autorisation préalable, passez à l'étape 5.

   - Si vous avez besoin d'une autorisation préalable pour le DME, le fournisseur enverra des informations sur vous et le DME dont vous avez besoin à Medicaid. Autorisation préalable signifie que Medicaid doit donner son autorisation avant que vous puissiez obtenir l'équipement.

   - Un examinateur clinique examinera vos informations. L'examinateur décidera si vous avez un besoin médical pour l'équipement.

   - L'examinateur clinique pourrait avoir besoin de plus d'informations pour décider si vous avez un besoin médical pour l'équipement. Si l'examinateur a besoin de plus d'informations, Medicaid demandera au fournisseur du DME de l'envoyer. Le fournisseur doit envoyer les informations dans un délai de 12 jours. Une fois que Medicaid ait toutes les informations, l'examinateur devra prendre une décision dans un délai de 72 heures.

- Si le DME fait partie d'une visite de santé à domicile, vous devrez avoir une visite avec votre fournisseur la première fois que le DME est commandé

4. Medicaid vous enverra un Avis de décision (Notice of Decision)

- Medicaid vous informera de la décision en vous envoyant une lettre appelée Avis de décision. Medicaid enverra également la lettre à votre fournisseur et au fournisseur du DME. À Vermont, le ministère d'accès à la Santé du Vermont (DVHA) gère Medicaid, donc les lettres proviendront du DVHA.

5. Le fournisseur du DME obtiendra le DME pour vous.

Si Medicaid donne son autorisation, le fournisseur du DME vous donnera le DME ou le commandera pour vous.

Si Medicaid ne l'approuve PAS, vous pouvez faire appel de la décision. Pour faire appel, appelez le Centre d'assistance à la clientèle au 1-800-250-8427. Medicaid a travaillé beaucoup pour raccourcir le temps qu'il faut pour approuver une demande de DME dans le Vermont. Pour les fauteuils roulants complexes, cela prend environ 9 jours. C'est plus court que le temps requis par les règles de Medicaid. C'est également plus court que la moyenne nationale. Pour un équipement simple, le temps est plus court. Si vous avez Medicaid et Medicare ou un autre régime d'assurance, ce processus peut prendre plus de temps.

Médicaments et autorisation préalable

Green Mountain Care, comme d'autres compagnies d'assurance, s'efforce de fournir une couverture santé de qualité à coût abordable. Pour aider à réduire les coûts, Green Mountain Care demande aux fournisseurs de prescrire des médicaments à partir d'une liste de médicaments préférés. Certains médicaments de la Liste des médicaments préférés (Preferred Drug List) sont des médicaments génériques moins chers. Ils fonctionnent de la même manière que les médicaments plus chers annoncés par les compagnies pharmaceutiques. Les prestataires doivent rédiger l'ordonnance et les pharmaciens doivent fournir le médicament équivalent le moins cher qui est médicalement approprié. Si vous refusez la substitution, votre programme Green Mountain Care pourrait ne pas couvrir le médicament non préféré.

Les médicaments pour certains traitements de longue durée doivent vous être donnés en réserves de 90 jours. Ce sont des médicaments pris régulièrement pour gérer certains problèmes de santé. Ils dépendent de la situation de la personne et comprennent, sans toutefois s'y limiter, des médicaments pour gérer l'hypertension artérielle, le cholestérol et le diabète. La première fois que vous essayez le médicament, la période peut être plus courte pendant que vous et votre fournisseur décidez si le médicament vous convient. Après, vous obtiendrez un approvisionnement de 90 jours.

Si votre fournisseur pense que vous avez besoin d'un médicament non préféré ou ne devrait pas être pour un approvisionnement de 90 jours, il ou elle peut demander l'autorisation de payer pour ce médicament. Si vous souhaitez obtenir une copie de la

liste des médicaments préférés ou de la liste des médicaments qui nécessitent un approvisionnement de 90 jours, appelez le Centre d'assistance à la clientèle ou rendez-vous sur http://dvha.vermont.gov/for-providers/preferred-drug-list-clinical-criteria.

Urgences

Une urgence est une maladie, un problème de santé physique ou un problème de santé mentale soudain et inattendu, avec des symptômes qui, selon vous, pourraient constituer une menace sérieuse pour votre santé ou votre vie si vous ne recevez pas immédiatement des soins médicaux. Voici quelques exemples, mais les urgences ne se limitent pas à cette liste :

- De la douleur thoracique
- Des os cassés
- Des convulsions ou crises d'épilepsie
- Du saignement sévère
- Des brulûres sévères
- De la douleur sévère
- Des crises de santé mentale

Les services post-urgence pour vous assurer que votre santé soit stable après une urgence sont également couverts.

Les services médicaux d'urgence tels que les points de suture, la chirurgie, les radiographies ou d'autres procédures sont également couverts.

Si vous avez une urgence, composez le 911 ou rendez-vous immédiatement à la salle d'urgence ou à l'hôpital le plus proche pour des soins d'urgence. Vous n'avez pas besoin d'une aiguillage de votre PCP pour des soins d'urgence. Informez votre PCP de ce qui s'est passé dès que possible.

Si vous avez besoin de soins d'urgence lorsque vous êtes hors du réseau (out of network), Green Mountain Care fera tout son possible pour contacter le fournisseur afin que nous puissions payer la facture. Donnez les informations et toute facture reçue au centre de support client au 1-800-250-8427.

Veuillez noter que Green Mountain Care ne peut garantir que les fournisseurs hors réseau choisiront d'accepter votre assurance Green Mountain Care

Lorsque vous devez payer

Si vous ne respectez pas les règles du programme, vous devrez peut-être payer vous-même les services. Voici des exemples de cas où cela peut se produire :

- Si le service nécessite un aiguillage ou une autorisation préalable et que vous ne l'obtenez pas avant d'obtenir le service;

- Si vous choisissez de les services d'un prestataire qui n'accepte pas Green Mountain Care; et
- Si votre fournisseur vous dit que le service n'est pas couvert et que vous décidez de l'avoir quand même.

Assurez-vous de dire à votre fournisseur que vous êtes inscrit à Green Mountain Care. Ils vous diront s'ils n'acceptent pas votre assurance.

Suivez les règles de votre programme si vous ne voulez pas recevoir de factures pour vos soins médicaux.

Si vous recevez une facture

Si vous suivez les règles de votre programme, vous ne devriez pas recevoir de factures pour les services médicaux couverts, à l'exception des tickets modérateurs que vous pourriez avoir. Si vous recevez une facture, procédez comme suit :

- Ouvrez la facture tout de suite,
- Appelez le fournisseur et assurez-vous qu'il sache que vous êtes inscrit à Green Mountain Care, et
- Appelez le Centre de soutien à la clientèle au 1-800-250-8427 pour obtenir de l'aide.
- Ne payez pas la facture avant d'avoir appelé le Centre d'assistance à la clientèle. Green Mountain Care ne peut émettre des paiements qu'aux fournisseurs. Si vous payez pour un service, nous ne pouvons pas vous rembourser.

Si vous avez une autre assurance

Si vous avez une autre assurance, vous devez suivre les règles de votre autre régime d'assurance. Visitez des fournisseurs qui sont dans votre régime d'assurance et dans nos programmes. Votre fournisseur doit d'abord facturer votre autre assurance. Nos programmes peuvent aider à couvrir ce que votre autre assurance ne couvre pas.

Vos droits et responsabilités

Vous avez le droit de

- Être traité avec respect et courtoisie,
- Être traité avec prévenance,
- Choisissez et changer vos prestataires,
- 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,
- Être impliqué dans les décisions concernant vos soins de santé, y compris des réponses à vos questions et le droit de refuser du traitement,
- Demander et obtenir une copie de votre dossier médical et 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,
- Discuter des préoccupations concernant votre programme ou vos soins de santé (voir page 20 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, et
- Demandez un appel si on vous a refusé des services dont vous pensez avoir besoin. Voir page 19 pour plus d'informations.

Vous avez 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 ;
- Respecter vos rendez-vous ou appeler à l'avance pour les annuler si vous ne pouvez pas vous y rendre;
- Connaître les règles de votre programme afin que vous puissiez tirer le meilleur parti des services que vous pouvez obtenir;
- Vous assurant d'avoir des aiguillages de votre PCP (si nécessaire) avant de vous adresser à d'autres prestataires ;
- Payant les primes et les tickets modérateurs, le cas échéant;
- Appelant pour annuler ou reporter vos rendez-vous si vous ne pouvez pas vous y rendre

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 durable pour les soins de santé ou d'un document de soins terminaux. Les directives anticipées sont gratuites.

Un adulte peut utiliser une directive préalable pour nommer une ou plusieurs personnes et suppléants qui ont le pouvoir de prendre des décisions en matière de soins de santé pour vous. Vous pouvez décrire le degré d'autorité confié à une personne, le type de soins de santé que vous souhaitez ou ne souhaitez pas, et dire comment vous souhaitez que les problèmes personnels soient traités, tels que les arrangements funéraires. La directive anticipée peut également être utilisée pour nommer une ou plusieurs personnes pour servir de tuteur si nécessaire ou pour identifier les personnes que vous ne voulez pas prendre vos 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 en informer, si possible, ainsi que la personne que vous avez désignée pour agir en votre nom au sujet du conflit; aider à transférer vos soins de santé 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, 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 des licences et de la protection (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 présenter une réclamation écrite 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 préalables 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 http://legislature.vermont.gov/statutes/chapter/18/231. 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.

Le partage d'informations avec votre prestataire de soins primaires (PCP)

Pour aider votre PCP à s'assurer que vous obtenez les soins de santé dont vous avez besoin, votre nom peut figurer sur une liste que nous lui remettons. Certaines de ces listes peuvent concerner :

- Des patients diabétiques qui n'ont pas fait examiner leurs yeux au cours de la dernière année,
- Des femmes qui n'ont pas subi de test de Papanicolaou ou de mammographie récemment,
- Des enfants qui ne sont pas à jour dans leurs vaccinations,
- Des patients qui prennent des médicaments pour aider à éviter les réactions adverses des médicaments qui ne se mélangent pas, et
- Les enfants qui sont en retard sur leurs examens de routine.

Avis de pratiques de confidentialité

Lorsqu'il a été déterminé que vous étiez admissible à nos programmes, vous avez reçu une lettre indiquant que vous étiez admissible ainsi qu'une copie de notre avis sur les pratiques de confidentialité (Notice of Privacy Practices). 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 en demander une copie. Cet avis peut également être consulté par voie électronique en visitant www.humanservices.vermont.gov/privacy-documents.

Si vous estimez que vos droits à la vie privée ont été violés, veuillez contacter le responsable de la confidentialité d'AHS au 802-241-2234 ou visitez www.humanservices.vermont.gov/policy-legislation/hipaa/hipaa-info-beneficiaries/health-information-complaints/.

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 de soins de santé.
Certaines éléments que nous examinons pour aider à mesurer la qualité des soins de santé sont :

- Quelle quantité 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 prestataires de soins de santé physique et les prestataires de soins de santé mentale coordonnent les soins, et
- 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 pour la santé.
Si vous souhaitez suggérer des moyens 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 revue d'assurance de la qualité.

Vous pouvez obtenir des informations sur la qualité des soins fournis par les hôpitaux, les maisons de retraite, les prestataires de soins à domicile ou une copie des lignes directrices sur les meilleures pratiques cliniques en vous rendant sur www.dvha.vermont.gov/members/vermont-medicaid-programs/member-informations/autres ressources ou en appelant le Centre d'assistance à la clientèle au 1-800-250-8427.

Que faire lorsque vous n'êtes pas d'accord avec une décision que nous avons prise

Vous pouvez faire appel. Cela signifie demander à quelqu'un d'examiner votre cas et de voir si nous avons fait une erreur. Continuez à lire pour en savoir plus.

La première étape consiste à décider de ce que vous voulez faire appel

- Faites-vous appel pour déterminer si vous pouvez obtenir ou conserver Medicaid/Dr. Dynasuar, VPharm, ou un programme d'épargne Medicare (Medicare Savings Program)? OU faites-vous appel d'une prime?
    - Si c'est le cas, voir ci-dessous le titre « Que faire si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision d'éligibilité ».
- Faites-vous appel pour déterminer si vous pouvez si votre Medicaid/Dr. Dynasaur couvre les services de soins de santé?
    - Si oui, voir ci-dessous le titre « Que faire si vous n'êtes pas d'accord avec une décision concernant vos services de soins de santé ».

Que faire si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision d'éligibilité.

Vous pouvez faire appel en demandant une audience d'État équitable (State Fair Hearing). Un agent d'audience de la Commission des services sociaux (Human Services Board) entendra votre cas. Ils décideront si Vermont Medicaid a pris la bonne décision.

Vous disposez de 90 jours pour demander une audience d'État équitable. Les 90 jours commencent à compter de la date à laquelle vous faites appel sur l'avis de décision.

Il y a 3 façons de demander une audience d'État équitable :

- Par téléphone - appelez le Centre de soutien à la clientèle au 1-800 250-8427 ;
- En ligne - rendez-vous sur AHS.DVHAHealthCareAppealsTeam@vermont.gov sur Internet. Si vous avez un compte en ligne VHC, vous pouvez faire appel à partir de votre compte ;

- Par écrit – envoyer une lettre à :
  Human Services Board
  14-16 Baldwin St., 2nd Floor
  Montpelier, VT 05633-4301

  Dans la lettre ou l'e-mail, indiquez votre nom, votre date de naissance et votre numéro de téléphone. Indiquez l'objet de votre appel et la raison.

Avons-nous arrêté votre Medicaid/Dr. Dynasaur, VPharm ou programme d'épargne Medicare? Vous pouvez conserver la même couverture de soins de santé pendant votre audience d'État équitable. C'est ce que nous appelons la « continuation des avantages ». Voir la rubrique ci-dessous, **Continuation of Benefits- Other Things You Need to Know – (Eligibility and Services).**
Vous devez en faire la demande dans les 11 jours suivant l'avis ou avant l'entrée en vigueur du changement, selon le plus tardive de ces deux délais. Les 11 jours commencent à compter de la date à laquelle Vermont Medicaid vous a envoyé sa décision. Vous devez continuer à payer votre prime à temps pendant votre appel ou votre couverture pourrait prendre fin. Pour continuer à bénéficier de vos prestations de soins de santé pendant votre appel, il est préférable d'appeler le centre d'assistance du service clientèle au 1-800-250-8427.

Faites-vous appel au sujet de votre prime ? Vous devez continuer à payer votre prime à temps au montant qu'elle était avant que nous vous envoyions une lettre vous informant qu'elle a changé. Si vous ne le faites pas, votre couverture peut prendre fin. Nous vous rembourserons le montant que vous avez payé en trop si vous gagnez votre audience d'État équitable.

Que se passe-t-il lorsque vous demandez une audience d'État équitable ?

Vermont Medicaid examinera votre cas avant d'envoyer votre demande d'audience d'État équitable au conseil des services sociaux (Human Services Board). Nous pouvons prendre jusqu'à 15 jours pour déterminer si nous avons fait une erreur. Un membre de l'équipe des appels en matière de soins de santé (Health Care Appeals Team) vous contactera pour discuter de votre appel. Nous pourrons peut-être résoudre votre problème sans que vous ayez à vous rendre à une audience d'État équitable.

Si nous ne pouvons pas changer notre décision, nous enverrons votre demande au conseil des services sociaux. Vous recevrez une lettre de leur part. L'agent d'audience qui décidera de votre cas organisera une réunion pour obtenir des informations afin de décider si Vermont Medicaid a fait une erreur. Il est important que vous participiez à cette réunion. Vous pouvez vous représenter vous-même ou demander à quelqu'un de vous représenter.

Combien de temps faudra-t-il pour obtenir une décision? Le conseil des services sociaux doit rendre une décision sur votre cas dans les 90 jours suivant la date à laquelle vous avez fait appel pour la première fois.

Avez-vous besoin d'une décision plus rapide? Dites-nous si l'attente nuira gravement à votre santé ou à votre vie. Si vous êtes admissible à une audience d'État équitable plus rapide (appelée « audience d'État équitable accélérée »), une décision concernant votre appel sera prise aussi rapidement que possible si vous obtenez Medicaid si vous êtes aveugle, handicapé ou âgé de 65 ans ou plus. Si vous obtenez Medicaid pour une autre raison, vous obtiendrez une décision dans les 7 jours.

Que faire si vous n'êtes pas d'accord avec une décision concernant vos services de soins de santé.

La première étape consiste à demander un appel interne.
Dans un appel interne, quelqu'un de Vermont Medicaid qui n'a pas été impliqué dans la première décision examinera votre cas et prendra une nouvelle décision. Dans la plupart des cas, vous devez avoir un appel interne avant de pouvoir demander une audience d'État équitable.

Vous avez 60 jours pour demander un appel interne. Les 60 jours commencent à compter de la date à laquelle Vermont Medicaid vous a envoyé l'avis de décision. Votre fournisseur peut demander l'appel pour vous si vous le souhaitez.

Il existe 3 façons de demander un appel interne :

- Par téléphone - appelez le centre de soutien à la clientèle au 1-800-250-8427 (ATS/TTY) 1-888-834-7898
- En ligne - envoyez un e-mail à AHS.DVHAHealthCareAppealsTeam@vermont.gov
- Par la poste - envoyer une lettre à :

  Vermont Health Connect and Green Mountain Care
  Customer Support Center
  101 Cherry St., Suite 320
  Burlington, VT 05401

  Dans la lettre ou l'e-mail, indiquez votre nom, votre date de naissance et votre numéro de téléphone. Indiquez l'objet de votre appel, y compris les services que vous avez demandés et si vous avez été refusé.

Avons-nous interrompu ou arrêté les services de soins de santé dont vous bénéficiez déjà ? Vous pourrez peut-être conserver vos services pendant votre appel interne. Vous devez le demander dans les 11 jours ou avant leur échéance, selon le plus tardive de ces deux délais. Les 11 jours commencent à compter de la date à laquelle Vermont Medicaid vous a envoyé l'avis. C'est ce que nous appelons la « continuation des avantages ». Voir la rubrique ci-dessous, **Continuation of Benefits- Other Things You Need to Know – (Eligibility and Services).**

Pour continuer à bénéficier de vos services, il est préférable d'appeler le centre d'assistance du service client au 1-800-250-8427 pour faire la demande.

Que se passe-t-il lors d'un appel interne ? Vermont Medicaid organisera une réunion pour obtenir des informations afin qu'il puisse revoir sa décision. Vous devriez participer à cette réunion. Vous pouvez vous représenter vous-même ou demander à quelqu'un de vous représenter. Votre fournisseur peut communiquer avec ou donner des informations à Vermont Medicaid.

Vermont Medicaid doit généralement rendre une décision sur votre appel interne dans les 30 jours. Cela peut prendre 14 jours de plus, mais seulement si vous le demandez ou si le délai est à votre faveur. (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 pour qu'une décision soit prise est de 44 jours.

Avez-vous besoin d'une décision plus rapide de la part de Vermont Medicaid? Dites-nous si l'attente nuira gravement à votre santé ou à votre vie. Si Vermont Medicaid décide que vous êtes admissible à un appel plus rapide (appelé « appel accéléré »), vous obtiendrez une décision dans un délai de 72 heures. Vermont Medicaid peut prendre plus de temps si vous le demandez ou cela pourrait vous aider. Un appel accéléré peut durer au maximum 17 jours.

Vous avez le droit de savoir comment nous en sommes arrivés à la décision de votre appel. Vous pouvez voir les documents, les règles et les preuves que nous avons utilisés. Vous pouvez voir comment nous avons décidé si ce que vous avez demandé était médicalement nécessaire. Vous pouvez obtenir des exemplaires gratuits de tous ces documents. Pour demander des copies, appelez notre centre de soutien à la clientèle au
1-800-250-8427.

Besoin de conseil juridique ou d'aide supplémentaire? Vous pourrez peut-être obtenir de l'aide gratuite de l'aide juridique du Vermont (Vermont Legal Aid). Appelez leur Bureau du défenseur des soins de santé (Office of Health Care Advocate) au 1-800-917-7787. OU allez sur leur site Web à https://vtlawhelp.org/ sur Internet. Remplissez le formulaire

Vous n'êtes pas d'accord avec la décision d'appel interne? Vous pouvez demander une audience d'État équitable. Un agent d'audience de la Commission des services sociaux (Human Services Board) entendra votre cas. Ils décideront si Vermont Medicaid a pris la bonne décision.

Dans la plupart des cas, vous devez terminer la procédure d'appel interne avant de pouvoir demander une audience d'État équitable (appelée « épuisement »). Mais, si Vermont Medicaid ne rend pas de décision sur votre appel interne avant la date limite, vous pouvez demander une audience d'État équitable sans attendre une décision. Si nous prenons plus de :

- 30 jours pour un appel interne OU
- 44 jours si vous ou nous avons demandé plus de temps car le délai vous aiderait
- S'il s'agit d'un appel accéléré, 72 heures OU
- Pour un appel accéléré, 17 jours si vous ou nous avons demandé plus de temps car le délai vous aiderait

Vous disposez de 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 y a 2 façons de demander une audience d'État équitable :

- Par téléphone - appelez le Centre de soutien à la clientèle au 1-800-250-8427 (ATS/TTY) 1-888-834-7898 OU appelez le conseil des services sociaux (Human Services Board) au 802-828-2536
- Par la poste - envoyez une lettre à :

  Human Services Board
  14-16 Baldwin St., 2nd Floor
  Montpelier, VT 05633-4301

  Dans la lettre, inscrivez votre nom, votre date de naissance et votre numéro de téléphone. Indiquez l'objet de votre appel, y compris les services que vous avez demandés et si vous avez été refusé.

Avons-nous interrompu ou arrêté les services de soins de santé dont vous bénéficiez déjà ? Vous pouvez conserver vos services pendant votre audience d'État équitable. MAIS vous devez le demander dans les 11 jours suivant la décision d'appel interne. Vous devez faire la demande à nouveau même si vous avez demandé à Vermont Medicaid de maintenir vos services pendant que vous attendiez votre appel interne. Les 11 jours commencent à compter de la date à laquelle Vermont Medicaid vous a envoyé sa décision d'appel. C'est ce que nous appelons la « continuation des avantages ». Voir la rubrique ci-dessous, **Continuation of Benefits- Other Things You Need to Know – (Eligibility and Services).**

Pour continuer à bénéficier de vos services, il est préférable d'appeler le centre d'assistance du service client au 1-800-250-8427.

Que se passe-t-il lorsque vous demandez une audience d'État équitable ? Vous recevrez une lettre du conseil des services sociaux. L'agent d'audience qui entendra votre cas organisera une réunion pour obtenir des informations afin de décider si Vermont Medicaid a fait une erreur. Il est important que vous participiez. Vous pouvez vous représenter vous-même ou demander à quelqu'un de vous représenter. Votre prestataire peut parler ou donner des informations a l'auditeur d'audience.

Combien de temps faudra-t-il pour obtenir une décision sur votre audience d'État équitable ? Le conseil des services sociaux doit rendre une décision sur votre cas dans les 90 jours suivant la date à laquelle vous avez demandé pour la première fois un appel interne. Ceci ne prend PAS en compte les jours que vous avez pris pour demander une audience d'État équitable après avoir reçu la décision d'appel interne de Vermont Medicaid.

Avez-vous besoin d'une décision plus rapidement ? Dites-nous si l'attente nuira gravement à votre santé ou à votre vie. Si vous êtes admissible à une audience d'État équitable rapide (appelée « audience équitable accélérée »), vous obtiendrez une décision dans un délais de 3 jours ouvrables.

Prolongation des avantages - Autres choses que vous devez savoir - (Admissibilité et services)

- Si vous avez payé les services de votre poche, nous pourrions être tenus de vous rembourser le montant que vous avez payé si l'appel ou l'audience est tranché en votre faveur.
- Si nous avons payé les prestations continues et que vous perdez votre appel, vous devriez peut-être payer le coût de toutes les prestations que vous avez reçues pendant que l'appel était en instance.
- Vous pouvez demander des prestations continues en même temps que vous demandez l'appel interne ou une audience d'État équitable.
- Les services ou les prestations de santé ne peuvent pas continuer si votre appel interne ou audience d'État équitable concerne un service ou une prestation de soins de santé qui a pris fin ou a été réduit en raison d'une modification de la loi fédérale ou de l'État.

Avez-vous besoin de conseil juridique ou d'aide supplémentaire pour votre appel?

Vous pourrez peut-être obtenir de l'aide **gratuite** de l'aide juridique du Vermont (Vermont Legal Aid). Appelez leur Bureau du défenseur des soins de santé (Office of Health Care Advocate) au **1-800-917-7787**. **OU** allez sur leur site Web à https://vtlawhelp.org/ sur Internet. Remplissez le formulaire.

Autres types de plaintes concernant vos services de soins de santé - vous pouvez déposer un grief

Un grief est une plainte concernant des sujets qui ne peuvent faire l'objet d'un appel, comme l'emplacement ou la commodité de consulter votre fournisseur de soins de santé, la qualité des soins de santé fournis ou le fait d'avoir subi un préjudice après avoir exercé vos droits. Vous pouvez déposer un grief à tout moment. Vous pouvez déposer un grief en appelant le Centre d'assistance à la clientèle au 1-800-250-8427

Que faire si vous n'êtes pas satisfait de la façon dont votre grief est traité? Vous pouvez demander une revue de votre grief. Une personne neutre examinera votre grief pour s'assurer que le processus de grief ait été traité équitablement. Vous recevrez une lettre avec les résultats de la revue.

Besoin d'aide?

Centre de soutien à la clientèle de Vermont Health Connect et Green Mountain Care

Le centre de support à la clientèle de Vermont Health Connect & Green Mountain Care est là pour vous aider. Ils peuvent répondre à des questions sur votre programme, vous aider à choisir ou à changer de PCP et vous aider si vous avez des difficultés à obtenir des soins de santé.

Le personnel du centre de soutien à la clientèle est disponible de 8h00 à 17h00, du lundi au vendredi (fermé les jours fériés) au 1-800-250-8427 ou TDD 1-888-834-7898.

Signalez les modifications dans les 10 jours suivant la modification :

- Des changements dans votre revenu ou votre ménage;
- Des changements d'adresse;
- La naissance ou l'adoption d'enfants;
- Des décès; et
- Des autres régimes d'assurance maladie que vous obtenez.

Le Bureau du défenseur des soins de santé (Office of the Health Care Advocate [HCA])

Le Bureau du défenseur des soins de santé est disponible pour vous aider avec des problèmes concernant vos soins de santé ou vos prestations. Le Bureau du défenseur des soins de santé peut également vous aider avec des griefs, des appels et des audiences équitables. Vous pouvez appeler le bureau du HCA au 1-800-917-7787.

Informations supplémentaires

Nous sommes heureux de fournir des informations aux membres sur nos programmes, services et fournisseurs. En plus du contenu de cette guide, vous pouvez également contacter le centre de support à la clientèle au 1-800-250-8427 ou visiter le site Internet www.dvha.vermont.gov pour des informations supplémentaires ou des questions.

Autres programmes

D'autres programmes et services sont disponibles pour les enfants, les adultes et les familles. Le transport vers ces services peut être disponible selon le programme auquel vous êtes inscrit. Pour plus d'informations sur l'éligibilité 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 la division du développement de l'enfant du département des enfants et des familles (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 aux nourrissons, aux tout-petits et aux familles des services d'intervention précoce. Pour plus d'informations, appelez le Réseau familial du Vermont (Vermont Family Network) au 1-800-800-4005.

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

Les services de soins personnels pour enfants sont des services de soins directs au sein du Children with Special Health Needs (CSHN) - c'est un service Medicaid disponible pour les personnes de moins de 21 ans qui ont un handicap ou un état de santé grave à long terme qui affecte considérablement le développement selon leur âge et la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ). L'objectif des services de soins personnels pour enfants (CPCS) est de fournir une aide supplémentaire aux soins personnels de l'enfant. Pour plus d'informations, appelez 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.

Cliniques pour enfants ayant des besoins de santé spéciaux (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 avec certains frais de soins de santé qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie ou Dr Dynasaur. 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/family/special-health-needs.

Choix de soins (Choices for Care)

Choices for Care 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 handicaps 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, des résidences avec services d'assistance, des agences de soins à domicile, des établissements de soins infirmiers et des maisons de santé résidentiel. Pour plus d'informations, appelez le (802) 241-0294 ou rendez-vous sur https://asd.vermont.gov/services/choices-for-care-program.

Services aux personnes ayant une déficience de développement

Les services de déficience développement aident 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, les services d'emploi, les soutiens communautaires et les sursis. 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

C'est un programme volontaire qui peut aider les familles avec les coûts après assurance des soins de santé de leurs enfants lorsque les services ont été prescrits ou pré autorisés par le biais d'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 (Flexible Family Funding)

Le financement familial flexible est destiné aux personnes de tout âge qui ont une déficience de développement et qui vivent avec une 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 les foyers les plus naturels et les plus attentionnés 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 la Division des services de développement de Department of Disabilities, Aging and Independent Living (DAIL) 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'empêcher le placement en établissement. Pour plus d'informations pour 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 est supervisé par Children with Special Health Needs pour les personnes de moins de 21 ans. Pour plus d'informations, appelez 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/high-tech-nursing.

Services d'aide ménagère (Homemaker Services)

Le programme de services d'aide ménagère aide les personnes âgées de 18 ans et plus handicapées 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

Ce sont des cliniques pédiatriques multidisciplinaires, gérées ou améliorées par du personnel infirmier et médico-social, créant un système de services directs complet, centré sur la famille et axé sur les soins de santé. 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 le ministère de la santé du Vermont au 1-(800)-464-4343 ou (802)-863-7200 ou rendez-vous sur www.healthvermont.gov.

Services spéciaux

Les infirmières ou les travailleurs sociaux médicaux du CSHN basés dans les bureaux de district du département régional de la santé fournissent de l'assistance pour l'accès et la coordination des soins de santé spécialisés non disponibles dans les cliniques de services directs du CSHN. Appelez le ministère de la santé du Vermont au 1-(800)-464-4343 ou (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 de la gestion des soins aux familles et à leurs bébés, ainsi qu'aux fournisseurs communautaires. Ces partenariats facilitent l'aiguillage en temps opportun vers des tests de diagnostic et des services d'intervention précoce. Pour plus d'informations sur l'un de ces programmes, veuillez appeler le 1-(800)-537-0076 ou le (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), appelez le (802) 241-0090 ou visitez 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, le service de consultation, 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 recommandées.

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 service de consultation et l'intervention en cas de crise.

Réadaptation communautaire et traitement (Community Rehabilitation and Treatment)
Ce programme fournit des services de santé mentale communautaires 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 de 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'invalidité et les déficiences fonctionnelles.

Services d'urgence (Emergency Services)
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 dans des environnements communautaires. C'est 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 (Women, Infants, and Children Program [WIC])

WIC est un programme de nutrition qui fournit des aliments sains, une éducation nutritionnelle, du 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 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'assitance 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