

**План Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), предлагаемый компанией Health Net Community Solutions, Inc.**

## ***Ежегодное уведомление об изменениях на 2022 год***

### **Введение**

В настоящее время вы являетесь участником плана Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan). В следующем году произойдет ряд изменений, которые затронут предусмотренные планом услуги, покрытие, правила и расходы. В этом *Ежегодном уведомлении об изменениях* представлена информация об изменениях, а также способы получения дополнительной информации. Основные термины и определения указаны в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

### **Содержание**

A. Замечания .....	3
B. Обзор вашего страхового покрытия в рамках Medicare и Medi-Cal на следующий год.....	3
B1. Дополнительные ресурсы .....	4
B2. Информация о плане Health Net Cal MediConnect.....	6
B3. Что важно сделать. ....	7
C. Изменения в сети поставщиков медицинских услуг и аптек .....	9
D. Изменения в услугах и расходах на следующий год.....	9
D1. Изменения, связанные со страховым покрытием и стоимостью медицинских услуг .....	9
D2. Изменения в покрытии рецептурных лекарственных препаратов .....	13
D3. Стадия 1: «Стадия первоначального страхового покрытия» .....	16
D4. Стадия 2: «Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов» .....	18
E. Как выбрать план.....	18
E1. Как оставаться участником плана .....	18
E2. Как изменить план .....	18

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



F. Как получить помощь .....	22
F1. Помощь от Health Net Cal MediConnect.....	22
F2. Помощь посредника по регистрации в планах медицинского страхования штата.....	22
F3. Помощь от программы Cal MediConnect Ombuds Program .....	23
F4. Помощь от Программы консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) .....	23
F5. Помощь от программы Medicare .....	23
F6. Помощь от Департамента управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (DMHC) .....	24

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## А. Замечания

- ❖ Этот список не является исчерпывающим. Сведения о страховом покрытии приводятся в виде краткой сводки, это не полное описание страхового покрытия. Чтобы получить дополнительную информацию, обратитесь в службу поддержки плана или прочитайте *Справочник участника плана Health Net Cal MediConnect*.

---

## В. Обзор вашего страхового покрытия в рамках Medicare и Medi-Cal на следующий год

Важно проанализировать объем покрытия сейчас, чтобы убедиться в его соответствии вашим требованиям и в следующем году. Если оно не удовлетворяет вашим требованиям, вы можете отказаться от плана. Дополнительную информацию см. в разделе E2.

Если вы решите отказаться от плана Health Net Cal MediConnect, ваше участие завершится в последний день месяца, в котором вы подадите соответствующее заявление.

Если вы откажетесь от нашего плана, вы по-прежнему останетесь участником программ Medicare и Medi-Cal, пока будете соответствовать критериям участия в этих программах.

- Вы сможете выбрать способ получения услуг по программе Medicare (см. стр. 18).
- Вы будете получать услуги по программе Medi-Cal через выбранный вами управляемый план лечения Medi-Cal (дополнительные сведения см. на стр. 21).

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## B1. Дополнительные ресурсы

- **ATENCIÓN:** Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.
- **PAALALA:** Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulong sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. Ang inyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.
- **XIN LU'U:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.
- **알림:** 귀하께서 한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.
- **請注意:** 如果您使用中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線: 711)。週一至週五, 上午 8 點到下午 8 點。非營業時間、週末及假日, 您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

**Если у вас возникли вопросы,** позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





Позвоните нам, если:

- Вы хотите получить материалы на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, на фарси или же в другом формате. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате.

или

- Вы хотите изменить язык или формат материалов, которые мы вам присылаем.

Если вам нужна помощь с пониманием информации, представленной в материалах о плане страхования, обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711). Время работы: с 8:00 до 20:00, с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.

## **B2. Информация о плане Health Net Cal MediConnect**

- План медицинского страхования Health Net Community Solutions, Inc. работает с программами Medicare и Medi-Cal. Участники плана получают страховое покрытие по обеим программам.
- Страхование в рамках плана Health Net Cal MediConnect является «минимальным базовым покрытием». Оно соответствует требованиям закона «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» (Affordable Care Act, ACA), касающимся индивидуальной совместной ответственности. Посетите веб-сайт Налоговой службы США (Internal Revenue Service, IRS) по адресу [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families) для получения дополнительной информации о требованиях к индивидуальной совместной ответственности.
- План Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) предлагается компанией Health Net Community Solutions, Inc. Когда в этом *Ежегодном уведомлении об изменениях* говорится «мы», «нас» или «наш», это означает компанию Health Net Community Solutions, Inc. Когда в нем говорится «план» или «наш план», это означает план Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan).

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### В3. Что важно сделать

- **Проверьте наличие каких-либо изменений в покрываемых услугах и расходах, которые могут вас касаться.**
  - Есть ли изменения, касающиеся используемых вами услуг?
  - Важно ознакомиться с изменениями в страховом покрытии и стоимости, чтобы убедиться в их приемлемости для вас в следующем году.
  - Сведения об изменении страхового покрытия и стоимости для вашего плана доступны в разделе D.
- **Проверьте наличие каких-либо изменений в покрытии рецептурных лекарственных препаратов, которые могут вас касаться.**
  - Будут ли ваши лекарства покрываться в рамках страхового плана? Не относятся ли они теперь к другому уровню совместного покрытия? Можете ли вы использовать услуги тех же аптек?
  - Важно ознакомиться с изменениями, чтобы убедиться в приемлемости покрытия лекарств для вас в следующем году.
  - Сведения об изменении нашего страхового покрытия лекарств см. в разделе D2.
  - Стоимость вашего лекарства могла возрасти по сравнению с предыдущим годом.
    - Обсудите с вашим врачом более экономичные альтернативы, которые могут быть вам доступны. Это поможет вам сократить личные расходы в течение года.
    - Подробные сведения о ценах на лекарства см. на веб-сайте [www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage). (Нажмите ссылку «dashboards» (информационные панели) в средней части раздела «Note» (Примечание) внизу страницы. На сайте вы найдете информацию о том, какие производители повысили цены, а также другие сведения о ценах на лекарства в годовом исчислении.)
    - Имейте в виду, что страховое покрытие в рамках вашего плана определяет, насколько могут измениться ваши расходы на лекарства.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Проверьте, будут ли ваши поставщики медицинских услуг и аптеки входить в нашу сеть в следующем году.**
  - Входят ли в нашу сеть врачи, которых вы посещаете, в том числе специалисты? Можете ли вы продолжать пользоваться услугами вашей аптеки? Будут ли сотрудничать с нашим планом больницы или другие поставщики услуг, к которым вы обращаетесь?
  - Сведения о нашем каталоге поставщиков медицинских услуг и аптек см. в разделе С.
- **Оцените общую сумму своих расходов в рамках плана.**
  - Сколько личных средств вы потратите на оплату услуг и рецептурных лекарственных препаратов, которые вы принимаете регулярно?
  - Как эта сумма отличается от общей суммы расходов при использовании других вариантов покрытия?
- **Подумайте, довольны ли вы нашим планом.**

#### **Если вы решите остаться участником плана Health Net Cal MediConnect:**

Если вы решите остаться с нами в следующем году, это очень просто — вам ничего не нужно делать. В этом случае вы автоматически остаетесь участником нашего плана.

#### **Если вы решите сменить план:**

Если вы решите, что другое покрытие больше соответствует вашим требованиям, вы можете сменить план (дополнительную информацию см. в разделе E2). Если вы регистрируетесь в другом плане, ваше новое покрытие начнет действовать в первый день последующего месяца. Дополнительную информацию о доступных вариантах см. в разделе E2 на стр. 18.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## **С. Изменения в сети поставщиков медицинских услуг и аптек**

Наши сети поставщиков медицинских услуг и аптек на 2022 год изменились.

Настоятельно рекомендуем вам **ознакомиться с актуальной версией каталога поставщиков медицинских услуг и аптек** и проверить, остались ли ваши поставщики и аптеки в нашей сети. Актуальная версия *каталога поставщиков медицинских услуг и аптек* доступна на нашем веб-сайте по адресу [mmp.healthnetcalifornia.com/findadoctor](http://mmp.healthnetcalifornia.com/findadoctor). Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу, чтобы получить актуальную информацию о поставщиках медицинских услуг или попросить прислать вам *каталог поставщиков медицинских услуг и аптек*.

Важно: в течение года мы также можем вносить изменения в наш список сотрудничающих с планом поставщиков услуг. Если ваш поставщик услуг исключен из плана, у вас остаются определенные права и гарантии. Дополнительную информацию см. в главе 3 *Справочника участника*.

---

## **D. Изменения в услугах и расходах на следующий год**

### **D1. Изменения, связанные со страховым покрытием и стоимостью медицинских услуг**

Со следующего года мы вводим изменения, касающиеся покрытия определенных медицинских услуг, а также ваших расходов на оплату этих услуг. Эти изменения приводятся в таблице ниже.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



	2021 (текущий год)	2022 (следующий год)
<b>Слуховые аппараты</b>	<p>Ваша доплата составляет <b>\$0</b>.</p> <p>Сумма на слуховые аппараты, покрываемая планом, составляет \$1510 за каждый финансовый год (с 1 июля по 30 июня). Сюда относятся вкладыши, материалы, услуги по модификации и принадлежности.</p>	<p>Ваша доплата составляет <b>\$0</b>.</p> <p>Слуховые аппараты покрываются по плану на максимальную сумму \$1,510 каждый финансовый год (с 1 июля по 30 июня).</p> <p>Расходы на замену утерянных, украденных или непоправимо поврежденных слуховых аппаратов в связи с неконтролируемыми получателем услуг обстоятельствами не включаются в максимальную покрываемую планом сумму \$1,510.</p> <p>В покрытие слуховых аппаратов входит покрытие вкладышей, услуг по модификации, материалов, принадлежностей, некоторых услуг по ремонту, обучающих курсов, а также услуг по регулировке и подгонке. Для некоторых услуг в рамках покрытия слуховых аппаратов может потребоваться подтверждение.</p>
<b>Страховое покрытие услуг питания</b>	<p>Ваша доплата составляет <b>\$0</b>.</p> <p>План покрывает доставку продуктов питания на дом сразу после выписки из стационара или центра сестринского ухода.</p>	<p>Ваша доплата составляет <b>\$0</b>.</p> <p>План предоставляет услуги по доставке продуктов питания на дом сразу после выписки из стационара для помощи</p>

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



	2021 (текущий год)	2022 (следующий год)
	Получение услуг зависит от проверки в рамках программы координации медицинской помощи и получения предварительного подтверждения для поставщика.	участнику при выздоровлении.  В общем покрывается 3 доставки продуктов питания в день в течение 14 дней, при этом максимальное количество составляет 42 доставки за раз; количество раз в год не ограничено.
<b>Универсальные услуги по уходу за лицами старшего возраста (Multi-Purpose Senior Services Program, MSSP) (Продолжение этого раздела см. на следующей странице.)</b>	<p>Ваша доплата составляет <b>\$0</b>.</p> <p>MSSP — программа координирования пациентов, предоставляющая обслуживание на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Services, HCBS) лицам, имеющим право на программу Medi-Cal.</p> <p>Чтобы получать обслуживание по этой программе, вы должны быть не моложе 65 лет; жить в зоне обслуживания центра, работающего по этой программе; быть в состоянии получать обслуживание с учетом стоимостных ограничений, действующих в программе MSSP; соответствовать требованиям, предъявляемым больным, имеющим право на координацию медицинской помощи; быть включенным в</p>	Универсальные услуги по уходу за лицами старшего возраста (MSSP) <b>не</b> покрываются.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



	2021 (текущий год)	2022 (следующий год)
<p><b>Универсальные услуги по уходу за лицами старшего возраста (Multi-Purpose Senior Services Program, MSSP) (продолжение)</b></p>	<p>программу Medi-Cal и находиться в состоянии, при котором разрешается госпитализация в центр сестринского ухода.</p> <p>Программа MSSP включает следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Центр дневного пребывания для взрослых</li> <li>• Помощь с передвижением по дому и мелким ремонтом</li> <li>• Помощь по дому и с соблюдением личной гигиены</li> <li>• Присмотр во избежание падений и обострений болезни</li> <li>• Координация обслуживания</li> <li>• Кратковременное замещение лица, осуществляющего уход</li> <li>• Транспортировка</li> <li>• Услуги питания</li> <li>• Социальные службы</li> <li>• Коммуникативные услуги</li> </ul> <p>Общая сумма страхового покрытия этих услуг не может превышать \$5,356.25 в год.</p>	

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



	2021 (текущий год)	2022 (следующий год)
<b>Предварительное подтверждение</b>	Для следующих услуг не требуется предварительное подтверждение: слуховые аппараты	Для следующих услуг требуется предварительное подтверждение: слуховые аппараты

## D2. Изменения в покрытии рецептурных лекарственных препаратов

### Изменения в нашем списке лекарственных препаратов

Актуальная версия *списка покрываемых лекарственных препаратов* доступна на нашем веб-сайте по адресу [mmp.healthnetcalifornia.com/formulary](http://mmp.healthnetcalifornia.com/formulary). Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу, чтобы получить актуальную информацию о лекарственных препаратах или попросить прислать вам *список покрываемых лекарственных препаратов*.

*Список покрываемых лекарственных препаратов* также называют «списком лекарственных препаратов».

Мы внесли изменения в список лекарственных препаратов, включая изменения покрываемых лекарств, а также изменения и ограничения, применяемые для покрытия некоторых лекарств.

Ознакомьтесь со списком лекарственных препаратов, чтобы **убедиться, что покрытие необходимых вам лекарственных препаратов будет действовать в следующем году**, и узнать о возможных ограничениях.

Если вас затронули изменения в страховом покрытии лекарств, рекомендуем вам сделать следующее:

- Обсудите с вашим врачом (или другим лицом, назначающим лекарство) возможность применения другого лекарства, которое мы покрываем.
  - Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу, чтобы попросить список покрываемых препаратов, которые применяются для лечения такого же медицинского состояния.
  - Этот список поможет вашему поставщику услуг подобрать нужное вам покрываемое лекарство.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Обратитесь в план с просьбой включить в покрытие временный запас лекарства.
  - В некоторых случаях мы включаем в покрытие **временный** запас лекарственного препарата в течение первых 90 дней календарного года.
  - Этот временный запас покрывает потребности на срок до 30 дней приема, если выдается в розничной аптеке, и до 31 дня, если выдается в аптеке долгосрочного обслуживания. (Дополнительную информацию о том, когда и как можно получить временный запас лекарственного препарата, см. в главе 5 *Справочника участника*.)
  - Если вы получите временный запас лекарства, обсудите с вашим лечащим врачом, что вы будете делать, когда этот запас закончится. Вы можете перейти на другое лекарство, покрываемое планом, или обратиться в план с просьбой сделать для вас исключение и покрыть текущее лекарство. Чтобы ознакомиться с процедурой подачи запроса на предоставление исключения, см. раздел F главы 9 Справочника участника на 2022 год или позвоните в отдел обслуживания участников программы страхования.
    - Если вы являетесь участником плана более 90 дней и проживаете в учреждении долгосрочного ухода, мы однократно покроем вам запас лекарства на 31 день или меньше, если рецепт выписан на меньший срок. Этот запас лекарства выдается дополнительно к запасу на переходный период, предоставляемый участникам, получающим услуги долгосрочного ухода.
    - Если вы возвращаетесь домой из учреждения долгосрочного ухода или больницы, мы покроем запас лекарства на 30 дней или меньше, если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней (в этом случае мы разрешаем повторное получение препарата по рецепту, пока совокупный объем полученного вами лекарства не достигнет объема, рассчитанного на 30 дней приема).
    - Если вы переехали в учреждение долгосрочного ухода из дома или больницы, мы однократно покроем вам запас лекарства на срок 31 день или меньше, если рецепт выписан на меньший срок (в этом случае мы разрешаем повторное получение препарата по рецепту, пока совокупный объем полученного вами препарата не достигнет объема, рассчитанного на 31 день приема). Вы должны получить рецептурный лекарственный препарат в сетевой аптеке.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Некоторые исключения в списке лекарственных препаратов будут оплачиваться и в следующем году. Мы отправим вам письмо с подтверждением, в котором будет содержаться информация об этих исключениях. Письмо с подтверждением включает информацию об исключениях в отношении запрашиваемых вами лекарственных препаратов, а также о дате окончания действия вашего запроса на предоставление исключения. Чтобы ознакомиться с процедурой подачи запроса на предоставление исключения, см. раздел F главы 9 Справочника участника на 2022 год или позвоните в отдел обслуживания участников программы страхования.

### Изменения в стоимости лекарств, отпускаемых по рецепту

Существует две стадии оплаты рецептурных лекарственных препаратов по программе Medicare Часть D в рамках плана Health Net Cal MediConnect. Сумма, которую вы платите за лекарство, зависит от того, на какой стадии страхового покрытия вы находитесь. Вот эти две стадии:

<p style="text-align: center;"><b>Стадия 1</b> <b>Стадия первоначального страхового покрытия</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Стадия 2</b> <b>Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов</b></p>
<p>На этой стадии план страхования оплачивает часть стоимости ваших лекарственных препаратов, а вы платите свою долю. Ваша часть в оплате лекарства называется доплатой.</p> <p>Вы начинаете с этой стадии, когда первый раз за год получаете свой лекарственный препарат по рецепту.</p>	<p>На этой стадии план покрывает все расходы на ваши лекарственные препараты до 31 декабря 2022 г.</p> <p>Эта стадия начинается, когда сумма ваших расходов на лекарственные препараты за свой счет достигнет определенного предела.</p>

Стадия первоначального страхового покрытия заканчивается, когда сумма ваших расходов за свой счет на рецептурные лекарственные препараты достигает **\$7,050**. После этого начинается стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов. План полностью оплачивает ваши лекарства с начала этого этапа и до конца года. Дополнительную информацию о стоимости рецептурных лекарственных препаратов см. в главе 6 *Справочника участника*.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**D3. Стадия 1: «Стадия первоначального страхового покрытия»**

На стадии первоначального страхового покрытия план страхования оплачивает свою долю расходов на покрываемые рецептурные препараты, а вы платите свою долю. Ваша часть в оплате лекарства называется доплатой. Размер доплаты зависит от уровня вашего участия в оплате лекарства и от того, где вы его приобретаете. Вы вносите доплату каждый раз, когда получаете лекарство по рецепту. Если покрываемое планом лекарство стоит меньше, чем сумма доплаты, вы платите меньшую сумму из этих двух.

**Мы присвоили некоторым лекарствам из списка лекарственных препаратов более низкий или более высокий уровень.** Если необходимые вам лекарства были переведены с одного уровня на другой, это может повлиять на сумму вашей доплаты. Чтобы узнать, изменился ли уровень ваших лекарственных препаратов, найдите их в списке лекарственных препаратов.

В приведенной ниже таблице указана стоимость лекарств по каждому из трех уровней. Эти суммы действительны только на стадии первоначального страхового покрытия.

	2021 (текущий год)	2022 (следующий год)
<p><b>Лекарственные препараты уровня 1</b></p> <p>(К уровню 1 относятся непатентованные лекарственные препараты.)</p> <p>Стоимость месячного запаса лекарственного препарата уровня 1, получаемого в сетевой аптеке</p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет <b>от \$0 до \$3.70 за каждый рецептурный лекарственный препарат.</b></p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет <b>от \$0 до \$3.95 за каждый рецептурный лекарственный препарат.</b></p>

**Если у вас возникли вопросы,** позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





	2021 (текущий год)	2022 (следующий год)
<p><b>Лекарственные препараты уровня 2</b></p> <p>(Лекарственные препараты уровня 2 включают патентованные лекарственные препараты и могут включать некоторые непатентованные лекарственные препараты.)</p> <p>Стоимость месячного запаса лекарственного препарата уровня 2, получаемого в сетевой аптеке</p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет <b>от \$0 до \$9.20 за каждый рецептурный лекарственный препарат.</b></p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет <b>от \$0 до \$9.85 за каждый рецептурный лекарственный препарат.</b></p>
<p><b>Лекарственные препараты уровня 3</b></p> <p>(Лекарственные препараты уровня 3 включают некоторые рецептурные и безрецептурные (over-the-counter, OTC) патентованные и непатентованные лекарственные препараты, покрываемые в рамках Medi-Cal.)</p> <p>Стоимость месячного запаса лекарственного препарата уровня 3, получаемого в сетевой аптеке</p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет <b>\$0 за каждый рецептурный лекарственный препарат.</b></p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет <b>\$0 за каждый рецептурный лекарственный препарат.</b></p>

Начальный этап страхового покрытия заканчивается, когда сумма ваших расходов за свой счет достигает **\$7,050**. После этого начинается стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов. План полностью оплачивает ваши лекарства с начала этого этапа и до конца года. Дополнительную информацию о стоимости рецептурных лекарственных препаратов см. в главе 6 *Справочника участника*.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **D4. Стадия 2: «Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов»**

По достижении предела расходов на рецептурные лекарственные препараты за свой счет, равного **\$7,050**, начинается стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов. Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов продолжается до конца календарного года.

- Для получения дополнительной информации о том, какие из ваших рецептурных лекарственных препаратов покрываются программами Medi-Cal и Medicare, см. *список покрываемых лекарственных препаратов* на нашем веб-сайте: [mmp.healthnetcalifornia.com/formulary](http://mmp.healthnetcalifornia.com/formulary).

---

## **Е. Как выбрать план**

### **Е1. Как оставаться участником плана**

Надеемся, вы останетесь участником и в следующем году.

Чтобы оставаться участником плана медицинского страхования, делать ничего не нужно. Если вы не зарегистрируетесь в другом плане Cal MediConnect, не перейдете на план Medicare Advantage или план Original Medicare, то вы автоматически останетесь участником нашего плана в течение 2022 года.

### **Е2. Как изменить план**

Свое участие в плане можно прекратить в любое время в течение года, зарегистрировавшись в другом плане Medicare Advantage, в другом плане Cal MediConnect, либо перейдя на план Original Medicare.

### **Порядок получения услуг Medicare**

У вас есть три способа получения услуг Medicare. Выбирая один из этих вариантов, вы автоматически выходите из нашего страхового плана Cal MediConnect.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



<p><b>1. Вы можете перейти в:</b></p> <p><b>План медицинского страхования в рамках Medicare (например, план Medicare Advantage) или, если вы отвечаете требованиям и проживаете в зоне обслуживания, в Программу комплексного обслуживания лиц пожилого возраста (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</b></p>	<p><b>Вот как это сделать:</b></p> <p>Звоните в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. При использовании телетайпа набирайте 1-877-486-2048.</p> <p>Если у вас есть вопросы по Программе комплексного обслуживания лиц пожилого возраста, позвоните по телефону 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Если вам нужна помощь или требуется дополнительная информация:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов штата Калифорния (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, перейдите на сайт <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>Вы будете автоматически исключены из плана Health Net Cal MediConnect, когда вступит в силу ваше новое страховое покрытие.</p>
--	--

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



<p><b>2. Вы можете перейти в:</b></p> <p><b>Original Medicare с отдельным планом покрытия расходов на лекарства по рецепту, действующим по программе Medicare</b></p>	<p><b>Вот как это сделать:</b></p> <p>Звоните в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. При использовании телетайпа набирайте 1-877-486-2048.</p> <p>Если вам нужна помощь или требуется дополнительная информация:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов штата Калифорния (HICAP) по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, перейдите на сайт <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>Вы будете автоматически исключены из плана Health Net Cal MediConnect, когда вступит в силу ваше страховое покрытие в рамках плана Original Medicare.</p>
---	---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**3. Вы можете перейти в:****Original Medicare без отдельного плана покрытия расходов на лекарства по рецепту, действующего по программе Medicare**

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы переходите в программу Original Medicare и не становитесь участником отдельного плана покрытия расходов на лекарства по рецепту, действующего по программе Medicare, программа Medicare может включить вас в такой план самостоятельно. Этого не произойдет, если вы откажетесь от автоматического включения в такой план.

Отказываться от покрытия лекарств по рецепту стоит, только если у вас есть покрытие лекарств от другого источника, например от работодателя или профсоюза. Если у вас есть вопросы о необходимости страховки, покрывающей лекарства по рецепту, звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов штата Калифорния (HICAP) по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, перейдите на сайт [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).

**Вот как это сделать:**

Звоните в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. При использовании телетайпа набирайте 1-877-486-2048.

Если вам нужна помощь или требуется дополнительная информация:

- Звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов штата Калифорния (HICAP) по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, перейдите на сайт [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).

Вы будете автоматически исключены из плана Health Net Cal MediConnect, как только страховое покрытие начнет вам предоставлять программа Original Medicare.

**Порядок получения услуг Medi-Cal**

Если вы выйдете из плана Cal MediConnect, вы станете участником выбранного вами плана управляемого медицинского обслуживания по программе Medi-Cal. Ваши услуги по программе Medi-Cal включают в себя длительное обслуживание и поддержку, а также психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Когда вы попросите отказаться от своего участия в нашем плане Cal MediConnect, вам необходимо будет сообщить в организацию Health Care Options о том, какой план управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal вы хотите выбрать. Вы можете позвонить в Health Care Options по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. При использовании телетайпа набирайте 1-800-430-7077.

---

## **Ф. Как получить помощь**

### **F1. Помощь от Health Net Cal MediConnect**

Есть вопросы? Мы готовы ответить на них. Позвоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-855-464-3571 (номер только для пользователей телетайпа: 711). Звонки принимаются с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонки на эти номера бесплатны.

#### **Ознакомьтесь со *Справочником участника на 2022 год***

*Справочник участника на 2022 год* — это юридический документ, в котором изложено детальное описание покрываемых услуг, предоставляемых в рамках плана медицинского обслуживания. Он содержит подробные сведения о страховом покрытии и ценах на следующий год. В нем также объясняются ваши права и правила, которые вам нужно соблюдать для получения покрываемых услуг и лекарств, отпускаемых по рецепту.

*Справочник участника на 2022 год* станет доступен к 15 октября. Актуальная редакция *Справочника участника на 2022 год* всегда доступна на нашем веб-сайте: [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу, чтобы попросить прислать вам *Справочник участника на 2022 год*.

#### **Наш веб-сайт**

Вы также можете посетить наш веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). Напоминаем, что на нашем веб-сайте содержится актуальная информация о перечне сотрудничающих с нашим планом поставщиков услуг и аптек (*каталог поставщиков медицинских услуг и аптек*), а также список лекарственных препаратов (*список покрываемых лекарственных препаратов*).

### **F2. Помощь посредника по регистрации в планах медицинского страхования штата**

Посредник по регистрации в планах медицинского страхования штата может ответить на ваши вопросы, касающиеся регистрации. Вы можете позвонить в Health Care Options по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. При использовании телетайпа набирайте 1-800-430-7077.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### **F3. Помощь от программы Cal MediConnect Ombuds Program**

Если у вас возникли сложности с Health Net Cal MediConnect, вы можете обратиться за помощью в программу омбудсмена Cal MediConnect. Помощь омбудсмена предоставляется бесплатно. Программа омбудсмена Cal MediConnect:

- Защищает ваши права, выступая от вашего имени. Сотрудники ведомства могут ответить на ваши вопросы, если у вас есть проблема или жалоба, а также разъяснить, что вам следует делать в той или иной ситуации.
- Заботится о том, чтобы вы располагали информацией о своих правах и способах их защиты, а также знали о способах решения проблем.
- Не связана ни с нами, ни с любой другой страховой компанией или планом медицинского страхования. Телефон программы омбудсмена Cal MediConnect: 1-855-501-3077.

### **F4. Помощь от Программы консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP)**

Кроме того, можно обратиться в Программу помощи по вопросам медицинского страхования штата (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). В штате Калифорния программа SHIP называется Программой консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP). Консультанты HICAP могут помочь вам определиться с выбором плана Cal MediConnect и ответить на вопросы о смене плана. Эта программа не связана ни с нами, ни с какой-либо другой страховой компанией или планом медицинского страхования. В филиалах HICAP в каждом округе работают квалифицированные консультанты, а услуги программы предоставляются бесплатно. Номер телефона программы HICAP: 1-800-434-0222. Чтобы получить дополнительную информацию или найти местное отделение HICAP в вашем районе, перейдите на сайт [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).

### **F5. Помощь от программы Medicare**

Чтобы получить информацию непосредственно от Medicare, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. При использовании телетайпа набирайте 1-877-486-2048.

#### **Веб-сайт Medicare**

Вы можете посетить веб-сайт Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Если вы решите отказаться от участия в плане Cal MediConnect и зарегистрироваться в плане Medicare Advantage, на веб-сайте Medicare размещена информация о стоимости, покрытии и рейтингах качества, что поможет вам сравнить планы Medicare Advantage.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Вы можете найти информацию о планах Medicare Advantage, доступных в вашем регионе, с помощью средства поиска планов по программе Medicare на веб-сайте программы. (Чтобы ознакомиться с информацией о планах, перейдите на веб-сайт [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) и нажмите «Find plans» (Найти планы).)

### **Справочник «Medicare & You» на 2022 год**

Вы можете ознакомиться со справочником *Medicare & You* на 2022 год. Осенью каждого года этот буклет рассылается участникам программы Medicare. В нем содержится сводная информация о страховом покрытии, правах и средствах правовой защиты Medicare, а также ответы на наиболее часто задаваемые вопросы о Medicare.

Если вы не получили копию данного справочника, вы можете ознакомиться с ним на веб-сайте Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) или заказать его, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. При использовании телетайпа набирайте 1-877-486-2048.

### **Ф6. Помощь от Департамента управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (DMHC)**

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (Department of Managed Health Care, DMHC) регулирует работу медицинских страховых планов. Если вы хотите пожаловаться на свой план медицинского страхования, сначала позвоните в страховую компанию по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу и воспользуйтесь процедурой подачи жалоб, предусмотренной вашим планом страхования, прежде чем обращаться в Департамент. Использование процедуры подачи претензии, предусмотренной вашим страховым планом, не лишает вас никаких законных прав и имеющихся у вас средств правовой защиты. Если вам нужна помощь по поводу жалобы, касающейся экстренной ситуации, либо жалобы, на которую план медицинского страхования ответил отказом или не ответил в течение 30 дней, вы можете обратиться за помощью в Департамент. Кроме того, у вас может быть право на независимую медицинскую экспертизу (Independent Medical Review, IMR). Если вы имеете право на IMR, то IMR даст независимую оценку решений сотрудников вашего плана медицинского страхования касательно того, были ли показания для получения услуги или лечения, решений о покрытии экспериментального либо проходящего клинические испытания лечения, а также касательно споров об оплате за экстренную или неотложную медицинскую помощь. Кроме того, в Департаменте имеется бесплатный номер телефона (**1-888-466-2219**) и телетайп (**1-877-688-9891**) для людей с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте Департамента [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) доступны онлайн-формы подачи жалоб, формы заявления на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR) и инструкции по их заполнению.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





# Уведомление Health Net Cal MediConnect о недопущении дискриминации

---

Компания Health Net Community Solutions, Inc. (план Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) придерживается действующих федеральных законов о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола. План Health Net Cal MediConnect не исключает участников и не меняет своего отношения к ним на основании их расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей и пола.

## Health Net Cal MediConnect:

- предоставляет людям с ограниченными возможностями бесплатную помощь и услуги для эффективного общения с нами, например услуги опытных сурдопереводчиков и печатные материалы в других форматах (крупный шрифт, аудио, электронные форматы с поддержкой специальных возможностей и прочие форматы);
- предоставляет людям, недостаточно хорошо владеющим английским языком, бесплатные услуги языкового сопровождения, например помощь устных переводчиков и письменные переводы материалов и документов плана на другие языки.

Если вам нужны эти услуги, обращайтесь в центр по работе с клиентами Health Net Cal MediConnect по номеру 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.

Если вы считаете, что сотрудники плана Health Net Cal MediConnect не предоставили вам эти услуги или иным образом подвергли вас дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола, вы можете подать жалобу. Для этого позвоните по номеру выше и попросите помочь вам с подачей жалобы.

Центр по работе с клиентами Health Net Cal MediConnect всегда к вашим услугам.

Кроме того, вы можете подать жалобу на нарушение ваших гражданских прав в Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социальных служб США в электронном виде через портал для подачи жалоб по ссылке

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** либо почтой или по телефону: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (текстофон: 1-800-537-7697). Формы для подачи жалоб представлены на веб-сайте **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

# Multi-Language Insert

## Multi-Language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Chinese Mandarin:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。

**Chinese Cantonese:** 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Korean:** 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오 .

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711). पर कॉल करें।

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Thai:** เรียน: ถ้าวัดคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Armenian:** Ուշադրութեամբ շնորհակալ ենք հայերեն, ասլան և անգլերեն կարող են տրամադրվել լեզվաբան և լեզվաբան ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Laotian:** ໄປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Ukrainian:** УВАГА! Якщо ви не розмовляєте англійською, для вас доступні безкоштовні послуги перекладу. Телефонуйте на номер 1 855 464 3571 (Los Angeles County), 1 855 464 3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Mien:** DONGH EIX: Da'faanh Meih Zoux Maiv Qiex English, Janx-kaev waac Tengx gong, cing Nauv Maiv fih hngangv, Yiem longx nyei kungx nyei Tuiv Meih. Heuc 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).