

# **Справочник участника плана** **Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)**

**1 января — 31 декабря 2022 г.**

## **Покрытие медицинского обслуживания и лекарств в рамках плана Health Net Cal MediConnect**

### **Справочник участника плана. Введение**

В этом справочнике описано ваше страховое покрытие в рамках плана Health Net Cal MediConnect до 31 декабря 2022 года. Здесь рассказывается о медицинских услугах, услугах для обеспечения психического здоровья и отсутствия патологических зависимостей (связанных с психическим здоровьем и злоупотреблением психоактивными веществами), о страховом покрытии лекарств по рецепту, а также длительном обслуживании и поддержке. Длительное обслуживание и поддержка позволяют вам оставаться у себя дома и не отправляться в центр сестринского ухода или больницу. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

**Это важный юридический документ. Храните его в надежном месте.**

Этот план Cal MediConnect предлагается компанией Health Net Community Solutions, Inc. В данном *Справочнике участника плана* при упоминании слов «мы», «нас» или «наш» подразумевается компания Health Net Community Solutions, Inc. Слова «план» или «наш план» относятся к плану Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan).

**ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на арабском, армянском, кхмерском, китайском, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском языках либо фарси, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните 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. Звонки бесплатные.

CA2CNCEOC76967R\_0001

H3237\_001

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

■ تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاستشارة في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Զանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711): Մի անձ այստեղ է Ձեզ հետ զրուցելու նպատակով երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

- ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទុកសារស័ព្ទបាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានទូរស័ព្ទមកវិញ នៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅនេះ គឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។

- 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。

■ توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، دوستانه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است.

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. Звонки бесплатные. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- 알림:귀하께서한국어를 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 메시지를남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.
- 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.
- 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.
- PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulog 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 kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.
- XIN LU'U: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chú ng 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.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Этот документ можно бесплатно получить в других форматах, например напечатанным крупным шрифтом или шрифтом Брайля и/или в виде аудиозаписи. Позвоните 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. Звонки бесплатные.

Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом медицинского страхования Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan). По вашему запросу мы можем прислать вам материалы на другом языке или в другом формате. Такой запрос называется «постоянно действующим запросом». Мы внесем ваш выбор в свою документацию.

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;
- 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.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Справочник участника плана Health Net Cal MediConnect на 2022 год****Содержание**

|   |     |
|---|-----|
| Глава 1. Для новых участников нашего плана.....   | 7   |
| Глава 2. Важные номера телефонов и ресурсы.....   | 22  |
| Глава 3. Использование покрытия плана для вашего медицинского обслуживания и других покрываемых услуг.....              | 45  |
| Глава 4. Таблица страхового покрытия.....   | 79  |
| Глава 5. Получение в аптеке лекарств по рецепту в рамках плана.....   | 142 |
| Глава 6. Сколько вы платите за лекарства, отпускаемые по рецепту, в рамках программ Medicare и Medi-Cal.....            | 166 |
| Глава 7. Запрос на оплату нашей части счета, который вы получили за покрываемые услуги или лекарства.....               | 180 |
| Глава 8. Ваши права и обязанности.....  | 187 |
| Глава 9. Что делать, если у вас возникли сложности или претензии (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)..... | 227 |
| Глава 10. Завершение вашего участия в нашем страховом плане Cal MediConnect.....  | 300 |
| Глава 11. Предусмотренные законом уведомления.....  | 312 |
| Глава 12. Определения важных терминов.....  | 316 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Замечания

- ❖ План медицинского страхования Health Net Community Solutions, Inc. работает с программами Medicare и Medi-Cal. Участники плана получают страховое покрытие по обеим программам.
- ❖ Поставщики услуг, не сотрудничающие с планом или не заключившие с нами договор, не обязаны обслуживать участников плана Health Net Cal MediConnect, за исключением экстренных случаев. Чтобы получить дополнительную информацию, в том числе об уровне вашего участия в оплате услуг, оказываемых поставщиками медицинских услуг, не сотрудничающими с нами, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана или ознакомьтесь со *Справочником участника плана*.
- ❖ Страхование покрытие в рамках плана Health Net Cal MediConnect является «минимальным базовым покрытием». Оно соответствует требованиям закона «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA), касающимся индивидуальной совместной ответственности. Для получения дополнительной информации о требованиях к индивидуальной совместной ответственности посетите веб-сайт Налогового управления 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).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



# Глава 1. Для новых участников нашего плана

---

## Введение

В этой главе содержится информация о Health Net Cal MediConnect, плане медицинского страхования, который покрывает расходы на все ваши услуги в рамках программ Medicare и Medi-Cal, и о вашем участии. В этой главе также представлена информация о том, чего вам следует ожидать и какую другую информацию вы сможете получить от Health Net Cal MediConnect. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

## Содержание

|   |    |
|---|----|
| A. Добро пожаловать в план Health Net Cal MediConnect .....                                     | 9  |
| B. Информация о программах Medicare и Medi-Cal .....  | 10 |
| B1. Medicare .....  | 10 |
| B2. Medi-Cal .....  | 10 |
| C. Преимущества этого плана .....   | 11 |
| D. Зона обслуживания плана Health Net Cal MediConnect.....                                      | 12 |
| E. Кто может стать участником плана .....   | 13 |
| F. Что происходит, когда вы впервые становитесь участником плана медицинского страхования ..... | 13 |
| G. Ваша группа медицинского обслуживания и план медицинского обслуживания .....                 | 15 |
| G1. Группа медицинского обслуживания.....   | 15 |
| G2. План медицинского обслуживания .....  | 15 |
| H. Ежемесячный страховой взнос по плану Health Net Cal MediConnect .....                        | 16 |
| I. <i>Справочник участника плана</i> .....  | 16 |
| J. Другая информация, которую вы получите от нас .....  | 17 |
| J1. Идентификационная карточка участника Health Net Cal MediConnect.....                        | 17 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



|   |    |
|---|----|
| J2. Указатель поставщиков услуг и аптек .....                       | 18 |
| J3. Перечень покрываемых лекарств .....                             | 19 |
| J4. Разъяснение страховых выплат .....                              | 20 |
| К. Как поддерживать актуальность имеющихся у нас данных о вас ..... | 20 |
| K1. Конфиденциальность личной информации о здоровье (PHI) .....     | 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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





---

## А. Добро пожаловать в план Health Net Cal MediConnect

Health Net Cal MediConnect является планом в рамках программы страхования Cal MediConnect. План Cal MediConnect представляет собой организацию, состоящую из врачей, больниц, аптек, поставщиков длительного обслуживания и услуг поддержки, поставщиков психологической, психиатрической и наркологической помощи, а также других поставщиков. Кроме того, в таком плане предусмотрены координаторы медицинского обслуживания и группы медицинского обслуживания. Они помогают участникам плана координировать работу разных врачей и необходимую вам помощь. Все они совместно работают над тем, чтобы вы получали необходимую помощь.

План Health Net Cal MediConnect был одобрен госдепартаментом штата Калифорния и Центрами служб программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) для предоставления вам услуг в рамках программы Cal MediConnect.

План Cal MediConnect представляет собой демонстрационную программу, контролируруемую правительством штата Калифорния совместно с федеральным правительством в целях обеспечения лучшего медицинского обслуживания для людей, имеющих одновременно программы Medicare и Medi-Cal. Внедряя эту демонстрационную программу, власти штата Калифорния и федеральное правительство планируют опробовать новые способы предоставления более качественных услуг по программам Medicare и Medi-Cal.

### Вы можете рассчитывать на наш опыт

Вас включили в надежный план медицинского страхования.

Компания Health Net помогает более чем миллиону людей, участвующих в программах Medicare и Medi-Cal, получать нужное им обслуживание. Мы облегчаем своим клиентам получение помощи по этим программам, но мы делаем еще многое другое:

- Мы гордимся тем, что оказываем клиентам услуги высочайшего уровня. Мы уделяем внимание каждому участнику персонально, ваши потребности и проблемы являются нашим приоритетом, и мы всегда нацелены на результат. Квалифицированные сотрудники нашего отдела обслуживания участников плана не будут заставлять вас ждать и могут оказывать услуги на нескольких языках с помощью переводчиков. Мы предоставим вам уровень обслуживания «консьерж-услуги», помогая вам ориентироваться в преимуществах, которые вы получаете, работая с вами как одна семья, и это позволит вам быстро получать ответы, необходимые для получения медицинской помощи.
- Почти 25 лет мы создаем высококачественные сети врачей, сотрудничающих с планом. Наши врачи и специалисты сети Cal MediConnect работают совместно с медицинскими

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



группами для своевременного предоставления вам необходимой помощи, когда вы нуждаетесь в ней.

- Мы всегда рядом с вами: наша компания работает в южной Калифорнии, наши сотрудники живут там же, где живете вы. Мы помогаем населению на местах:
  - проводим профилактические обследования в рамках специальных мероприятий на местах и в местных общественных центрах;
  - проводим бесплатные занятия по медицинскому просвещению.

---

## **В. Информация о программах Medicare и Medi-Cal**

### **В1. Medicare**

Программа Medicare — это федеральная программа медицинского страхования. Она предназначена для следующих лиц:

- Люди в возрасте 65 лет и старше,
- Люди моложе 65 лет, страдающие определенными заболеваниями, **и**
- Люди, находящиеся в терминальной стадии почечной недостаточности.

### **В2. Medi-Cal**

Medi-Cal — это название программы Medicaid, действующей в штате Калифорния. Программу Medi-Cal предоставляет штат. Программа финансируется штатом и федеральным правительством. Программа Medi-Cal помогает людям с ограниченными средствами и доходами оплачивать длительное обслуживание и поддержку (LTSS), а также медицинские расходы. Эта программа оплачивает услуги и лекарства, не покрываемые по программе Medicare.

Каждый штат решает:

- что считается доходом и ресурсами,
- кто имеет право на участие в программе,
- какие услуги покрываются программой **и**
- какова стоимость услуг.

Штаты могут сами решать, как выполнять свои программы, если они соблюдают федеральные правила.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



План Health Net Cal MediConnect получил у программы Medicare и штата Калифорния разрешение на обслуживание населения. Вы можете получать в нашем плане обслуживание, покрываемое по программам Medicare и Medi-Cal, если:

- Мы предлагаем вам такой план **и**
- Medicare и штат Калифорния позволяют нам продолжать предлагать этот план.

Даже если наш план когда-нибудь в будущем перестанет действовать, вы не потеряете свои права на услуги по программам Medicare и Medi-Cal.

---

## С. Преимущества этого плана

Теперь вы будете получать все услуги, покрываемые программами Medicare и Medi-Cal, включая отпускаемые по рецепту лекарства, в рамках плана Health Net Cal MediConnect.

**За участие в нашем плане медицинского страхования дополнительно платить не нужно.**

План Health Net Cal MediConnect улучшает взаимодействие программ Medicare и Medi-Cal и помогает вам эффективнее использовать их возможности. Вот только некоторые преимущества нашего плана:

- Вы сможете участвовать в **одном** плане медицинского страхования для удовлетворения **всех** ваших потребностей в медицинском страховании.
- У вас будет своя собственная группа медицинского обслуживания. Вы сможете участвовать в ее формировании. В эту группу входите вы и ухаживающие за вами лица, ваши врачи, медицинские сестры, консультанты и другие медицинские специалисты.
- С вами будет работать координатор медицинского обслуживания. Координатор поможет вам совместно с планом Health Net Cal MediConnect и вашей группой медицинского обслуживания составить план медицинского обслуживания.
- Координатор медицинского обслуживания и ваша группа медицинского обслуживания облегчат вам принятие решений о дальнейшем лечении.
- Группа медицинского обслуживания и координатор медицинского обслуживания помогут вам составить индивидуальный план медицинского обслуживания. Ваша группа медицинского обслуживания будет координировать оказание вам помощи. Вот только некоторые примеры:

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Ваша группа медицинского обслуживания будет следить за тем, чтобы все ваши врачи знали обо всех ваших лекарствах. Это позволит врачам назначать вам лекарства, которые вам помогут и не будут вызывать побочных эффектов.
- Ваша группа медицинского обслуживания будет следить за тем, чтобы все ваши врачи получали результаты всех ваших анализов.

## D. Зона обслуживания плана Health Net Cal MediConnect

Мы обслуживаем следующий округ штата Калифорния: в нашу зону обслуживания входит весь округ Los Angeles, за исключением района с почтовым индексом 94704.

Стать участником плана Health Net Cal MediConnect могут только лица, проживающие в нашей зоне обслуживания.

**Если вы переедете за пределы нашей зоны обслуживания**, то не сможете продолжать быть участником этого плана. См. раздел K главы 8 (стр. 224) для получения дополнительной информации о последствиях переезда из нашей зоны обслуживания. Вам нужно будет связаться с сотрудником органов социального обеспечения, отвечающим за определение права на участие в программах, в вашем новом округе.

|                |   |
|----------------|---|
| <b>ЗВОНИТЕ</b> | <p><u>Телефон для местных бесплатных звонков:</u></p> <p>1-866-613-3777</p> <p><u>Телефон для бесплатных звонков из любой точки штата:</u></p> <p>1-800-541-5555</p> <p>Звонки бесплатные.</p> <p>С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00, кроме праздничных дней</p> |
| <b>TTY</b>     | <p>711 (Коммутаторная служба США)</p> <p>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.</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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>ПОЧТОВЫЙ АДРЕС</b> | См. раздел COUNTY GOVERNMENT (ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ ОКРУГА) телефонной книги, чтобы узнать адрес ближайшего офиса социальных служб. |
| <b>ВЕБ-САЙТ</b>       | <a href="http://dpss.lacounty.gov/en/health/senior-disabled.html">http://dpss.lacounty.gov/en/health/senior-disabled.html</a>   |

## Е. Кто может стать участником плана

Вы можете стать участником нашего плана, если выполняются следующие условия:

- Вы живете в нашей зоне обслуживания, **и**
- Ваш возраст – 21 год и старше на момент регистрации, **и**
- Вы являетесь участником программ Medicare Part A и Medicare Part B, **и**
- В настоящее время вы имеете право на участие в программе Medi-Cal и получаете полное страховое покрытие по этой программе. В число таких лиц входят следующие:
  - люди, соответствующие приведенным ниже требованиям в отношении частичной оплаты расходов, **и**
  - проживающие в центрах сестринского ухода, **и**
- Вы являетесь гражданином США или находитесь в США на законных основаниях.

В вашем округе включение в план может регулироваться дополнительными правилами. За подробностями обращайтесь в наш отдел обслуживания участников плана.

## Ф. Что происходит, когда вы впервые становитесь участником плана медицинского страхования

Когда вы впервые становитесь участником плана, для вас проведут оценку состояния здоровья (health risk assessment, HRA) в течение первых 45–90 дней в зависимости от состояния вашего здоровья (т. е. в зависимости от наличия высокого или низкого риска).

Мы обязаны провести для вас оценку состояния здоровья (HRA). На основании оценки состояния здоровья (HRA) будет разработан индивидуальный план медицинского обслуживания (individual care plan, ICP). Анкета оценки состояния здоровья (HRA) включает

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



вопросы, позволяющие выяснить, в какой медицинской, психологической, психиатрической и наркологической помощи вы нуждаетесь, какое длительное обслуживание (LTSS) вам требуется.

Мы свяжемся с вами по поводу заполнения анкеты оценки состояния здоровья (HRA). Вы можете заполнить анкету оценки состояния здоровья (HRA) при личном посещении или по телефону. Кроме того, вы можете прислать нам заполненную анкету по почте.

Мы пришлем вам дополнительную информацию об оценке состояния здоровья (HRA).

**Если вы впервые стали участником плана Health Net Cal MediConnect**, в течение некоторого периода вы можете продолжать посещать врачей, к которым обращались до настоящего времени. Вы можете обращаться к своим текущим поставщикам услуг и пользоваться услугами, на которые имеете разрешение на момент включения в план, в течение 12 месяцев, если выполняются все следующие условия.

- Вы, ваш представитель или поставщик услуг должны обратиться к нам напрямую с просьбой о продолжении обслуживания у текущего поставщика услуг.
- Мы можем установить, что вы поддерживаете отношения с врачом первичного обслуживания или врачом-специалистом. Существуют некоторые исключения. Когда мы говорим о существующих отношениях, это означает, что вы посетили поставщика услуг, не сотрудничающего с планом, по крайней мере один раз по поводу, не требующему экстренного вмешательства, в течение 12 месяцев до даты вашего первоначального включения в план Health Net Cal MediConnect.
  - Мы определим, поддерживаете ли вы отношения с тем или иным врачом, на основании информации о вашем здоровье, которую вы предоставляете нам.
  - Ответ на вашу просьбу мы даем в течение 30 дней. Вы можете попросить нас принять решение в ускоренном порядке. В этом случае мы должны ответить в течение 15 дней.
  - Мы ответим на ваш запрос в течение 3 календарных дней, если прерывание лечения может нанести вред вашему здоровью.
  - При подаче просьбы вы или ваш поставщик услуг должны предъявить документы, подтверждающие существующие отношения, а также согласиться на определенные условия.

**Примечание.** Эта просьба **не может** относиться к поставщикам медицинского оборудования длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME), транспортных услуг, других вспомогательных услуг или услуг, которые не предусмотрены планом 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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



После окончания периода непрерывности оказания медицинской помощи вам будет необходимо обращаться к врачам и другим поставщикам услуг, сотрудничающим с планом Health Net Cal MediConnect, которые связаны с медицинской группой вашего поставщика первичного медицинского обслуживания, если мы не заключим соглашение с вашим врачом, который не сотрудничал с планом. Сотрудничающим с планом называется поставщик услуг, который работает с нашим планом медицинского страхования. При включении в наш план вы выбираете медицинскую группу, имеющую с нами договор. Медицинская группа — группа работающих вместе поставщиков первичного медицинского обслуживания (primary care provider, PCP), специалистов и других поставщиков медицинских услуг, которые заключили договор для сотрудничества с нашим планом. Кроме того, вам нужно выбрать себе поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), работающего в этой медицинской группе. Если вы не выберете медицинскую группу и поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), мы это сделаем за вас. Подробнее о получении медицинского обслуживания см. в разделе D главы 3, стр. 52.

---

## **G. Ваша группа медицинского обслуживания и план медицинского обслуживания**

### **G1. Группа медицинского обслуживания**

Требуется ли вам помощь в получении необходимого лечения? Группа медицинского обслуживания поможет вам. В группу медицинского обслуживания могут войти ваш врач, координатор медицинского обслуживания или другой медицинский персонал, которых вы выбираете.

Координатор медицинского обслуживания — это человек, который обучен справиться с необходимой вам помощью. Когда вас включают в план Health Net Cal MediConnect, у вас будет свой координатор медицинского обслуживания. Кроме того, если план Health Net Cal MediConnect не предоставляет услуги, в которых вы нуждаетесь, этот специалист может направить вас в соответствующее местное учреждение.

Вы можете позвонить нам по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711), чтобы узнать о вашей группе медицинского обслуживания. Время работы: с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Звонки бесплатные. Вам перезвонят на следующий рабочий день.

### **G2. План медицинского обслуживания**

Группа медицинского обслуживания поможет вам составить план медицинского обслуживания. В плане медицинского обслуживания содержится информация для вас и вашего врача о том, какие услуги вам необходимы и как вы будете их получать. Он учитывает ваши потребности в медицинской, психологической, психиатрической и наркологической помощи, а также длительном обслуживании и поддержке (LTSS). Ваш план медицинского обслуживания будет составлен только для вас и с учетом ваших потребностей.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





Ваш план медицинского обслуживания включает следующее:

- Ваши цели по медицинскому обслуживанию.
- Расписание, согласно которому вы будете получать необходимые услуги.

После оценки состояния вашего здоровья ваша группа медицинского обслуживания встретится с вами. Они поговорят с вами об услугах, в которых вы нуждаетесь. Они поговорят с вами об услугах, которые вы захотите получать. Ваш план медицинского обслуживания будет основан на ваших потребностях. Ваша группа медицинского обслуживания совместно с вами обновляет этот план не реже раза в год.

---

## **Н. Ежемесячный страховой взнос по плану Health Net Cal MediConnect**

План Health Net Cal MediConnect не предусматривает ежемесячных взносов.

---

## **I. Справочник участника плана**

Этот *Справочник участника плана* представляет собой часть нашего с вами договора. Это означает, что мы должны соблюдать все правила, содержащиеся в этом документе. Если вы решите, что мы нарушили какое-то правило, вы сможете подать апелляцию (возражение) на наши действия. Чтобы узнать, как подавать апелляцию, см. раздел D главы 9 (стр. 233) или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Вы можете запросить *Справочник участника плана*, позвонив в отдел обслуживания участников плана 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. Кроме того, *Справочник участника плана* можно посмотреть или загрузить на веб-сайте [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Договор действует в течение тех месяцев, в которые вы являетесь участником плана Health Net Cal MediConnect, в период с 1 января 2022 г. по 31 декабря 2022 г.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## Ж. Другая информация, которую вы получите от нас

Вы должны были уже получить идентификационную карточку участника плана Health Net Cal MediConnect, а также информацию о том, как получить доступ к *Указателю поставщиков услуг и аптек* и *Перечню покрываемых лекарств*.

### Ж1. Идентификационная карточка участника Health Net Cal MediConnect

Участники нашего плана пользуются одной карточкой для получения услуг в рамках программ Medicare и Medi-Cal, включая длительное обслуживание и поддержку, определенные виды психологической, психиатрической и наркологической помощи, а также лекарства по рецепту. Предъявляйте эту карточку всегда, когда вы обращаетесь за помощью или получаете по рецепту лекарства. Вот как выглядит карточка участника плана:



Если вы повредили или потеряли свою карточку участника плана Cal MediConnect или у вас ее украли, немедленно позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Мы пришлем вам новую карточку. 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. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.

Пока вы остаетесь участником нашего плана, вам не нужно для получения покрываемого программой Cal MediConnect обслуживания пользоваться ни красно-бело-голубой карточкой программы Medicare, ни карточкой программы Medi-Cal. Держите эти карточки в надежном месте. Они могут вам понадобиться в дальнейшем. Если вы покажете карту программы Medicare вместо идентификационной карты участника плана Health Net Cal MediConnect, ваш лечащий врач сможет выставить счет Medicare вместо нашего плана и предъявить вам счет. Если лечащий врач предъявит вам счет, обратитесь к разделу А главы 7 (стр. 181), чтобы узнать, что делать в этом случае.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Помните: чтобы получить специальные услуги психологической и психиатрической помощи, которые могут предоставляться вам в рамках плана охраны психического здоровья округа (mental health plan, МНР), вам понадобится ваша карточка Medi-Cal.

## **J2. Указатель поставщиков услуг и аптек**

*Указатель поставщиков услуг и аптек* содержит имена и названия поставщиков услуг и аптек, сотрудничающих с планом Health Net Cal MediConnect. Поскольку вы являетесь участником нашего плана, для получения покрываемых услуг вам следует обращаться к поставщикам услуг, которые сотрудничают с планом. Если вы стали участником нашего плана впервые, возможны некоторые исключения (см. стр. 13).

Вы можете запросить *Указатель поставщиков услуг и аптек*, позвонив в отдел обслуживания участников плана 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. Кроме того, *Указатель поставщиков услуг и аптек* можно посмотреть или загрузить на веб-сайте [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Как в отделе обслуживания участников плана, так и на нашем веб-сайте вы можете получить самую актуальную информацию об изменениях в списке сотрудничающих с планом поставщиков услуг и аптек. В *Указателе поставщиков услуг и аптек* приведен список медицинских специалистов (таких как врачи, медсестры и психологи), медицинских учреждений (таких как больницы или клиники) и поставщиков услуг поддержки (таких как центры дневного ухода для взрослых и службы медицинской помощи на дому), к которым вы можете обращаться как участник плана Health Net Cal MediConnect. В нем также приведен список аптек, в которые вы можете обращаться для покупки лекарств по рецепту. Аптеки, перечисленные в *Указателе поставщиков услуг и аптек*, включают аптеки розничной торговли, аптеки, принимающие заказы на доставку по почте, учреждения, выполняющие инъекции на дому, учреждения длительного обслуживания (Long-Term Care, LTC).

### **Определение поставщиков услуг, сотрудничающих с планом**

- Сотрудничающие с планом Health Net Cal MediConnect поставщики услуг — это:
  - врачи, медсестры и другие медицинские специалисты, к которым вы можете обращаться как участник нашего плана;
  - клиники, больницы, центры сестринского ухода и другие учреждения, предоставляющие медицинские услуги в рамках нашего плана; и
  - учреждения, предоставляющие длительное обслуживание (LTSS), психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь, поставщики медицинского оборудования длительного пользования и другие учреждения,

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



поставляющие приспособления или оказывающие услуги, покрываемые по программе Medicare или Medi-Cal.

Сотрудничающие с планом поставщики услуг согласились принимать назначенную планом оплату покрываемых услуг в качестве полной оплаты.

### **Определение сотрудничающих с планом аптек**

- Сотрудничающие с планом аптеки — это аптеки, которые согласились выдавать участникам нашего плана лекарства по рецепту. Воспользуйтесь *Указателем поставщиков услуг и аптек*, чтобы выбрать сотрудничающую с планом аптеку, в которой хотите получать лекарства.
- Вы должны получать лекарства по рецепту только в сотрудничающих с планом аптеках, иначе мы не будем помогать платить за них. Исключения возможны только в экстренных ситуациях.

Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711) для получения дополнительных сведений. 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. Как в отделе обслуживания участников плана, так и на веб-сайте Health Net Cal MediConnect вы можете получить самую актуальную информацию об изменениях в перечне сотрудничающих с нами поставщиков услуг и аптек.

### **13. Перечень покрываемых лекарств**

В нашем плане действует *Перечень покрываемых лекарств*. Коротко мы его называем «Перечень лекарств». В нем перечислены лекарства, отпускаемые по рецепту, которые покрывает план Health Net Cal MediConnect.

Кроме того, из Перечня лекарств можно узнать, действуют ли в случае ваших лекарств какие-то правила или ограничения. Это могут быть, например, ограничения на количество лекарства. Подробнее об этих правилах и ограничениях см. в разделе C главы 5, стр. 154.

Каждый год мы будем отправлять вам информацию о том, как получить доступ к Перечню лекарств, но некоторые изменения могут произойти в течение года. Чтобы получить самую свежую информацию о том, какие лекарства покрываются планом, посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) или позвоните 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.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



#### **J4. Разъяснение страховых выплат**

Если вы используете страховое покрытие лекарств по рецепту в рамках программы Part D, мы отправим вам сводный отчет по совершенным платежам. Он поможет вам следить за оплатой лекарств по рецепту, которые вы получаете по программе Part D. Этот отчет называется *«Разъяснение страховых выплат»* (Explanation of Benefits, EOB).

В отчете EOB указывается общая сумма, которую вы или другие лица от вашего имени потратили на покрываемые программой Part D лекарства по рецепту, и общая сумма, которую мы заплатили за каждое такое лекарство в течение месяца. Отчет EOB содержит дополнительную информацию о принимаемых вами лекарствах, например о повышении цен на них, и о других доступных лекарствах, для которых ваше участие в оплате будет меньше. Вы можете обсудить эти более дешевые варианты с выписавшим вам лекарство специалистом. Подробную информацию об отчете EOB и том, как он может помочь вам следить за страховым покрытием лекарств, см. в разделе A главы 6, стр. 169.

Кроме того, отчет EOB можно получить по запросу. Чтобы получить копию, позвоните в отдел обслуживания участников плана 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.

---

#### **K. Как поддерживать актуальность имеющихся у нас данных о вас**

Своевременно сообщайте нам об изменениях.

Сотрудничающие с планом поставщики услуг и аптеки должны иметь о вас правильную информацию. **Имеющаяся у нас информация о вас нужна им для того, чтобы знать, какое обслуживание и какие лекарства вы получаете и сколько платите.** Вот почему очень важно, чтобы вы своевременно сообщали нам о приведенных ниже изменениях.

Сообщайте нам о следующих изменениях:

- Изменение имени, вашего адреса или номера телефона.
- Изменения в условиях покрытия любого другого страхования здоровья, например предоставляемого вашим работодателем, работодателем вашей супруги / вашего супруга, работодателем вашего гражданского партнера или страхования от несчастного случая на рабочем месте.
- Любые претензии в отношении ответственности, например претензии от автомобильной аварии.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Прием в дом престарелых или больницу.
- Уход в больнице или отделении неотложной помощи.
- Смена лица, осуществляющего уход за вами (или ответственного за вас лица).
- Участие или начало участия в клиническом исследовании.

Если какая-либо информация изменится, сообщите нам, позвонив в отдел обслуживания участников плана 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.

### **K1. Конфиденциальность личной информации о здоровье (PHI)**

Информация в вашей записи о членстве может содержать личную информацию о здоровье (personal health information, PHI). Государственные и федеральные законы требуют, чтобы мы сохраняли конфиденциальность вашей личной информации о здоровье (PHI). Мы гарантируем, что ваша личная информация о здоровье (PHI) защищена. Более подробные сведения о том, как мы защищаем вашу личную информацию о здоровье (PHI), см. в разделе C1 главы 8, стр. 204.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Глава 2. Важные номера телефонов и ресурсы

---

### Введение

В этой главе вы найдете контактную информацию о важных ресурсах, которые помогут вам ответить на ваши вопросы о Health Net Cal MediConnect и преимуществах вашей медицинской помощи. Вы также можете использовать эту главу, чтобы получить информацию о том, как связаться с вашим координатором медицинского обслуживания и другими лицами, которые могут выступать в качестве защитников ваших интересов. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

### Содержание

|  |    |
|--|----|
| A. Как связаться с отделом обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect.....                                 | 24 |
| A1. Когда обращаться в отдел обслуживания участников плана.....  | 24 |
| B. Как связаться со своим координатором медицинского обслуживания .....  | 27 |
| B1. Когда обращаться к своему координатору медицинского обслуживания .....   | 29 |
| C. Как позвонить на линию сестринских консультаций.....  | 31 |
| C1. Когда обращаться на линию сестринских консультаций .....   | 31 |
| D. Как обратиться на линию психологической помощи в кризисных ситуациях .....  | 32 |
| D1. Когда обращаться на линию психологической помощи в кризисных ситуациях.....  | 32 |
| E. Как связаться с Программой консультирования и защиты прав для участников планов медицинского страхования (HICAP)..... | 33 |
| E1. Когда обращаться в HICAP .....   | 33 |
| F. Как связаться с Организацией повышения качества обслуживания (QIO) .....  | 34 |
| F1. Когда обращаться в организацию Livanta .....   | 34 |
| G. Как связаться с Medicare .....  | 35 |
| H. Как связаться с организацией Medi-Cal Health Care Options .....   | 36 |
| I. Как связаться с программой омбудсмена Cal MediConnect.....  | 37 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



|   |    |
|---|----|
| J. Как связаться с социальными службами округа .....  | 38 |
| K. Как связаться с планом специализированной психологической и психиатрической помощи округа .....                    | 39 |
| K1. Связаться с планом специальной психологической и психиатрической помощи округа можно по следующим вопросам: ..... | 39 |
| L. Как связаться с Департаментом управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния .....                        | 40 |
| M. Другие ресурсы .....   | 41 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## А. Как связаться с отделом обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>ЗВОНИТЕ</b>        | <p>1-855-464-3571. Звонки бесплатные.</p> <p>С понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.</p> <p>Если вы не говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши устные переводчики.</p>   |
| <b>TTY</b>            | <p>711 (Коммутаторная служба США). Звонки бесплатные.</p> <p>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.</p> <p>С понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.</p> |
| <b>ФАКС</b>           | 1-800-281-2999 или 1-866-461-6876   |
| <b>ПОЧТОВЫЙ АДРЕС</b> | <p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>  |
| <b>ВЕБ-САЙТ</b>       | <a href="http://mmp.healthnetcalifornia.com">mmp.healthnetcalifornia.com</a>  |

### А1. Когда обращаться в отдел обслуживания участников плана

- Вопросы о плане
- Вопросы о претензиях, счетах или идентификационных карточках участника
- Вопросы о решениях относительно страхового покрытия лечения
  - Решение относительно страхового покрытия медицинского обслуживания — это решение, принятое по следующим вопросам:
    - ваши льготы и покрываемые услуги **или**
    - сколько мы будем платить за ваше медицинское обслуживание.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- Если наше решение о страховом покрытии вашего медицинского обслуживания вызывает у вас вопросы, позвоните нам.
- Подробнее о решениях о страховом покрытии см. в разделе D главы 9, стр. 233.
- Вопросы об апелляциях по поводу медицинского обслуживания
  - Апелляция — это способ официально попросить нас о пересмотре нашего решения о страховом покрытии. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, направьте нам апелляцию.
  - Подробнее о подаче апелляции см. в разделе D главы 9, стр. 233.
- Вопросы о жалобах на медицинское обслуживание
  - Вы можете подавать жалобы на нас и на поставщиков услуг, которые сотрудничают или не сотрудничают с планом. Сотрудничающим с планом называется поставщик услуг, который работает с нашим планом медицинского страхования. Вы также можете подать жалобу на качество полученного вами медицинского обслуживания нам или в Организацию повышения качества обслуживания (см. раздел F на стр. 34 ниже).
  - Вы можете позвонить нам и объяснить суть своей жалобы. Позвоните в отдел обслуживания участников плана 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.
  - Если ваша жалоба касается решения о страховом покрытии лечения, вы можете подать апелляцию (см. раздел выше на стр. 24).
  - Жалобу на план Health Net Cal MediConnect вы можете подать в программу Medicare. Для этого можно использовать онлайн-форму на странице [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Или вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и обратиться за помощью.
  - Вы можете подать жалобу на Health Net Cal MediConnect в программу омбудсмена Cal MediConnect, позвонив по номеру 1-855-501-3077 (телетайп: 711) с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00, кроме праздничных дней.
  - Подробнее о жалобах по поводу медицинской помощи см. в разделе J главы 9, стр. 292.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Вопросы о решениях относительно страхового покрытия лекарств
  - Решение относительно страхового покрытия лекарств — это решение, принятое по следующим вопросам:
    - покрытие предоставляемых вам услуг и лекарств **или**
    - сколько мы будем платить за ваши лекарства.
  - Это относится к вашим лекарствам по программе Part D и к лекарствам, отпускаемым по рецепту и без рецепта, которые покрывает программа Medi-Cal.
  - Решения относительно страхового покрытия лекарств по рецепту подробно рассматриваются в разделе F4 главы 9, стр. 263.
- Вопросы об апелляциях по поводу лекарств
  - Апелляция — это способ попросить нас изменить наше решение о страховом покрытии.
  - Для получения дополнительной информации о том, как подать апелляцию по поводу отпускаемых по рецепту лекарств по программе Part D посредством телефона, обратитесь в отдел обслуживания участников плана 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. Вы также можете отправить запрос факсом на номер 1-866-388-1766. Если вы предпочитаете подать апелляцию или жалобу в письменной форме, отправьте ее на указанный далее адрес.

Health Net Community Solutions, Inc.  
Medicare Part D Appeals  
PO Box 31383  
Tampa, FL 33631-3383
  - Для получения дополнительной информации о том, как подать апелляцию по поводу лекарств в рамках Medi-Cal посредством телефона, обратитесь в отдел обслуживания участников плана 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. Вы также можете отправить запрос факсом на номер 1-877-713-6189. Если вы предпочитаете подать апелляцию или жалобу в письменной форме, отправьте ее на указанный далее адрес.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Health Net Community Solutions, Inc.  
Attn: Appeals & Grievances Dept.  
PO Box 10422  
Van Nuys, CA 91410-0422

- Апелляции по поводу лекарств по рецепту подробно рассматриваются в разделе F5 главы 9, стр. 267.
- Вопросы о жалобах по поводу лекарств
  - Вы можете подать жалобу на нас или на любую аптеку. Жалоба может касаться, в том числе, лекарств по рецепту.
  - Если ваша жалоба касается решения о страховом покрытии лекарства по рецепту, вы можете подать апелляцию. (См. раздел выше на стр. 24.)
  - Жалобу на план Health Net Cal MediConnect вы можете подать в программу Medicare. Для этого можно использовать онлайн-форму на странице [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Или вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и обратиться за помощью.
  - Жалобы, касающиеся лекарств по рецепту, подробно рассматриваются в разделе J главы 9, стр. 292.
- Вопросы о возмещении ваших расходов на медицинское обслуживание или лекарства
  - Подробнее о том, как попросить нас заплатить вам или оплатить счет, который вы получили, см. в разделе A главы 7, стр. 181.
  - Если вы просили нас оплатить медицинское обслуживание или лекарство, а мы ответили отказом на какую-то часть вашей просьбы, вы можете подать апелляцию на наше решение. Для получения дополнительной информации об апелляциях см. раздел D главы 9, стр. 233.

---

## **В. Как связаться со своим координатором медицинского обслуживания**

Координатор медицинского обслуживания — это человек, который в сотрудничестве с вами, планом медицинского страхования и вашими поставщиками медицинских услуг организывает и обеспечивает вам нужное медицинское обслуживание. Координатора вам назначают, когда вы становитесь участником плана. Координатор медицинского обслуживания свяжется с вами, когда вы зарегистрируетесь в нашем плане.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Отдел обслуживания участников плана также может сообщить вам, как вы можете связаться со своим координатором медицинского обслуживания. Координатор медицинского обслуживания помогает согласовывать предоставление вам необходимых видов обслуживания. Он вместе с вами составляет план медицинского обслуживания. Он помогает вам решать, кто будет включен в вашу группу медицинского обслуживания. Ваш координатор медицинского обслуживания сообщает вам информацию, которая позволяет вам контролировать процесс лечения и ухода. Кроме того, он помогает вам принимать правильные решения. Если вам нужна помощь для обращения к вашему координатору, то свяжитесь с нашим отделом обслуживания.

Если вы захотите поменять своего координатора медицинского обслуживания или если у вас появятся вопросы, позвоните по приведенному ниже телефону.

Вы также можете позвонить вашему координатору медицинского обслуживания, прежде чем он или она обратятся к вам. Позвоните по приведенному ниже номеру и попросите пригласить к телефону вашего координатора медицинского обслуживания.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>ЗВОНИТЕ</b>        | <p>1-855-464-3571. Звонки бесплатные.</p> <p>С понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.</p> <p>Если вы не говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши устные переводчики.</p>   |
| <b>TTY</b>            | <p>711 (Коммутаторная служба США). Звонки бесплатные.</p> <p>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.</p> <p>С понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.</p> |
| <b>ПОЧТОВЫЙ АДРЕС</b> | <p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **В1. Когда обращаться к своему координатору медицинского обслуживания**

- Вопросы о медицинском обслуживании
- Вопросы о получении психологической, психиатрической и наркологической помощи (связанной с психическим здоровьем и злоупотреблением психоактивными веществами)
- Вопросы о транспорте
- Вопросы о длительном обслуживании и поддержке (LTSS)

К LTSS относятся службы помощи взрослым по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS) и центры сестринского ухода (Nursing Facility, NF).

В некоторых случаях вы можете получать помощь, облегчающую вам проведение ежедневных медицинских процедур или повседневную деятельность.

Вам, возможно, будут оказывать какие-то из следующих услуг:

- службы помощи взрослым по месту жительства (CBAS);
- квалифицированный сестринский уход;
- физиотерапия;
- эрготерапия (восстановление утраченных двигательных навыков);
- логопедическая терапия;
- медицинское социальное обслуживание и
- медицинское обслуживание на дому.

### **Службы помощи взрослым по месту жительства (CBAS):**

Службы помощи взрослым по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS) предназначены для получателей помощи по программе Medi-Cal старше 18 лет, страдающих физическими, психическими или социальными нарушениями, при которых может быть полезна помощь служб, действующих по месту их жительства.

Для того чтобы получать помощь по этой программе, нужно отвечать одному из следующих требований:

- Потребность в помощи, соответствующая уровню не ниже уровня А (NF-A) в центре сестринского ухода
- Умеренные или тяжелые когнитивные нарушения. Это может быть, в том числе, болезнь Альцгеймера или другая деменция умеренной или тяжелой степени
- Нарушение развития

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Умеренные или тяжелые когнитивные нарушения (это может быть, в том числе, болезнь Альцгеймера или другая деменция слабой или умеренной степени), требующие помощи или присмотра при совершении двух из следующих видов действий:
  - принятие ванны;
  - одевание;
  - самостоятельный прием пищи;
  - пользование туалетом;
  - ходьба;
  - перемещение;
  - прием лекарств;
  - поддержание гигиены.
- Хроническое психическое заболевание или черепно-мозговая травма, при которых требуется помощь или присмотр во время совершения двух из следующих видов действий:
  - принятие ванны;
  - одевание;
  - самостоятельный прием пищи;
  - пользование туалетом;
  - ходьба;
  - перемещение.
- Помощь с приемом лекарств или помощь/присмотр при совершении одного из действий из предыдущего списка и одного из действий, приведенных ниже:
  - поддержание гигиены;
  - контроль расходов;
  - использование благ;
  - приготовление пищи;
  - транспортировка.
- Обоснованное ожидание того, что профилактическое лечение позволит поддержать или улучшить существующие возможности больного (например, после повреждения мозга в результате травмы или инфекции).
- Высокая вероятность того, что возможности больного будут ухудшаться и что его, возможно, ждет госпитализация в центр сестринского ухода или другое аналогичное учреждение (например, в случае опухоли мозга или ВИЧ-ассоциированной деменции), если он не будет получать помощь по программе CBAS.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Центры сестринского ухода (Nursing Facilities, NF)

Для того чтобы иметь право на длительное обслуживание (Long-term care, LTC) или на госпитализацию в центр квалифицированного сестринского ухода (Skilled Nursing Facility, SNF), участник плана должен нуждаться в назначенной врачом 24-часовой краткосрочной или долгосрочной медицинской помощи.

## С. Как позвонить на линию сестринских консультаций

Линия сестринских консультаций плана Health Net Cal MediConnect — это бесплатный сервис, предлагающий советы по телефону и сестринскую консультацию квалифицированных медицинских специалистов. Линия работает круглосуточно, без выходных и праздников. Линия сестринских консультаций плана оказывает услуги участнику плана по оценке необходимой медицинской помощи и определяет степень этой необходимой помощи в данный момент. Клинические специалисты проводят индивидуальную консультацию, отвечают на вопросы о здоровье и мониторинге симптомов, которые позволяют членам принимать уверенные и соответствующие решения об их лечении. Участники плана могут обратиться на линию сестринских консультаций, позвонив в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect. Номер телефона можно найти на обратной стороне идентификационной карточки участника плана.

|                |  |
|----------------|--|
| <b>ЗВОНИТЕ</b> | <p>1-855-464-3571. Звонки бесплатные.</p> <p>Помощь и сестринские консультации квалифицированных медицинских специалистов доступны круглосуточно, без выходных и праздников.</p> <p>Если вы не говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши устные переводчики.</p>   |
| <b>TTY</b>     | <p>711 (Коммутаторная служба США). Звонки бесплатные.</p> <p>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.</p> <p>Помощь и сестринские консультации квалифицированных медицинских специалистов доступны круглосуточно, без выходных и праздников.</p> |

### С1. Когда обращаться на линию сестринских консультаций

- Вопросы о медицинском обслуживании

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## D. Как обратиться на линию психологической помощи в кризисных ситуациях

Компания Managed Health Network (MHN) предоставляет услуги круглосуточной линии психологической помощи в кризисных ситуациях для участников, нуждающихся в такого рода помощи. В любой момент во время вызова участники могут попросить поговорить с лицензированным клиническим специалистом, который может помочь им в получении необходимых им услуг. Чтобы обратиться на эту кризисную линию, участникам плана необходимо позвонить по номеру, указанному ниже.

|                |   |
|----------------|---|
| <b>ЗВОНИТЕ</b> | <p>1-855-464-3571. Звонки бесплатные.</p> <p>Разговор с лицензированным специалистом в области психического здоровья и патологических зависимостей доступен круглосуточно, без выходных и праздников.</p> <p>Если вы не говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши устные переводчики.</p>   |
| <b>TTY</b>     | <p>711 (Коммутаторная служба США). Звонки бесплатные.</p> <p>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.</p> <p>Разговор с лицензированным специалистом в области психического здоровья и патологических зависимостей доступен круглосуточно, без выходных и праздников.</p> |

### D1. Когда обращаться на линию психологической помощи в кризисных ситуациях

- Вопросы об услугах психологической, психиатрической и наркологической помощи.
- В плане Health Net Cal MediConnect вы можете получить медицинский совет в любое время суток. На ваш звонок ответит специалист по психологической, психиатрической и наркологической помощи. У него вы получите ответы на вопросы о вашем состоянии. Если вам нужна неотложная, но не экстренная помощь, позвоните на нашу линию психологической помощи в кризисных ситуациях. Ее сотрудники круглосуточно, без выходных и праздников отвечают на вопросы о психическом здоровье и патологических зависимостях.

Чтобы получить информацию о специальной психологической и психиатрической помощи, доступной в вашем округе, см. стр. 39.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## Е. Как связаться с Программой консультирования и защиты прав для участников планов медицинского страхования (HICAP)

Программа консультирования и защиты прав для участников планов медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) предлагает людям, участвующим в программе Medicare, бесплатные консультации по вопросам медицинского страхования. Работая в программе HICAP консультанты ответят на ваши вопросы и помогут понять, как справиться с возникшими затруднениями. В филиалах HICAP в каждом округе работают квалифицированные консультанты, а услуги программы предоставляются бесплатно.

Программа HICAP никак не связана с какими-либо страховыми компаниями или планами медицинского страхования.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>ЗВОНИТЕ</b>        | 1-213-383-4519<br>На территории округа Los Angeles: 1-800-824-0780<br>С понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00   |
| <b>TTY</b>            | На территории округа Los Angeles: 711 (Коммутаторная служба США)<br>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.<br>С понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00 |
| <b>ПОЧТОВЫЙ АДРЕС</b> | HICAP<br>Center for Health Care Rights<br>520 S. Lafayette Park Place, Suite 214<br>Los Angeles, CA 90057   |
| <b>ВЕБ-САЙТ</b>       | <a href="http://www.healthcarerights.org">www.healthcarerights.org</a>  |

### Е1. Когда обращаться в HICAP

- Вопросы о вашем плане Cal MediConnect или программе Medicare
  - Консультанты HICAP могут ответить на ваши вопросы о переходе на новый план и помочь вам:
    - понять ваши права;

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- понять ваши планы;
- подать жалобу на медицинское обслуживание или лечение; **а также**
- решить проблемы с вашими счетами.

## Ф. Как связаться с Организацией повышения качества обслуживания (QIO)

В нашем штате есть организация под названием Livanta. Это группа врачей и других медицинских специалистов, задача которых — повышение качества медицинского обслуживания для участников программы Medicare. Организация Livanta никак не связана с нашим планом.

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>ЗВОНИТЕ</b>        | 1-877-588-1123   |
| <b>TTY</b>            | 1-855-887-6668<br><br>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование. |
| <b>ПОЧТОВЫЙ АДРЕС</b> | Livanta BFCC-QIO Program<br>10820 Guilford Road, Suite 202<br>Annapolis Junction, MD 20701   |
| <b>ВЕБ-САЙТ</b>       | <a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>   |

### Ф1. Когда обращаться в организацию Livanta

- Вопросы о медицинском обслуживании
  - Вы можете подать жалобу на получаемое медицинское обслуживание, если вы:
    - имеете проблемы с качеством ухода;
    - считаете, что ваше пребывание в больнице заканчивается слишком рано; **или**
    - считаете, что ваше медицинское обслуживание на дому, пребывание в центре квалифицированного сестринского ухода или обслуживание в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) заканчивается слишком рано.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## G. Как связаться с Medicare

Программа Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше; людей младше 65 лет, имеющих некоторые виды инвалидности; людей с последней стадией почечной недостаточности (необратимая потеря функции почек, при которой требуется проведение диализа или пересадка почки).

За работу программы Medicare отвечает федеральное агентство Центры служб программ Medicare и Medicaid (CMS).

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>ЗВОНИТЕ</b>  | <p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Линия работает 24 часа в сутки и 7 дней в неделю. Звонки по этому телефону бесплатные.</p>  |
| <b>TTY</b>      | <p>1-877-486-2048. Звонки по этому телефону бесплатны.</p> <p>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.</p>  |
| <b>ВЕБ-САЙТ</b> | <p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Это официальный веб-сайт программы Medicare. На нем представлена самая актуальная информация о программе Medicare. Кроме того, здесь вы найдете информацию о больницах, центрах сестринского ухода, врачах, агентствах, предоставляющих помощь на дому, диализных центрах, центрах реабилитации в условиях стационара и хосписах.</p> <p>Он также содержит адреса полезных веб-сайтов и номера телефонов. На веб-сайте есть брошюры, которые вы можете распечатать прямо со своего компьютера.</p> <p>Если у вас нет компьютера, воспользуйтесь библиотечным компьютером или компьютером, установленным в вашем местном центре для пожилых. Или вы можете позвонить в Medicare по указанному выше номеру и рассказать им, что вы ищете. Сотрудники программы найдут на веб-сайте нужную вам информацию, распечатают ее и пришлют вам по почте.</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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## Н. Как связаться с организацией Medi-Cal Health Care Options

Организация Medi-Cal Health Care Options может помочь, если у вас есть вопросы по выбору плана Cal MediConnect или другие вопросы, связанные с включением в план.

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>ЗВОНИТЕ</b>        | 1-844-580-7272<br><br>Представители Health Care Options работают с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00.  |
| <b>TTY</b>            | 1-800-430-7077<br><br>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование. |
| <b>ПОЧТОВЫЙ АДРЕС</b> | California Department of Health Care Services<br>Health Care Options<br>P.O. Box 989009<br>West Sacramento, CA 95798-9850  |
| <b>ВЕБ-САЙТ</b>       | <a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov</a>   |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## I. Как связаться с программой омбудсмена Cal MediConnect

Программа омбудсмена Cal MediConnect защищает ваши интересы. 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. Программа омбудсмена Cal MediConnect также может помочь вам решить проблемы с обслуживанием или счетами. Программа омбудсмена Cal MediConnect не связана с нашим планом или с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. Услуги программы предоставляются бесплатно.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>ЗВОНИТЕ</b>        | 1-855-501-3077. Звонки бесплатные.<br>С понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00, кроме праздничных дней   |
| <b>TTY</b>            | 711 (Коммутаторная служба США)<br>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.<br>С понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00, кроме праздничных дней |
| <b>ПОЧТОВЫЙ АДРЕС</b> | Neighborhood Legal Services of Los Angeles County Health Consumer Center<br>13327 Van Nuys Blvd.<br>Pacoima, CA 91331<br><br>1102 E. Chevy Chase Drive<br>Glendale, CA 91205<br><br>3629 Santa Anita Avenue<br>El Monte, CA 91731                   |
| <b>ВЕБ-САЙТ</b>       | <a href="http://calduals.org/background/cal-medicconnect/problem-resolution/ombudsman/">calduals.org/background/cal-medicconnect/problem-resolution/ombudsman/</a>  |

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **J. Как связаться с социальными службами округа**

Если вам нужна помощь в получении услуг, которую предоставляют социальные службы округа, например в виде соответствующих пособий, свяжитесь с отделением социальных служб вашего округа.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>ЗВОНИТЕ</b>        | <p>1-866-613-3777. Звонки по этому телефону бесплатны.</p> <p>За исключением праздничных дней:</p> <p>с понедельника по пятницу с 7:30 до 19:30</p> <p>в субботу с 8:00 до 16:30</p>  |
| <b>TTY</b>            | <p>711 (Коммутаторная служба США)</p> <p>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.</p> <p>с понедельника по пятницу с 7:30 до 19:30</p> <p>в субботу с 8:00 до 16:30</p>         |
| <b>ПОЧТОВЫЙ АДРЕС</b> | <p>Адрес ближайшего отделения службы социального обеспечения см. на веб-сайте <a href="https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html">dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html</a> или в разделе COUNTY GOVERNMENT (ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ ОКРУГА) телефонного справочника.</p> |
| <b>ВЕБ-САЙТ</b>       | <p><a href="https://dpss.lacounty.gov">dpss.lacounty.gov</a></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. Звонки бесплатны. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](https://mmp.healthnetcalifornia.com).



## К. Как связаться с планом специализированной психологической и психиатрической помощи округа

При наличии медицинских показаний вы можете получать специализированную психологическую и психиатрическую помощь в рамках программы Medi-Cal через план психологической и психиатрической помощи (МНР) вашего округа.

|                |   |
|----------------|---|
| <b>ЗВОНИТЕ</b> | <p>Горячая линия Департамента психического здоровья (Department of Mental Health, DMH) округа Los Angeles:</p> <p>1-800-854-7771. Звонки бесплатные.</p> <p>Круглосуточно, без выходных и праздников.</p> <p>Если вы не говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши устные переводчики.</p> |
| <b>TTY</b>     | <p>711 (Коммутаторная служба США). Звонки бесплатные.</p> <p>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.</p> <p>Круглосуточно, без выходных и праздников.</p>                                    |

### К1. Связаться с планом специализированной психологической и психиатрической помощи округа можно по следующим вопросам:

- Вопросы об услугах психологической, психиатрической и наркологической помощи, предоставляемых округом.
- Позвонив на горячую линию Департамента психического здоровья округа Los Angeles, можно в любое время бесплатно и конфиденциально получить информацию о психическом здоровье, направление к поставщику услуг или консультацию в кризисной ситуации.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## L. Как связаться с Департаментом управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (Department of Managed Health Care, DMHC) регулирует работу планов медицинского страхования. В справочном центре при департаменте DMHC вам помогут с подачей апелляций и жалоб по поводу обслуживания по программе Medi-Cal, предоставляемого вашим планом медицинского страхования.

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>ЗВОНИТЕ</b>        | 1-888-466-2219<br><br>Сотрудники департамента DMHC работают с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00.   |
| <b>TDD</b>            | 1-877-688-9891<br><br>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование. |
| <b>ПОЧТОВЫЙ АДРЕС</b> | Help Center<br>California Department of Managed Health Care<br>980 Ninth Street, Suite 500<br>Sacramento, CA 95814-2725  |
| <b>ФАКС</b>           | 1-916-255-5241   |
| <b>ВЕБ-САЙТ</b>       | <a href="http://www.dmhca.gov">www.dmhca.gov</a>   |

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





---

## М. Другие ресурсы

### Местные агентства по делам престарелых

Ваше местное агентство по делам престарелых (Area Agency on Aging) может предоставить вам информацию об обслуживании пожилых людей и помочь координировать эти услуги.

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>ЗВОНИТЕ</b>  | 1-800-510-2020<br><br>С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00, кроме праздничных дней   |
| <b>TTY</b>      | 711 (Коммутаторная служба США)<br><br>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.<br><br>С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00, кроме праздничных дней |
| <b>ВЕБ-САЙТ</b> | <a href="https://wdacs.lacounty.gov/services">https://wdacs.lacounty.gov/services</a>   |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Департамент здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS)

Участники нашего плана имеют право участвовать как в программе Medicare, так и в программе Medi-Cal (Medicaid). Medi-Cal (Medicaid) — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, помогающая некоторым лицам с ограниченными средствами и доходами оплачивать медицинское обслуживание. Если у вас есть вопросы о том, какую финансовую помощь вы можете получать по программе Medi-Cal (Medicaid), свяжитесь с Департаментом здравоохранения (DHCS).

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>ЗВОНИТЕ</b>  | 1-888-452-8609. Звонки по этому телефону бесплатные.<br>С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00, кроме праздничных дней   |
| <b>TTY</b>      | 711 (Коммутаторная служба США)<br>Эта линия предназначена для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.<br>С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00, кроме праздничных дней |
| <b>ВЕБ-САЙТ</b> | <a href="http://www.dhcs.ca.gov/individuals">www.dhcs.ca.gov/individuals</a>  |

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Управление социального обеспечения

Управление социального обеспечения (Social Security) отвечает за определение ваших прав на программу Medicare и за включение вас в эту программу. Право на программу Medicare имеют отвечающие определенным требованиям граждане США, которым уже исполнилось 65 лет или которые имеют определенные виды инвалидности либо последнюю стадию почечной недостаточности. Если вы уже получаете чеки от Управления социального обеспечения, вы будете включены в программу Medicare автоматически. Если вы не получаете эти чеки, вам нужно подать заявку на включение в программу Medicare. Включением в программу Medicare занимается Управление социального обеспечения. Для того чтобы подать заявку на включение в программу Medicare, вам нужно позвонить в Управление социального обеспечения или зайти в расположенное рядом с вами местное отделение Управления.

Кроме того, Управление социального обеспечения определяет, у кого из клиентов программы Medicare доходы достаточно велики для того, чтобы платить за лекарства по программе Part D больше обычного. Если вы получили письмо из Управления социального обеспечения, в котором говорится, что вы должны платить больше, если у вас есть вопросы о повышенной оплате или если ваш доход уменьшился в результате серьезных изменений в вашей жизни, позвоните в Управление социального обеспечения и попросите пересмотреть принятое решение.

Кроме того, обязательно сообщайте в Управление социального обеспечения о переезде или изменении почтового адреса.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>ЗВОНИТЕ</b>  | <p>1-800-772-1213. Звонки по этому телефону бесплатны.</p> <p>С понедельника по пятницу с 8:00 до 19:00</p> <p>Чтобы прослушать записанную информацию или решить некоторые вопросы в любое время суток, можно воспользоваться автоматизированной телефонной службой Управления социального обеспечения, которая работает круглосуточно, без выходных и праздников.</p>  |
| <b>TTY</b>      | <p>1-800-325-0778. Звонки по этому телефону бесплатны.</p> <p>Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.</p> <p>С понедельника по пятницу с 8:00 до 19:00</p> <p>Чтобы прослушать записанную информацию или решить некоторые вопросы в любое время суток, можно воспользоваться автоматизированной телефонной службой Управления социального обеспечения, которая работает круглосуточно, без выходных и праздников.</p> |
| <b>ВЕБ-САЙТ</b> | <p><a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a></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. Звонки бесплатны. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Глава 3. Использование покрытия плана для вашего медицинского обслуживания и других покрываемых услуг

---

### Введение

В этой главе содержатся конкретные условия и правила, которые необходимо знать для получения медицинского обслуживания и других покрываемых услуг в рамках плана Health Net Cal MediConnect. Здесь также содержится информация о вашем координаторе медицинского обслуживания, о том, как получить помощь от разных поставщиков услуг и при определенных особых обстоятельствах (в том числе от поставщиков услуг или аптек, не сотрудничающих с планом), что делать, если непосредственно вам выставят счет за покрываемые планом услуги, и о правилах владения медицинским оборудованием длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME). Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

### Содержание

|  |    |
|--|----|
| A. Информация об «услугах», «покрываемых услугах», «поставщиках услуг» и «поставщиках услуг, сотрудничающих с планом» .....  | 48 |
| B. Правила получения медицинского обслуживания, психиатрической, психологической и наркологической помощи, а также длительного обслуживания и поддержки (LTSS), покрываемых планом .....   | 48 |
| C. Информация о вашем координаторе медицинского обслуживания .....   | 51 |
| C1. Кто такой координатор медицинского обслуживания .....  | 51 |
| C2. Как вы можете связаться с вашим координатором медицинского обслуживания .....  | 51 |
| C3. Как вы можете изменить координатора медицинского обслуживания .....  | 51 |
| D. Обслуживание, предоставляемое поставщиками первичного медицинского обслуживания, врачами-специалистами, другими сотрудничающими с планом поставщиками медицинских услуг и поставщиками медицинских услуг, не сотрудничающими с планом ..... | 52 |
| D1. Помощь, предоставляемая поставщиком первичного медицинского обслуживания .....   | 52 |
| D2. Уход от специалистов и других поставщиков услуг, сотрудничающих с планом .....   | 57 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



|  |    |
|--|----|
| D3. Что делать, если поставщик услуг покидает наш план .....   | 58 |
| D4. Как получать помощь у поставщиков услуг, которые не сотрудничают с нашим<br>планом .....   | 59 |
| E. Как получить длительное обслуживание и поддержку (LTSS) .....   | 60 |
| F. Как получить психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь<br>(связанную с психическим здоровьем и злоупотреблением психоактивными<br>веществами) .....   | 61 |
| F1. Какие услуги психологической, психиатрической и наркологической помощи в<br>рамках программы Medi-Cal предоставляются вне плана Health Net Cal MediConnect<br>через Департамент психического здоровья округа Los Angeles (DMH) и Департамент<br>общественного здравоохранения округа Los Angeles (отдел предотвращения и<br>контроля употребления психоактивных веществ) (DPH/SAPC)..... | 61 |
| G. Как получить транспортные услуги .....  | 65 |
| H. Как получить покрываемые услуги, если вам требуется экстренная или неотложная<br>медицинская помощь, а также во время бедствия .....  | 67 |
| H1. Медицинская помощь в экстренной ситуации .....   | 67 |
| H2. Неотложная медицинская помощь .....  | 69 |
| H3. Обслуживание во время стихийных бедствий .....   | 71 |
| I. Что делать, если счет за услуги, покрываемые нашим планом, выставили вам.....   | 71 |
| I1. Что делать, если наш план не покрывает услуги .....  | 71 |
| J. Покрытие медицинского обслуживания в случае, если вы принимаете участие в<br>клиническом исследовании .....   | 72 |
| J1. Определение научного клинического исследования.....  | 72 |
| J2. Оплата услуг, если вы участвуете в научном клиническом исследовании .....  | 73 |
| J3. Дополнительная информация о клинических исследованиях .....  | 73 |
| K. Как покрываются медицинские услуги, если вы получаете уход в религиозном<br>немедицинском учреждении здравоохранения .....  | 74 |
| K1. Определение религиозного немедицинского учреждения здравоохранения .....   | 74 |

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



|  |    |
|--|----|
| К2. Получение помощи от религиозного немедицинского медицинского учреждения .....  | 74 |
| L. Медицинское оборудование длительного пользования (DME) .....  | 75 |
| L1. Оборудование длительного пользования (DME) как часть нашего плана .....  | 75 |
| L2. Право собственности на оборудование длительного пользования (DME) при<br>переходе на программу Original Medicare или Medicare Advantage..... | 76 |
| L3. Страховое покрытие кислородного оборудования для участников нашего плана .....   | 77 |
| L4. Кислородное оборудование в случае перехода на программу Original Medicare или<br>план Medicare Advantage.....                                | 77 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **А. Информация об «услугах», «покрываемых услугах», «поставщиках услуг» и «поставщиках услуг, сотрудничающих с планом»**

Услуги — это медицинское обслуживание, длительное обслуживание и поддержка, товары медицинского назначения, психиатрическая, психологическая и наркологическая помощь, лекарства, отпускаемые по рецепту и без рецепта, медицинское оборудование и другие услуги. **Покрываемые услуги** — это любые из указанных услуг, которые оплачиваются нашим планом. Покрываемые медицинские услуги, психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь, а также услуги длительного обслуживания и поддержки (LTSS) перечислены в таблице страхового покрытия, приведенной в разделе D главы 4 (стр. 83).

Поставщики услуг — это врачи, медсестры и другие лица, которые оказывают вам услуги и обеспечивают уход. Термин «поставщики услуг» также включает в себя больницы, агентства, предоставляющие медицинское обслуживание на дому, клиники и другие учреждения, которые предоставляют вам медицинское обслуживание, психиатрическую, психологическую и наркологическую помощь, медицинское оборудование и определенное длительное обслуживание и поддержку (LTSS).

Поставщики услуг, сотрудничающие с планом, — это поставщики услуг, которые работают с планом медицинского обслуживания. Такие поставщики согласились принимать назначенную планом оплату покрываемых услуг в качестве полной оплаты их услуг. Счет за оказанную вам помощь они направляют непосредственно нам. Когда вы обращаетесь к сотрудничающему с планом поставщику услуг, вы обычно ничего не платите за покрываемые услуги.

---

## **В. Правила получения медицинского обслуживания, психиатрической, психологической и наркологической помощи, а также длительного обслуживания и поддержки (LTSS), покрываемых планом**

План Health Net Cal MediConnect покрывает все услуги, которые покрываются программами Medicare и Medi-Cal, включая услуги психологической, психиатрической и наркологической помощи, а также длительное обслуживание и поддержку (LTSS).

План Health Net Cal MediConnect обычно будет оплачивать медицинское обслуживание, услуги для обеспечения психического здоровья и отсутствия патологических зависимостей и LTSS, если вы будете следовать правилам плана. Для получения покрытия в рамках нашего плана должны соблюдаться следующие условия.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- Обслуживание, которое вы получаете, должно **покрываться** планом. Это значит, что оно должно быть указано в таблице страхового покрытия плана. (См. таблицу в разделе D главы 4 на стр. 83 этого справочника.)
- Обслуживание **должно быть необходимым по медицинским показаниям**. Под необходимостью по медицинским показаниям подразумевается необходимость определенных услуг для профилактики, диагностики или лечения вашего заболевания либо поддержания вашего текущего состояния здоровья. К данному понятию относится также уход, позволяющий вам избежать помещения в больницу или центр сестринского ухода. Кроме того, обслуживание, принадлежности и лекарства должны отвечать требованиям стандартов медицинской помощи.
- Медицинское обслуживание должно быть назначено сотрудничающим с планом **поставщиком первичного медицинского обслуживания (primary care provider, PCP)** или специалистом, к которому он вас направил. Став участником нашего плана, вы должны выбрать себе поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) из числа сотрудничающих с планом поставщиков услуг.
  - В большинстве случаев ваш сотрудничающий с планом поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) должен дать вам разрешение, прежде чем вы сможете обратиться к поставщику услуг, который не является вашим PCP, или к другим сотрудничающим с планом поставщикам услуг. Это разрешение называется **«направление»**. Если вы не получите разрешение, план Health Net Cal MediConnect может не покрыть услуги. Вам не нужно направление, чтобы обратиться к определенным специалистам, например в женскую консультацию. Подробнее о направлениях см. на стр. 56.
  - Поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP) нашего плана связаны с медицинскими группами. Вместе с поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) вы выбираете связанную с ним медицинскую группу. Это означает, что ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) будет давать вам направления для обращения к специалистам и получения услуг, которые также связаны с его медицинской группой. Медицинская группа — группа работающих вместе поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP), специалистов и других поставщиков медицинских услуг, которые заключили договор для сотрудничества с нашим планом.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Для получения экстренной или неотложной медицинской помощи, а также посещения гинеколога направление поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) не требуется. Некоторые другие виды обслуживания также можно получать без направления от поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Подробнее см. на стр. 56.
- Подробнее о выборе поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) см. на стр. 54.
- **Вы должны получать обслуживание у сотрудничающих с планом поставщиков услуг, которые связаны с медицинской группой вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP).** Как правило, план не будет покрывать уход от поставщика, который не работает с планом медицинского обслуживания и медицинской группой вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Существует несколько исключений из этого правила:
  - План покрывает экстренную и неотложную медицинскую помощь, оказанную поставщиком услуг, который не сотрудничает с планом. Более подробную информацию и определения экстренной и неотложной медицинской помощи см. в разделе H, стр. 67.
  - Если вам требуется медицинское обслуживание, которое наш план покрывает, но сотрудничающие с планом поставщики услуг не могут его предоставить, вы можете обратиться к поставщику услуг, который не сотрудничает с планом. Для того чтобы обратиться к поставщику услуг, который с ним не сотрудничает с планом, вам нужно получить предварительное разрешение. Когда предварительное разрешение будет одобрено, мы уведомим об этом поставщика услуг, который его запросил, и поставщика услуг, к которому вам нужно обратиться. В этой ситуации мы покроем ваше обслуживание, и вам не нужно будет ничего платить. Информацию о получении разрешения на обращение к поставщикам услуг, которые не сотрудничают с планом, см. в разделе D, стр. 52.
  - Если вы на короткое время покидаете нашу зону обслуживания, план покрывает вам диализ, проводимый за ее пределами. Это обслуживание вы можете получать в диализном центре, сертифицированном программой Medicare.
  - Когда вы впервые становитесь участником плана, вы можете попросить нас разрешить вам по-прежнему обращаться к вашим текущим поставщикам услуг. За исключением некоторых случаев, мы должны одобрить такой запрос, если

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



установим, что вы уже сотрудничаете с этими поставщиками услуг (см. главу 1, стр. 13). Если мы одобрим ваш запрос, вы можете по-прежнему обращаться к своим поставщикам услуг в течение не более 12 месяцев. В течение этого времени ваш координатор медицинского обслуживания свяжется с вами, чтобы помочь вам найти сотрудничающих с нами поставщиков услуг, которые связаны с медицинской группой вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (РСП). Через 12 месяцев мы прекратим покрывать ваше обслуживание, если вы продолжите обращаться к поставщикам услуг, которые не сотрудничают с планом и не связаны с медицинской группой вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (РСП).

---

## **С. Информация о вашем координаторе медицинского обслуживания**

### **С1. Кто такой координатор медицинского обслуживания**

Координатор медицинского обслуживания — это человек, который в сотрудничестве с вами, планом медицинского страхования и вашими поставщиками медицинских услуг организывает и обеспечивает вам нужное медицинское обслуживание. Координатор медицинского обслуживания помогает согласовывать предоставление вам необходимых видов обслуживания. Он вместе с вами составляет план медицинского обслуживания. Он помогает вам решать, кто будет включен в вашу группу медицинского обслуживания. Ваш координатор медицинского обслуживания сообщает вам информацию, которая позволяет вам контролировать процесс лечения и ухода. Кроме того, он помогает вам принимать правильные решения.

### **С2. Как вы можете связаться с вашим координатором медицинского обслуживания**

Координатора вам назначают, когда вы становитесь участником плана. Координатор медицинского обслуживания свяжется с вами, когда вы зарегистрируетесь в нашем плане. Отдел обслуживания участников плана также может сообщить вам, как вы можете связаться со своим координатором медицинского обслуживания. Если вам нужна помощь для обращения к вашему координатору, то свяжитесь с нашим отделом обслуживания.

### **С3. Как вы можете изменить координатора медицинского обслуживания**

Если вы захотите поменять своего координатора медицинского обслуживания, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Если вам потребуется дополнительная помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана 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.

---

## **D. Обслуживание, предоставляемое поставщиками первичного медицинского обслуживания, врачами-специалистами, другими сотрудничающими с планом поставщиками медицинских услуг и поставщиками медицинских услуг, не сотрудничающими с планом**

### **D1. Помощь, предоставляемая поставщиком первичного медицинского обслуживания**

Вы должны выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) для организации вашего лечения и управления им. Поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP) нашего плана связаны с медицинскими группами. Вместе с поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) вы выбираете связанную с ним медицинскую группу.

#### **Определение термина «поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP)» и обязанности PCP**

Став участником нашего плана, вы должны выбрать сотрудничающего с планом Health Net Cal MediConnect поставщика услуг, который будет вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP). Ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) должен сотрудничать с нашим планом, отвечать требованиям штата и иметь подготовку, необходимую для оказания вам первичной медицинской помощи. Такими врачами могут быть врачи общей практики, семейные врачи и врачи-терапевты. Женщины могут выбирать акушера-гинеколога в качестве своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP).

Обычную медицинскую помощь вы получаете у своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) обеспечивает получение вами других видов покрываемой планом медицинской помощи. К их числу, например, относятся следующие:

- рентгеновские обследования;
- лабораторные исследования;

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- лечение;
- помощь врачей-специалистов;
- госпитализация в больницу;
- послебольничное лечение.

«Координация» покрываемой планом помощи включает обсуждение с другими поставщиками медицинских услуг оказываемой вам помощи и состояния вашего здоровья. Для получения определенных видов покрываемых нами услуг и медицинских принадлежностей нужно, чтобы ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) вначале выдал вам соответствующее разрешение (например, направление к специалисту). В некоторых случаях ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) должен получить предварительное разрешение нашего плана. Если для оказания вам необходимой помощи требуется предварительное разрешение, ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) подает в наш план или в вашу медицинскую группу запрос на получение такого разрешения. Поскольку ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) вас лечит и координирует оказание вам медицинской помощи, вам нужно предоставить ему все медицинские документы о ваших предшествующих болезнях и лечении.

Выше мы уже объясняли, что большую часть медицинской помощи вы получаете у своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Если ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) считает, что вам нужна специализированная помощь, он дает вам направление к сотрудничающему с планом специалисту или к другим поставщикам услуг. Только некоторые виды медицинской помощи вы можете получать, не получив вначале у своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) соответствующее разрешение или направление. О таких случаях речь пойдет ниже.

У каждого участника нашего плана есть поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP). В качестве поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) может выступать даже поликлиника. Женщины могут выбрать своим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) акушера-гинеколога или клинику по планированию семьи.

В качестве поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) участники нашего плана могут выбирать медицинских специалистов, не являющихся врачами. К числу таких медицинских специалистов, не являющихся врачами-терапевтами, относятся следующие: сертифицированные сестры-акушерки, сертифицированные средние медработники с дополнительным образованием, помощники врача-терапевта. Если вы выбрали своим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) такого специалиста, вы будете приписаны к контролирующему его работу врачу, но обслуживать вас будет выбранный вами специалист. Вы можете поменять выбранного медицинского специалиста, поменяв

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



контролирующего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). На вашей идентификационной карточке участника плана будет напечатано имя поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), контролирующего работу выбранного вами специалиста. Вы можете выбрать для себя специалиста в качестве поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Специалист должен иметь желание и возможность предоставлять медицинскую помощь, в которой вы нуждаетесь.

### **Выбор федерального медицинского центра (FQHC) или сельской клиники (RHC) в качестве вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)**

Федеральный медицинский центр (Federally Qualified Health Center, FQHC) и сельская клиника (Rural Health Clinic, RHC) — это поликлиники; они могут быть вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP). FQHC и RHC — это медицинские центры, оказывающие первичную медицинскую помощь. Свяжитесь с нашим отделом обслуживания участников плана, чтобы узнать названия и адреса FQHC и RHC, которые работают с Health Net Cal MediConnect, или найдите их в *Указателе поставщиков услуг и аптек*.

### **Ваш выбор поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)**

При включении в наш план вы выбираете медицинскую группу, имеющую с нами договор. Медицинская группа — группа работающих вместе поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP), специалистов и других поставщиков медицинских услуг, которые заключили договор для сотрудничества с нашим планом. Кроме того, вам нужно выбрать себе поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) из данной медицинской группы. Выбирайте врача первичного обслуживания, до кабинета которого вам легко добраться. Вы можете попросить предоставить вам поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), который находится не более чем в 10 милях или 30 минутах езды от вашего дома или места работы. Информацию о медицинских группах (и связанных с ними поставщиках первичного медицинского обслуживания (PCP) и больницах) можно найти в *Указателе поставщиков услуг и аптек* или на нашем веб-сайте [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). Чтобы подтвердить доступность поставщика услуг или попросить о конкретном поставщике первичного медицинского обслуживания (PCP), обратитесь в отдел обслуживания участников плана 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.

Все медицинские группы и поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP) направляют пациентов к определенным сотрудничающим с планом специалистам и в определенные больницы, сотрудничающие с ними. Если вы хотите лечиться у конкретного специалиста или в конкретной больнице из числа сотрудничающих с нашим планом, убедитесь вначале, что этот специалист или эта больница сотрудничает с вашим

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) и с медицинской группой, в которой вы лечитесь. Имя вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) и номер телефона его кабинета напечатаны на вашей идентификационной карточке участника нашего плана.

Если вы не выберете медицинскую группу или поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) сами либо если вы выберете медицинскую группу или поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), у которых нельзя получить обслуживание по нашему плану, мы автоматически назначим вам медицинскую группу и поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), которые расположены недалеко от вашего дома.

Информацию о том, как поменять своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), см. ниже под заголовком «Возможность сменить поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)».

### **Возможность сменить поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)**

Вы можете сменить поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) в любое время и по любой причине. Кроме того, ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) может покинуть сеть нашего плана. Если ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) уходит из сети плана, мы можем помочь вам найти другого PCP в нашей сети плана.

Ваш запрос на переход к другому поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP) вступит в силу в первый день месяца, следующего за тем, в который план получил ваш запрос. Чтобы сменить своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), позвоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 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. Или посетите наш веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com), чтобы подать запрос.

При обращении к нам обязательно сообщите, посещаете ли вы врачей-специалистов и получаете ли другое покрываемое планом обслуживание, для которого необходимо разрешение поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) (например, медицинское обслуживание на дому и медицинское оборудование длительного пользования). Отдел обслуживания участников плана сообщит вам, как вы можете продолжить получение помощи специалиста и других услуг, которые вы получали к моменту перехода к другому поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP). Кроме того, сотрудники отдела проверят, принимает ли новых пациентов тот поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP), к которому вы хотите перейти. Наш отдел обслуживания участников плана поменяет указанное в вашем деле имя поставщика первичного медицинского

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



обслуживания (PCP) и сообщит вам, когда вы сможете начать лечиться у своего нового поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP).

Кроме того, вам отправят новую идентификационную карточку участника плана, на которой будут указаны имя и номер телефона вашего нового поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP).

Помните, что поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP), сотрудничающие с нашим планом, связаны с медицинскими группами. Меняя поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), вы меняете и медицинские группы. Когда вы просите об изменении, обязательно сообщите отделу обслуживания участников плана, посещаете ли вы специалиста или получаете другие покрываемые услуги, требующие одобрения поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Отдел обслуживания участников плана поможет вам продолжить получать специализированное медицинское обслуживание и другие услуги при переходе к другому поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP).

### **Услуги, которые вы можете получить без предварительного разрешения от вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)**

В большинстве случаев, прежде чем обратиться к другим поставщикам услуг, вам нужно будет получить разрешение от своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Это разрешение называется **направление**. Обслуживание, для получения которого направление от поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) не требуется:

- Экстренная помощь, оказанная сотрудничающими или не сотрудничающими с планом поставщиками услуг.
- Неотложная помощь, оказываемая сотрудничающими с планом поставщиками услуг.
- Если обратиться к поставщикам медицинских услуг, которые с нами сотрудничают, невозможно (например, если вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания), можно получать неотложную помощь у поставщиков услуг, которые с нами не сотрудничают.
- Диализ, который вам проводят в диализном центре, сертифицированном программой Medicare, когда вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания. (Перед поездкой за пределы нашей зоны обслуживания звоните в наш отдел обслуживания участников плана. Мы поможем вам найти диализные центры за пределами нашей зоны обслуживания.)
- Прививки от гриппа, COVID-19, а также гепатита В и пневмонии, если вы получаете их у сотрудничающего с планом поставщика услуг

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- Обычная гинекологическая медицинская помощь и планирование семьи. Сюда входят обследования молочной железы, скрининговые маммограммы (рентгеновские снимки молочной железы), цитологический мазок и обследования органов таза. Все эти услуги должны предоставляться сотрудничающим с планом поставщиком.
- Кроме того, если вы имеете право обращаться к специалистам из Службы здравоохранения индейцев (Indian Health Service), вы можете посещать их без направления.
- Услуги планирования семьи, оказываемые поставщиками, сотрудничающими и не сотрудничающими с планом.
- Базовая предродовая медицинская помощь, помощь при заболеваниях, передающихся половым путем, тестирование на ВИЧ.

Чтобы узнать, для каких покрываемых услуг может требоваться предварительное разрешение (направление) поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), см. главу 4.

## **D2. Уход от специалистов и других поставщиков услуг, сотрудничающих с планом**

Специалист — это врач, который лечит определенные болезни или определенный орган. Существует много разных специалистов. Ниже приведены некоторые примеры.

- Онкологи лечат рак.
- Кардиолог лечит болезни сердца.
- Ортопед лечит определенные заболевания костей, суставов и мышц.

Перед тем как обратиться к специалисту, вы обычно должны получить на это разрешение своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) (это называется «направление» к специалисту). Перед посещением специалиста или другого сотрудничающего с нами поставщика услуг обязательно получайте у своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) направление (существуют несколько исключений, в том числе обычная гинекологическая помощь). Если перед обращением к врачу-специалисту вы не получили направление, вам, возможно, придется самостоятельно оплачивать его помощь.

Специалист может решить, что для получения необходимой помощи вам следует прийти к нему несколько раз. В этом случае вначале убедитесь в том, что выданное вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) направление на первое посещение действительно также для остальных визитов к специалисту.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Все медицинские группы и поставщики первичного медицинского обслуживания (РСП) направляют пациентов к определенным сотрудничающим с планом специалистам и в определенные больницы, сотрудничающие с ними. Это означает, что решение о том, у каких специалистов и в каких больницах вы можете лечиться, принимают медицинская группа, в которой вы лечитесь, и ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (РСП). Если вы хотите лечиться у конкретных специалистов или в конкретных больницах, выясните вначале, сотрудничают ли с ними ваша медицинская группа и ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (РСП). Как правило, вы можете сменить своего поставщика первичного медицинского обслуживания (РСП) в любое время, если вы захотите обратиться к сотрудничающему с планом специалисту или в больницу, для которых ваш текущий поставщик первичного медицинского обслуживания (РСП) не может дать вам направление. Информацию о том, как сменить поставщика первичного медицинского обслуживания (РСП), см. в этой главе под заголовком «Возможность сменить поставщика первичного медицинского обслуживания (РСП)».

Для некоторых видов обслуживания требуется заранее получить разрешение от нашего плана или вашей медицинской группы (это называется «предварительное разрешение»). Предварительное разрешение — это процесс получения разрешения перед получением определенных видов обслуживания. Если на необходимую вам услугу нужно получать предварительное разрешение, ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (РСП) или другой сотрудничающий с планом поставщик услуг подаст нам или в вашу медицинскую группу запрос на получение такого разрешения. Этот запрос будет изучен и решение (решение плана о страховом покрытии обслуживания называется «organization determination») будет прислано вам и вашему врачу. Услуги, на которые нужно получать предварительное разрешение, приведены в таблице страхового покрытия в главе 4 этого справочника.

### **D3. Что делать, если поставщик услуг покидает наш план**

Сотрудничающие с планом поставщики услуг могут иногда прекращать сотрудничество с нами. Если один из ваших поставщиков услуг покидает наш план, у вас есть определенные права и средства защиты, которые описаны ниже.

- Хотя список сотрудничающих с планом поставщиков услуг и может измениться в течение года, мы должны обеспечивать для вас бесперебойный доступ к соответствующим поставщикам услуг.
- Мы будем прилагать все усилия, чтобы вы получали уведомления по крайней мере за 30 дней и имели время выбрать нового поставщика услуг.
- Мы поможем вам выбрать нового соответствующего поставщика услуг, который продолжит предоставлять отвечающее вашим потребностям медицинское обслуживание.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Если вы проходите лечение, у вас есть право попросить, чтобы это лечение не прерывалось. Мы сделаем все возможное, чтобы обеспечить непрерывность лечения, необходимого по медицинским показаниям.
- Если вы решите, что мы не нашли достойную замену вашему прежнему врачу или что ваше лечение не было организовано должным образом, вы сможете подать апелляцию на наше решение.

Если вы узнаете, что один из ваших поставщиков услуг прекращает сотрудничество с нашим планом, свяжитесь с нами, чтобы мы могли помочь вам найти нового поставщика услуг и обеспечить медицинское обслуживание. За помощью обращайтесь в отдел обслуживания участников плана 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.

#### **D4. Как получать помощь у поставщиков услуг, которые не сотрудничают с нашим планом**

Если вам нужна помощь, которую наши врачи не оказывают, вам нужно вначале получить наше разрешение на лечение у специалиста, который с нами не сотрудничает. Ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) подаст в наш план или в вашу медицинскую группу запрос на получение предварительного разрешения.

Очень важно получить одобрение заранее, прежде чем вы обратитесь к не сотрудничающему с планом поставщику услуг или получите услуги за пределами нашей сети (за исключением экстренной и неотложной помощи, услуг по планированию семьи и услуг по диализу почек в сертифицированном Medicare центре диализа, когда вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана). Если вы не получите разрешение заранее, вам, возможно, придется оплачивать эти услуги самостоятельно.

Подробнее о том, как мы покрываем экстренную и неотложную помощь, оказанную поставщиками медицинских услуг, которые с нами не сотрудничают, см. в разделе H этой главы.

Если вы обращаетесь к поставщику услуг, не сотрудничающему с планом, он должен иметь право участвовать в программе Medicare и/или Medi-Cal.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Мы не можем оплачивать услуги поставщика, не имеющего права на участие в программе Medicare и/или Medi-Cal.
- Если вы обратитесь к поставщику услуг, который не имеет права участвовать в программе Medicare, вам придется полностью оплатить полученное обслуживание.
- Если поставщики медицинских услуг не имеют права работать по программе Medicare, они должны вам об этом сообщить.

---

## Е. Как получить длительное обслуживание и поддержку (LTSS)

К длительному обслуживанию и поддержке (LTSS) относятся службы помощи взрослым по месту жительства (CBAS) и центры сестринского ухода (NF). Обслуживание может предоставляться у вас дома, по месту вашего проживания или в медицинском учреждении. Ниже описаны разные виды LTSS.

- **Службы помощи взрослым по месту жительства (CBAS).** Программа амбулаторного обслуживания в учреждениях, обеспечивающая квалифицированный сестринский уход, социальное обслуживание, эрготерапию и логопедическое лечение, индивидуальный уход, обучение и поддержку семьи больного или ухаживающего за ним лица, диетологические услуги, транспортные и другие услуги. Получать обслуживание по этой программе можно, если вы соответствуете применимым критериям.
- **Центр сестринского ухода (NF).** Учреждение, где ухаживают за людьми, которые не нуждаются в лечении в больнице, но не могут безопасно проживать дома.

Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам понять особенности каждой программы. Чтобы узнать больше о любой из этих программ, обратитесь к своему координатору медицинского обслуживания 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.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **Г. Как получить психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь (связанную с психическим здоровьем и злоупотреблением психоактивными веществами)**

У вас будет доступ к необходимым по медицинским показаниям услугам психологической, психиатрической и наркологической помощи, которые покрываются Medicare и Medi-Cal. План Health Net Cal MediConnect обеспечивает доступ к таким услугам, покрываемым программой Medicare. Услуги психологической, психиатрической и наркологической помощи, которые покрываются программой Medi-Cal, не предоставляются планом Health Net Cal MediConnect. Однако участники плана Health Net Cal MediConnect, которые соответствуют установленным критериям, смогут получить их через Департамент психического здоровья округа Los Angeles (Department of Mental Health, DMH) и Департамент общественного здравоохранения округа Los Angeles (отдел предотвращения и контроля употребления психоактивных веществ) (Department of Public Health, DPH / Substance Use Disorder Prevention & Control, SAPC).

### **Г1. Какие услуги психологической, психиатрической и наркологической помощи в рамках программы Medi-Cal предоставляются вне плана Health Net Cal MediConnect через Департамент психического здоровья округа Los Angeles (DMH) и Департамент общественного здравоохранения округа Los Angeles (отдел предотвращения и контроля употребления психоактивных веществ) (DPH/SAPC)**

Если вы соответствуете критериям Medi-Cal относительно медицинских показаний для психиатрической и психологической помощи, вы можете получать специализированную психологическую и психиатрическую помощь в рамках программы Medi-Cal через план психологической и психиатрической помощи (mental health plan, MHP) вашего округа. Специальные услуги психологической и психиатрической помощи в рамках программы Medi-Cal, предоставляемые Департаментом психического здоровья округа Los Angeles (DMH) и Департаментом общественного здравоохранения округа Los Angeles (отдел предотвращения и контроля употребления психоактивных веществ) (DPH/SAPC), включают следующее:

- Психологическая и психиатрическая помощь (обследование, лечение, реабилитация, работа с родственниками больного, разработка плана лечения)
- Назначение и выдача лекарств и наблюдение за ходом лекарственного лечения
- Интенсивное лечение в дневном стационаре
- Реабилитация в центре дневного пребывания
- Помощь в критических ситуациях

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Стабилизация психического состояния в критических ситуациях
- Центры лечения взрослых с проживанием
- Центры помощи в критических ситуациях с проживанием
- Помощь в психиатрических учреждениях
- Стационарное психиатрическое лечение в больнице
- Целевая координация конкретных случаев

Услуги программы Drug Medi-Cal предоставляются через Департамент общественного здравоохранения округа Los Angeles (отдел предотвращения и контроля употребления психоактивных веществ) (DPH/SAPC), если вы соответствуете критериям относительно медицинских показаний, установленным программой Drug Medi-Cal. Услуги программы Drug Medi-Cal, предоставляемые Департаментом общественного здравоохранения округа Los Angeles (отделом предотвращения и контроля употребления психоактивных веществ) (DPH/SAPC), включают:

- интенсивное амбулаторное лечение;
- лечение с проживанием в медицинском учреждении;
- услуги амбулаторной наркологической помощи без применения лекарственных препаратов;
- лечение с применением наркотических препаратов;
- лечение зависимости от опиоидов налтрексоном.

Помимо перечисленного выше обслуживания по программе Drug Medi-Cal, вы можете проходить добровольную детоксикацию в стационаре, если вам это нужно по медицинским показаниям.

Участники нашего плана могут получать также необходимую по медицинским показаниям психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь, покрываемую по программам Medicare и предоставляемую нашим планом. Эту помощь можно получать у сотрудничающих с планом Health Net Cal MediConnect психологов и психиатров. Покрываемое обслуживание включает, в частности, следующее:

- Амбулаторное лечение: амбулаторное кризисное вмешательство, кратковременное обследование и лечение, долгосрочное специализированное лечение и любая реабилитационная помощь, связанная со злоупотреблением психоактивными веществами.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- Стационарное обслуживание и медицинские принадлежности: палата на два или несколько мест, в том числе со специальным оборудованием, принадлежности и вспомогательные услуги, которые обычно предоставляются в этом учреждении.
- Стационарное лечение и альтернативные виды услуг: частичная госпитализация и интенсивное амбулаторное лечение в учреждении, сертифицированном программой Medicare.
- Детоксикация: стационарное обслуживание в целях экстренной детоксикации и лечения острых заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами.
- Экстренная помощь: профилактическое обследование, осмотр и оценка, позволяющие определить состояние, требующее экстренной психиатрической помощи, а также уход и лечение, необходимые для облегчения или устранения этого заболевания.

Информация о поставщиках услуг приведена в *Указателе поставщиков услуг и аптек*. Вы также можете обратиться в службу поддержки Health Net Cal MediConnect по телефону 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. Или посетите наш веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

### **Исключения и ограничения, касающиеся психологической, психиатрической и наркологической помощи**

Перечень исключений и ограничений, касающихся психологической, психиатрической и наркологической помощи, приведен в разделе F главы 4, стр. 137. «Услуги, которые не покрываются Health Net Cal MediConnect, Medicare и Medi-Cal».

### **Как определяется наличие медицинских показаний для предоставления услуг, обеспечивающих психическое здоровье и отсутствие патологических зависимостей**

Для получения покрытия определенных услуг и расходных материалов для оказания психологической, психиатрической или наркологической помощи необходимо разрешение плана. Подробнее об обслуживании, для которого нужно получать предварительное разрешение, см. в главе 4. Если вам нужно получить такое предварительное разрешение, позвоните в отдел обслуживания участников плана 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. Наш план направит вас к ближайшему к вам специалисту по психическому здоровью из числа сотрудничающих с нами. Этот специалист вас обследует

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



и решит, требуется ли вам лечение. Если вам требуется лечение, специалист по психическому здоровью из числа сотрудничающих с нами разработает план лечения и подаст его на рассмотрение в план Health Net Cal MediConnect. Если мы утвердим план лечения, вы получите страховое покрытие включенных в него услуг. Если наш план не утвердит план лечения, ни услуги, ни принадлежности для лечения этого состояния мы покрывать не будем. Наш план может, однако, направить вас для получения нужной вам помощи в департамент психологической и психиатрической помощи округа.

**Процедура направления при взаимодействии Health Net Cal MediConnect и учреждений здравоохранения округа Los Angeles: Департамент психического здоровья округа Los Angeles (DMH) и Департамент общественного здравоохранения округа Los Angeles (отдел предотвращения и контроля употребления психоактивных веществ) (DPH/SAPC):**

Давать направление на получение психологической, психиатрической и наркологической помощи в рамках плана Health Net Cal MediConnect могут многие лица, в том числе: поставщики услуг психологической, психиатрической и наркологической помощи округа, сотрудники округа, ведущие дело, поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP), а также участники и члены их семей. Выдающее направление лицо может связаться с планом Health Net Cal MediConnect по номеру телефона, указанному на идентификационной карточке участника плана. В соответствующих случаях план Health Net Cal MediConnect подтвердит право участника плана на получение обслуживания и даст на это разрешение.

План Health Net Cal MediConnect работает над выдачей соответствующих направлений и координацией обслуживания совместно с округом Los Angeles.

Получать направления в службы округа, предоставляющие специальную психологическую и психиатрическую помощь и/или наркологическую помощь вы можете самостоятельно.

Координация обслуживания включает при необходимости согласование услуг с поставщиками первичного медицинского обслуживания (PCP), поставщиками услуг для обеспечения психического здоровья и отсутствия патологических зависимостей, работающими в округе, сотрудниками округа, ведущими ваш случай, вами, вашей семьей и ухаживающими за вами лицами.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





**Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы в отношении услуг для обеспечения психического здоровья и отсутствия патологических зависимостей**

Процесс апелляции по поводу страхового покрытия услуг, о которых говорится в этом разделе, не отличается от процесса по поводу любого другого покрытия. Подача жалоб описана в разделе J главы 9, стр. 292.

**Непрерывность обслуживания участников плана, которым уже оказывают услуги для обеспечения психического здоровья и отсутствия патологических зависимостей**

Если вам в настоящее время оказывают услуги для обеспечения психического здоровья и отсутствия патологических зависимостей, вы можете попросить нас разрешить вам по-прежнему обращаться к тому же поставщику услуг. Мы обязаны дать вам разрешение, если вы можете доказать, что на протяжении 12 месяцев, предшествующих включению в наш план, вы уже лечились у этого поставщика медицинских услуг. Если на этот запрос мы даем положительный ответ, вы можете по-прежнему обращаться к этому поставщику медицинских услуг в течение не более 12 месяцев. Через 12 месяцев мы можем прекратить страховое покрытие обслуживания, которое вы получаете у поставщиков услуг, не сотрудничающих с нашим планом. Для получения помощи по вашему запросу позвоните в отдел обслуживания участников плана 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.

---

**G. Как получить транспортные услуги**

Транспортные услуги участникам плана Health Net Cal MediConnect предоставляет компания ModivCare Solutions, LLC (прежнее название — LogistiCare). Это могут быть неэкстренные поездки на медицинском транспорте (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) или поездки на немедицинском транспорте (Non-Medical Transportation, NMT).

**Неэкстренные поездки на медицинском транспорте (Non-emergency medical transportation, NEMT)**

Неэкстренные поездки на медицинском транспорте нужны для получения покрываемого планом медицинского обслуживания. Они организуются с письменного назначения врача-терапевта, стоматолога или подиатра и только в случаях, когда медицинское или физическое состояние больного не позволяет ему пользоваться автобусом, такси, автомобилем или другим видом общественного или частного транспорта.

Страховое покрытие неэкстренных поездок на медицинском транспорте (NEMT) включает в себя следующие аспекты.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Неограниченное число бесплатных поездок туда и обратно.
- Машины скорой помощи, транспорт для инвалидов колясок и машины для перевозки лежачих больных.
- Транспортировка из дома на прием к врачу и обратно.
- Отсутствие ограничения расстояния в милях в зоне обслуживания.
- Транспортировка еще одного члена семьи или сиделки без каких-либо дополнительных затрат.
- По дороге домой после приема у врача вы можете попросить водителя заехать в аптеку, к поставщику услуг лучевой диагностики или в лабораторию.

### **Поездки на немедицинском транспорте (Non-medical transportation, NMT)**

Поездки на немедицинском транспорте (NMT) включают транспортировку к месту оказания медицинских услуг на легковом автомобиле, такси или других видах общественного/частного транспорта, предоставляемых лицами, не зарегистрированными в Medi-Cal в качестве поставщиков услуг. В эту услугу включено возмещение стоимости топлива водителям, которые не являются участниками плана. Позвоните в ModivCare, если вас будет перевозить друг или член семьи и вы хотите получить возмещение.

Поездки на немедицинском транспорте (NMT) не включают в себя перевозку больных, раненых, выздоравливающих, немощных или недееспособных по иным причинам лиц на машине скорой помощи, в машине для перевозки лежачих больных либо в транспорте для инвалидов колясок.

Страховое покрытие поездок на немедицинском транспорте (NMT) включает:

- Неограниченное число бесплатных поездок туда и обратно.
- Услуги по транспортировке от двери до двери.
- Такси, стандартный пассажирский автомобиль, мини-фургон и другой общественный или личный транспорт.
- Возмещение стоимости топлива водителям, которые не являются участниками плана.
- Транспортировка из дома на прием к врачу и обратно.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Отсутствие ограничения расстояния в милях в зоне обслуживания.
- Транспортировка еще одного члена семьи или сиделки без каких-либо дополнительных затрат.
- По дороге домой после приема у врача вы можете попросить водителя заехать в аптеку, к поставщику услуг лучевой диагностики или в лабораторию.

Чтобы подать запрос на транспортные услуги, описанные выше, обращайтесь в отдел обслуживания участников плана 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.

Запрос на получение транспортных услуг следует подавать за семь календарных дней до поездки. Это требование относится как к неэкстренным поездкам на медицинском транспорте, так и к поездкам на немедицинском транспорте.

Если вы заказываете поездку позднее, ваш запрос выполняется в зависимости от ситуации: причины поездки, времени назначения посещения врача и наличия транспорта.

---

## **Н. Как получить покрываемые услуги, если вам требуется экстренная или неотложная медицинская помощь, а также во время бедствия**

### **Н1. Медицинская помощь в экстренной ситуации**

#### **Определение экстренного состояния**

Экстренное состояние — это состояние с такими симптомами, как сильная боль или серьезная травма. Состояние должно быть настолько серьезным, чтобы вы или среднестатистический человек без медицинского образования имели основания считать, что отсутствие немедленной медицинской помощи может:

- представлять серьезную угрозу для здоровья человека либо здоровья ребенка во чреве матери; **или**
- серьезно нарушить работу организма; **или**
- привести к серьезному нарушению функций органа или части тела; **или**

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- в случае активных родовых схваток, когда:
  - нет достаточного времени для безопасной перевозки в другую больницу до начала родов;
  - перевозка в другую больницу может представлять серьезную угрозу для здоровья либо безопасности женщины или плода.

### Что делать, если вам требуется экстренная медицинская помощь

Если вы находитесь в экстренном состоянии:

- **Нужно как можно скорее получить медицинскую помощь.** Позвоните по телефону 911, обратитесь в ближайшее отделение экстренной помощи или в ближайшую больницу. Если нужно, вызовите машину скорой помощи. Вам **не** требуется предварительное разрешение или направление от вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP).
- **Как можно скорее сообщите нам о своем экстренном состоянии.** Нам нужно следить за оказанием вам экстренной помощи. Вы или другой человек должны позвонить нам и сообщить о том, что вы получаете экстренную помощь. Обычно это нужно сделать в течение 48 часов. Однако вам не придется платить за экстренную помощь из-за того, что вы не сообщили нам об этом вовремя. Позвоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, на выходных и в праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.

### Покрываемые услуги экстренной медицинской помощи

Мы оплачиваем экстренную помощь, которую вы получили в любое время в любом месте США и территорий, находящихся под управлением США. Если для того чтобы добраться до отделения экстренной помощи вам нужна машина скорой помощи, наш план вам ее оплатит. Подробнее см. в таблице страхового покрытия в разделе D главы 4, стр. 83.

Мы можем покрыть экстренную медицинскую помощь, оказанную вам за пределами США. Это страховое покрытие ограничено суммой \$50,000 в год. Подробнее см. «Покрытие экстренной/неотложной помощи в других странах» в таблице страховых выплат в главе 4 настоящего справочника; также вы можете обратиться в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, на выходных и в праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



После того как экстренное состояние закончится, вам может потребоваться последующее лечение для стабилизации вашего состояния. Наш план покрывает такое лечение. Если экстренную помощь вам оказывают поставщики услуг, не сотрудничающие с планом, мы постараемся найти для вас сотрудничающих с нами поставщиков как можно скорее.

### **Получение экстренной медицинской помощи в случае, если у вас неэкстренное состояние**

Иногда трудно установить, является ли ваше физическое или психическое состояние экстренным. Вы можете обратиться за экстренной медицинской помощью, а врач сообщит, что ваше состояние не является экстренным. Если окажется, что у вас были разумные основания считать, что ваше здоровье находится в серьезной опасности, мы предоставим вам страховое покрытие полученного вами обслуживания.

Однако если врач сообщит, что экстренная помощь вам не требовалась, мы покроем дополнительную помощь, только когда:

- вы обращаетесь к сотрудничающему с планом поставщику услуг **или**
- полученная вами помощь считается «неотложной» и при ее получении вы соблюдаете соответствующие правила. (См. следующий раздел.)

## **H2. Неотложная медицинская помощь**

### **Определение неотложной медицинской помощи**

Неотложная медицинская помощь — это помощь, необходимая при внезапно развившейся болезни, травме или состоянии, когда экстренная помощь не требуется, но нужно как можно скорее обратиться к врачу. Например, обострение существующего заболевания и необходимость в его скорейшем лечении.

### **Неотложная медицинская помощь, оказанная в зоне обслуживания плана**

В большинстве случаев мы покрываем неотложную медицинскую помощь только при соблюдении таких условий:

- вы получаете неотложную помощь от сотрудничающего с планом поставщика услуг **и**
- вы соблюдаете правила, приведенные в этой главе.

Если же сотрудничающие с нами поставщики медицинских услуг недоступны, мы покрываем неотложную помощь, полученную у поставщиков, которые не сотрудничают с нашим планом.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



В серьезных экстренных ситуациях: звоните по телефону 911 или идите в ближайшую больницу.

Если ваше состояние не такое тяжелое: позвоните своему поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP) или в медицинскую группу, в которой вы лечитесь. Если вы не можете дозвониться или если помощь нужна немедленно, идите в ближайший медицинский центр, центр неотложной помощи или больницу.

Если вы не уверены, нужна ли вам экстренная помощь, позвоните своему поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP) или в медицинскую группу, в которой вы лечитесь.

Медицинская группа, в которой вы лечитесь, круглосуточно (24 часа), без выходных и праздников отвечает на звонки, касающиеся медицинской помощи, которую вы считаете неотложно необходимой. В группе оценят вашу ситуацию и скажут, куда вам нужно обратиться за помощью.

Если вы не уверены, какая помощь вам нужна (экстренная или неотложная), позвоните на нашу круглосуточную линию сестринских консультаций. Это можно сделать по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711). Участники плана Health Net Cal MediConnect могут обращаться в приемное отделение круглосуточно и в любой день (без выходных и праздников). Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-855-464-3571 (телетайп: 711), если вам нужна помощь в поиске поставщика услуг. Сотрудники отдела обслуживания участников плана также могут перевести ваш звонок на линию сестринских консультаций. Отдел обслуживания участников плана работает 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.

### **Неотложная медицинская помощь, оказанная за пределами зоны обслуживания плана**

Если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана, возможно, вам не удастся получить помощь от сотрудничающих с нами поставщиков медицинских услуг. В этом случае наш план покрывает неотложную медицинскую помощь, оказанную любым поставщиком услуг.

Наш план не покрывает неотложную медицинскую помощь и любое другое неэкстренное медицинское обслуживание, полученное за пределами США.

Неотложное медицинское обслуживание, полученное за пределами США, может рассматриваться как экстренная помощь, которая входит в страховое покрытие экстренной/неотложной помощи в других странах. Подробнее см. в разделе «Покрытие экстренной/неотложной помощи в других странах» таблицы страхового покрытия в главе 4 этого документа.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### НЗ. Обслуживание во время стихийных бедствий

Если губернатор вашего штата, Министр здравоохранения и социальных служб США или президент Соединенных Штатов объявляют о стихийном бедствии или чрезвычайной ситуации в вашем географическом районе, вы по-прежнему имеете право на получение медицинской помощи в рамках Health Net Cal MediConnect.

Информацию о том, как получить необходимую помощь во время объявленного бедствия, можно найти на нашем веб-сайте [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Во время объявленного бедствия, если вы не можете обратиться к сотрудничающему с планом поставщику услуг, мы разрешим вам бесплатно получить помощь от поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом. Если во время объявленного бедствия вы не сможете пользоваться услугами аптеки, сотрудничающей с планом, вы можете получать лекарства по рецепту в аптеке, не сотрудничающей с нашим планом. Подробнее см. в главе 5.

---

### I. Что делать, если счет за услуги, покрываемые нашим планом, выставили вам

Если поставщик медицинских услуг выставляет счет вам, а не отправляет нам, вы должны обратиться к нам, чтобы мы оплатили покрываемую нами часть счета.

**Вы не должны оплачивать счет самостоятельно. Если вы это сделаете, план не сможет возместить вам расходы.**

Если вы оплатили покрываемые планом услуги или получили счет на полную стоимость покрываемых планом медицинских услуг, см. информацию о дальнейших действиях в разделе А главы 7, стр. 181.

### II. Что делать, если наш план не покрывает услуги

План Health Net Cal MediConnect оплачивает медицинскую помощь, если выполняются следующие условия:

- медицинское обслуживание необходимо по медицинским показаниям, **и**
- услуги указаны в таблице страхового покрытия (см. раздел D главы 4, стр. 83), **и**
- вы получаете эту помощь в соответствии с установленными правилами плана.

Если вы получаете услуги, которые не покрываются нашим планом, **вы должны оплатить полную стоимость самостоятельно.**

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





Если вы хотите узнать, оплатим ли мы какое-то медицинское обслуживание, вы всегда можете нас об этом спросить. Вы имеете право попросить это в письменной форме. Если мы ответим, что не будем платить за это обслуживание, вы имеете право подать апелляцию на наше решение.

О том, что нужно делать, если вы хотите, чтобы мы оплатили обслуживание или медицинское приспособление, говорится в разделе D главы 9, стр. 233. Там же говорится о том, как подать апелляцию на наше решение о страховом покрытии. Кроме того, вы можете позвонить в наш отдел обслуживания участников плана и задать вопросы о своем праве на апелляцию.

Некоторые виды обслуживания мы оплачиваем только в определенных пределах. Если вы превысили этот предел, то для продолжения такого обслуживания вам придется полностью его оплачивать. Узнать, каково ограничение и какую часть покрытия вы уже использовали, можно в нашем отделе обслуживания участников плана.

---

## **J. Покрытие медицинского обслуживания в случае, если вы принимаете участие в клиническом исследовании**

### **J1. Определение научного клинического исследования**

Научное клиническое исследование (также называемое клиническим испытанием) — это способ, с помощью которого врачи испытывают новые виды медицинской помощи или лекарств. Для участия в исследовании приглашают добровольцев. Такие исследования позволяют врачам определить, насколько хорошо и безопасно действует новое лечение или новое лекарство.

После того как программа Medicare утвердит исследование, в котором вы хотите участвовать, с вами свяжется один из специалистов, проводящих исследование. Он расскажет вам об исследовании и выяснит, можете ли вы в нем участвовать. Вы можете участвовать в исследовании, если отвечаете определенным условиям. Кроме того, вы должны понимать, что требуется от участников исследования, и соблюдать эти требования.

Во время исследования вы можете оставаться участником нашего плана. Это позволит вам получать обслуживание в рамках нашего плана, которое не связано с исследованием.

Для участия в клиническом исследовании, утвержденном программой Medicare, вам *не* нужно получать наше разрешение или разрешение вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Поставщики услуг, которые предоставляют вам обслуживание в рамках исследования, могут *не* сотрудничать с нашим планом.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





**Вы должны сообщить нам, прежде чем принимать участие в научных клинических исследованиях.**

Если вы планируете принять участие в научном клиническом исследовании, вам или вашему координатору медицинского обслуживания следует обратиться в отдел обслуживания участников плана, чтобы сообщить нам об этом.

**J2. Оплата услуг, если вы участвуете в научном клиническом исследовании**

Если вы доброволец для участия в клиническом исследовании, которое утверждено программой Medicare, вы не будете ничего платить за услуги, покрываемые исследованием. Программа Medicare будет оплачивать услуги, покрываемые исследованием, а также обычные расходы, связанные с оказанием помощи вам. Участникам клинического исследования, утвержденного программой Medicare, программа предоставляет страховое покрытие большинства принадлежностей и услуг, которые входят в это исследование. К их числу, например, относятся следующие:

- проживание и питание во время пребывания в больнице, которые программа Medicare оплачивала бы, даже если бы вы не участвовали в исследовании;
- операция или другая медицинская процедура, являющаяся частью исследования;
- лечение любых побочных эффектов и осложнений исследуемого лечения.

Если вы участвуете в исследовании, которое Medicare **не одобрила**, вам придется оплатить все расходы за участие в исследовании.

**J3. Дополнительная информация о клинических исследованиях**

Вы можете узнать больше об участии в клинических исследованиях, прочитав статью Medicare & Clinical Research Studies («Medicare и клинические исследования») на веб-сайте Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). Кроме того, вы можете позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телетайпом, звоните по номеру 1-877-486-2048.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## **К. Как покрываются медицинские услуги, если вы получаете уход в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения**

### **К1. Определение религиозного немедицинского учреждения здравоохранения**

Религиозное немедицинское учреждение для обслуживания больных (religious non-medical health care institution) — это учреждение, оказывающее помощь при состояниях, которые обычно лечат в больнице или в центре квалифицированного сестринского ухода. Если получение помощи в больнице или в центре квалифицированного сестринского ухода противоречит верованиям участника нашего плана, мы предоставим такому человеку страховое покрытие помощи, оказываемой в религиозном немедицинском учреждении для обслуживания больных.

За медицинской помощью вы можете обратиться в любое время и по любой причине. Это покрываемое обслуживание мы предоставляем только для обслуживания в стационаре по программе Medicare Part A (немедицинская помощь больным). Программа Medicare оплачивает только ту немедицинскую помощь больным, которую оказывают религиозные немедицинские учреждения для обслуживания больных.

### **К2. Получение помощи от религиозного немедицинского медицинского учреждения**

Для того чтобы получать помощь в религиозном немедицинском учреждении для обслуживания больных, вы должны подписать заявление о том, что вы отказываетесь от «необязательного» медицинского лечения.

- «Необязательное» лечение — это любое добровольное лечение, получать которое не требуют федеральные законы, законы штата или местные законы.
- «Обязательное» лечение — это любое лечение, которое не является добровольным. Такое лечение больной получать обязан, потому что этого требуют федеральные законы, законы штата или местные законы.

Наш план предоставляет страховое покрытие помощи в религиозных немедицинских учреждениях для обслуживания больных, если выполняются следующие условия:

- Учреждение, предоставляющее обслуживание, должно быть сертифицировано программой Medicare.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Наш план покрывает только ту часть обслуживания, которая не имеет отношения к религии.
- Если услуги предоставляются вам во время нахождения в таком учреждении, должны выполняться следующие условия.
  - Ваше состояние дает вам право на страховое покрытие стационарной помощи в больнице или в центре квалифицированного сестринского ухода.
  - Перед поступлением в такое религиозное учреждение вы получили соответствующее разрешение нашего плана; в противном случае мы не будем покрывать ваше пребывание в таком учреждении.

Если соблюдаются все вышеперечисленные требования, страховое покрытие такой стационарной помощи не ограничено.

---

## **L. Медицинское оборудование длительного пользования (DME)**

### **L1. Оборудование длительного пользования (DME) как часть нашего плана**

К оборудованию длительного пользования (DME) относятся определенные предметы, заказанные поставщиком для использования в вашем собственном доме. Примерами этих предметов являются инвалидные коляски, костыли, ортопедические матрасы, диабетические расходные материалы, больничные койки, заказанные поставщиком для использования в домашних условиях, внутривенные (в/в) инфузионные насосы, устройства для воспроизведения речи, кислородное оборудование и принадлежности, небулайзеры и ходунки.

Некоторые приспособления, например протезы, всегда считаются принадлежащими пациенту.

В этом разделе мы обсудим оборудование длительного пользования (DME), которое вы должны арендовать. Как участник плана Health Net Cal MediConnect вы можете приобрести в собственность оборудование длительного пользования (DME), если это необходимо по медицинским показаниям и вам нужно долгое время пользоваться таким изделием. Кроме того, на такое изделие должно быть получено разрешение, а его приобретение и использование должны быть согласованы с поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP), медицинской группой и/или планом Health Net Cal MediConnect. Вы также можете обратиться в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (телетайп: 711), чтобы узнать о требованиях относительно аренды или владения медицинским оборудованием длительного пользования, а также о документации, которую вы должны

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



предоставить. 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.

В некоторых случаях мы передадим вам право собственности на оборудование длительного пользования (DME). Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать о требованиях, которым вы должны соответствовать, и о документах, которые вам необходимо предоставить.

Если вы приобретаете право собственности на медицинское оборудование длительного пользования, пока вы являетесь участником нашего плана, а оборудование требует обслуживания, то поставщику медицинских услуг разрешается выставить счет за ремонт.

## **L2. Право собственности на оборудование длительного пользования (DME) при переходе на программу Original Medicare или Medicare Advantage**

В программе Original Medicare участники, которые арендуют определенные типы оборудования длительного пользования (DME), получают право собственности на них через 13 месяцев. В рамках плана Medicare Advantage может быть предусмотрено определенное количество месяцев, в течение которых участники должны арендовать определенные типы оборудования длительного пользования (DME), прежде чем получат на них право собственности.

**Примечание.** Вы можете найти определения программы Original Medicare и планов Medicare Advantage в главе 12. Вы также можете найти дополнительную информацию о них в справочнике *Medicare & You 2022*. 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), который работает круглосуточно и без выходных. При использовании телетайпа набирайте 1-877-486-2048.

Чтобы получить в собственность изделие длительного пользования (DME), вам придется сделать 13 платежей подряд в рамках программы Original Medicare или же такое количество платежей подряд, которое установлено планом Medicare Advantage, если:

- вы не стали его собственником, будучи участником нашего плана, и
- вы перестаете быть участником нашего плана и получаете страховые выплаты Medicare, не участвуя в других планах медицинского страхования, по программе Original Medicare или в рамках плана 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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Если вы осуществили платежи за оборудование длительного пользования (DME) в рамках программы Original Medicare или Medicare Advantage до того, как стали участником нашего плана, **эти платежи в рамках Original Medicare или Medicare Advantage не учитываются при подсчете платежей, которые вы должны произвести после прекращения участия в нашем плане.**

- Вам придется произвести 13 новых платежей подряд в рамках Original Medicare или ряд новых платежей подряд, предусмотренных планом Medicare Advantage, для получения права собственности на оборудование длительного пользования (DME).
- Исключения в этом случае не предусмотрены, если вы возвращаетесь к программе Original Medicare или к плану Medicare Advantage.

### **L3. Страхование кислородного оборудования для участников нашего плана**

Если вы имеете право на кислородное оборудование, покрываемое программой Medicare, и являетесь участником нашего плана, мы покроем следующее:

- аренду кислородного оборудования;
- обеспечение доставки кислорода и поддержание уровня его содержания;
- систему трубок и связанные с ней вспомогательные принадлежности для доставки кислорода и поддержания уровня его содержания;
- техническое обслуживание и ремонт кислородного оборудования.

Кислородное оборудование необходимо вернуть владельцу, если в нем больше нет необходимости по медицинским показаниям или вы прекращаете участие в нашем плане.

### **L4. Кислородное оборудование в случае перехода на программу Original Medicare или план Medicare Advantage**

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям и **вы прекращаете участие в нашем плане и переходите на программу Original Medicare**, вы будете арендовать его у поставщика в течение 36 месяцев. Ежемесячная арендная плата покрывает кислородное оборудование, расходные материалы и услуги, перечисленные выше.

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям **после 36 месяцев аренды:**

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- ваш поставщик обязан предоставить кислородное оборудование, расходные материалы и услуги еще на 24 месяца;
- ваш поставщик обязан предоставить кислородное оборудование и расходные материалы на срок до 5 лет, если это необходимо по медицинским показаниям.

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям и **в конце 5-летнего периода:**

- ваш поставщик больше не обязан его предоставлять, но вы можете получить оборудование у любого поставщика;
- начинается новый 5-летний период;
- вы будете арендовать оборудование у поставщика в течение 36 месяцев;
- затем ваш поставщик обязан предоставить кислородное оборудование, расходные материалы и услуги еще на 24 месяца;
- новый цикл начинается каждые 5 лет, если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям.

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям и **вы прекращаете участие в нашем плане и переходите на план Medicare Advantage**, план будет покрывать как минимум то, что покрывает программа Original Medicare. Вы можете спросить у своего плана Medicare Advantage, какое кислородное оборудование и расходные материалы он покрывает и какими будут ваши расходы.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Глава 4. Таблица страхового покрытия

---

### Введение

В этой главе предоставлена информация об услугах, покрываемых планом Health Net Cal MediConnect, а также обо всех ограничениях в отношении этих услуг. Здесь также представлена информация об услугах, не покрываемых нашим планом. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

### Содержание

|  |     |
|--|-----|
| A. Ваши покрываемые услуги .....   | 80  |
| A1. Во время чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения .....   | 80  |
| B. Правила, запрещающие поставщикам медицинских услуг взимать с вас плату .....  | 80  |
| C. Таблица страхового покрытия в рамках нашего плана .....   | 81  |
| D. Таблица страхового покрытия .....   | 83  |
| E. Страховые выплаты вне плана Health Net Cal MediConnect .....  | 134 |
| E1. Программа штата Калифорния по переходу на обслуживание по месту жительства (California Community Transitions, CCT) ..... | 134 |
| E2. Программа Medi-Cal Dental .....  | 135 |
| E3. Хосписная помощь .....   | 136 |
| F. Услуги, которые не покрываются Health Net Cal MediConnect, Medicare и Medi-Cal .....                                      | 137 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





---

## А. Ваши покрываемые услуги

В этой главе перечислены услуги, которые оплачивает план Health Net Cal MediConnect. Кроме того, из нее вы узнаете, какое обслуживание мы не покрываем. О страховом покрытии лекарств говорится в разделе А главы 5, стр. 146. В этой главе также указаны ограничения на некоторые услуги.

Поскольку вы получаете помощь по программе Medi-Cal, вам не нужно ничего платить за покрываемое обслуживание, если вы соблюдаете установленные планом правила. Подробнее о действующих в плане правилах говорится в разделе В главы 3, стр. 48.

Если вам нужна помощь в понимании того, какие услуги покрываются планом, позвоните своему координатору медицинского обслуживания *и/или* в отдел обслуживания участников плана 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.

### А1. Во время чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения

План Health Net Cal MediConnect будет следовать всем указаниям властей штата и/или федеральных властей, относящимся к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения (public health emergency, PHE). В период чрезвычайной ситуации в области здравоохранения (PHE) план полностью обеспечивает необходимое страховое покрытие для его участников. Страховое покрытие может различаться в зависимости от полученных вами услуг и продолжительности чрезвычайной ситуации в области здравоохранения (PHE). Дополнительную информацию о том, как получить необходимую помощь во время чрезвычайной ситуации в области здравоохранения (PHE), можно найти на нашем веб-сайте [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) или узнать в отделе обслуживания участников плана. Вы можете связаться с отделом обслуживания участников плана 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.

---

## В. Правила, запрещающие поставщикам медицинских услуг взимать с вас плату

Мы не позволяем поставщикам услуг в рамках плана Health Net Cal MediConnect взимать с вас плату за покрываемое обслуживание. Мы платим непосредственно сотрудничающим с нами поставщикам медицинских услуг. Вам ничего не нужно платить. Это правило действует даже тогда, когда мы платим поставщикам медицинских услуг меньше, чем установленная ими стоимость услуг.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Вы никогда не должны получать счет за покрываемое обслуживание.** Если вы получили такой счет, см. раздел А главы 7, стр. 181. Либо позвоните в отдел обслуживания участников плана.

---

## С. Таблица страхового покрытия в рамках нашего плана

В таблице страхового покрытия указано, какие услуги оплачивает наш план. В ней представлены категории услуг и описаны покрываемые услуги.

**Мы оплачиваем перечисленные в таблице страхового покрытия услуги, только если выполняются приведенные ниже правила.** Вы ничего не платите за услуги, перечисленные в таблице страхового покрытия, если соблюдаете описанные ниже требования для получения покрытия.

- Услуги, которые покрываются по программам Medicare и Medi-Cal, должны предоставляться в соответствии с правилами, установленными этими программами.
- Обслуживание (включая медицинскую, психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь, длительное обслуживание, принадлежности, оборудование и лекарства) должно быть необходимо по медицинским показаниям. «По медицинским показаниям» означает, что этот вид обслуживания нужен для предотвращения, диагностики или лечения болезни либо для поддержания текущего состояния. К данному понятию относится также уход, позволяющий вам избежать помещения в больницу или центр сестринского ухода. Кроме того, обслуживание, принадлежности и лекарства должны отвечать требованиям стандартов медицинской помощи. Услуга является необходимой по медицинским показаниям, если она нужна для спасения жизни, предупреждения серьезной болезни или инвалидности либо облегчения сильной боли.
- Вы получаете помощь у сотрудничающего с планом поставщика услуг. Сотрудничающим с планом называется поставщик услуг, который работает с нами. В большинстве случаев мы не покрываем обслуживание, полученное у поставщиков услуг, которые не сотрудничают с планом. Подробнее о том, как обращаться к сотрудничающим и не сотрудничающим с планом поставщикам услуг, см. в разделе D главы 3, стр. 52.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).




- Помощь вам оказывает и координирует поставщик первичного медицинского обслуживания (primary care provider, PCP) или ваша группа медицинского обслуживания. В большинстве случаев ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) должен дать вам разрешение, прежде чем вы сможете обратиться к другому специалисту, который не является вашим PCP, или использовать услуги других сотрудничающих с планом поставщиков услуг. Это разрешение называется «направление». Подробнее о получении направления и о случаях, когда оно не требуется, см. в разделе D главы 3, стр. 52.
- За обслуживанием вам следует обращаться к поставщикам услуг, которые связаны с медицинской группой вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Подробнее см. в разделе D главы 3, стр. 52.
- Некоторые услуги, перечисленные в таблице страхового покрытия, покрываются только при условии, что ваш врач или другой сотрудничающий с планом поставщик услуг заранее получил наше разрешение на оказание вам этих услуг. Его еще называют предварительным разрешением. Покрываемые услуги, для получения которых необходимо предварительное разрешение, отмечены в таблице страхового покрытия курсивом.
- Все профилактические услуги бесплатны. В таблице страхового покрытия рядом с профилактическими услугами стоит значок яблока 🍏.
- В рамках индивидуального плана медицинского обслуживания могут быть доступны дополнительные услуги плана медицинского обслуживания (Care Plan Optional, CPO). Эти услуги направлены на помощь в быту (например, питание, поручни для душа, пандусы и помощь вам или ухаживающему за вами лицу). Эти услуги позволяют вам в меньшей степени зависеть от окружающих, но **не заменяют** длительное обслуживание и поддержку (LTSS), на которые вы имеете право в рамках программы Medi-Cal. Примеры услуг CPO, ранее предлагавшихся планом Health Net Cal MediConnect: замена ухаживающего лица сиделкой на срок до 24 часов каждые 6 месяцев, а также особые услуги для групп (Special Services for Groups, SSG), включающие запланированные визиты на дом для поддержания связи участников нашего плана с социальными ресурсами на местном уровне. Если вам нужна помощь или вы хотите знать, какие услуги CPO вам могут быть полезны, обратитесь к своему координатору медицинского обслуживания.

---

**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. Звонки бесплатны. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).




## D. Таблица страхового покрытия

| Обслуживание, которое наш план оплачивает   |  |
|---|--|
|  | <p><b>Профилактическое обследование на наличие аневризмы брюшной аорты</b></p> <p>Мы оплачиваем однократное ультразвуковое обследование для людей из группы риска. Наш план покрывает это профилактическое обследование, только если у вас есть определенные факторы риска и вы получили направление на него от вашего врача-терапевта, помощника врача-терапевта, среднего медработника с дополнительным образованием или от медицинской сестры с правом частной практики.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p>   |
|   | <p><b>Иглоукалывание</b></p> <p>Мы будем оплачивать не более двух амбулаторных акупунктурных услуг в течение одного календарного месяца или чаще, если они необходимы по медицинским показаниям.</p> <p>Кроме того, мы оплатим не более 12 сеансов иглоукалывания в течение 90 дней при хронической боли в пояснице. Хроническая боль в пояснице — это боль, которая:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• длится 12 недель и дольше;</li> <li>• неспецифическая (без определенной систематической причины, например в связи с метастазами, воспалительным или инфекционным заболеванием);</li> <li>• не связана с операцией; и</li> <li>• не связана с беременностью.</li> </ul> <p>Если ваше состояние улучшится, мы также оплатим 8 дополнительных сеансов иглоукалывания от хронической боли в пояснице. За один год можно пройти не более 20 сеансов иглоукалывания от хронической боли в пояснице.</p> <p>В случае отсутствия улучшений состояния или при его ухудшении иглоукалывание от хронической боли в пояснице необходимо прекратить.</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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



| Обслуживание, которое наш план оплачивает   |   |
|---|---|
|  | <p><b>Профилактическое обследование, связанное со злоупотреблением спиртным, и консультирование по этому вопросу</b></p> <p>Взрослым участникам нашего плана, злоупотребляющим спиртным, но не страдающим алкоголизмом, мы оплачиваем одну диспансеризацию по поводу злоупотребления спиртным (alcohol-misuse screening, SBIRT). К их числу относятся беременные женщины.</p> <p>Если результат профилактического обследования свидетельствует о том, что вы злоупотребляете алкоголем, вы можете получить не более четырех кратких личных консультаций за один год (если вы дееспособны и находитесь в ясном сознании во время консультации), которые проведет поставщик первичного медицинского обслуживания или медицинский специалист соответствующей квалификации в учреждении первичного обслуживания.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p> |
|   | <p><b>Услуги скорой помощи</b></p> <p>Покрываемые услуги транспорта скорой помощи включают транспортировку наземным транспортом скорой помощи, самолетом и вертолетом скорой помощи. Медицинский транспорт доставляет вас в ближайшее медицинское учреждение, где вам могут оказать помощь.</p> <p>Ваше состояние должно быть достаточно серьезным для того, чтобы другие способы транспортировки представляли опасность для вашего здоровья или жизни. В других случаях использование медицинского транспорта должны быть разрешено нашим планом.</p> <p>Мы можем оплатить перевозку транспортом скорой помощи и не в экстренной ситуации. Ваше состояние должно быть достаточно серьезным для того, чтобы другие способы транспортировки в учреждение обслуживания представляли опасность для вашей жизни или здоровья.</p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



| Обслуживание, которое наш план оплачивает   |  |
|---|--|
|    | <p><b>Ежегодный профилактический визит</b></p> <p>Вы можете проходить ежегодное профилактическое обследование. Это нужно для составления и обновления плана профилактических мероприятий, учитывающего текущее состояние вашего здоровья. Мы будем оплачивать один визит каждые 12 месяцев.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p>   |
|    | <p><b>Измерение костной массы</b></p> <p>Участникам плана, которым это необходимо, (обычно это те, кому угрожает потеря костной массы или остеопороз) мы оплачиваем определенные обследования. Эти обследования позволяют определить костную массу, ее потерю и состояние костей.</p> <p>Мы оплачиваем эти обследования один раз за 24 месяца. Мы можем оплачивать более частые обследования, если они необходимы по медицинским показаниям. Кроме того, мы платим врачу за расшифровку результатов обследования.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p> |
|  | <p><b>Профилактические обследования на наличие рака молочной железы (маммографии)</b></p> <p>Мы оплачиваем следующие услуги.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Одна базовая маммограмма в возрасте 35–39 лет.</li> <li>• Одна скрининговая маммограмма каждые 12 месяцев для женщин 40 лет и старше.</li> <li>• Медицинский осмотр молочных желез каждые 24 месяца.</li> </ul> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).




| Обслуживание, которое наш план оплачивает   |   |
|---|---|
|   | <p><b>Кардиологическая реабилитация</b></p> <p>Мы оплачиваем такие виды кардиологической реабилитации, как упражнения, медицинское просвещение и консультирование. Участники должны соответствовать определенным критериям и иметь направление от врача.</p> <p>Кроме того, мы покрываем программы интенсивной кардиологической реабилитации.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p>  |
|    | <p><b>Визит для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (лечение сердечно-сосудистого заболевания)</b></p> <p>Мы оплачиваем один визит в год (или больше, если это требуется по медицинским показаниям) к вашему поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP) для снижения риска сердечных заболеваний.</p> <p>Во время этого посещения врач может:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• обсудить с вами лечение аспирином,</li> <li>• измерить артериальное давление <b>и/или</b></li> <li>• дать советы о правильном питании.</li> </ul> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p> |
|  | <p><b>Анализы на наличие сердечно-сосудистых заболеваний</b></p> <p>Раз в пять лет (60 месяцев) мы оплачиваем анализы крови на наличие сердечно-сосудистых заболеваний. Эти анализы позволяют выяснить также, насколько велика опасность развития сердечно-сосудистых заболеваний.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





| Обслуживание, которое наш план оплачивает   |   |
|---|---|
|  | <p><b>Профилактические обследования на наличие рака шейки матки и влагалища</b></p> <p>Мы оплачиваем следующие услуги.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем женщинам: раз в 24 месяца мазок по Папаниколау и гинекологическое обследование</li> <li>• Для женщин с высоким риском рака шейки матки или влагалища: мазок по Папаниколау каждые 12 месяцев</li> <li>• Для женщин репродуктивного возраста, у которых в течение последних 3 лет были результаты мазка по Папаниколау, не соответствующие норме: один мазок по Папаниколау каждые 12 месяцев</li> <li>• Для женщин 30–65 лет: анализ на вирус папилломы человека (ВПЧ) или мазок по Папаниколау вместе с анализом на ВПЧ один раз каждые 5 лет</li> </ul> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p> |
|   | <p><b>Хиропрактика</b></p> <p>Мы оплачиваем следующие услуги.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мануальное лечение подвывиха позвонка.</li> </ul> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает



### Обследование на наличие рака толстой и прямой кишок

Лицам в возрасте 50 лет и старше мы оплачиваем следующие услуги:

- Ректороманоскопия гибким эндоскопом (или ирригоскопия с бариевой клизмой) каждые 48 месяцев.
- Анализ кала на скрытую кровь каждые 12 месяцев.
- Анализ кала на скрытую кровь на основе гваяковой смолы или иммунохимический анализ кала каждые 12 месяцев.
- Колоректальный скрининг на основе ДНК каждые 3 года.
- Колоноскопия каждые десять лет (но не раньше чем через 48 месяцев после профилактической ректороманоскопии).
- Колоноскопия (или ирригоскопия с бариевой клизмой) для людей с высоким риском рака кишечника каждые 24 месяца.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

### Службы помощи взрослым по месту жительства (CBAS)

Программа CBAS — это программа амбулаторной помощи в медицинских учреждениях. Лица, получающие помощь по этой программе, посещают эти учреждения по установленному графику. По этой программе доступно следующее обслуживание: сестринский уход, социальное обслуживание, лечение (включает эрготерапию [восстановление утраченных двигательных навыков], физиотерапию, лечебную физкультуру, логопедическое лечение), уход, обучение семьи больного или ухаживающего за ним лица, диетологические, транспортные и другие услуги. Мы оплачиваем обслуживание по программе CBAS, если вы отвечаете определенным требованиям.



**Примечание.** Если вы не можете обратиться в учреждение, работающее по программе CBAS, мы предоставим эти услуги отдельно.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



| <b>Обслуживание, которое наш план оплачивает</b>                                    |  |
|---|--|
|    | <p><b>Консультации по прекращению курения и употребления табака</b></p> <p>Если вы курите, но у вас нет признаков или симптомов болезни, вызванной этой вредной привычкой, и вы хотите или вам нужно бросить курить:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>В течение 12 месяцев мы покрываем помощь при двух попытках прекратить курение. Эта помощь рассматривается как профилактическая. Предоставляется она бесплатно. Во время каждой попытки бросить курить вы можете получить до четырех индивидуальных консультаций.</li> </ul> <p>Если вы курите и у вас диагностировано заболевание, вызванное курением, или если вы принимаете лекарство, действие которого может измениться под влиянием табака:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>В течение 12 месяцев мы покрываем консультативную помощь при двух попытках прекратить курение. Во время каждой попытки вы можете получить до четырех индивидуальных консультаций.</li> </ul> <p>Если вы беременны, вы можете получить неограниченное консультирование по прекращению курения после предварительного разрешения.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p> |
|   | <p><b>Стоматологическое обслуживание</b></p> <p>Некоторые стоматологические услуги, включая чистку, пломбы и протезы, доступны в рамках программы Medi-Cal Dental Program. Подробнее об этих услугах см. в разделе E2.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p>  |
|  | <p><b>Профилактические обследования на наличие депрессии</b></p> <p>Мы оплачиваем одно профилактическое обследование на наличие депрессии в год. Профилактическое обследование должно проводиться в учреждении первичного медицинского обслуживания, в котором можно получить последующее лечение или направление.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Обслуживание, которое наш план оплачивает****Профилактическое обследование на наличие диабета**

Мы покрываем такие обследования (включая определение уровня глюкозы в крови натощак), если у вас есть любой из следующих факторов риска:

- Высокое давление (гипертония).
- Наблюдались не соответствующие норме уровни холестерина или триглицеридов в крови (дислипдемия).
- Ожирение.
- Наблюдался высокий уровень сахара (глюкозы) в крови.

Мы можем покрывать эти анализы также в некоторых других случаях, например, лицам с избыточным весом и тем, у кого есть больные диабетом родственники.

По результатам этих анализов мы можем решить, что будем покрывать вам эти анализы до двух раз каждые 12 месяцев.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает



### Обучение самостоятельному выполнению процедур при диабете, расходные материалы и услуги для диабетиков

Мы будем оплачивать следующие услуги всем лицам, страдающим диабетом (независимо от того, применяют они инсулин или нет).

- Приспособления для контроля уровня глюкозы в крови, включая перечисленные ниже.
  - Гликометр
  - Тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови
  - Иголки и приспособления для взятия образца крови
  - Контрольные растворы для проверки точности тест-полосок и глюкометров
- При тяжелых диабетических осложнениях на стопы мы покрываем:
  - одну пару терапевтической обуви под заказ (в том числе стельки), включая подгонку, и две дополнительные пары стелек каждый календарный год **или**
  - одну пару глубокой обуви, включая подгонку, и три пары стелек каждый календарный год (дополнительно к стандартным съемным стелькам, с которыми эта обувь продается).
- В некоторых случаях мы оплачиваем обучение жизни с диабетом. Для получения дополнительной информации обращайтесь в отдел обслуживания участников плана.

В случае приобретения в аптеке предоставляются только диабетический глюкометр и принадлежности Accu-Chek и OneTouch. Продукция, выпускаемая под другими товарными знаками, не покрывается без предварительного утверждения.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и принадлежности к нему

(Определение термина «медицинское оборудование длительного пользования (DME)» см. в главе 12 на стр. 320 этого справочника.)

Мы покрываем указанные ниже изделия.

- Инвалидные коляски
- Костыли
- Ортопедические матрасы
- Противопротезные накладки на матрас (сухие)
- Лекарства и приспособления для диабетиков
- Больничные кровати, назначенные вам врачом для использования в домашних условиях
- Насосы и стойки для внутривенных (в/в) инфузий
- Оборудование и принадлежности для зондового питания
- Устройства генерации речи
- Кислородное оборудование и принадлежности
- Ингаляторы
- Ходунки
- Трости со стандартной изогнутой рукояткой или 4 опорами и сменные принадлежности
- Приспособления для шейного вытяжения (с креплением в дверном проеме)
- Стимулятор роста костей
- Оборудование для диализа

Мы можем покрывать также другое оборудование.

Мы заплатим за все оборудование длительного пользования (DME), необходимое по медицинским показаниям, которое обычно оплачивается в рамках программ Medicare и Medi-Cal. Если у нашего поставщика в вашем регионе нет изделий определенного бренда или производителя, вы можете узнать, можно ли заказать такие изделия специально для вас.

**Продолжение этого раздела см. на следующей странице.**

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Обслуживание, которое наш план оплачивает****Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и принадлежности к нему (продолжение)**

Обратитесь в отдел обслуживания участников плана, чтобы найти другого поставщика, который сможет обеспечить вас нужным оборудованием.

Кроме того, мы покрываем используемое вне дома медицинское оборудование длительного пользования, которое не покрывается программой Medicare.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.*

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Экстренная помощь

Экстренная помощь — это помощь, которая:

- предоставляется поставщиком услуг, обученным предоставлять экстренную помощь; **и**
- нужна для лечения экстренного состояния.

Экстренное состояние — это состояние, сопровождающееся сильной болью или серьезной травмой. Состояние должно быть настолько серьезным, чтобы обыватель без медицинского образования имел основания считать, что отсутствие немедленной медицинской помощи может:

- представлять серьезную угрозу для здоровья человека либо здоровья ребенка во чреве матери; **или**
- серьезно нарушить работу организма; **или**
- привести к серьезному нарушению функций органа или части тела; **или**
- в случае активных родовых схваток, когда:
  - нет достаточного времени для безопасной перевозки в другую больницу до начала родов;
  - перевозка в другую больницу может представлять серьезную угрозу для здоровья либо безопасности женщины или плода.

Если вы получили экстренную помощь в больнице, которая с нами не сотрудничает, и при этом после стабилизации вашего состояния вам все еще нужна госпитализация, вы должны получать дальнейшее обслуживание в больнице, которая с нами сотрудничает. Это необходимо для того, чтобы мы продолжали оплачивать ваше лечение. Вы можете оставаться в больнице, не сотрудничающей с нами, для прохождения стационарного лечения только с разрешения плана.

- Страхование покрытие в США.

Для получения информации о страховом покрытии за пределами США см. «Покрытие экстренной/неотложной помощи в других странах» ниже в таблице страхового покрытия.

Соединенные Штаты означают 50 штатов, округ Колумбия, Пуэрто-Рико, Виргинские острова, Гуам, Северные Марианские острова и Американское Самоа.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Услуги по планированию семьи

Для получения определенных услуг по планированию семьи закон разрешает вам выбирать любого поставщика медицинских услуг. Это может быть любой врач, любая поликлиника или больница, аптека или центр планирования семьи.

Мы оплачиваем следующие услуги.

- Обследование и лечение в связи с планированием семьи
- Анализы и обследования, нужные для планирования семьи
- Использование методов планирования семьи (внутриматочные противозачаточные средства, уколы и импланты, противозачаточные таблетки, пластыри или кольца)
- Противозачаточные средства (презерватив, губка, пена, пленка, колпачок, диафрагма) при наличии рецепта
- Консультации и диагностика причин бесплодия и связанные с этим услуги
- Консультирование, анализы и лечение болезней, передающихся половым путем (ЗППП)
- Консультирование и анализы на ВИЧ, СПИД и другие состояния, вызываемые ВИЧ
- Постоянная контрацепция (чтобы выбрать именно этот метод планирования семьи, вы должны быть старше 21 года и заполнить федеральную форму согласия по стерилизации минимум за 30 дней, но не более чем за 180 дней до даты операции)
- Генетическое консультирование

Кроме того, мы оплачиваем некоторые другие услуги по планированию семьи. Хотя большинство услуг по планированию семьи вы можете получать у любого врача, указанные ниже услуги вам следует получать только у поставщиков медицинских услуг, которые сотрудничают с нашим планом:

- Лечение бесплодия (это обслуживание не включает искусственные методы вызывания беременности)
- Лечение СПИДа и других состояний, вызываемых ВИЧ
- Генетические исследования

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Обслуживание, которое наш план оплачивает****Программы медицинского просвещения**

Мы предлагаем широкий выбор программ, предназначенных для людей, страдающих определенными заболеваниями. Вот эти программы:

- группы медицинского просвещения;
- группы диетологического просвещения;
- прекращение курения и употребления табака;
- горячая линия сестринских консультаций;
- страховое покрытие занятий фитнесом.

Возможна оплата базового членства в партнерских фитнес-клубах или участие в программе фитнеса на дому, включая стоимость носимого фитнес-трекера.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Сурдологическая помощь

Мы оплачиваем проверку слуха и чувства равновесия. Эти обследования проводит ваш врач. Они позволяют узнать, требуется ли вам лечение. Эти услуги мы покрываем как амбулаторное обслуживание, если вы получаете их у врача-терапевта, аудиолога или у другого поставщика услуг, имеющего необходимую квалификацию.

Беременным женщинам и лицам, проживающим в центре сестринского ухода, мы также оплачиваем слуховые аппараты и связанные с ними услуги и принадлежности:

- Вкладыши, вставки и принадлежности
- Ремонт, стоящий дороже \$25
- Первый набор батареек
- Шесть посещений после приобретения слухового аппарата, во время которых вас обучают им пользоваться, настраивают его и подгоняют
- Аренда аппарата во время пробного его использования

Страховое покрытие слухового аппарата и необходимого обслуживания не должно вместе с налогом на продажу превышать \$1,510 за налоговый год (налоговый год начинается в июле и заканчивается в июне следующего года). Если вы беременны, это ограничение в \$1,510 к вам не относится. Расходы на замену слуховых аппаратов, потерянных, украденных или разрушенных по независящим от вас обстоятельствам, в эти \$1,510 не включаются.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает



### Профилактические анализы на ВИЧ

Мы оплачиваем один анализ на ВИЧ каждые 12 месяцев следующим лицам:

- людям, которые просят сделать им анализ на ВИЧ; **или**
- людям, относящимся к группе повышенного риска.

Беременным женщинам мы оплачиваем не более трех анализов на ВИЧ за время беременности.

Мы также оплатим дополнительные скрининговые обследования на ВИЧ, если они рекомендованы поставщиком медицинских услуг.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.*

### Услуги агентств, предоставляющих медицинское обслуживание на дому

Прежде чем вы начнете получать помощь на дому, врач должен подтвердить нам необходимость такой помощи. Такую помощь вы должны получать у одного из агентств, предоставляющих эти услуги.

Мы оплачиваем приведенные ниже услуги и иногда некоторые другие, здесь не указанные.

- Периодическая помощь квалифицированных медицинских сестер и медицинских сиделок (чтобы обслуживание покрывалось как медицинская помощь на дому, общее время работы медицинской сестры и сиделки не должно превышать 8 часов в день и 35 часов в неделю)
- Физиотерапия, лечебная физкультура, эрготерапия (восстановление утраченных двигательных навыков), логопедическая помощь.
- Медицинская и социальная помощь
- Медицинское оборудование и медицинские принадлежности

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Введение медицинских препаратов на дому

План оплачивает введение медицинских препаратов на дому, под которым понимается внутривенное или подкожное введение вам лекарств или биологических препаратов у вас дома. Для введения медицинских препаратов на дому необходимо следующее:

- лекарство или биологический препарат (например, противовирусный препарат или иммуноглобулин);
- оборудование (например, насос); **и**
- принадлежности (например, трубки или катетер).

План будет покрывать услуги введения медицинских препаратов на дому, включающие, в частности, следующее:

- услуги специалистов, включая услуги медсестры, оказываемые в соответствии с вашим планом медицинского обслуживания;
- обучение и подготовка участника плана, не включенные в страховое покрытие оборудования длительного пользования (DME);
- удаленный мониторинг; **и**
- контроль введения медицинских препаратов на дому и предоставления соответствующих лекарств, осуществляемый квалифицированным поставщиком соответствующих услуг.

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Обслуживание, которое наш план оплачивает****Хосписная помощь**

Эту помощь можно получать по любой хосписной программе (программа помощи неизлечимо больным), имеющей сертификат программы Medicare. Если ваш врач или медицинское учреждение и главный врач хосписа установили, что прогноз вашей болезни окончательный, то вы имеете право выбирать хоспис. Это означает, что ваша болезнь неизлечима и вам осталось жить шесть месяцев или меньше. В хосписе вы можете пользоваться услугами врача, который может как сотрудничать, так и не сотрудничать с планом.

Во время получения вами услуг от хосписа план оплачивает следующее обслуживание.

- Лекарства для симптоматического лечения и облегчения болей
- Краткосрочная замена сиделкой ухаживающего друга или члена семьи
- Помощь на дому

**Продолжение этого раздела см. на следующей странице.**

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Хосписная помощь (продолжение)

#### Хосписное обслуживание и услуги, которые оплачиваются по программе Medicare Part A или B.

- Подробнее см. в разделе F этой главы.

#### Услуги, которые покрываются в рамках плана Health Net Cal MediConnect, но не покрываются по программе Medicare Part A или Part B

- План Health Net Cal MediConnect будет оплачивать покрываемые им услуги, которые не покрываются по программе Medicare Part A или Part B. План будет покрывать эти услуги вне зависимости от того, связаны ли они с вашим заболеванием в терминальной стадии. Вы за это обслуживание ничего не платите.

#### Лекарства, которые могут входить в страховое покрытие программы Medicare Part D в рамках плана Health Net Cal MediConnect

- Программа хосписного обслуживания и наш план никогда не платят за лекарства одновременно. Подробнее см. в разделе F3 главы 5, стр. 161.

**Примечание.** Если вам нужен уход вне хосписа, свяжитесь со своим координатором медицинского обслуживания. Он организует оказание вам этих услуг. Помощь, оказываемая вне хосписа, является помощью, не связанной с вашим окончательным диагнозом. Вы можете позвонить своему координатору медицинского обслуживания 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.

Смертельно больным пациентам, которые не воспользовались страховым покрытием хосписного обслуживания, наш план покрывает консультацию (только один раз) по поводу хосписного обслуживания.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает



### Прививки

Мы оплачиваем следующие услуги.

- Прививка от воспаления легких
- Прививки от гриппа — по одной в сезон (осенью и зимой), а также дополнительные, если это необходимо по медицинским показаниям
- Прививка от гепатита В, если для вас существует высокая или средняя опасность заболеть гепатитом В
- Вакцина против COVID-19
- Другие прививки, если существует высокая опасность заболеть и если эти прививки делаются в соответствии с правилами страхового покрытия по программе Medicare Part B

Мы оплачиваем также другие вакцины, которые соответствуют правилам страхового покрытия по программе Medicare Part D. Дополнительные сведения см. в разделе Н главы 6, стр. 178.

Мы также оплачиваем все вакцины для взрослых в соответствии с рекомендациями Консультативного комитета по вопросам вакцинации (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).

*Для прививки от гепатита В и других прививок требуется направление. Если они вам нужны, обратитесь к своему врачу.*

*Предварительное разрешение (предварительное одобрение) не требуется для прививки против пневмонии или гриппа.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия прививки от гепатита В и других прививок может быть нужно получить предварительное разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Обслуживание, которое наш план оплачивает****Стационарное лечение в больнице**

Мы оплачиваем приведенные ниже услуги и другие необходимые по медицинским показаниям услуги, здесь не указанные.

- Двухместная или маломестная палата (или одноместная, если это необходимо по медицинским показаниям)
- Питание, в том числе специальное диетическое
- Регулярная помощь медицинских сестер
- Лечение в специализированных отделениях (таких как реанимация или кардиореанимация)
- Лекарства
- Анализы
- Рентгеновские обследования и другие виды лучевой диагностики
- Необходимые хирургические и медицинские принадлежности

**Продолжение этого раздела см. на следующей странице.**

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Стационарное лечение в больнице (продолжение)

- Оборудование, такое как инвалидные коляски
- Помощь в операционной и в послеоперационной палате
- Физиотерапия, лечебная физкультура, эрготерапия (восстановление утраченных двигательных навыков) и логопедическое лечение
- Стационарная наркологическая помощь
- В некоторых случаях следующие виды трансплантации: роговица, почка, почка и поджелудочная железа, сердце, печень, легкие, сердце и легкие, костный мозг, стволовые клетки, кишечник и несколько внутренних органов

Если вам нужна трансплантация, утвержденный программой Medicare центр трансплантологии рассмотрит ваш случай и решит, проводить ли вам эту операцию. Поставщики услуг трансплантации могут находиться в зоне обслуживания или за ее пределами. Если местные поставщики услуг трансплантации готовы принять оплату по тарифу программы Medicare, вы можете получить такие услуги в своем регионе или за его пределами. Если план Health Net Cal MediConnect предоставляет услуги по трансплантации в учреждениях вне местной схемы медицинского обслуживания и вы решили провести трансплантацию там, мы организуем проживание и проезд для вас и еще одного лица или оплатим расходы на них.

- Кровь, включая хранение и введение
- Услуги врача-терапевта

Для того чтобы после стабилизации экстренного состояния продолжать стационарное лечение в больнице, которая не сотрудничает с планом, вам нужно получить разрешение плана.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Стационарная психиатрическая помощь

Покрываемое обслуживание включает психиатрическую помощь, для получения которой нужно находиться в больнице.

- Страхование покрытия стационарного лечения в специализированной психиатрической больнице ограничено первыми 190 днями. Если по истечении этого срока лечение в стационаре будет по-прежнему необходимо по медицинским показаниям, за него начнет платить управление вашего округа по вопросам психиатрической помощи. Разрешение на продление срока свыше 190 дней мы согласовываем с управлением вашего округа по вопросам психиатрической помощи.
  - В эти 190 дней не входит психиатрическое лечение в психиатрическом отделении обычной больницы.
- Если вам уже исполнилось 65 лет, мы оплатим вам обслуживание в одном из психиатрических учреждений (Institute for Mental Diseases, IMD).

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### **Стационарное лечение: покрываемое обслуживание в больнице или в центре квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility, SNF) во время непокрываемого планом стационарного лечения**

Если пребывание в стационаре не обосновано и не является необходимым по медицинским показаниям, оплачивать его мы не будем.

Тем не менее в некоторых случаях, в которых стационарное лечение не оплачивается, мы можем оплачивать некоторые услуги, получаемые вами в больнице или в центре сестринского ухода. Для получения дополнительной информации обращайтесь в отдел обслуживания участников плана.

Мы оплачиваем приведенные ниже услуги и иногда некоторые другие, здесь не указанные.

- Помощь врача.
- Диагностические обследования (например, анализы).
- Рентгеновские обследования, радиевая и изотопная терапия, в том числе услуги технических сотрудников и необходимые для их работы материалы.
- перевязочные материалы.
- Шины, иммобилизующие аппараты и другие устройства для лечения переломов и вывихов.
- Протезы и ортопедические устройства (кроме зубных). Кроме того, мы покрываем замену и ремонт таких устройств. К таким устройствам относятся устройства, которые:
  - заменяют часть внутреннего органа или орган целиком (включая прилегающие ткани) **либо**
  - полностью или частично выполняют функцию внутреннего органа, на котором нельзя провести операцию или функцию которого нельзя восстановить.
- Иммобилизующие устройства для ног, рук, спины и шеи; бандажи; протезы рук, ног и глаз. Мы оплачиваем также подгонку, починку и замену протезов и устройств в связи с их поломкой, износом, потерей или изменением состояния пациента.
- Физиотерапия и лечебная физкультура, эрготерапия и логопедия.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Помощь и принадлежности при заболеваниях почек

Мы оплачиваем следующие услуги.

- Медицинское просвещение участников плана, страдающих болезнями почек: обучение их тому, как надо себя вести при такой болезни и как принять правильное решение о лечении. Если у вас IV стадия хронической болезни почек и ваш врач дал вам направление, мы оплатим до шести просветительных консультаций по поводу болезни почек.
- Амбулаторный диализ (в том числе когда вы временно находитесь за пределами нашей зоны обслуживания); подробнее см. в разделе D4 главы 3, стр. 59.
- Диализ в стационаре (если вы госпитализированы в больницу как стационарный больной для получения специализированной помощи).
- Обучение самостоятельному проведению диализа (обучение больного и любого человека, который помогает ему проводить диализ на дому).
- Оборудование и принадлежности для проведения диализа на дому.
- Определенные услуги для оказания поддержки на дому (например, необходимые визиты обученных специалистов по проведению диализа для проверки проведения диализа на дому, помощи в экстренных ситуациях и проверки состояния диализного оборудования и подачи воды).

Некоторые лекарства, необходимые для проведения диализа, покрываются по программе Medicare Part B. Для получения дополнительной информации см. раздел «Лекарства по рецепту, покрываемые программой Medicare Part B» в этой таблице.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## Обслуживание, которое наш план оплачивает



### Профилактическое обследование на наличие рака легких

План оплачивает обследование на наличие онкологических заболеваний легких каждые 12 месяцев, если:

- вам 50–80 лет; **и**
- вы проконсультировались с врачом или другим квалифицированным поставщиком услуг; **и**
- вы курили не менее 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет без каких-либо признаков или симптомов рака легких, курите на данный момент или бросили курить не более чем 15 лет назад.

После первого профилактического обследования план будет оплачивать по одному профилактическому обследованию в год с письменного распоряжения вашего врача или другого квалифицированного поставщика услуг.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

### Страховое покрытие питания

План предоставляет услуги по доставке продуктов питания на дом сразу после выписки из стационара для помощи 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.

Чтобы запланировать доставку питания, обратитесь в отдел обслуживания участников плана. Номера телефонов указаны в нижней части этой страницы.

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает



### Медицинская диетологическая помощь

Это страховое покрытие предназначено для людей, страдающих диабетом или заболеванием почек, не требующим проведения диализа. Это также применимо после пересадки почки, если вас направил ваш врач.

Мы оплачиваем три часа индивидуальных консультаций в первый год получения медицинской диетологической помощи по программе Medicare. (Это относится к нашему плану, планам по программе Medicare Advantage и программе Original Medicare). Мы можем одобрить дополнительные услуги, если они необходимы по медицинским показаниям.

В последующие годы мы будем покрывать по два часа индивидуальных консультаций в год. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменятся, вы можете получить больше часов лечения по направлению врача. Врач должен назначать эти услуги и обновлять направление каждый год, если вам необходимо лечение в следующем календарном году. Мы можем одобрить дополнительные услуги, если они необходимы по медицинским показаниям.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*



### Программа профилактики диабета Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)

План покрывает услуги MDPP. Программа MDPP разработана с тем, чтобы помочь вам улучшить здоровое поведение. Она обеспечивает практическое обучение:

- в отношении продолжительного изменения рациона питания, и
- повышения физической активности, и
- поддержания потери веса и здорового образа жизни.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Обслуживание, которое наш план оплачивает****Лекарства по рецепту, покрываемые программой Medicare Part B**

Страховое покрытие этих лекарств предоставляет программа Medicare Part B. К некоторым лекарствам может применяться требование поэтапного лечения. План Health Net Cal MediConnect оплачивает следующие лекарства.

- Лекарства, которые пациент обычно не может принимать сам (уколы или капельницы во время посещения врача, амбулаторного лечения в больнице или в амбулаторном хирургическом центре).
- Лекарства, которые вы используете с помощью разрешенного вам нашим планом медицинского оборудования длительного пользования (например, ингалятора).
- Факторы свертывания крови, инъекции которых больной делает сам себе при гемофилии.
- При пересадке органов иммуносупрессанты для больных, включенных в программу Medicare Part A.
- Уколы от остеопороза. Эти лекарства мы оплачиваем, если вы привязаны к дому, не можете вводить себе лекарство сами и если врач подтвердил наличие у вас перелома, связанного с постклимактерическим остеопорозом.
- Антигены.
- Определенные лекарства от рака, предназначенные для перорального приема, и лекарства, подавляющие рвотный рефлекс.

**Продолжение этого раздела см. на следующей странице.**

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Лекарства по рецепту, покрываемые программой Medicare Part B (продолжение)

- Определенные лекарственные препараты для диализа в домашних условиях, включая гепарин, антидот для гепарина (когда это необходимо с медицинской точки зрения), местные анестетики и стимуляторы эритропоэза (такие как Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® или Darbepoetin Alfa)
- Иммуноглобулины для внутривенного введения, если они нужны для лечения на дому заболеваний с первичным иммунодефицитом.

Вы можете ознакомиться со списком лекарств, покрываемых программой Medicare Part B, к которым может применяться требование поэтапного лечения, перейдя по этой ссылке: <https://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/resources.html>

Кроме того, в рамках страхового покрытия лекарств по рецепту по программам Medicare Part B и Part D мы покрываем некоторые вакцины.

В разделе А главы 5, стр. 146 рассказывается о страховом покрытии лекарств по рецепту для амбулаторного лечения. Там же говорится о правилах, которые надо соблюдать, чтобы получить это покрытие.

Сколько вы платите в рамках нашего плана за покрываемые планом лекарства по рецепту для амбулаторного лечения, вы узнаете из раздела D3 главы 6, стр. 173.

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Неэкстренные поездки на медицинском транспорте (Non-emergency medical transportation, NEMT)

Это страховое покрытие позволяет пользоваться дешевым и доступным транспортом. Этот транспорт включает машины скорой помощи, машины для лежачих больных, машины для перевозки больных на инвалидном кресле и заказ транспортировки для маломобильных пациентов.

Разрешение на это обслуживание мы выдаем в следующих случаях:

- ваше медицинское и/или физическое состояние не позволяет вам воспользоваться автобусом, пассажирским автомобилем, такси либо другим общественным или личным транспортом, **а также**
- поездка нужна для получения необходимой медицинской помощи.

В зависимости от услуги может требоваться предварительное разрешение.

Чтобы подать запрос на транспортные услуги, описанные выше, обращайтесь в отдел обслуживания участников плана 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.

Запрос на получение транспортных услуг следует подавать за семь календарных дней до поездки. Это требование относится как к неэкстренным поездкам на медицинском транспорте, так и к поездкам на немедицинском транспорте.

Если вы заказываете поездку позднее, ваш заказ выполняется в зависимости от ситуации; причины поездки; того, когда вы договорились о визите к врачу и наличия транспорта.

Компания ModivCare (прежнее название — LogistiCare) облегчит вам получение рецепта (заполненной врачом формы заявки на транспорт) от вашего поставщика услуг.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*В зависимости от услуги может потребоваться предварительное разрешение (одобрение).*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Поездки на немедицинском транспорте (Non-medical transportation, NMT)

Страховое покрытие немедицинского транспорта предоставляется, если поездка нужна для получения необходимой медицинской помощи. Этот транспорт включает пассажирский автомобиль, такси и другие виды общественного и частного транспорта.

Использование этого обслуживания не влияет на страховое покрытие неэкстренных поездок на медицинском транспорте.

Подробнее о транспортных услугах см. в разделе G главы 3, стр. 65.

Чтобы подать запрос на транспортные услуги, описанные выше, обращайтесь в отдел обслуживания участников плана 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.

Запрос на получение транспортных услуг следует подавать за семь календарных дней до поездки. Это требование относится как к неэкстренным поездкам на медицинском транспорте, так и к поездкам на немедицинском транспорте.

Если вы заказываете поездку позднее, ваш заказ выполняется в зависимости от ситуации; причины поездки; того, когда вы договорились о визите к врачу и наличия транспорта.

Компания ModivCare (прежнее название — LogistiCare) облегчит вам получение рецепта (заполненной врачом формы заявки на транспорт) от вашего поставщика услуг.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Помощь в центрах сестринского ухода

Центр сестринского ухода (NF) — это учреждение, в котором ухаживают за людьми, которые не нуждаются в лечении в больнице, но не могут получить необходимый уход дома.

Обслуживание, за которое мы платим, включает, например, следующее:

- Маломестная палата (или одноместная, если это необходимо по медицинским показаниям).
- Питание, в том числе специальное диетическое.
- Помощь медсестер.
- Физиотерапия, лечебная физкультура, эрготерапия (восстановление утраченных двигательных навыков), логопедическая помощь.
- Дыхательная терапия.
- Лекарства, которые вы получаете как часть плана вашего лечения. (К их числу относятся вещества, которые образуются в организме естественным путем, например факторы свертывания крови).
- Кровь, включая хранение и введение.
- Медицинские и хирургические принадлежности, обычно используемые в центрах сестринского ухода.
- Анализы, которые обычно проводят в центрах сестринского ухода.
- Рентгеновские обследования и другие виды лучевой диагностики, которые обычно используют в центрах сестринского ухода.
- Приспособления, которые обычно используются в таких центрах, например инвалидные коляски.
- Помощь врача или другого практикующего медицинского специалиста.
- Медицинское оборудование длительного пользования.
- Стоматологическое обслуживание, включая зубные протезы.
- Проверка и коррекция зрения.

**Продолжение этого раздела см. на следующей странице.**

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Помощь в центрах сестринского ухода (продолжение)

- Проверка слуха.
- Лечение у хиропрактора (мануального терапевта).
- Подиатрия (лечение стоп).

Обычно вы можете пользоваться услугами тех центров квалифицированного сестринского ухода, которые сотрудничают с нашим планом. Вы можете, однако, в некоторых случаях получать помощь в учреждениях, которые с нашим планом не сотрудничают. Получать помощь в следующих учреждениях вы можете, если они согласны принимать ту оплату, которая предусмотрена нашим планом:

- Центр сестринского ухода или дом престарелых с комплексным уходом (continuing care retirement community), в котором вы жили непосредственно перед госпитализацией в больницу (если в этом учреждении оказывают сестринскую помощь).
- Центр сестринского ухода, в котором живет ваш супруг / ваша супруга или ваш гражданский партнер в то время, когда вы выписываетесь из больницы.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*



### Профилактическое обследование на наличие ожирения и лечение, необходимое для похудения

Если ваш индекс массы тела 30 или более, мы будем платить за консультации, помогающие сбросить вес. Консультации проводятся медицинскими специалистами, предоставляющими первичное обслуживание. Это позволяет координировать консультации и общий план профилактических мероприятий. За дополнительной информацией обращайтесь к своему поставщику первичного медицинского обслуживания.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### Обслуживание, которое наш план оплачивает

#### Программы лечения опиоидной зависимости (Opioid treatment program, ОТП)

План оплачивает указанные ниже услуги по лечению зависимости от опиоидов (opioid use disorder, OUD):

- Процедуры при поступлении
- Регулярные обследования
- Лекарства, утвержденные Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов США (Food and Drug Administration, FDA), и, если применимо, контроль и введение вам этих лекарств
- Консультации нарколога
- Индивидуальная и групповая терапия
- Проведение анализов на наличие в организме наркотиков и химикатов (токсикологические анализы)

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### **Амбулаторные диагностические обследования, амбулаторное терапевтическое лечение и соответствующие принадлежности**

Мы оплачиваем приведенные ниже услуги и другие необходимые по медицинским показаниям услуги, здесь не указанные.

- Рентгенографическое обследование.
- Лучевая (радиевая и изотопная) терапия, в том числе услуги технических сотрудников и необходимые для их работы материалы.
- Такие хирургические принадлежности, как перевязочные материалы.
- Шины, иммобилизующие аппараты и другие устройства для лечения переломов и вывихов.
- Анализы.
- Кровь, включая хранение и введение.
- Другие амбулаторные диагностические обследования (в том числе сложные обследования, такие как компьютерная томография (КТ), магнитнорезонансная ангиография (МРА), магнитнорезонансная томография (МРТ), однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ)).

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Амбулаторное лечение в больнице

Мы платим за необходимые по медицинским показаниям услуги, которые вы получаете в амбулаторном отделении больницы для диагностики или лечения заболевания или травмы, включая указанные ниже.

- Услуги в отделении экстренной помощи или амбулатории, такие как наблюдение и амбулаторная операция.
  - Наблюдение требуется, чтобы врач знал, нужно ли вам стационарное лечение.
  - В некоторых случаях амбулаторным лечением может считаться даже суточное пребывание в больнице.
  - Подробнее об амбулаторном и стационарном лечении можно узнать в этом документе: [www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf](http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf).
- Лабораторные и диагностические обследования, счет за которые выставляет больница.
- Психиатрическая помощь, в том числе помощь по программам частичной госпитализации, если врач подтверждает, что в противном случае вам потребуется лечение в стационаре.
- Рентгеновское обследование и другие виды лучевой диагностики, счет за которые выставляет больница.
- Такие медицинские принадлежности, как шины и иммобилизирующие аппараты.
- Профилактические обследования и услуги, перечисленные в таблице страхового покрытия.
- Определенные лекарства, которые вы не можете принимать самостоятельно.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Амбулаторная психологическая и психиатрическая помощь

Покрываемое обслуживание включает психологическую и психиатрическую помощь, оказываемую следующими специалистами:

- Лицензированный штатом психиатр или врач.
- Психолог-клиницист.
- Клинический социальный работник.
- Профессиональная медицинская сестра.
- Фельдшер (практикующая медсестра, Nurse practitioner).
- Ассистент врача.
- Любой другой медицинский специалист, которого программа Medicare признала имеющим достаточную квалификацию для оказания психологической или психиатрической помощи в соответствии с применимыми законами штата.

Мы оплачиваем приведенные ниже услуги и иногда некоторые другие, здесь не указанные.

- Медицинские услуги.
- Лечение в дневное время.
- Психологическая реабилитация.
- Частичная госпитализация/программы интенсивного амбулаторного лечения.
- Индивидуальное и групповое обследование и лечение по поводу психических нарушений.
- Психологическое тестирование, если оно показано для оценки характера и тяжести психического нарушения.
- Амбулаторный контроль лекарственного лечения.
- Амбулаторные анализы, лекарства, принадлежности и расходные материалы.
- Консультация психиатра.

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



| <b>Обслуживание, которое наш план оплачивает</b> |   |
|--|---|
|  | <p><b>Амбулаторная реабилитация</b></p> <p>Мы оплачиваем физиотерапию, лечебную физкультуру, эрготерапию (восстановление утраченных двигательных навыков), логопедическую помощь.</p> <p>Вы можете получить услуги амбулаторной реабилитации в амбулаторных отделениях больницы, независимых терапевтических кабинетах, центрах комплексной амбулаторной реабилитации (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) и других учреждениях.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p>   |
|  | <p><b>Амбулаторная наркологическая помощь</b></p> <p>Мы оплачиваем приведенные ниже услуги и иногда некоторые другие, здесь не указанные.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Профилактическое обследование, связанное со злоупотреблением спиртным, и консультирование по этому вопросу.</li> <li>• Наркологическое лечение.</li> <li>• Групповая или индивидуальная консультация у квалифицированного медицинского специалиста.</li> <li>• Детоксикация при подострых состояниях в учреждении, действующем по предусматривающей проживание программе лечения зависимостей.</li> <li>• Помощь при алкогольной и/или наркотической зависимости, оказываемая в центре интенсивного амбулаторного лечения.</li> <li>• Лечение налтрексоном (вивитрол) пролонгированного действия.</li> </ul> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



| <b>Обслуживание, которое наш план оплачивает</b> |   |
|--|---|
|  | <p><b>Амбулаторное хирургическое лечение</b></p> <p>Мы оплачиваем амбулаторную хирургию, включая услуги амбулаторных отделений больниц и амбулаторных хирургических центров.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p>   |
|  | <p><b>Лекарства, отпускаемые без рецепта</b></p> <p>План страхования покрывает ограниченное количество безрецептурных товаров, бесплатно доставляемых по почте и доступных в определенных розничных аптеках CVS. Чтобы узнать больше, обратитесь в Health Net Cal MediConnect.</p> <p>В качестве дополнительной льготы наш план покрывает до \$55 за каждый календарный квартал на соответствующие требованиям безрецептурные товары.</p> <p>Страховое покрытие препаратов, отпускаемых без рецепта, ограничивается одним заказом на квартал. Неиспользованные средства не переносятся на следующий календарный квартал.</p> <p>Вы можете заказать до девяти одинаковых товаров за календарный квартал, если в каталоге не указано иначе. Общее количество наименований лекарств в вашем заказе не ограничено.</p> <p>Это страховое покрытие можно использовать, только чтобы заказать безрецептурные товары для участника плана.</p> |
|  | <p><b>Частичная госпитализация</b></p> <p>Частичная госпитализация — это комплексная программа активного психиатрического лечения. При частичной госпитализации лечение проводится путем амбулаторного обслуживания в больнице или в местном центре психического здоровья. Это лечение интенсивнее того, которое вы обычно получаете в кабинете врача или психотерапевта. При таком лечении вам не нужно оставаться в больнице.</p> <p><b>Примечание.</b> Поскольку для Cal MediConnect требуется сертификат Medicare, мы оплачиваем частичную госпитализацию только в амбулаторном отделении больницы.</p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Услуги врачей-терапевтов и других поставщиков, включая посещения кабинета врача

Мы оплачиваем следующие услуги.

- Терапевтическое или хирургическое лечение, необходимое по медицинским показаниям и проводимое в одном из следующих учреждений:
  - Кабинет врача.
  - Сертифицированный амбулаторный хирургический центр.
  - Амбулаторное отделение больницы.
- Консультации, диагностика и лечение у специалиста.
- Базовые обследования слухового и вестибулярного аппарата вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания, если он назначит их вам, чтобы определить, нуждаетесь ли вы в лечении.
- 1. Определенные услуги телемедицины, в том числе в рамках первичного медицинского обслуживания, услуги врачей-специалистов и других специалистов сферы здравоохранения, а также амбулаторной специализированной психиатрической и психологической помощи.
  - Эти услуги можно получить при личном посещении или посредством телемедицины. Если вы решите получить их посредством телемедицины, вы должны обратиться к сотрудничающему с планом поставщику услуг телемедицины.

**Продолжение этого раздела см. на следующей странице.**

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Услуги врачей-терапевтов и других поставщиков, включая посещения кабинета врача (продолжение)


2. Услуги телемедицины для ежемесячного консультирования участников плана, выполняющих диализ на дому, которое связано с терминальной стадией почечной недостаточности (end-stage renal disease, ESRD) и проводится в диализном центре на базе обычной больницы или сельской больницы неотложной помощи, в диализном учреждении или дома у участника плана.
3. Услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения симптомов инсульта.
4. Услуги телемедицины для участников с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, или сопутствующими психическими расстройствами.
  - Виртуальная консультация врача (например, по телефону или видеочату) в течение 5–10 минут, если вы не новый пациент.
  - Изучение видео и/или изображений, отправленных врачу, и консультация врача в течение 24 часов после этого, если вы не новый пациент.
5. Консультации вашего врача с другими врачами по телефону, через Интернет или путем использования систем электронных историй болезни, если вы не новый пациент.
  - Альтернативное мнение другого сотрудничающего с планом поставщика услуг перед операцией.
  - Нестандартное стоматологическое обслуживание. Покрываются только следующие услуги:
    - Операция на челюсти и связанных с ней структурах.
    - Лечение переломов челюсти или лицевых костей.
    - Удаление зубов перед проведением лучевой терапии злокачественной опухоли.
    - Услуги, которые мы покрывали бы, если бы их оказывал врач-терапевт.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



| Обслуживание, которое наш план оплачивает   |  |
|---|--|
|   | <p><b>Подиатрия (лечение стоп)</b></p> <p>Мы оплачиваем следующие услуги.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика и терапевтическое или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (такие как молоткообразные пальцы стопы и пяточные шпоры).</li> <li>• Обычное лечение стоп людей, страдающих определенными заболеваниями, вызывающими осложнения на ноги (например, диабет).</li> </ul> <p>Дополнительное стандартное лечение стоп, ограниченное 12 визитами в год, включает вырезание или удаление кожных наростов и мозолей и обрезание либо подстригание ногтей.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> |
|  | <p><b>Профилактические обследования на наличие рака простаты</b></p> <p>Мужчинам, которым уже исполнилось 50 лет, мы раз в 12 месяцев оплачиваем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Пальцевое ректальное исследование.</li> <li>• Анализ на специфический антиген простаты (prostate specific antigen, PSA).</li> </ul> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Протезные устройства и соответствующие принадлежности

Замена протезом всего или части органа, части тела или функции. Мы оплачиваем приведенные ниже протезные устройства и иногда некоторые другие, здесь не указанные.

- Мешки для колостомы и принадлежности для ухода за колостомой.
- Зондовое и парентеральное питание, в том числе наборы для подачи питания, инфузионные насосы, системы трубок и переходники, растворы и принадлежности для самостоятельных инъекций.
- Кардиостимуляторы.
- Фиксирующие устройства.
- Протезная обувь.
- Искусственные руки и ноги.
- Протезы молочных желез (включая специальные бюстгалтеры для ношения после мастэктомии).
- Полные или частичные протезы, заменяющие внешнюю часть лица, которая была удалена или повреждена в результате заболевания, травмы либо врожденной патологии.
- Кремы и подгузники для страдающих недержанием.

Кроме того, мы оплачиваем некоторые другие принадлежности. Мы оплачиваем также ремонт и замену.

У нас предусмотрено некоторое покрытие принадлежностей, используемых после удаления катаракты. Подробнее см. ниже в этом разделе под заголовком «Зрение» на стр. 130.


Мы не оплачиваем стоматологическое протезирование.

*Если вам требуются принадлежности и подгузники для страдающих недержанием, поговорите со своим поставщиком услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



| Обслуживание, которое наш план оплачивает   |  |
|---|--|
|   | <p><b>Легочная реабилитация</b></p> <p>Участникам нашего плана, страдающим хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) степени от умеренной до тяжелой, мы покрываем программы легочной реабилитации. У вас должно быть направление на реабилитацию легких от врача или поставщика услуг по лечению ХОБЛ.</p> <p>Мы оплачиваем услуги, связанные с обеспечением дыхания, для пациентов, нуждающихся в искусственной вентиляции легких.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.</i></p>   |
|  | <p><b>Проверки на наличие болезней, передающихся половым путем (ЗППП), и консультирование</b></p> <p>Мы покрываем профилактические обследования на хламидиоз, гонорею, сифилис и гепатит В. Это страховое покрытие предоставляется беременным женщинам и людям, для которых существует повышенная опасность заразиться болезнями, передающимися половым путем. Поставщик первичного медицинского обслуживания должен назначить анализы. Мы покрываем такие анализы один раз в 12 месяцев и на определенных сроках беременности.</p> <p>Кроме того, сексуально активным взрослым, для которых существует повышенная опасность заболеть, мы оплачиваем до двух индивидуальных психологических консультаций в год. Каждая консультация длится от 20 до 30 минут. Мы будем оплачивать эти консультации как профилактические услуги только в том случае, если они предоставляются поставщиком первичной медико-санитарной помощи. Они должны проводиться в учреждении первичного медицинского обслуживания, например в кабинете врача.</p> <p><i>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.</i></p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.</i></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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Помощь в центрах квалифицированного сестринского ухода (Supervised exercise therapy, SET)

Мы оплачиваем приведенные ниже услуги и иногда некоторые другие, здесь не указанные.

- Маломестная или одноместная палата, если это необходимо по медицинским показаниям.
- Питание, в том числе специальное диетическое.
- Помощь медсестер.
- Физиотерапия, лечебная физкультура, эрготерапия (восстановление утраченных двигательных навыков), логопедическая помощь.
- Лекарства, которые вы получаете как часть плана вашего лечения (включая вещества, которые образуются в организме естественным путем, например факторы свертывания крови).
- Кровь, включая хранение и введение.
- Медицинские и хирургические принадлежности, используемые в центрах сестринского ухода.
- Анализы, которые обычно делают в центрах сестринского ухода.
- Рентгеновские обследования и другие виды лучевой диагностики, которые обычно проводят в центрах сестринского ухода.
- Использование приспособлений, которые обычно используются в таких центрах, например инвалидных колясок.
- Помощь врачей или других поставщиков медицинских услуг.

Обычно вы можете пользоваться услугами тех центров квалифицированного сестринского ухода, которые сотрудничают с нашим планом. Вы можете, однако, в некоторых случаях получать помощь в учреждениях, которые с нашим планом не сотрудничают. Получать помощь в следующих учреждениях вы можете, если они согласны принимать ту оплату, которая предусмотрена нашим планом:

- Центр сестринского ухода или дом престарелых с комплексным уходом (continuing care retirement community), в котором вы жили непосредственно перед госпитализацией в больницу (если в этом учреждении оказывают квалифицированную сестринскую помощь).
- Центр сестринского ухода, в котором живет ваш супруг / ваша супруга или ваш гражданский партнер в то время, когда вы выписываетесь из больницы.

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Лечебная физкультура под надзором специалиста (Supervised exercise therapy, SET)

План покрывает лечебную физкультуру под надзором специалиста (SET) для участников с симптоматическим заболеванием периферических артерий (peripheral artery disease, PAD), у которых есть направление в связи с этим заболеванием от врача-терапевта, ответственного за лечение PAD. План покрывает:

- до 36 процедур в течение 12-недельного периода, если выполнены все требования SET;
- дополнительные 36 процедур по истечении этого срока, если поставщик медицинских услуг сочтет это необходимым по медицинским показаниям.

Программа SET:

- Включает сеансы программы физиотерапии длительностью 30–60 минут для лечения PAD у участников с судорогами ног из-за плохого кровообращения (хромота).
- В амбулаторном стационаре или в кабинете врача.
- Предоставляется квалифицированным персоналом, прошедшим подготовку по лечебной физкультуре для лечения PAD, который следит, чтобы польза от терапии превышала вред.
- Проводится под непосредственным наблюдением врача-терапевта, помощника врача-терапевта или медработника с дополнительным образованием / медицинской сестры с правом частной практики, которые прошли обучение базовым и дополнительным методам интенсивной терапии.

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.*

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





**Обслуживание, которое наш план оплачивает****Неотложная помощь**

Неотложная помощь — это помощь, которая нужна в следующих случаях:

- неэкстренная ситуация, требующая неотложной медицинской помощи, **или**
- внезапно развившееся заболевание, **или**
- травма, **или**
- состояние, которое требует безотлагательного лечения.

Если вам требуется неотложная медицинская помощь, вначале попытайтесь получить ее у сотрудничающего с планом поставщика услуг. Если же вы не можете связаться с сотрудничающим с планом поставщиком услуг, вы можете обратиться к поставщикам услуг, не сотрудничающим с планом.

Неотложная медицинская помощь, полученная за пределами США, может рассматриваться как экстренная помощь в рамках страхового покрытия экстренной/неотложной помощи в других странах. Подробнее см. ниже в разделе «Покрытие экстренной/неотложной помощи в других странах» этой таблицы страхового покрытия на стр. 133.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Зрение

Мы оплачиваем следующие услуги.

- один плановый осмотр глаз в год; и
- очки (стандартные и нестандартные оправы и базовые моно-, би-, трифокальные или лентикулярные линзы для очков) — до \$250 каждые два года;
- до \$250 за контактные линзы по выбору, их подбор и проверку зрения каждые два года\*, \*\*, \*\*\*;
- проверка слабого зрения (до четырех раз в год)\*\*\*\*;
- приспособления для коррекции слабого зрения\*\*\*\*.

\*С даты обслуживания/покупки, долгосрочное страховое покрытие может быть недоступно в последующие годы.

\*\*Вы несете ответственность за 100% оставшегося баланса после вычета компенсации в размере \$250.

\*\*\*Необходимые для коррекции зрения контактные линзы, их подбор и проверку зрения мы раз в два года оплачиваем полностью.

\*\*\*\*Это страховое покрытие предоставляется только беременным женщинам или людям, проживающим в центре квалифицированного сестринского ухода. Диагноз, поставленный больному, и назначенная ему помощь должны отвечать определенным критериям. Покрываемые услуги:

Обследование: профессиональное обследование, подгонка средства коррекции слабого зрения и последующее наблюдение, если оно требуется, в том числе шесть месяцев последующего лечения.

**Продолжение этого раздела см. на следующей странице.**

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает



### Зрение (продолжение)

Приспособления для коррекции плохого зрения:

- Ручные средства коррекции зрения и другие средства, не являющиеся очками.
- Средства коррекции зрения, устанавливаемые на одно из стекол очков.
- Телескопическая и прочая сложная система линз, включая телескопические средства для дальнего зрения, телескопические средства для ближнего зрения и сложную систему линз.

Лечение глаз:

Вы должны поговорить с вашим врачом и получить направление для проведения обследования органов зрения, покрываемого программой Medicare. Лечение глаз проводится или организуется вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP).

Мы оплачиваем амбулаторную помощь: диагностику и лечение заболеваний и травм глаза. Например, это включает в себя ежегодную диагностику глаз на диабетическую ретинопатию для людей, больных диабетом, и лечение макулярной дегенерации, связанной с возрастом.

При высоком риске глаукомы мы оплачиваем одно профилактическое обследование на наличие глаукомы в год. Риск развития глаукомы высок в следующих группах:

- Люди, чьи родственники страдали глаукомой.
- Диабетики.
- Афроамериканцы старше 50 лет.
- Латино-американцы старше 65 лет.

Мы оплачиваем одну пару очков или контактных линз после каждой операции по поводу катаракты, включавшей установку искусственного хрусталика. (Если по поводу катаракты вам проводят две отдельные операции, вам следует покупать пару очков после операции на каждом глазу. Вы не сможете получить страховое покрытие двух пар очков после второй операции, даже если вы не получили пару очков после первой операции.) Кроме того, мы оплачиваем линзы и оправы (и их замены), необходимые после удаления катаракты без установки искусственного хрусталика.

**Продолжение этого раздела см. на следующей странице.**

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает

### Зрение (продолжение)

#### Как использовать страховое покрытие офтальмологического обслуживания

Наш план покрывает обычные проверки зрения раз в год. Очки и контактные линзы мы покрываем один раз за 24 месяца. Ежегодную плановую проверку зрения (чтобы определить, необходимы ли вам средства коррекции зрения) и любые необходимые средства коррекции зрения вам будет предоставлять сотрудничающий с нами поставщик офтальмологических услуг, а не ваша медицинская группа.

Договоритесь о ежегодной проверке зрения со специалистом по проверке зрения, сотрудничающим с планом. Чтобы найти сотрудничающего с нами поставщика офтальмологических услуг, позвоните в отдел обслуживания участников плана 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. Или посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Вы можете купить очки или контактные линзы у поставщика услуг, который проверял вам зрение, или у других сотрудничающих с нами поставщиков изделий для коррекции зрения в вашей зоне обслуживания. Очки и контактные линзы, приобретенные у продавцов, не сотрудничающих с планом, этот план не покрывает. Чтобы найти сотрудничающего с нами поставщика изделий для коррекции зрения, позвоните в отдел обслуживания участников плана 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. Или посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Вы должны будете оплатить услуги, которые мы не покрываем. Например, это может быть сумма, на которую будет превышен размер страхового покрытия на очки и контактные линзы, либо косметические услуги, такие как покрытие от царапин, прогрессивные линзы, цветные линзы и т. д. За не покрываемые планом услуги вы платите непосредственно поставщику изделий для коррекции зрения, сотрудничающему с планом.

Это все, что вам нужно сделать для того, чтобы проверить зрение или получить новые очки или контактные линзы.

Список проверок и средств коррекции зрения, которые являются исключением, см. в разделе F далее в этой главе.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Обслуживание, которое наш план оплачивает



### Профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare»

Наш план покрывает один профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» (“Welcome to Medicare”). Во время этого посещения врач делает следующее:

- выясняет состояние вашего здоровья,
- объясняет, какая профилактическая помощь вам нужна (в том числе прививки и профилактические обследования), **а также**
- при необходимости дает вам направления на другие услуги.

**Примечание.** Наш план покрывает один профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» только в течение первых 12 месяцев вашего участия в программе Medicare Part B. Во время записи на прием сообщите, что вы планируете провести профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare».

*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*

*Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно получить предварительное разрешение.*

### Покрытие экстренной/неотложной помощи в других странах

Покрытие экстренной/неотложной помощи в других странах, а именно неотложной, экстренной помощи и помощи после стабилизации состояния, получаемой за пределами США<sup>1</sup>, предоставляется на приведенных ниже условиях.

- Ограничено только услугами, которые классифицировались бы как экстренная, неотложная или постстабилизирующая помощь, если бы такая помощь предоставлялась в Соединенных Штатах.<sup>1</sup>
- Услуги транспорта скорой помощи покрываются в ситуациях, когда попытка добраться в отделение экстренной медицинской помощи любым другим способом может поставить под угрозу ваше здоровье.
- Иностранные налоги и сборы (в том числе комиссия за конвертацию валют и операционные сборы) не покрываются.

Годовой лимит страхового покрытия экстренной/неотложной помощи в других странах: \$50,000.

<sup>1</sup> «США» означает 50 штатов, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands и American Samoa.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## **Е. Страховые выплаты вне плана Health Net Cal MediConnect**

Следующие услуги не покрываются планом Health Net Cal MediConnect, но доступны в рамках программ Medicare и Medi-Cal.

### **Е1. Программа штата Калифорния по переходу на обслуживание по месту жительства (California Community Transitions, CCT)**

В рамках программы штата Калифорния по переходу на обслуживание по месту жительства (CCT) местные ведущие организации помогают людям, имеющим право на участие в программе Medi-Cal, которые провели в стационаре не менее 90 дней подряд, адаптироваться по возвращении домой и безопасно проживать и получать необходимые услуги по месту жительства. Программа CCT финансирует услуги по координации перехода до самого перехода и 365 дней после перехода с целью помочь пациентам, которые возвращаются к амбулаторным условиям лечения.

Вы можете получать услуги по координации перехода от любой ведущей организации CCT, которая обслуживает ваш округ. Список ведущих организаций CCT и округов, которые они обслуживают, представлен на веб-сайте Департамента здравоохранения (Department of Health Care Services): [www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT).

#### **Услуги по координации перехода на обслуживание в рамках CCT**

Программа Medi-Cal оплачивает услуги по координации перехода. За это обслуживание вы ничего не платите.

#### **Услуги, не связанные с программой CCT**

Поставщик медицинских услуг выставляет счет за свои услуги плану Health Net Cal MediConnect. План Health Net Cal MediConnect оплачивает услуги, предоставляемые после вашего перехода. За это обслуживание вы ничего не платите.

В то время как вы получаете услуги по координации перехода (CCT), Health Net Cal MediConnect оплачивает услуги, которые перечислены в таблице страхового покрытия в разделе D этой главы.

#### **Покрытие лекарств в рамках плана Health Net Cal MediConnect не меняется**

Лекарства не покрываются программой CCT. Вы будете и дальше получать нормальное страховое покрытие лекарств через план Health Net Cal MediConnect. Подробнее см. в разделе F главы 5, стр. 161.

**Примечание.** Если вам нужна помощь, не связанная с переходом по программе CCT, свяжитесь со своим координатором медицинского обслуживания. Он организует оказание вам

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



этой помощи. Помощь, оказываемая вне программы ССТ по переходу, является помощью, не связанной с вашим переходом из учреждения/центра. Чтобы обратиться к своему координатору медицинского обслуживания, 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.

## E2. Программа Medi-Cal Dental

Определенные виды стоматологического обслуживания доступны через программу Medi-Cal Dental, включая такие услуги:

- первичный осмотр, рентгенографическое обследование, чистка и фторирование зубов;
- реставрация и установка коронок;
- обработка корневого канала;
- протезирование, коррекция, восстановление и перебазировка.

Страховое покрытие стоматологических услуг в рамках программы Medi-Cal Dental предоставляется по сдельной системе оплаты. Для получения дополнительной информации или если вам нужна помощь в поиске стоматолога, который принимает условия программы Medi-Cal Dental, обратитесь на линию обслуживания клиентов по номеру 1-800-322-6384 (если вы пользуетесь телетайпом, звоните по номеру 1-800-735-2922). Звонки бесплатные. Представители программы Medi-Cal Dental Services могут помочь вам с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу. Более подробную информацию также можно получить на веб-сайте [dental.dhcs.ca.gov/](http://dental.dhcs.ca.gov/).

Кроме программы Medi-Cal Dental со сдельной системой оплаты, вы можете получать страховое покрытие стоматологических услуг с помощью плана управляемого стоматологического обслуживания. Планы управляемого стоматологического обслуживания доступны в округе Los Angeles. Если вам нужна подробная информация о стоматологических планах, помощь в выборе плана или вы хотите поменять стоматологический план, обращайтесь в организацию Health Care Options по телефону 1-800-430-4263 (пользователям телетайпа звонить по телефону 1-800-430-7077). Линия работает с 8:00 до 18:00, с понедельника по пятницу. Звонки бесплатные.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





### **Е3. Хосписная помощь**

Эту помощь можно получать по любой хосписной программе (программа помощи неизлечимо больным), имеющей сертификат программы Medicare. Если ваш врач или медицинское учреждение и главный врач хосписа установили, что прогноз вашей болезни окончательный, то вы имеете право выбирать хоспис. Это означает, что ваша болезнь неизлечима и вам осталось жить шесть месяцев или меньше. В хосписе вы можете пользоваться услугами врача, который может как сотрудничать, так и не сотрудничать с планом.

См. таблицу страхового покрытия в разделе D этой главы, чтобы получить дополнительную информацию о том, какую медицинскую помощь, которую вы получаете в хосписе, оплачивает план Health Net Cal MediConnect.

#### **Хосписное обслуживание и услуги, связанные с вашим заболеванием в терминальной стадии, которые покрываются по программе Medicare Part A или Part B**

- Поставщик хосписных услуг выставляет счет за ваше обслуживание программе Medicare. Хосписное обслуживание, связанное с неизлечимым заболеванием, оплачивает программа Medicare. За это обслуживание вы ничего не платите.

#### **Услуги, покрываемые программой Medicare Part A или Part B, которые не связаны с вашим заболеванием в терминальной стадии (за исключением экстренной и неотложной медицинской помощи)**

- Поставщик услуг выставляет счет за свои услуги программе Medicare. За помощь, покрываемую по программе Medicare Part A или B, платит программа Medicare. Вы за это обслуживание ничего не платите.

#### **Лекарства, которые могут входить в страховое покрытие программы Medicare Part D в рамках плана Health Net Cal MediConnect**

- Программа хосписного обслуживания и наш план никогда не платят за лекарства одновременно. Подробнее см. в разделе F3 главы 5, стр. 161.

**Примечание.** Если вам нужен уход вне хосписа, свяжитесь со своим координатором медицинского обслуживания. Он организует оказание вам этих услуг. Помощь, оказываемая вне хосписа, является помощью, не связанной с вашим окончательным диагнозом. Чтобы обратиться к своему координатору медицинского обслуживания, 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.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





---

## Ф. Услуги, которые не покрываются Health Net Cal MediConnect, Medicare и Medi-Cal

В этом разделе объясняется, для каких услуг планом не предусмотрено страховое покрытие. «Исключены» означает, что мы не оплачиваем эти услуги. За эти услуги не платят также программы Medicare и Medi-Cal.

Ниже приведены услуги и принадлежности, которые наш план не покрывает никогда, и те, которые исключаются из страхового покрытия только при определенных условиях.

Мы не будем платить за исключенные медицинские услуги, перечисленные в этом разделе (или где-либо еще в этом *Справочнике участника плана*), за исключением перечисленных специальных условий. Если вы считаете, что мы должны платить за какое-то не покрываемое обслуживание, вы можете подать апелляцию. Подробнее о подаче апелляции см. в разделе D главы 9, стр. 233.

Помимо исключений и ограничений, приведенных в таблице страхового покрытия, мы не покрываем следующие принадлежности и услуги:

- Обслуживание, которое по стандартам программ Medicare и Medi-Cal не признано обоснованным и необходимым по медицинским показаниям, кроме случаев, когда такое обслуживание включено нашим планом в перечень покрываемых.
- Экспериментальные терапевтические и хирургические методы лечения, изделия и лекарства, кроме случаев, когда они покрываются в рамках программы Medicare, одобренной программой Medicare клинического исследования или нашего плана. Подробнее о клинических исследованиях см. в разделе J главы 3, стр. 72. Экспериментальными считаются методы лечения и изделия, которые еще не являются общепризнанными в медицинском сообществе.
- Хирургическое лечение болезненного ожирения, за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям, в таком случае программа Medicare покрывает расходы.
- Отдельная палата в больнице, за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям.
- Персональные медицинские сестры.
- Предметы личного обихода у вас дома, в больнице или центре сестринского ухода (например, телефон или телевизор).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Постоянное сестринское обслуживание у вас на дому.
- Оплата услуг, оказываемых вашими близкими родственниками или членами вашей семьи.
- Необязательные услуги (включая похудение, борьбу с облысением, улучшение сексуальных или физических возможностей, косметические процедуры, омоложение и улучшение умственных способностей), кроме случаев, когда они необходимы по медицинским показаниям.
- Косметические операции и процедуры, кроме случаев, когда такая помощь нужна после травмы или для улучшения вида деформированной части тела. Женщинам мы, однако, оплачиваем протезирование груди после мастэктомии и изменение формы другой груди, для того чтобы она была похожа на искусственную.
- Мануальная терапия (хиропрактика). Мы, однако, оплачиваем мануальное лечение позвоночника, если оно соответствует правилам страхового покрытия.
- Ортопедическая обувь, кроме случаев, когда обувь является частью ортопедического аппарата и включена в его стоимость, и случаев, когда обувь нужна пациенту с диабетическим заболеванием стоп.
- Поддерживающие устройства для стопы, кроме ортопедической и лечебной обуви для людей с диабетическим заболеванием стоп.
- Хирургическое восстановление фертильности после стерилизации; контрацептивы, которые можно приобрести без рецепта.
- Услуги натуропатии (использование природных и альтернативных методов лечения).
- Обслуживание, предоставляемое ветеранам в медицинских учреждениях Департамента по делам ветеранов (Veterans Affairs, VA). Тем не менее, если вы получили экстренную помощь в больнице для ветеранов и сумма, которую вы платите за эту помощь, выше по плану для ветеранов, чем по нашему плану, мы возместим вам разницу. В этом случае вы участвуете в оплате обслуживания в той мере, в которой это предусмотрено в нашем плане.
- Обследование и лечение по решению суда. Мы, однако, платим тогда, когда такое обследование и лечение необходимо по медицинским показаниям и не требует визитов к врачам сверх тех визитов, которые наш план покрывает по договору.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Лечение в центрах психологической коррекции с длительным пребыванием (Residential Treatment Center). Если вы хотите получить покрытие этого обслуживания, свяжитесь с планом специальной психологической и психиатрической помощи округа.
- Вспомогательные услуги, например восстановление профессиональных навыков, другое реабилитационное обслуживание (если вы хотите получить покрытие этого обслуживания, свяжитесь с планом специальной психологической и психиатрической помощи округа) и услуги диетолога.
- Психологическое и нейропсихологическое тестирование, за исключением случаев, когда лицензированный психолог оказывает помощь в планировании лечения, включая медикаментозную тактику или диагностическое разъяснение. В частности, исключая все учебные, академические тесты, проверку уровня подготовки, психологическое тестирование, связанное с состоянием здоровья, или определение хирургической готовности и получение автоматизированных отчетов на основе компьютерной модели.
- Ущерб, нанесенный вами больнице или учреждению.
- Лечение с использованием биологической обратной связи или гипноза.
- Транскраниальная магнитная стимуляция (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS).
- Помощь при психических состояниях, не связанных с заболеванием или травмой. (В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим болезням, пятое издание (DSM 5), такие состояния имеют код, начинающийся с буквы V.)
- Обслуживание, которое план Health Net Cal MediConnect считает экспериментальным или исследовательским.
- Услуги, полученные за пределами штата, в котором вы обычно проживаете. Мы их покрываем только в случае экстренной помощи и в случаях, когда на их получение есть разрешение плана Health Net Cal MediConnect.
- Электрошоковая терапия. Мы оплачиваем ее только в тех случаях, когда на ее проведение есть разрешение плана Health Net Cal MediConnect.
- Стандартная стоматологическая помощь: снятие зубного камня, пломбы и протезы. Тем не менее некоторые виды стоматологической помощи, в том числе зубные протезы, покрывает действующая в нашем штате программа Denti-Cal. Подробнее см. в разделе «Стоматологическое обслуживание» таблицы страхового покрытия.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Исключения, действующие в отношении плановой проверки зрения, не покрываемой программой Medicare, и средств коррекции зрения:**

- Радиальная кератотомия и операция LASIK. Обратитесь к сотрудникам плана за информацией о скидках на процедуры LASIK.
- Ортоптическое лечение и упражнения для глаз, а также любые дополнительные диагностические процедуры, связанные с этими видами лечения.
- Ортокератологическое лечение (Corneal Refractive Therapy, CRT).
- Ортокератология (процедура, позволяющая с помощью контактных линз изменить форму роговицы для уменьшения близорукости).
- Повторная подгонка контактных линз позднее чем через 90 дней после покупки.
- Некорректирующие линзы и контактные линзы (линзы с рефракционной коррекцией менее + .50 диоптрий).
- Две пары очков вместо одной пары бифокальных.
- Очки и солнцезащитные очки, отпускаемые без рецепта.
- Дополнительные линзы.
- Замена оплаченных нашим планом линз или оправ в случае их потери или поломки. Замену мы оплачиваем только через установленные промежутки времени.
- Терапевтическое или хирургическое лечение глаз (покрываемые виды хирургического лечения см. выше в этой главе в таблице страхового покрытия).
- Экспериментальные методы коррекции зрения.
- Плоские контактные линзы, используемые для изменения цвета глаз.
- Часть стоимости обслуживания и приспособлений, превышающая установленное планом страховое покрытие.
- Художественно украшенные контактные линзы.
- Модификация контактных линз, полировка и чистка.
- Дополнительные посещения врача в связи с патологиями, связанными с контактными линзами.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Страховые полисы на контактные линзы и договоры на обслуживание.
- Услуги и принадлежности, полученные у поставщика медицинских услуг, не сотрудничающего с планом.
- Страховое покрытие контроля и коррекции зрения не распространяется на лекарства для амбулаторного применения, отпускаемые по рецепту и без рецепта. См. таблицу страхового покрытия выше в этой главе. О лекарствах по рецепту для амбулаторного лечения, которые входят в ваше страховое покрытие медицинских услуг или лекарств по рецепту, также можно узнать подробнее в главах 5 и 6.
- Средства коррекции зрения (кроме очков и контактных линз) или средства для коррекции плохого зрения, указанные выше в таблице страхового покрытия в этой главе.
- План не покрывает корректирующие и защитные очки, наличия которых требует работодатель как условие приема на работу, если такие очки не указаны специально как покрываемые планом.
- Услуги и принадлежности, предоставленные другим страховым планом, покрывающим коррекцию зрения.
- Услуги по коррекции зрения, полученные после окончания страхового покрытия. Исключение делается, если принадлежности были заказаны до окончания покрытия или если услуги были оказаны в течение 31 дней после заказа.
- Услуги, полученные по закону о компенсациях пострадавшим на рабочем месте или аналогичному закону, либо услуги, предоставления которых требует какое-либо государственное агентство или программа (на федеральном уровне или уровне штата) или какое-либо их подразделение.
- Услуги по коррекции зрения и/или материалы, не указанные в этом Справочнике участника плана.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Глава 5. Получение в аптеке лекарств по рецепту в рамках плана

---

### Введение

В этой главе объясняются правила получения лекарств по рецепту для амбулаторного лечения. Это те лекарства, которые вам выписал ваш поставщик услуг. Вы можете их получить в аптеке или заказать по почте. В число таких лекарств входят те препараты, страховое покрытие которых обеспечивается программой Medicare Part D или программой Medi-Cal. О том, сколько за эти лекарства платите вы, рассказывается в разделе D3 главы 6, стр. 173. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

План Health Net Cal MediConnect покрывает также указанные ниже лекарства, хотя о них не говорится в этой главе.

- Лекарства, покрываемые по программе Medicare Part A. К их числу относятся некоторые лекарства, которые пациенты получают во время пребывания в больнице или в центре сестринского ухода.
- Лекарства, покрываемые по программе Medicare Part B. Это определенные лекарства для химиотерапии; инъекции определенных лекарств, которые вам делают в кабинете врача, и лекарства, которые используются в диализном центре. Подробнее о покрываемых по программе Medicare Part B лекарствах см. в таблице страхового покрытия в разделе D главы 4, стр. 83.

### Правила нашего плана, регулирующие предоставление страхового покрытия на лекарства для амбулаторного лечения

Мы обычно покрываем ваши лекарства, если вы соблюдаете правила, приведенные в этом разделе.

1. У вас должен быть рецепт от врача или другого поставщика услуг. Часто это ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP). Это может быть также другой поставщик, если ваш поставщик первичного медицинского обслуживания направил вас на медицинское обслуживание.
2. В большинстве случаев получать лекарства по рецепту вы должны в аптеке, которая сотрудничает с нашим планом.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



3. Ваше лекарство должно быть включено в действующий в нашем плане *Перечень покрываемых лекарств*. Коротко мы его называем «Перечень лекарств».
  - Если лекарства нет в Перечне лекарств, мы можем предоставить его страховое покрытие, сделав для вас исключение.
  - Более подробную информацию о запросе на предоставление исключения см. в разделе F2 главы 9, стр. 261.
4. Вы должны принимать лекарства по установленным для них медицинским показаниям. Это означает, что применение лекарства утверждено Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA) или рекомендовано в определенных медицинских справочниках. Когда речь идет о лекарствах, покрываемых по программе Medi-Cal, это означает, что применение данного лекарства рационально обосновано и необходимо для спасения жизни, предупреждения серьезной болезни или инвалидности либо для облегчения сильной боли посредством диагностики или лечения заболевания либо травмы.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## Содержание

|  |     |
|--|-----|
| A. Получение лекарств по рецепту.....  | 146 |
| A1. Получение лекарства по рецепту в сотрудничающей с планом аптеке .....  | 146 |
| A2. Использование карточки участника плана при получении рецептурного<br>препарата .....                           | 146 |
| A3. Что делать, если вы решите использовать другую сотрудничающую с планом<br>аптеку.....                          | 146 |
| A4. Что делать, если ваша аптека прекращает сотрудничество с нами .....  | 147 |
| A5. Использование специализированной аптеки .....  | 147 |
| A6. Использование услуги заказа по почте для получения лекарств .....  | 148 |
| A7. Получение запаса лекарств для длительного приема .....   | 150 |
| A8. Использование аптеки, не сотрудничающей с планом.....  | 150 |
| A9. Возврат денег при оплате лекарства по рецепту .....  | 151 |
| B. Принятый в нашем плане Перечень лекарств .....  | 151 |
| B1. Лекарства в Перечне лекарств .....   | 151 |
| B2. Как найти лекарство в Перечне лекарств .....   | 151 |
| B3. Лекарства, которые не включены в Перечень лекарств.....  | 152 |
| B4. Уровни участия в оплате лекарств из Перечня лекарств .....   | 153 |
| C. Ограничения на некоторые лекарственные препараты .....  | 154 |
| D. Причины, по которым ваш препарат не может быть оплачен .....  | 155 |
| D1. Получение временного покрытия .....  | 155 |
| E. Изменения в страховом покрытии лекарств .....   | 158 |
| F. Страхование лекарств в особых случаях .....   | 161 |
| F1. Во время покрываемого планом пребывания в больнице или в центре<br>квалифицированного сестринского ухода ..... | 161 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



|   |     |
|---|-----|
| F2. Во время пребывания в учреждении по оказанию длительной помощи .....  | 161 |
| F3. Если вы обслуживаетесь по сертифицированной хосписной программе Medicare .....                                      | 161 |
| G. Программы по обеспечению безопасности лекарственного лечения и контролю<br>лекарственного лечения .....              | 162 |
| G1. Программы, обеспечивающие безопасность лекарственного лечения .....   | 162 |
| G2. Программы, помогающие участникам контролировать прием своих лекарств .....  | 163 |
| G3. Программа контроля лекарственных средств, помогающая участникам<br>безопасно использовать опиоидные препараты ..... | 164 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## А. Получение лекарств по рецепту

### А1. Получение лекарства по рецепту в сотрудничающей с планом аптеке

В большинстве случаев мы будем платить за лекарства по рецепту, **только** если они выдаются в любой из сотрудничающих с нами аптек. Сотрудничающие с планом аптеки — это аптеки, которые согласились выдавать участникам нашего плана лекарства по рецепту. Вы можете обращаться в любую сотрудничающую с нами аптеку.

Чтобы найти сотрудничающую с планом аптеку, вы можете ознакомиться с *Указателем поставщиков услуг и аптек*, посетить наш веб-сайт или обратиться в отдел обслуживания участников плана.

### А2. Использование карточки участника плана при получении рецептурного препарата

При получении лекарства по рецепту в сотрудничающей с планом аптеке **предъявляйте свою карточку участника плана**. Сотрудничающая с планом аптека выставит нам счет на оплату нашей части стоимости вашего лекарства, отпускаемого по рецепту. При получении лекарства по рецепту аптека может запросить у вас доплату.

Если при получении лекарства по рецепту у вас не оказалось с собой карточки участника плана, попросите сотрудника аптеки позвонить в наш план, чтобы получить необходимую информацию.

**Если аптека не может получить необходимую информацию, вам, возможно, придется заплатить при получении полную стоимость лекарства по рецепту.** Затем вы можете обратиться к нам, чтобы вам выплатили нашу часть расходов. Если вы не можете оплатить лекарство, сразу свяжитесь с нашим отделом обслуживания участников плана. Мы сделаем все возможное, чтобы вам помочь.

- Подробнее о запросе возмещения расходов см. в разделе А главы 7, стр. 181.
- Если вам нужна помощь в получении лекарства по рецепту, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

### А3. Что делать, если вы решите использовать другую сотрудничающую с планом аптеку

Если вы меняете аптеку и нуждаетесь в повторном получении лекарства по рецепту, вы можете попросить поставщика услуг выписать вам новый рецепт или попросить свою аптеку передать рецепт в новую аптеку, если по нему выдано не все лекарство.

Если вам нужна помощь при смене сотрудничающей с планом аптеки, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



#### **A4. Что делать, если ваша аптека прекращает сотрудничество с нами**

Если аптека, в которой вы получаете лекарства, прекратила сотрудничество с нами, вам нужно найти другую аптеку, которая сотрудничает с нашим планом.

Найти сотрудничающую с нами аптеку можно в *Указателе поставщиков услуг и аптек*, посетив наш веб-сайт или позвонив в отдел обслуживания участников плана.

#### **A5. Использование специализированной аптеки**

Иногда лекарства по рецепту нужно получать в специализированной аптеке. К специализированным относятся следующие аптеки:

- Аптеки, выдающие лекарства для внутривенных инъекций и капельниц на дому.
- Аптеки, выдающие лекарства для лиц, проживающих в учреждениях по оказанию длительной помощи. Это может быть, например, дом престарелых.
  - Обычно в таких учреждениях есть свои собственные аптеки. Если вы проживаете в учреждении по оказанию длительной помощи, мы должны убедиться в том, что вы можете получить нужные лекарства в аптеке данного учреждения.
  - Если такая аптека не сотрудничает с нашим планом или у вас возникли трудности с получением доступа к страховым выплатам на лекарства в медицинском учреждении, свяжитесь с нашим отделом обслуживания участников плана.
- Аптеки, обслуживающие службы здравоохранения для индейцев / племенные службы здравоохранения / городскую программу здравоохранения для индейцев. Пользоваться такими аптеками могут только коренные жители Америки и Аляски; исключение делается только в экстренных ситуациях.
- Аптеки, предоставляющие лекарства, которые требуют специального обращения и имеют особые указания по применению.

Найти специализированную аптеку можно в *Указателе поставщиков услуг и аптек*, посетив наш веб-сайт или позвонив в отдел обслуживания участников плана.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **А6. Использование услуги заказа по почте для получения лекарств**

Определенные лекарства вы можете получать через службы заказа по почте, сотрудничающие с нашим планом. Обычно лекарства, которые можно получать по почте, — это лекарства, которые вы регулярно принимаете для лечения хронического или длительного состояния. Лекарства, по которым предусмотрена планом услуга почтовой доставки не предоставляется, отмечены в нашем Перечне лекарств буквами «NM».

Предусмотренная нашим планом услуга заказа по почте позволяет заказывать запас лекарства, достаточный для приема в течение 90 дней. Доплата за 90-дневный запас такая же, как и за запас, рассчитанный на один месяц приема.

### **Получение лекарств по рецепту почтой**

Чтобы получить бланки заказов и информацию о получении отпускаемых по рецепту лекарств по почте, посетите наш веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) или позвоните в отдел обслуживания участников плана 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.

Как правило, доставка отпускаемого по рецепту лекарства по почте осуществляется в течение 10–14 дней. Если доставка вашего заказа по почте задерживается, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана или в CVS Caremark по номеру 1-888-624-1139 (телетайп: 711).

### **Процедура заказа по почте**

Существуют разные процедуры для заказа лекарств по почте. Это зависит от того, кто передает в службу заказа по почте новые рецепты (вы или ваш поставщик услуг), и от того, получаете ли вы заказанные по почте лекарства по рецепту повторно.

#### **1. Новые рецепты, которые аптека получает от вас**

Аптека автоматически выпишет и предоставит вам новые рецептурные препараты.

#### **2. Новые рецепты, которые аптека получает непосредственно из офиса вашего поставщика**

После получения аптекой рецепта от поставщика медицинских услуг с вами свяжутся, чтобы узнать, хотите вы получить лекарство немедленно или позднее.

- Это позволит вам убедиться, что аптека отправит нужное лекарство (в том числе с точки зрения дозировки, количества и лекарственной формы), а также при необходимости приостановить или отсрочить заказ, прежде чем вам будет выставлен счет и лекарство будет отправлено.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Всякий раз, когда с вами связывается аптека, обязательно отвечайте и сообщайте, что нужно делать с новым рецептом. Это позволит вам своевременно получать лекарства.

### 3. Повторное получение лекарств по рецепту, которые вы заказываете по почте

Чтобы повторно получить лекарства, можно зарегистрироваться в программе автоматического повторного выписывания лекарственных препаратов. В рамках этой программы мы начнем обрабатывать ваше следующее повторное выписывание рецепта автоматически, когда наши данные покажут, что ваше лекарство заканчивается.

- Аптека будет связываться с вами перед каждой повторной отправкой лекарства, чтобы убедиться, что оно вам действительно нужно. Вы можете отменить запланированное повторное получение лекарства по рецепту, если у вас его достаточно или вы теперь принимаете другое лекарство.
- Если вы решили не использовать нашу программу автоматического повторного выписывания, свяжитесь с вашей аптекой за 14 дней до того, как ваши лекарства закончатся. Это позволит обеспечить своевременную отправку вашего следующего заказа.

Чтобы отказаться от нашей программы, которая автоматически подготавливает повторное выписывание лекарств для отправки по почте, свяжитесь с нами, позвонив в отдел обслуживания участников плана, или позвоните в вашу аптеку, которая принимает заказ на доставку по почте:

CVS Caremark: 1-888-624-1139 (телетайп: 711)

Чтобы аптека могла связаться с вами для подтверждения заказа перед отправкой, не забудьте сообщить, как лучше это сделать. Вы должны проверять свою контактную информацию каждый раз, когда размещаете заказ, во время регистрации в программе автоматической повторной отправки лекарств по рецепту и при изменении контактной информации.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **A7. Получение запаса лекарств для длительного приема**

Вы можете получить запас поддерживающих лекарств для длительного приема (лекарства должны быть включены в наш Перечень лекарств). Поддерживающие лекарства — это лекарства, которые вы регулярно принимаете для лечения хронического или длительного заболевания.

Некоторые сотрудничающие с планом аптеки позволяют получать запас поддерживающих лекарств для длительного приема. Доплата за 90-дневный запас такая же, как и за запас, рассчитанный на один месяц приема. Для того чтобы узнать, в каких аптеках можно получить запас поддерживающих лекарств на длительный срок, обратитесь к *Указателю поставщиков услуг и аптек*. Кроме того, вы можете позвонить в наш отдел обслуживания участников плана для получения дополнительной информации.

Для некоторых видов лекарств вы можете использовать предоставляемые планом услуги заказа по почте, чтобы получить запас поддерживающих лекарств на длительный срок. Подробнее о заказе лекарств по почте см. в разделе выше на стр. 148.

## **A8. Использование аптеки, не сотрудничающей с планом**

Обычно мы оплачиваем лекарства, полученные в аптеках, не сотрудничающих с планом, только если вы не можете обратиться в аптеку, которая сотрудничает с планом. За пределами нашей зоны обслуживания есть сотрудничающие с планом аптеки, где вы можете получить свои лекарства по рецепту как участник нашего плана.

За лекарства по рецепту, полученные в аптеках, не сотрудничающих с планом, мы платим в следующих случаях:

- вы оказались за пределами нашей зоны обслуживания и вам нужно лекарство, которое вы не можете получить в находящейся рядом аптеке, сотрудничающей с планом;
- лекарство необходимо вам срочно, при этом рядом с вами нет открытой аптеки, сотрудничающей с нашим планом;
- вы были вынуждены покинуть свое жилье в связи с объявленным государственными органами национальным бедствием или в другой подобной чрезвычайной ситуации.

Как правило, в таких случаях при получении лекарства в не сотрудничающей с планом аптеке мы однократно покрываем запас лекарства на срок до 30 дней.

В приведенных выше ситуациях сначала свяжитесь с нашим отделом обслуживания участников плана и выясните, нет ли поблизости от вас аптеки, которая сотрудничает с планом.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## A9. Возврат денег при оплате лекарства по рецепту

Если вам необходимо воспользоваться услугами аптеки, не сотрудничающей с планом, при получении лекарства вам, как правило, придется заплатить полную стоимость вместо доплаты. Вы можете обратиться к нам, чтобы мы возместили вам нашу часть стоимости.

Подробнее см. в разделе А главы 7, стр. 181.

---

## В. Принятый в нашем плане Перечень лекарств

В нашем плане действует *Перечень покрываемых лекарств*. Коротко мы его называем «Перечень лекарств».

Составлять Перечень лекарств плану помогает группа врачей и фармацевтов. Кроме того, из Перечня лекарств можно узнать, существуют ли какие-то правила, действующие в случае ваших лекарств.

Если вы соблюдаете приведенные в этой главе правила, мы обычно покрываем лекарства из Перечня лекарств.

### В1. Лекарства в Перечне лекарств

Перечень лекарств включает лекарства, которые покрывает программа Medicare Part D, а также некоторые продукты и лекарства, отпускаемые по рецепту и без рецепта (over-the-counter, OTC), на которые распространяется страховое покрытие Medi-Cal.

Перечень лекарств включает как патентованные, так и непатентованные лекарства. В состав непатентованных лекарств входят такие же активные ингредиенты, как и в патентованных лекарствах. Обычно они действуют так же хорошо, как и патентованные лекарства, но стоят дешевле.

Наш план также покрывает некоторые лекарства и продукты, отпускаемые без рецепта. Некоторые лекарства без рецепта стоят дешевле, чем отпускаемые по рецепту, и работают так же хорошо. За дополнительной информацией обращайтесь в отдел обслуживания участников плана.

### В2. Как найти лекарство в Перечне лекарств

Чтобы узнать, включено ли какое-то лекарство в Перечень лекарств:

- Ознакомьтесь с самым новым Перечнем лекарств, который мы отправили вам по почте.
- Посетите веб-сайт нашего плана [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). На нем всегда размещена актуальная версия Перечня лекарств.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- Если вам нужно узнать, есть ли какое-то лекарство в Перечне, или попросить о том, чтобы вам прислали экземпляр Перечня лекарств, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана.

### **В3. Лекарства, которые не включены в Перечень лекарств**

Мы покрываем не все лекарства по рецепту. Некоторые лекарства не включены в Перечень лекарств, потому что закон запрещает нам их покрывать. Некоторые лекарства мы решили не включать в наш Перечень лекарств.

За лекарства, о которых говорится в этом разделе, план Health Net Cal MediConnect не платит. Они называются **исключенными лекарствами**. Если вы получили рецепт на исключенное лекарство, вы должны платить за него самостоятельно. Если вы считаете, что в вашем конкретном случае за какое-то исключенное лекарство должны платить мы, вы можете подать апелляцию. (Подробно о том, как подать апелляцию, говорится в разделе F5 главы 9, стр. 267.)

В случае исключенных лекарств действуют три основных правила:

1. Покрытие нашим планом лекарств для амбулаторного лечения (к ним относятся лекарства, покрываемые по программам Part D и Medi-Cal) не распространяется на лекарства, которые уже покрываются в рамках программы Medicare Part A или Part B. Лекарства, покрываемые программой Medicare Part A или Part B, покрываются планом Health Net Cal MediConnect бесплатно, но они не входят в страховое покрытие лекарств по рецепту для амбулаторного лечения.
2. Наш план не может покрывать лекарства, приобретенные за пределами США и территорий, находящихся под управлением США.
3. Использование лекарства должно быть одобрено Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств США (FDA) или рекомендоваться определенными медицинскими справочниками в качестве лечения вашего заболевания. Ваш врач может выписать вам лекарство, даже если оно не было утверждено для лечения вашего состояния. Такое применение лекарства называется применением по неутвержденным показаниям. Наш план обычно не оплачивает лекарства, выписанные врачом для применения по неутвержденным показаниям.

Кроме того, закон запрещает программам Medicare и Medi-Cal покрывать приведенные ниже категории лекарств.

- Лекарства для улучшения способности к деторождению.
- Лекарства, применяемые с косметической целью или для борьбы с облысением.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Лекарства для лечения сексуальной или эректильной дисфункции (такие как Viagra®, Cialis®, Levitra® и Caverject®).
- Получаемые в аптеке лекарства, производители которых требуют, чтобы пациент проходил нужные для применения этих лекарств анализы или получал нужные при этом услуги только у самого производителя лекарства.

#### **В4. Уровни участия в оплате лекарств из Перечня лекарств**

Для каждого лекарства из нашего Перечня лекарств указан уровень вашего участия в его оплате. Всего таких уровней три. К каждому уровню участия в оплате относится определенная группа лекарств, обычно одного типа (например, патентованные, непатентованные или отпускаемые без рецепта (ОТС) лекарства). Как правило, чем выше уровень участия в оплате, тем выше ваши расходы на лекарство.

- К уровню 1 (Непатентованные лекарства) относятся непатентованные лекарственные препараты. Это самый низкий уровень участия в оплате.
- Лекарственные препараты уровня 2 (Патентованные лекарства) включают патентованные лекарственные препараты и также могут включать некоторые непатентованные лекарственные препараты. Это самый высокий уровень участия в оплате.
- К уровню 3 (Не покрываемые программой Medicare лекарства, отпускаемые по рецепту и без рецепта) относятся некоторые непатентованные и патентованные лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту и без рецепта (ОТС), которые покрываются программой Medi-Cal.

Узнать, какой уровень участия в оплате установлен для вашего лекарства, можно из нашего Перечня лекарств.

В разделе D3 главы 6 (стр. 173) рассказывается о сумме, которую вы платите за лекарства на каждом уровне участия в оплате.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## С. Ограничения на некоторые лекарственные препараты

Для некоторых лекарств по рецепту существуют специальные правила, ограничивающие то, как и когда план их покрывает. Наши правила призваны способствовать тому, чтобы вы принимали лекарства, которые безопасны, эффективны и помогают при вашей болезни. Правила плана предписывают поставщику услуг выписывать более дешевое лекарство, если оно так же безопасно и эффективно, как и более дорогое.

**Если в случае вашего лекарства действует какое-то специальное правило, это обычно означает, что вам и вашему врачу нужно предпринять дополнительные шаги для получения страхового покрытия на это лекарство.** Вашему врачу может быть нужно, например, сообщить нам ваш диагноз или результаты анализов крови. Если вы или ваш врач считаете, что в вашем случае установленное нами ограничение надо снять, вы должны обратиться к нам с просьбой сделать исключение. Мы можем согласиться с вами или отказаться отменить это ограничение. Если мы откажем, вы можете предпринять дополнительные шаги.

Подробнее об исключениях см. в разделе F2 главы 9, стр. 261.

### 1. Ограничение на использование патентованного лекарства при наличии непатентованного аналога

Обычно непатентованное лекарство действует так же, как и патентованное, но стоит дешевле. В большинстве случаев, если у патентованного препарата есть непатентованный аналог, сотрудничающие с нами аптеки предоставят вам непатентованное лекарство.

- Обычно мы не оплачиваем патентованное лекарство, у которого есть непатентованный аналог.
- Однако если ваш поставщик услуг сообщит нам, почему непатентованное лекарство вам не подходит, мы покроем расходы на приобретение патентованного лекарства.
- Доплата за патентованное лекарство может быть выше, чем за непатентованное.

### 2. Следует заранее получить разрешение плана

Прежде чем приобретать некоторые лекарства по рецепту, нужно получить на это разрешение плана Health Net Cal MediConnect. Если вы не получите разрешение, план Health Net Cal MediConnect может не оплатить такое лекарство.

### 3. Попробуйте вначале использовать другое лекарство

Мы хотели бы, чтобы вы вначале пробовали лечиться более дешевым (но таким же эффективным) лекарством. Например, если лекарство А и лекарство Б используются для лечения одной и той же болезни, но лекарство А дешевле, план может потребовать, чтобы вы сначала попробовали лекарство А.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Если лекарство А вам не поможет, мы начнем оплачивать лекарство Б. Это требование называется «поэтапное лечение».

#### 4. Ограничения на количество

Для некоторых лекарств мы ограничиваем количество, которое вы можете получать. Это разрешение называется «ограничение на количество». Например, мы можем ограничить количество лекарства, которое вы можете получить за один раз.

Если вы хотите выяснить, распространяются ли какие-то из этих правил на ваши лекарства, воспользуйтесь Перечнем лекарств. Для получения актуальной информации позвоните в отдел обслуживания участников плана или посетите наш веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

### Д. Причины, по которым ваш препарат не может быть оплачен

Мы стараемся сделать так, чтобы вы были довольны нашим страховым покрытием на лекарства. Тем не менее иногда для лекарства может не быть предусмотрено страховое покрытие, которое вам хотелось бы получить. Например:

- Наш план вообще не покрывает это лекарство. Лекарство может отсутствовать в нашем Перечне лекарств. Может покрываться непатентованный препарат, но не патентованное лекарство, которое вы хотите принимать. Лекарство может быть новым, поэтому мы не успели изучить данные о его безопасности и эффективности.
- Лекарство покрывается, но существуют специальные правила или ограничения на покрытие этого препарата. В предыдущем разделе (стр. 154) объясняется, что страховое покрытие некоторых лекарств, покрываемых нашим планом, регулируется дополнительными правилами, ограничивающими применение таких лекарств. Вы или ваш врач можете попросить нас сделать исключение из правила.

Если вы не удовлетворены тем, как мы покрываем лекарство, вы можете кое-что сделать.

#### Д1. Получение временного покрытия

В некоторых случаях, если лекарство не содержится в Перечне лекарств или на него распространяются какие-то ограничения, мы можем покрыть такое количество лекарства, которого хватит на некоторое время. Это даст вам возможность обсудить с врачом возможность перейти на другое лекарство или попросить нас оплачивать прежнее.

**Для того чтобы получить временное покрытие лекарства, должны выполняться следующие два требования:**

1. Лекарство, которое вы принимали:
  - больше не находится в нашем Перечне лекарств; **или**

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- никогда не было в нашем Перечне лекарств; **или**
- теперь каким-то образом ограничено.

2. Вы должны находиться в одной из перечисленных ниже ситуаций:

- Вы были участником плана в прошлом году.
  - Мы временно покроем лекарство **в течение первых 90 дней** календарного года.
  - Временное покрытие будет предоставлено на количество лекарства на максимальный срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня — в аптеке при учреждении долгосрочного ухода.
  - Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим получить по нему лекарство несколько раз в общем количестве, рассчитанном на срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня — в аптеке при учреждении долгосрочного ухода. Вы должны получать лекарство по рецепту в аптеке, сотрудничающей с планом.
  - В аптеках учреждений долгосрочного ухода могут выдавать за один раз небольшое количество лекарства по рецепту. Это делается для того, чтобы снизить потери лекарств.
- Вы новый участник нашего плана.
  - Мы временно покроем **лекарство в течение первых 90 дней вашего участия в плане**.
  - Временное покрытие будет предоставлено на количество лекарства на максимальный срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня — в аптеке при учреждении долгосрочного ухода.
  - Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим получить по нему лекарство несколько раз в общем количестве, рассчитанном на срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня — в аптеке при учреждении долгосрочного ухода. Вы должны получать лекарство по рецепту в аптеке, сотрудничающей с планом.
  - В аптеках учреждений долгосрочного ухода могут выдавать за один раз небольшое количество лекарства по рецепту. Это делается для того, чтобы снизить потери лекарств.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Вы являетесь участником плана более 90 дней, проживаете в учреждении долгосрочного ухода и нуждаетесь в немедленной поставке.
  - Мы покроем однократную выдачу лекарства в количестве на 31 день или меньше, если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней. Это количество мы покрываем дополнительно к описанному выше временному запасу лекарства.
  - Если ваш уровень обслуживания изменится, мы предоставим временное покрытие ваших лекарств. Уровень обслуживания меняется в случае выписки из больницы. Это также происходит, когда вы переезжаете в учреждение по оказанию длительной помощи или из него.
  - Если вы вернетесь домой из учреждения долгосрочного ухода или больницы и вам понадобится временный запас лекарства, мы покроем один 30-дневный запас. Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим выдать лекарство по нему несколько раз (общим количеством на срок до 30 дней).
    - Если вы переезжаете из дома или больницы в учреждение долгосрочного ухода и вам нужен временный запас лекарства, мы покроем один 31-дневный запас. Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим выдать лекарство по нему несколько раз (общим количеством на срок до 31 дня).
  - Для того чтобы попросить нас о временном покрытии лекарства, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана.

Пока вы получаете временное покрытие лекарства, вы должны обсудить с лечащим вас врачом, что вы будете делать, когда временное покрытие закончится. Существуют следующие варианты:

- Вы можете поменять лекарство на другое.

Вы можете перейти на другое лекарство, которое будет вам помогать так же хорошо, но которое наш план оплачивает. Вы можете позвонить в наш отдел обслуживания участников плана и попросить перечень покрываемых лекарств для лечения вашей болезни. Этот список поможет вашему врачу подобрать нужное лекарство.

### **или**

- Вы можете попросить нас сделать исключение.

Вы и ваш врач можете попросить нас сделать исключение. Например, вы можете попросить нас покрывать лекарство, несмотря на его отсутствие в Перечне лекарств. Другой пример: вы можете попросить нас о том, чтобы мы

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



покрывали лекарство без ограничений. Если ваш врач считает, что существуют серьезные медицинские причины, по которым нужно сделать для вас исключение, он поможет вам обратиться к нам с такой просьбой.

Если лекарство, которое вы принимаете, будет исключено из Перечня лекарств или каким-либо образом ограничено в следующем году, вы можете попросить нас сделать для вас исключение до начала следующего года.

- Мы сообщим вам о любых изменениях в покрытии вашего лекарства, вносимых на следующий год. Вы можете попросить нас сделать исключение и покрывать лекарство предпочтительным для вас образом в следующем году.
- Мы ответим на ваш запрос об исключении в течение 72 часов с момента его получения (или получения обоснования от лица, назначающего вам лекарство).

Подробнее об исключениях см. в разделе F2 главы 9, стр. 261.

Если вам нужна помощь при запросе на исключение, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

---

## Е. Изменения в страховом покрытии лекарств

Большинство изменений в покрытии лекарств происходит 1 января, но мы можем добавлять лекарства в Перечень лекарств или удалять их из него в течение года. Мы также можем изменить наши правила в отношении лекарственных препаратов. Например, мы можем:

- Принять решение требовать или не требовать предварительного одобрения лекарства. (Предварительное одобрение — это разрешение от Health Net Cal MediConnect, прежде чем вы сможете получить препарат.)
- Добавлять или изменять количество лекарственного средства, которое вы можете получить (так называемые ограничения на количество).
- Добавлять или изменять требование поэтапного лечения с помощью лекарства. (Поэтапное лечение означает, что вы должны попробовать один препарат, прежде чем мы будем покрывать использование другого.)

Подробнее об этих правилах в отношении лекарств см. в разделе С выше в этой главе.

Если вы принимаете лекарство, которое покрывалось в **начале** года, мы, как правило, не будем удалять или изменять покрытие этого лекарства **в течение оставшейся части года**, за исключением следующих случаев:

- в продаже появляется новое более дешевое лекарство, не менее эффективное, чем лекарство из текущего Перечня лекарств; **или**

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- мы узнаем, что данное лекарство небезопасно; **или**
- препарат снят с продажи.

Чтобы получить дополнительную информацию об изменениях в Перечне лекарств, вы всегда можете:

- проверить наш актуальный Перечень лекарств на веб-сайте [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) **или**
- позвонить в отдел обслуживания участников плана, чтобы ознакомиться с текущей версией Перечня лекарств, 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.

Некоторые изменения в Перечне лекарств происходят **незамедлительно**. Например:

- **В продаже появился новый дженерик.** Иногда в продаже появляется новое непатентованное лекарство, не менее эффективное, чем патентованный препарат из текущего Перечня лекарств. Когда это происходит, мы можем удалить патентованное лекарство из перечня и добавить новое непатентованное лекарство, но ваши затраты на новый препарат останутся неизменными или будут ниже.

Когда мы добавляем новое непатентованное лекарство, мы также можем принять решение оставить патентованное лекарство в перечне, но изменить правила его покрытия или ограничения.

- Мы можем не сообщить вам об этом до того, как внесем это изменение, но мы отправим вам информацию о таком изменении, когда оно будет внесено.
- Вы или ваш поставщик услуг можете попросить нас сделать «исключение» для этих изменений. Мы отправим вам уведомление с указанием шагов, которые вы можете предпринять, чтобы запросить внесение исключения. Дополнительную информацию об исключениях см. в главе 9 этого справочника.
- **Препарат снят с продажи.** Если Управление по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA) заявляет, что лекарство, которое вы принимаете, небезопасно, или производитель лекарства снимает его с продажи, мы исключим его из Перечня лекарств. Если вы принимаете такое лекарство, мы сообщим вам об этом. Вы можете обсудить со своим врачом другие варианты.

**Мы можем вносить и другие изменения, которые затрагивают принимаемые вами лекарства.** Мы заранее расскажем вам о таких других изменениях в Перечне лекарств. Эти изменения могут произойти, если:

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- Управление по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA) предоставляет новые рекомендации или появляются новые клинические рекомендации относительно лекарства;
- мы добавляем непатентованное лекарство, которое не является новым на рынке, **и**
  - заменяем патентованное лекарство в текущем Перечне лекарств; **или**
  - изменяем правила покрытия или ограничения для патентованного лекарства.

Если произойдут такие изменения, мы:

- сообщим вам как минимум за 30 дней до того, как внесем изменения в Перечень лекарств; **или**
- сообщим вам и предоставим запас лекарства на 30 дней, после того как вы обратитесь за повторной выдачей лекарства.

Это даст вам время на обсуждение с вашим или другим назначающим врачом. Врач поможет вам решить:

- есть ли в Перечне лекарств похожий препарат, которым можно заменить ваше лекарство, **или**
- следует ли попросить сделать исключение, чтобы эти изменения вас не касались. Подробнее об исключениях см. в разделе F2 главы 9, стр. 261.

**Мы можем вносить изменения в покрытие принимаемых вами лекарств, которые не затрагивают вас сейчас.** В случае таких изменений, если вы принимаете лекарство, которое мы покрывали в **начале** года, мы, как правило, не будем удалять или изменять покрытие этого лекарства **в течение оставшейся части года**.

Например, если мы удалим принимаемое вами лекарство из перечня, увеличим размер вашей платы за него или ограничим его использование, это изменение не коснется вашего использования препарата или размера вашей платы за него до конца года.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **Ф. Страховое покрытие лекарств в особых случаях**

### **Ф1. Во время покрываемого планом пребывания в больнице или в центре квалифицированного сестринского ухода**

Если вы госпитализированы в больницу или в центр квалифицированного сестринского ухода и план покрывает ваше пребывание в этом учреждении, мы обычно покрываем лекарства по рецепту, которые вы получаете во время госпитализации. Вам не нужно платить доплаты. После того как вы покидаете больницу или центр квалифицированного сестринского ухода, мы покрываем ваши лекарства в соответствии с нашими правилами страхового покрытия лекарств.

Подробнее о страховом покрытии лекарств и о том, сколько платите лично вы, см. в разделе D3 главы 6, стр. 173.

### **Ф2. Во время пребывания в учреждении по оказанию длительной помощи**

Обычно в таком учреждении (это может быть, например, дом престарелых) есть своя аптека или аптека, в которой это учреждение приобретает лекарства для всех своих пациентов. Пациенты, проживающие в таком учреждении, могут получать лекарства по рецепту в аптеке учреждения, если она сотрудничает с нашим планом.

Для того чтобы узнать, сотрудничает ли с нами аптека вашего учреждения по оказанию длительной помощи, воспользуйтесь *Указателем поставщиков и аптек*. Если аптека с нами не сотрудничает или если вам нужна дополнительная информация, свяжитесь с нашим отделом обслуживания участников плана.

### **Ф3. Если вы обслуживаетесь по сертифицированной хосписной программе Medicare**

Программа хосписного обслуживания и наш план никогда не платят за лекарства одновременно.

- Лицу, получающему обслуживание в хосписе, сертифицированном программой Medicare, могут понадобиться лекарства для лечения состояний, не связанных с его неизлечимым заболеванием и его последствиями. Это могут быть, например, анальгетики, слабительные, средства от тошноты и тревоги. Хосписная программа такие лекарства не покрывает. В этом случае врач или хоспис должен сообщить в наш план о том, что это лекарство не предназначено для лечения неизлечимой болезни. После этого наш план начнет покрывать такие 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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Во избежание задержек с получением таких лекарств, которые должен покрывать наш план, можно попросить хоспис или врача убедиться в том, что наш план получил уведомление о том, что эти лекарства не связаны с хосписным обслуживанием. Это лучше делать заранее, до обращения с рецептом в аптеку.

Если больной выходит из хосписа или хосписной программы, наш план начинает покрывать все лекарства. Если страховое покрытие хосписного обслуживания по программе Medicare прекращается, нужно принести в аптеку документы, подтверждающие, что больной больше не получает хосписное обслуживание. Это позволит предотвратить задержки с получением лекарств. Правила страхового покрытия лекарств по программе Part D приведены в предшествующих разделах этой главы.

О страховом покрытии хосписного обслуживания подробно говорится в разделе E3 главы 4, стр. 136.

---

## **Г. Программы по обеспечению безопасности лекарственного лечения и контролю лекарственного лечения**

### **Г1. Программы, обеспечивающие безопасность лекарственного лечения**

Каждый раз, когда вы получаете лекарства по рецепту, мы рассматриваем наличие возможных проблем, таких как ошибки лекарственного препарата или лекарств, которые:

- могут не понадобиться, потому что вы принимаете другой препарат, который действует так же;
- могут быть небезопасными для вашего возраста или пола;
- могут причинить вам вред, если вы будете принимать их одновременно;
- содержат в составе ингредиенты, на которые у вас имеется или может быть аллергия;
- содержат небезопасное количество опиоидных обезболивающих средств.

Если мы обнаруживаем возможную проблему в использовании вами лекарств по рецепту, мы устраняем ее совместно с вашим поставщиком услуг.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **G2. Программы, помогающие участникам контролировать прием своих лекарств**

Если вы принимаете лекарства от нескольких заболеваний и/или участвуете в Программе контроля лекарственных средств, которая помогает безопасно использовать опиоидные препараты, возможно, вы можете бесплатно пользоваться услугами программы контроля лекарственного лечения (medication therapy management, MTM). Эта программа помогает вам и вашему врачу обеспечивать эффективность вашего лекарственного лечения. Аптекарь или другой медицинский специалист подробно расскажет вам обо всех ваших лекарствах и обсудит с вами следующие вопросы:

- Как получить как можно больше пользы от лекарств.
- Какие у вас есть опасения, например стоимость лекарств и реакции на лекарства.
- Как правильно принимать лекарства.
- Любые вопросы о ваших лекарствах, отпускаемых по рецепту и без рецепта.

Основное содержание этой беседы вы получите в письменном виде. Этот документ будет содержать план улучшения лекарственного лечения, который позволит вам правильно их использовать. Вы получите перечень всех лекарств, которые принимаете, с указанием того, почему они были вам назначены. Кроме того, вы получите информацию о безопасной утилизации отпускаемых по рецепту лекарств, которые классифицируются как вещества, ограниченные в обращении.

Мы советуем обсуждать лекарственное лечение перед ежегодным профилактическим визитом к врачу. Это позволит вам задать врачу все нужные вопросы о лекарственном лечении и плане его улучшения. Всегда, когда вы собираетесь обсуждать свои лекарства с врачом, аптекарем или другим поставщиком медицинских услуг, приносите с собой план улучшения лекарственного лечения и список ваших лекарств. Кроме того, список своих лекарств нужно иметь при себе, когда вы ложитесь в больницу или обращаетесь в службу экстренной помощи.

Это добровольные программы. Участникам нашего плана, которые могут ими пользоваться, они предоставляются бесплатно. Если у нас есть программа, способная вам помочь, мы вас в нее включаем и сообщаем вам об этом. Если вы не хотите участвовать в этой программе, просто сообщите нам об этом. Мы вас из нее исключим.

Если у вас есть вопросы об этих программах, позвоните в отдел обслуживания участников плана.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### **G3. Программа контроля лекарственных средств, помогающая участникам безопасно использовать опиоидные препараты**

У плана Health Net Cal MediConnect есть программа, которая может помочь участникам безопасно принимать рецептурные опиоидные препараты и другие лекарства, которые часто принимают неправильно. Эта программа называется Программой контроля лекарственных средств (Drug Management Program, DMP).

Если вы используете опиоидные препараты, которые получаете от нескольких врачей или в нескольких аптеках, либо недавно у вас была передозировка опиоидами, мы можем поговорить с вашими врачами, чтобы убедиться, что вы применяете эти препараты правильно и по медицинским показаниям. Если мы вместе с вашими врачами решим, что прием вами рецептурных опиоидов или бензодиазепинов может угрожать вашему здоровью, мы можем ограничить получение вами этих лекарств. Ограничения могут включать:

- требование получать все такие лекарства и рецепты **в определенных аптеках и/или у определенных врачей;**
- **ограничение количества** таких лекарств, которые мы покрываем для вас.

Если мы решим, что к вам следует применить одно или несколько из этих ограничений, мы заранее отправим вам письмо. В письме мы объясним, какие ограничения считаем необходимыми.

**У вас будет возможность рассказать нам, услугами каких врачей или аптек вы предпочитаете пользоваться, и сообщить любую другую информацию, которую, по вашему мнению, нам важно знать.** Если после получения вашего ответа мы решим ограничить для вас страховое покрытие этих лекарств, мы отправим вам еще одно письмо с подтверждением ограничений.

Если вы считаете, что мы допустили ошибку, не согласны с нашим решением, что для вас существует риск злоупотребления лекарствами по рецепту, или с этим ограничением, вы и лицо, назначающее лекарство, имеете право подать апелляцию. Если вы подадите апелляцию, мы рассмотрим ваше дело и сообщим о нашем решении. Если мы решим отклонить какую-либо часть вашей апелляции касательно ограничений вашего доступа к этим препаратам, мы автоматически отправим ваше дело на рассмотрение в независимую экспертную организацию (Independent Review Entity, IRE). (Подробную информацию о независимой экспертной организации (IRE) и подаче апелляции см. в разделе F5 главы 9, стр. 267.)

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Программа DMP может не применяться к вам, если вы:

- имеете определенные заболевания, такие как рак или серповидноклеточная анемия;
- получаете хосписное обслуживание, паллиативную терапию, уход в последней стадии болезни; **или**
- живете в учреждении долгосрочного ухода.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Глава 6. Сколько вы платите за лекарства, отпускаемые по рецепту, в рамках программ Medicare и Medi-Cal

### Введение

Из этой главы вы узнаете о том, сколько вы платите за лекарства по рецепту для амбулаторных больных. В этой главе под «лекарствами» мы подразумеваем:

- лекарства, отпускаемые по рецепту, по программе Medicare Part D, и
- лекарства и товары по программе Medi-Cal, и
- лекарства и приспособления, покрываемые нашим планом дополнительно.

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medi-Cal, вы участвуете и в программе «Extra Help» Medicare, которая помогает платить за лекарства по рецепту, покрываемые по программе Medicare Part D.

**Extra Help (Дополнительная помощь)** — это программа Medicare, которая помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами сокращать расходы на лекарства по рецепту в рамках программы Medicare Part D, в том числе оплачивать страховые взносы, безусловные франшизы и доплаты. Эту дополнительную помощь также называют «субсидией при низком доходе» (LIS).

Другие важные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

Подробную информацию о лекарствах по рецепту можно найти в указанных ниже материалах.

- Наш *Перечень покрываемых лекарств*.
  - Коротко мы называем этот документ «Перечень лекарств». Из него вы можете узнать:
    - какие лекарства мы оплачиваем;
    - к какому из трех уровней вашего участия в оплате принадлежит определенное лекарство;
    - предусмотрены ли для лекарства какие-то ограничения.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- Если вам нужен экземпляр Перечня лекарств, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Кроме того, вы можете найти Перечень лекарств на нашем веб-сайте [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). На нем находится самая последняя версия Перечня лекарств.
- Глава 5 данного *Справочника участника плана*.
  - В разделе А главы 5 (стр. 146) рассказывается, как получать лекарства по рецепту для амбулаторного лечения через наш план.
  - Она содержит правила, которые вам нужно соблюдать. Кроме того, там говорится о том, какие типы лекарств по рецепту наш план не покрывает.
- Наш *Указатель поставщиков услуг и аптек*.
  - В большинстве случаев вам следует получать покрываемые лекарства в аптеках, которые сотрудничают с нашим планом. Сотрудничающие с планом аптеки — это аптеки, которые заключили с нами договор.
  - Эти аптеки можно найти в *Указателе поставщиков и аптек*. Подробные сведения о сотрудничающих с нами аптеках см. в разделе А главы 5, стр. 146.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Содержание

|  |     |
|--|-----|
| A. Разъяснение страховых выплат (EOB) .....  | 169 |
| B. Как отслеживать расходы на лекарства .....  | 170 |
| C. Периоды страхового покрытия лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D .....  | 171 |
| D. Стадия 1. Начальный этап страхового покрытия .....  | 172 |
| D1. Выбор вашей аптеки.....  | 172 |
| D2. Получение лекарства для длительного приема.....  | 173 |
| D3. Сколько вы платите .....   | 173 |
| D4. Окончание начального этапа страхового покрытия.....  | 176 |
| E. Стадия 2. Этап покрытия по достижении максимального уровня расходов .....   | 176 |
| F. Ваши расходы на лекарства, если ваш врач выписывает рецепт на лекарство,<br>которое нужно принимать меньше, чем полный месяц..... | 176 |
| G. Страховое покрытие лекарств, включенных в перечень, для лиц с ВИЧ/СПИДом .....  | 177 |
| G1. Программа помощи в оплате лекарств от ВИЧ/СПИД (ADAP) .....  | 177 |
| G2. Что делать, если вы не зарегистрированы в программе ADAP .....   | 177 |
| G3. Что делать, если вы уже зарегистрированы в программе ADAP .....  | 178 |
| H. Прививки .....  | 178 |
| H1. Что вам нужно знать, прежде чем вы пройдете вакцинацию.....  | 178 |
| H2. Сколько вы платите за вакцинацию по программе Medicare Part D .....  | 179 |

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## А. Разъяснение страховых выплат (ЕОВ)

Наш план следит за расходами на лекарства по рецепту, которые вы принимаете. Мы отслеживаем два вида расходов.

- **Ваши личные расходы.** Это суммы, которые за лекарства по рецепту платите вы или платит кто-то от вашего имени.
- **Общие расходы на ваши лекарства.** Это суммы, которые за лекарства по рецепту платите вы или платит кто-то от вашего имени, а также суммы, оплачиваемые нами.

Если вы получаете лекарства по рецепту по нашему плану, мы присылаем вам отчет: «Разъяснение страховых выплат» (Explanation of Benefits, EOB). Коротко мы его называем ЕОВ. Отчет ЕОВ содержит дополнительную информацию о принимаемых вами лекарствах, например о повышении цен на них, и о других доступных лекарствах, для которых ваше участие в оплате будет меньше. Вы можете обсудить эти более дешевые варианты с выписавшим вам лекарство специалистом. В отчет ЕОВ включена указанная ниже информация.

- **Информация за месяц.** Отчет, из которого вы узнаете, какие лекарства по рецепту вы приобрели. В нем приведены общая стоимость лекарств; сумма, уплаченная планом и сумма, которую уплатили вы лично или лица, которые платили от вашего имени.
- **Информация с начала года.** Из этой части отчета вы узнаете о том, сколько всего стоили ваши лекарства и сколько всего было уплачено с 1 января текущего года.
- **Информация о стоимости лекарств.** Указывается общая стоимость лекарства и изменение его цены с момента первой покупки (в процентах).
- **Варианты с более низкой стоимостью.** Если такие варианты имеются, то они приводятся в отчете под списком ваших текущих лекарств. Для получения дополнительной информации вы можете обратиться к специалисту, выписавшему вам лекарство.

Мы покрываем некоторые лекарства, которые программа Medicare не покрывает.

- Выплаты, сделанные за эти лекарства, не учитываются при расчете общей суммы ваших личных расходов.
- Чтобы узнать, какие лекарства покрывает наш план, см. Перечень лекарств.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## В. Как отслеживать расходы на лекарства

Для того чтобы следить за стоимостью ваших лекарств и вашими собственными выплатами, мы пользуемся сведениями, которые получаем от вас и от вашей аптеки. Чтобы помочь нам в этом, соблюдайте указанные ниже правила.

### 1. Используйте свою идентификационную карточку участника плана.

При получении лекарства по рецепту каждый раз предъявляйте свою карточку участника плана. Это позволит нам узнать, какие лекарства вы получили по рецепту и сколько вы заплатили.

### 2. Помогайте нам получать необходимую информацию.

Отправляйте нам копии квитанций за купленные лекарства. Можете обратиться к нам, чтобы мы вернули вам нашу долю от стоимости лекарства.

Приведем несколько примеров случаев, в которых вам следует отправлять нам копии квитанций.

- Вы приобретаете покрываемое нами лекарство в сотрудничающей с нами аптеке, но делаете это по специальной цене или с использованием дисконтной карты, которая не является частью страхового покрытия нашего плана.
- Вы платите доплату за лекарства, которые предоставляются их производителем по программе поддержки пациентов.
- Вы приобретаете покрываемое нами лекарство в аптеке, которая не сотрудничает с планом.
- Вы полностью оплатили покрываемое лекарство.

Чтобы узнать, каким образом вы можете запросить возмещение вам нашей части стоимости лекарства, см. раздел А главы 7, стр. 181.

### 3. Отправляйте нам информацию о платежах, которые сделали другие от вашего имени.

Выплаты, сделанные за вас определенными другими лицами или организациями, учитываются при расчете ваших личных расходов. Например, выплаты, сделанные за лекарства программой помощи в оплате лекарств от ВИЧ/СПИД, Службой здравоохранения для индейцев и большинством благотворительных фондов, учитываются при расчете ваших личных расходов. Сообщая нам о таких выплатах, вы приближаете наступление периода покрытия по достижении максимального уровня расходов. Когда вы достигаете этапа

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



покрытия по достижении максимального уровня расходов, план Health Net Cal MediConnect полностью оплачивает ваши лекарства по программе Part D до конца года.

#### 4. Проверяйте отчеты с разъяснением страховых выплат (ЕОВ), которые мы вам присылаем.

Получив отчет с разъяснением страховых выплат (ЕОВ) по почте, убедитесь, что данные в этом отчете полные и точные. Если вы считаете, что в отчете есть упущения и недочеты, либо если у вас есть какие-то вопросы по нему, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Теперь вместо печатного экземпляра отчета с разъяснением страховых выплат (ЕОВ), отправляемого по почте, у вас есть возможность получить электронную версию этого документа (еЕОВ). Вы можете запросить электронную версию (еЕОВ) на веб-сайте [www.caremark.com](http://www.caremark.com). Если вы предпочтете такой вариант получения документации, вы получите электронное письмо с уведомлением, что ваш отчет еЕОВ готов к просмотру, печати или загрузке. Отчет еЕОВ также называется безбумажным отчетом с разъяснением страховых выплат (ЕОВ). Отчет еЕОВ представляет собой точную копию (образ) печатной версии отчета с разъяснением страховых выплат (ЕОВ). Сохраняйте эти отчеты с разъяснением страховых выплат (ЕОВ). Они содержат важную информацию о расходах на ваши лекарства.

### С. Периоды страхового покрытия лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D

Существует две стадии оплаты рецептурных лекарственных препаратов по программе Medicare Part 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:

| Стадия 1. Стадия первоначального страхового покрытия   | Стадия 2. Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов  |
|--|--|
| <p>В течение этого периода мы платим свою часть, а вы платите свою. Ваша часть в оплате лекарства называется доплатой.</p> <p>Этот этап начинается с первого в году приобретения лекарства по рецепту.</p> | <p>На этом этапе мы оплачиваем все расходы на ваши лекарства до 31 декабря 2022 г.</p> <p>Эта стадия начинается, когда сумма ваших расходов на лекарственные препараты за свой счет достигнет определенного предела.</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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## D. Стадия 1. Начальный этап страхового покрытия

На начальном этапе страхового покрытия мы платим за покрываемые лекарства по рецепту свою часть, а вы — свою. Ваша часть в оплате лекарства называется доплатой. Размер доплаты зависит от уровня вашего участия в оплате лекарства и от того, где вы его приобретаете.

За лекарства, отнесенные к одному уровню вашего участия оплате, вы платите одинаковые доплаты. Все лекарства из Перечня лекарств плана относятся к одному из трех уровней вашего участия в их оплате. Как правило, чем выше номер уровня, тем выше доплата. Уровень участия в оплате ваших лекарств вы можете проверить в Перечне лекарств.

- К уровню 1 (Непатентованные лекарства) относятся непатентованные лекарственные препараты. Доплата составляет от \$0 до \$3.95 в зависимости от вашего дохода.
- Лекарственные препараты уровня 2 (Патентованные лекарства) включают патентованные лекарственные препараты и также могут включать некоторые непатентованные лекарственные препараты. Доплата составляет от \$0 до \$9.85 в зависимости от вашего дохода.
- К уровню 3 (Не покрываемые программой Medicare лекарства, отпускаемые по рецепту и без рецепта) относятся некоторые непатентованные и патентованные лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту и без рецепта (OTC), которые покрываются программой Medi-Cal. Доплата составляет \$0.

### D1. Выбор вашей аптеки

Сколько вы платите за лекарство, зависит от того, где вы его приобретаете:

- в сотрудничающей с планом аптеке **или**
- в аптеке, не сотрудничающей с планом.

Лекарства, приобретенные по рецепту в аптеке, которая не сотрудничает с планом, мы покрываем только в некоторых особых случаях. Условия такого покрытия описаны в разделе A8 главы 5, стр. 150.

Подробнее об этих видах аптек говорится в разделе A главы 5 (стр. 146) этого справочника и в нашем *Указателе поставщиков услуг и аптек*.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## D2. Получение лекарства для длительного приема

Некоторые лекарства вы можете приобретать в количествах, достаточных для приема в течение длительного времени (долгосрочный запас). Долгосрочный запас — это запас лекарства на период до 90 дней. Вы платите за него столько же, сколько за запас, рассчитанный на месяц.

Подробнее о том, где и как приобрести долгосрочный запас лекарства, говорится в разделе A7 главы 5 (стр. 150) и в нашем *Указателе поставщиков услуг и аптек*.

## D3. Сколько вы платите

На начальном этапе страхового покрытия вы вносите доплату всякий раз, когда получаете лекарство по рецепту. Если покрываемое планом лекарство стоит меньше, чем сумма доплаты, вы платите меньшую сумму из этих двух.

Если вы хотите узнать, сколько составляет доплата за покрываемое нами лекарство, свяжитесь с отделом обслуживания участников плана.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





**Часть стоимости, которую вы платите при получении месячного или долгосрочного запаса покрываемого лекарства по рецепту в зависимости от типа аптеки:**

|   | <b>Сотруднича-<br/>ющая с<br/>планом<br/>аптека</b>  | <b>Служба<br/>почтовой<br/>доставки в<br/>рамках<br/>плана</b>   | <b>Сотруднича-<br/>ющая с<br/>планом<br/>аптека при<br/>учреждении<br/>по оказанию<br/>длительной<br/>помощи</b>                                   | <b>Не сотрудничающая<br/>с планом аптека</b>   |
|---|--|--|--|--|
|   | Количество на один месяц или до 90 дней  | Количество на один месяц или до 90 дней  | Запас до 31 дня  | Количество на срок до 30 дней. Страховое покрытие предоставляется только в определенных ситуациях. Для получения более подробной информации см. раздел A8 главы 5, стр. 150. |
| <b>Участие в оплате уровня 1</b><br>(Непатентованные лекарства) | Доплата составляет \$0, \$1.35 или \$3.95<br><br>Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal. | Доплата составляет \$0, \$1.35 или \$3.95<br><br>Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal. | Доплата составляет \$0, \$1.35 или \$3.95<br><br>Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal. | Доплата составляет \$0, \$1.35 или \$3.95<br><br>Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.                           |

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



|  | <b>Сотруднича-<br/>ющая с<br/>планом<br/>аптека</b>   | <b>Служба<br/>почтовой<br/>доставки в<br/>рамках<br/>плана</b>  | <b>Сотруднича-<br/>ющая с<br/>планом<br/>аптека при<br/>учреждении<br/>по оказанию<br/>длительной<br/>помощи</b>                                | <b>Не сотрудничающая<br/>с планом аптека</b>   |
|--|---|---|---|--|
|  | Количество на один месяц или до 90 дней   | Количество на один месяц или до 90 дней   | Запас до 31 дня   | Количество на срок до 30 дней. Страховое покрытие предоставляется только в определенных ситуациях. Для получения более подробной информации см. раздел A8 главы 5, стр. 150. |
| <b>Участие в оплате уровня 2</b><br><br>(Патентованные лекарства)  | Доплата составляет \$0, \$4 или \$9.85<br><br>Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal. | Доплата составляет \$0, \$4 или \$9.85<br><br>Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal. | Доплата составляет \$0, \$4 или \$9.85<br><br>Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal. | Доплата составляет \$0, \$4 или \$9.85<br><br>Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.                              |
| <b>Уровень 3</b><br><br>(Не покрываемые программой Medicare лекарства, отпускаемые по рецепту и без рецепта) | Доплата \$0   | Доплата \$0   | Доплата \$0   | Доплата \$0  |

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Для того чтобы узнать, в каких аптеках можно получить запас лекарства на длительный срок, обратитесь к *Указателю поставщиков услуг и аптек*.

#### **D4. Окончание начального этапа страхового покрытия**

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. Мы полностью оплачиваем ваши лекарства с начала этого периода и до конца года.

Отчеты «Разъяснение страховых выплат» (EOB) помогут вам отслеживать, сколько вы заплатили за свои лекарства в течение года. Если ваши расходы на лекарства достигнут \$7,050, мы вам об этом сообщим. Многие люди не достигают этой суммы в течение года.

---

### **Е. Стадия 2. Этап покрытия по достижении максимального уровня расходов**

Когда сумма ваших личных расходов на лекарства по рецепту достигает \$7,050, начинается этап покрытия по достижении максимального уровня расходов (стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов). Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов продолжается до конца календарного года. На этом этапе план оплачивает все расходы на ваши лекарства, покрываемые по программе Medicare.

---

### **Г. Ваши расходы на лекарства, если ваш врач выписывает рецепт на лекарство, которое нужно принимать меньше, чем полный месяц**

В некоторых случаях вы платите доплату за количество лекарства, которого будет достаточно на целый месяц. Врач, однако, может выписать вам лекарство на более короткий срок.

- Вы сами можете попросить врача выписать вам меньше, чем нужно на один месяц (например, если вы хотите вначале попробовать лечение новым лекарством и убедиться в отсутствии серьезных побочных явлений).
- Если ваш врач согласен, то за определенные лекарства вам не нужно будет платить столько же, сколько вы платите за их количество, необходимое для приема в течение месяца.

Если вы приобретаете лекарство на срок меньше месяца, размер платы зависит от числа дней, на которое вы приобретаете лекарство. Мы рассчитываем сумму, которую вы платите за лекарство в день (суточная доля участия в оплате) и умножаем ее на число дней.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Пример. Скажем, доплата за ваш препарат на полный месяц (30-дневный запас) составляет \$1.35. Это означает, что вы платите за это лекарство меньше \$0.05 в день. Если вы получаете 7-дневный запас лекарства, ваш платеж будет рассчитан так: сумма менее \$0.05 в день умножается на 7 дней, и общая сумма оплаты составит менее \$0.35.
- Расчет доплаты с использованием суммы суточного участия в оплате позволяет вам убедиться, что лекарство вам подходит, и только потом приобретать его запас на целый месяц.
- Вы также можете попросить своего поставщика услуг выписать вам меньше лекарства, чем нужно на полный месяц, если это поможет вам:
  - лучше планировать даты повторного получения лекарств;
  - координировать повторное получение нескольких принимаемых вами лекарств; и
  - реже ездить в аптеку.

---

## **Г. Страховое покрытие лекарств, включенных в перечень, для лиц с ВИЧ/СПИДом**

### **Г1. Программа помощи в оплате лекарств от ВИЧ/СПИД (ADAP)**

Программа помощи в оплате лекарств от ВИЧ/СПИД (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) помогает больным ВИЧ/СПИД, имеющим право на помощь по этой программе, получать жизненно необходимые лекарства от ВИЧ. Если для предназначенных для амбулаторного приема лекарств по рецепту, покрываемых по программе Medicare Part D, предусмотрена финансовая помощь по программе ADAP, то помощь в их оплате больной СПИДом может получать также от Департамента общественного здравоохранения штата Калифорния (California Department of Public Health). В случае больных, включенных в программу ADAP, этими вопросами занимается Отдел по вопросам СПИДа (Office of AIDS).

### **Г2. Что делать, если вы не зарегистрированы в программе ADAP**

Чтобы получить информацию о критериях участия, покрываемых лекарствах или о том, как стать участником программы, звоните по номеру 1-844-421-7050 или перейдите на веб-сайт ADAP: [www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](http://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### Г3. Что делать, если вы уже зарегистрированы в программе ADAP

Программа ADAP может по-прежнему предоставлять своим участникам помощь с оплатой лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D и включенных в перечень лекарств, покрываемых ADAP. Для того чтобы не потерять помощь по программе ADAP, сообщайте местному сотруднику ADAP, отвечающему за включение больных СПИД в эту программу, о любых изменениях в названии вашего страхового плана по программе Medicare Part D и об изменении номера полиса. Если вам нужна помощь в поиске ближайшего места для регистрации в ADAP и/или сотрудника, который может вас зарегистрировать, позвоните по телефону 1-844-421-7050 или посетите указанный выше веб-сайт.

---

## Н. Прививки

Мы покрываем прививки по программе Medicare Part D. Существует две части, по которой происходит вакцинация по программе Medicare Part D:

1. Первая часть — это страховое покрытие стоимости **самой вакцины**. Вакцина — это лекарство, выдаваемое по рецепту.
2. Вторая часть — это **сам укол**. Например, иногда ваш врач может сделать вам прививку уколом.

### Н1. Что вам нужно знать, прежде чем вы пройдете вакцинацию

Советуем каждый раз, когда вы собираетесь сделать прививку, позвонить вначале в наш отдел обслуживания участников плана.

- Мы можем рассказать вам, каким образом ваша вакцинация покрывается нашим планом, и объяснить вашу долю в стоимости.
- Мы можем рассказать, к каким сотрудничающим с нами поставщикам услуг и в какие сотрудничающие с нами аптеки лучше обратиться, чтобы уменьшить свои расходы. Сотрудничающие с планом аптеки — это аптеки, которые заключили с нами договор. Сотрудничающим с планом называется поставщик услуг, который работает с нашим планом медицинского страхования. Сотрудничающий с планом поставщик услуг должен взаимодействовать с планом Health Net Cal MediConnect, чтобы вам не пришлось вносить предварительные платежи за вакцину по программе Part D.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Н2. Сколько вы платите за вакцинацию по программе Medicare Part D

Стоимость прививки зависит от типа вакцины (от какой болезни прививка).

- Со страховой точки зрения некоторые прививки считаются покрываемым обслуживанием, а не лекарством. Эти вакцины мы покрываем полностью, вам ничего не надо за них платить. Подробнее о страховом покрытии таких прививок см. в таблице страхового покрытия (раздел D главы 4, стр. 83).
- Другие вакцины считаются лекарствами, покрываемыми по программе Medicare Part D. Они указаны в Перечне лекарств плана. Для вакцин, покрываемых по программе Medicare Part D, могут быть предусмотрены доплаты.

Ниже приведены три самых распространенных способа вакцинации, покрываемой по программе Medicare Part D.

1. Вы получаете вакцину по программе Medicare Part D в аптеке, сотрудничающей с планом, и там же вам делают укол.
  - Вы вносите доплату за вакцину.
2. Вы получаете вакцину по программе Medicare Part D в кабинете своего врача, и врач делает вам укол.
  - Вы вносите доплату врачу за вакцину.
  - За процедуру вакцинации (укол) платит наш план.
  - В этой ситуации врач медицинского кабинета должен связаться со специалистом, обслуживающим наш план, чтобы мы могли убедиться, что он знает, что вам нужно платить только за вакцину.
3. Вы приобретаете вакцину по программе Medicare Part D в аптеке, а затем приносите ее в кабинет своего врача, где вам делают прививку.
  - Вы вносите доплату за вакцину.
  - За процедуру вакцинации (укол) платит наш план.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Глава 7. Запрос на оплату нашей части счета, который вы получили за покрываемые услуги или лекарства

---

### Введение

В этой главе рассказывается, как и когда высылать нам счет, чтобы запросить оплату. Она также рассказывает вам, как подать апелляцию, если вы не согласны с решением о покрытии. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

### Содержание

|   |     |
|---|-----|
| A. Запрос на оплату предоставленных вам услуг или лекарств..... | 181 |
| B. Отправка запроса на оплату.....                              | 184 |
| C. Решения о страховом покрытии.....                            | 185 |
| D. Апелляция.....   | 186 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## А. Запрос на оплату предоставленных вам услуг или лекарств

Если мы покрываем какое-то обслуживание или лекарство, соответствующие счета сотрудничающие с планом поставщики услуг должны присылать непосредственно нам. Сотрудничающим с планом называется поставщик услуг, который работает с нашим планом медицинского страхования.

**Если вы получили счет за медицинское обслуживание или лекарства на полную стоимость, отправьте его нам.** Сведения о том, как отправить нам счет, см. в разделе В, стр. 184.

- Если мы покрываем эти услуги или лекарства, мы заплатим непосредственно поставщику услуг.
- Если услуги или лекарства покрываются и вы уже заплатили больше своей части в их стоимости, вы имеете право получить возмещение.
- Если мы **не** покрываем эти услуги или лекарства, мы вам об этом сообщим.

Если у вас есть вопросы, звоните в отдел обслуживания участников плана. Если вы не знаете, сколько вам нужно было заплатить, или получили счет и не знаете, что с ним делать, мы вам поможем. Кроме того, вы можете позвонить нам, если хотите сообщить дополнительную информацию, касающуюся запроса на оплату, который вы нам уже послали.

Ниже приведены примеры ситуаций, в которых вам может понадобиться попросить нас о возмещении потраченной вами суммы или об оплате счета, который вы получили.

### 1. Вы получили экстренную или неотложную помощь у поставщика услуг, который не сотрудничает с планом.

Попросите поставщика услуг выставить счет нам.

- Если вы заплатили полную сумму при оказании вам помощи, попросите нас вернуть вам деньги. Пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами выплаты.
- Иногда вы получаете от поставщика медицинских услуг счет, по которому вы, по вашему мнению, не должны платить. Пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами выплаты.
  - Если мы должны что-то выплатить поставщику медицинских услуг, мы пришлем оплату непосредственно этому поставщику.

**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).





- Если вы уже заплатили за обслуживание, мы возместим вам эти расходы.

## **2. Вы получили счет от поставщика услуг, сотрудничающего с нашим планом.**

Сотрудничающие с планом поставщики услуг всегда должны присылать счета нам. Предъявляйте свою идентификационную карточку участника плана Health Net Cal MediConnect, когда вы получаете обслуживание или лекарства по рецепту. Если поставщик услуг (например, врач или больница) выставляет вам счет на сумму, превосходящую установленное планом участие в оплате услуг, это считается ненадлежащим или несоответствующим выставлением счета. **Если вы получили какие-либо счета, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.**

- Будучи участником плана Health Net Cal MediConnect, вы должны вносить только установленную доплату при получении услуг, покрываемых нашим планом. Мы запрещаем поставщикам услуг взимать с вас плату, которая превышает эту сумму. Это правило действует даже тогда, когда мы платим поставщику услуг меньше, чем установленная им стоимость услуги. Если мы решим не оплачивать какие-либо счета, вы все равно не должны платить эти суммы.
- Если вы получили от поставщика услуг, сотрудничающего с планом, счет на сумму, которая, по вашему мнению, превышает вашу часть оплаты, отправьте этот счет нам. Мы свяжемся с этим поставщиком услуг напрямую и решим возникшую проблему.
- Если вы уже оплатили счет, выставленный вам сотрудничающим с планом поставщиком услуг, но вы считаете, что заплатили слишком много, пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами платежи. Мы вернем вам разницу между выплаченной вами суммой и суммой, причитающейся от вас по плану.

## **3. Вы получили лекарство по рецепту в аптеке, которая не сотрудничает с нашим планом.**

Если вы решили воспользоваться услугами аптеки, не сотрудничающей с планом, вам придется полностью оплатить полученное рецептурное лекарство.

- Лекарства, полученные по рецепту в аптеках, не сотрудничающих с планом, мы покрываем только в некоторых случаях. Пришлите нам копию квитанции об оплате вместе с запросом на возмещение вам нашей части стоимости 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).



- Подробнее об аптеках, не сотрудничающих с планом, см. в разделе A8 главы 5, стр. 150.

#### **4. Вы оплатили полную стоимость лекарства по рецепту, потому что у вас с собой не было идентификационной карточки участника плана.**

Если у вас нет с собой вашей идентификационной карточки участника плана, вы можете попросить аптеку позвонить нам или посмотреть информацию о вашем регистрационном плане.

- Если аптеке не удастся сразу же получить нужную информацию, вам, возможно, придется полностью оплатить лекарство по рецепту самостоятельно.
- Пришлите нам копию квитанции об оплате вместе с запросом на возмещение вам нашей части стоимости лекарства.

#### **5. Вы полностью оплатили лекарство по рецепту, не покрываемое планом.**

Если мы не покрываем лекарство по рецепту, вам может понадобиться оплатить его полностью.

- Лекарство может отсутствовать в принятом в нашем плане *Перечне покрываемых лекарств*; на лекарство могут распространяться требования или ограничения, о которых вы не знали или которые, по вашему мнению, не относились к вам. Если вы решите приобрести такое лекарство, вам нужно будет полностью его оплатить.
  - Если вы не заплатили за лекарство и считаете, что мы должны покрывать его стоимость, вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии (см. раздел F4 главы 9, стр. 263).
  - Если вы, ваш врач или другой специалист, назначивший вам лекарство, считаете, что оно вам требуется немедленно, попросите нас принять решение о страховом покрытии в ускоренном порядке (см. раздел F4 главы 9, стр. 263).
- Пришлите нам копию квитанции об оплате вместе с запросом на возмещение ваших расходов. В некоторых случаях нам может потребоваться дополнительная информация от вашего врача или другого специалиста, выписавшего рецепт, чтобы выплатить вам нашу часть стоимости 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).



Получив ваш запрос на оплату, мы рассмотрим его и решим, должны ли мы покрывать эти услуги или лекарства. Это называется принятием решения о страховом покрытии. Если мы решим, что их следует покрыть, мы заплатим нашу часть стоимости услуги или лекарства. Если мы решим вам отказать, вы можете подать апелляцию.

Подробнее о подаче апелляции см. в разделе F5 главы 9, стр. 267.

---

## В. Отправка запроса на оплату

Пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами выплаты. Подтверждением сделанных выплат могут быть копия вашего чека или копия выданной поставщиком медицинских услуг квитанции. **Рекомендуем вам сделать для себя копии счета и квитанций об оплате.** Вы можете обратиться за помощью к своему координатору медицинского обслуживания.

Чтобы предоставить нам все сведения, необходимые для принятия решения, можно воспользоваться нашей формой страхового требования.

- Вы не обязаны использовать эту форму, но, если вы ею воспользуетесь, это поможет нам рассмотреть ваш запрос быстрее.
- Эту форму можно загрузить с нашего веб-сайта ([mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)). Либо вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана и попросить, чтобы вам ее прислали.

Запросы на оплату, подтверждающие платежи документы и соответствующие счета и квитанции присылайте нам по указанному ниже адресу. Предоставьте подтверждение платежа утвержденного типа. Это может быть копия оплаченного чека, выписка со счета кредитной или платежной карты либо квитанция, полученная после безналичной оплаты.

Страховые требования на оплату медицинского обслуживания:

**Health Net Cal MediConnect**  
Health Net Community Solutions, Inc.  
PO Box 9030  
Farmington, MO 63640-9030

---

**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 должны подать страховое требование в течение одного года** со дня, когда вы получили услугу или товар.

Страховые требования на оплату лекарств:

**Health Net Cal MediConnect**  
Part D Prescription Drug Claims  
Attn: Pharmacy Claims  
PO Box 31577  
Tampa, FL 33631-3577

**Вы должны подать страховое требование в течение трех лет** со дня, когда вы получили лекарство.

---

## С. Решения о страховом покрытии

Когда мы получим ваш запрос на оплату, мы примем решение о страховом покрытии. Это означает, что мы будем решать, покрывается ли ваше медицинское обслуживание или лекарство нашим планом. Кроме того, мы решаем, сколько за обслуживание или лекарство должны уплатить вы.

- Если нам потребуется дополнительная информация, мы вам об этом сообщим.
- Если мы решим, что медицинское обслуживание или лекарство покрывается и вы следовали всем правилам при его получении, мы заплатим нашу часть стоимости. Если вы уже заплатили за услугу или лекарство, мы отправим вам чек на сумму, равную нашей части стоимости. Если вы еще не заплатили за эту услугу или лекарство, мы заплатим непосредственно поставщику услуг.

Правила, соблюдение которых гарантирует покрытие получаемых вами услуг, рассматриваются в разделе В главы 3, стр. 48. Правила, соблюдение которых гарантирует покрытие ваших рецептурных лекарств в рамках программы Medicare Part D, рассматриваются в разделе А главы 5, стр. 146.

- Если мы решим не оплачивать нашу часть стоимости услуги или лекарства, мы отправим вам письмо, объясняющее причину отказа. В этом письме также будет разъяснено ваше право подать апелляцию на наше решение.
- Подробнее о решениях о страховом покрытии см. в разделе D главы 9, стр. 233.

---

**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).



---

## D. Апелляция

Если вы считаете, что мы ошибочно ответили отказом на ваш запрос на оплату, вы можете обратиться к нам с просьбой пересмотреть принятое решение. Это обращение называется апелляцией. Апелляцию вы можете подавать также в том случае, когда вы не согласны с суммой, которую мы решили уплатить.

Для процесса апелляции установлены определенные процедуры и сроки. Подробнее об апелляциях см. в разделе D главы 9, стр. 233.

- Если вы хотите подать апелляцию в отношении возврата средств за медицинское обслуживание, см. раздел E5 главы 9, стр. 255.
- Если вы хотите подать апелляцию в отношении возврата средств за лекарство, см. раздел F5 главы 9, стр. 267.

---

**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).



## Глава 8. Ваши права и обязанности

---

### Введение

В этой главе описаны ваши права и обязанности в качестве участника нашего плана. Мы должны уважать ваши права. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

### Содержание

|  |     |
|--|-----|
| A. Your right to get information in a way that meets your needs .....  | 189 |
| B. Наша ответственность за обеспечение своевременного доступа к покрываемым услугам и лекарствам.....  | 202 |
| C. Наша ответственность за защиту вашей личной информации о здоровье (PHI) .....   | 203 |
| C1. Как мы защищаем вашу личную информацию о здоровье (PHI).....   | 204 |
| C2. Вы имеете право ознакомиться со своими медицинскими документами .....  | 204 |
| D. Наша ответственность предоставить вам информацию о нашем плане, сотрудничающих с нами поставщиках медицинских услуг и о покрываемых нами услугах..... | 217 |
| E. Невозможность для сотрудничающих с нами поставщиков медицинских услуг напрямую выставлять счета.....  | 219 |
| F. Ваше право прекратить участие в плане Cal MediConnect.....  | 219 |
| G. Ваше право принимать решения о вашем медицинском обслуживании.....  | 219 |
| G1. Ваше право знать ваши варианты лечения и принимать решения о вашем медицинском обслуживании .....  | 219 |
| G2. Ваше право определить план действий на случай, если вы будете не в состоянии самостоятельно принимать решения о своем лечении .....                  | 220 |
| G3. Что делать, если ваши указания не выполняются.....   | 222 |
| H. Ваше право подать жалобу и попросить нас пересмотреть решения, которые мы приняли .....   | 222 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



|   |     |
|---|-----|
| Н1. Что делать, если вы считаете, что к вам относятся несправедливо, или вам нужна дополнительная информация о ваших правах ..... | 222 |
| И. Ваше право на внесение предложений относительно прав участников нашего плана и нашей политики в отношении ответственности..... | 223 |
| Ж. Оценка новых и существующих технологий.....  | 223 |
| К. Ваши обязанности как участника плана .....   | 224 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## A. Your right to get information in a way that meets your needs

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. If you want to get documents in a different language and/or format for future mailings, please call Member Services. Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) wants to make sure you understand your health plan information. We can send materials to you in another language or alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice. Please call us if:
  - You want to get your materials in Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (traditional characters), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese or in an alternate format. You can ask for one of these languages in an alternate format.
  - You want to change the language or format that we send you materials.

If you need help understanding your plan materials, please contact Health Net Cal MediConnect Member Services at 1-855-464-3571 (TTY: 711). Hours are from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. For information on filing a complaint with Medi-Cal, please contact Member Services at 1-855-464-3571 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## لديك الحق في الحصول على المعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب علينا إخبارك عن مزايا الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك بحقوقك سنويًا طالما أنك تشترك معنا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. خطتنا لديها أشخاص يمكنهم الإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
  - بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بـ مواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبصنع مختلفة مثل الطباعة بأحرف طباعة كبيرة أو طريقة برايل أو تسجيل صوتي. إذا كنت ترغب في الحصول على الوثائق بلغة و/أو بصيغة أخرى للمراسلات المستقبلية، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. تريد خطة Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) التأكد من أنك تفهم معلومات خطتك الصحية. يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى أو بصيغة بديلة إذا طلبت ذلك. وهذا يسمى "طلب دائم". وسنقوم بتوثيق اختيارك. يُرجى الاتصال بنا في حالة:
    - كنت تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمنية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاغالوغية أو الفيتنامية أو بصيغة بديلة. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بصيغة بديلة.
    - كنت تريد تغيير اللغة أو الصيغة التي نرسل المواد بها إليك.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لفهم مواد خطتك، فُرجى الاتصال بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711). ساعات العمل من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات، يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.
- إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل تخص اللغة أو عجز وتريد تقديم شكوى، فاتصل بخطة Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي جهاز الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وللحصول على المعلومات حول تقديم شكوى إلى Medi-Cal، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات، يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Ձեր իրավունքը ստանալ տեղեկություններ այնպես, որը բավարարում է ձեր կարիքները

Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների ծառայություններ: Մեր ծրագրում կան մարդիկ, ովքեր կարող են հարցերի պատասխանել տարբեր լեզուներով:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր անգլերենից տարբերվող այլ լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես օրինակ՝ խոշոր տառատեսակ, բրեյլ կամ ձայնագրություն: Եթե հետագա առաքումների համար փաստաթղթերը ցանկանում եք ստանալ մեկ այլ լեզվով և/կամ ձևաչափով, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին: Health Net Cal MediConnect Plan-ը (Medicare-Medicaid Plan) ցանկանում է հավաստիանալ, որ դուք հասկանում եք ձեր առողջապահական ծրագրի տեղեկատվությունը: Մենք կարող ենք նյութեր ուղարկել այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե խնդրեք այն: Մա կոչվում է «մշտական խնդրանք»: Մենք կարձանագրենք ձեր ընտրությունը: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ, եթե.
  - Ցանկանում եք ստանալ նյութերն արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (քմեր), չինարեն (ավանդական), պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալոգ, վիետնամերեն լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով: Կարող եք խնդրել այս լեզուներից մեկն այլընտրանքային ձևաչափով:
  - Ցանկանում եք փոխել լեզուն կամ ձևաչափը, որով մենք ձեզ նյութեր ենք ուղարկում:

Եթե ձեր ծրագրի նյութերը հասկանալու հարցում օգնության կարիք ունեք, խնդրում ենք դիմել Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Աշխատանքային ժամերն են՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Եթե մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալու դժվարություններ ունեք լեզվի խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ցանկանում եք զանգատ ներկայացնել, զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Medi-Cal-ին զանգատ ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់លោកអ្នកតាមរបៀបដែលលោកអ្នកអាចយល់បាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីសិទ្ធិនានារបស់លោកអ្នកជាវៀងរាល់ឆ្នាំដែលលោកអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលលោកអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរនានារបស់លោកអ្នកបានជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏អាចផ្តល់សម្ភារៈដល់លោកអ្នកជាភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និងក្នុងទម្រង់ដូចជា អក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់ជនពិការ ឬជាសម្លេង។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ទទួលបានឯកសារជាភាសា និង/ឬ ទម្រង់ផ្សេងទៀតដើម្បីធ្វើតាមសំបុត្រនាពេលអនាគត សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោង Health Net Cal MediConnect (គម្រោង Medicare-Medicaid) ចង់ធ្វើឱ្យប្រាកដថា លោកអ្នកយល់ពីព័ត៌មានស្តីពីគម្រោងសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ យើងខ្ញុំអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់លោកអ្នកជាភាសាមួយទៀតឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំវិធីនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងខ្ញុំនឹងចងក្រងឯកសារបម្រើសមាជិករបស់លោកអ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើ៖
  - លោកអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វីលីពីន កូរ៉េ អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡ វៀតណាម ឬ ជាទម្រង់ផ្សេងៗ លោកអ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ផ្សេងបាន។
  - លោកអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសាឬទម្រង់នៃព័ត៌មានដែលយើងធ្វើទៅកាន់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីយល់ពីព័ត៌មានស្តីពីគម្រោងរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកអាចទំនាក់ទំនងសេវាបម្រើសមាជិក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711)។ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ វៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរសព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងមានបញ្ហាជាមួយការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ នៅពេលស្វែងរក  
បញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយលោកអ្នកចង់រៀបចំបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈ  
លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ លោកអ្នកអាចហៅទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុង  
មួយសប្តាហ៍ ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការ  
រដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Medi-Cal សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ  
1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ  
រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរសព្ទ  
ទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## 您有權以符合您需求的方式取得資訊

我們必須透過您能夠瞭解的方式告知您有關計畫的福利及您的權利。只要您尚在本計畫中，我們每年皆必須告知您有關您的權利。

- 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計畫有精通不同語言的人士可為您解答疑問。
- 本計畫也可以為您提供英語以外的語言版本、大字版、點字版或語音版的資訊。若您想要取得其他語言和/或格式的文件以供未來郵寄使用，請致電會員服務部。**Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)** 想確保您瞭解自己的健保計畫資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將會記錄您的選擇。如果您有以下要求，請致電我們：
  - 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語（高棉語）、中文（繁體字）、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
  - 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計畫材料，請致電 **1-855-464-3571**（聽障專線：711）聯絡 **Health Net Cal MediConnect** 會員服務部。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。

如果您因語言問題或殘疾，而在向本計畫取得資訊時遭遇困難，因此想要提出投訴，請致電 **Medicare**，電話是 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。您可以全天候撥打，每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。如需有關向 **Medi-Cal** 提出投訴的資訊，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點聯繫會員服務部，電話是 **1-855-464-3571**（聽障專線：711）。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。

---

**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. Звонки бесплатные. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).**





## حق شما برای دریافت اطلاعات به نحوی که متناسب با نیازتان باشد

ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوییم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هر سال حقوق قانونی را که در برنامه درمانی ما دارید به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز «خدمات اعضا» تماس بگیرید. برنامه درمانی ما افرادی را در استخدام دارد که می‌توانند به زبان‌های مختلف به پرسش‌ها پاسخ دهند.
  - برنامه ما همچنین می‌تواند مطالبی به همه زبان‌های غیر از انگلیسی و قالب‌هایی مثل چاپ درشت، خط بریل و قالب صوتی برای شما فراهم کند. اگر می‌خواهید در آینده این سند را به زبان و/یا قالب دیگری با ارسال پستی دریافت کنید، لطفاً با مرکز «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)** می‌خواهد مطمئن شود که شما اطلاعات برنامه درمانی خود را درک می‌کنید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. این کار «درخواست دائمی» نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:
- تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمیر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.
  - تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهید.
- اگر برای درک مطالب برنامه خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. ساعات اداری از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه است. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.
- اگر به‌خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را ارائه کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه شکایت به Medi-Cal، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

**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. Звонки бесплатные. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).**



## 고객의 필요에 부합되는 방식으로 정보를 받아볼 권리

당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 고객께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 고객의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스에 문의해 주십시오. 여러 다른 언어로 질문에 답변해 드릴 수 있는 직원들이 근무하고 있습니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 혹은 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 향후 우편 발송 시 다른 언어 및 형식으로 작성된 문서를 수신하기 원하시면 가입자 서비스에 문의해 주십시오.  
Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)은 귀하가 귀하의 건강보험 정보를 잘 이해하실 것을 바라고 있습니다. 가입자의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 "지속 요청"이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 아래와 같은 경우라면 연락하십시오.
  - 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶을 수 있습니다. 이들 언어 중 한가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.
  - 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 도움이 필요하시면, Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 연락하십시오. 서비스 운영 시간은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시입니다. 근무시간 이후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만을 제기하길 원하시면, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 문의해 주십시오. 연중무휴 24시간 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의해 주십시오. Medi-Cal에 불만을 제기하는 것에 대한 자세한 내용은 월요일~금요일 오전 8시에서 오후 8시에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 가입자 서비스에 문의해 주십시오. 근무시간 이후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## Ваше право на получение информации в соответствии с вашими потребностями

О страховом покрытии плана и ваших правах мы должны сообщать вам в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в отдел обслуживания участников плана. В нашем плане работают люди, которые могут отвечать на вопросы на разных языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в других форматах, например напечатанными крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в формате аудиозаписи. Если вы желаете в будущем получать документы на другом языке и/или в ином формате, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом медицинского страхования Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan). По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим запросом». Мы укажем ваш выбор в документах. Позвоните нам, если:
  - вы хотите получать 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;
  - вы хотите изменить язык или формат материалов, которые мы вам присылаем.

Если вам нужна помощь, чтобы понять информацию, представленную в материалах плана, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 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.

Если у вас возникли сложности с получением информации от нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Эта линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном TTY, звоните по номеру 1-877-486-2048. Чтобы узнать, как подать жалобу в Medi-Cal, обратитесь в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 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.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Su derecho a obtener información de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos explicarle los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender e informarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder sus preguntas en varios idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos, como en braille, en audio o en letra grande. Si quiere recibir los documentos en otro idioma o formato en la correspondencia que se le envíe en el futuro, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

En Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), queremos asegurarnos de que usted entiende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

- Si quiere recibir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo. También puede solicitar que se le envíen en uno de estos idiomas y, a su vez, en un formato alternativo.
- Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3571 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre cómo presentar una queja ante Medi-Cal, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Ang inyong karapatang makakuha ng impormasyon sa isang paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa isang paraan na mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na nasa plano namin kayo.

- Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga tao na makakasagot sa inyong mga tanong sa iba't ibang mga wika.
- Mabibigyan rin kayo ng aming plano ng mga materyales na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Kung gusto ninyong makuha ang mga dokumento sa ibang wika at/o format para sa mga mailing sa hinaharap, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Gustong masiguro ng Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) na nauunawaan ninyo ang impormasyon sa inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong “pangmatagalang kahilingan.” Itatala namin ang inyong pinili. Tumawag sa amin kung:
  - Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na karakter), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.
  - Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyo ang mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa ng mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Health Net Cal MediConnect sa 1-855-464-3571 (TTY: 711). Ang mga oras ay mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw ng negosyo.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa impormasyon sa paghahain ng reklamo sa Medi-Cal, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw ng negosyo.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Quyền nhận thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi trong chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có những người có thể trả lời các câu hỏi của quý vị bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh và bằng các định dạng chẳng hạn như bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Nếu quý vị muốn nhận tài liệu bằng ngôn ngữ và/hoặc định dạng khác để trao đổi thư từ trong tương lai, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ hội viên. Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) muốn đảm bảo rằng quý vị hiểu rõ thông tin về chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác hoặc bằng định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ ghi chép lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:
  - Quý vị muốn nhận tài liệu bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khơ-me), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt và/hoặc bằng định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong những ngôn ngữ này ở một định dạng thay thế.
  - Quý vị muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng của tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu rõ các tài liệu của chương trình, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch vụ hội viên của Health Net Cal MediConnect theo số 1-855-464-3571 (TTY: 711). Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại lời nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo.

Nếu quý vị đang gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Để biết thông tin về cách nộp đơn than phiền với Medi-Cal, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch vụ hội viên theo số điện thoại 1-855-464-3571 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại lời nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## В. Наша ответственность за обеспечение своевременного доступа к покрываемым услугам и лекарствам

Если вам не удастся своевременно записаться на прием для получения покрываемых медицинских услуг и ваш врач считает, что ваше состояние не позволяет больше ждать, вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect, чтобы обратиться за помощью. 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.

Участник нашего плана имеет указанные ниже права.

- Вы имеете право выбирать своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) из числа сотрудничающих с нашим планом. Сотрудничающим с планом называется поставщик услуг, который работает с нами. Дополнительную информацию о типах поставщиков услуг, которые могут выступать в роли поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP), и о способах их выбора см. в разделе D главы 3, стр. 52.
  - Позвоните в отдел обслуживания участников плана или воспользуйтесь *Указателем поставщиков услуг и аптек*, чтобы получить дополнительную информацию о сотрудничающих с планом поставщиках услуг и о том, какие врачи принимают новых пациентов.
- Женщины имеют право обращаться к гинекологу без направления. Направление — это одобрение вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), необходимое, чтобы обратиться к кому-либо, кто не является вашим PCP.
- Вы имеете право на то, чтобы сотрудничающие с планом поставщики услуг назначали вам прием в течение разумного времени.
  - Это включает право на своевременное получение помощи специалистов.
  - Если вы не можете получить обслуживание в разумные сроки, мы должны оплатить услуги, полученные у поставщиков, не сотрудничающих с нашим планом.
- Вы имеете право без направления получать экстренную и неотложную помощь.
- Вы имеете право получать без долгих задержек лекарства по рецепту в сотрудничающих с нами аптеках.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Вы имеете право знать о том, когда вы можете обращаться к не сотрудничающему с нами поставщику услуг. Для получения информации о не сотрудничающих с нами поставщиках услуг см. раздел D4 главы 3, стр. 59.
- Если вы новый участник нашего плана, вы имеете право лечиться у прежних врачей и пользоваться прежними разрешениями на получение медицинской помощи течение 12 месяцев. Должны выполняться определенные условия. Подробнее о продолжении лечения у прежних врачей и использовании прежних разрешений на обслуживание см. в разделе F главы 1, стр. 13.
- Вы имеете право самостоятельно управлять получаемой помощью. Работающий с вами координатор медицинского обслуживания и ваша группа медицинского обслуживания в этом вам помогут.

Если вы считаете, что не получаете медицинскую помощь или лекарства в разумные сроки, обратитесь к разделу E главы 9, стр. 237. В разделе D главы 9 (стр. 233) рассказывается, что можно сделать, если мы отказались покрывать медицинское обслуживание или лекарства, но вы не согласны с нашим решением.

---

## **С. Наша ответственность за защиту вашей личной информации о здоровье (PHI)**

Мы защищаем вашу личную информацию о здоровье (PHI), как того требуют федеральные законы и законы штата.

Ваша личная информация о здоровье (PHI) включает информацию, которую вы предоставили нам при вступлении в этот план. Кроме того, в нее входят данные из вашей медицинской карты и другая медицинская информация.

У вас есть права на получение информации и контроль за использованием вашей личной информации о здоровье (PHI). Мы даем вам письменное уведомление, которое рассказывает об этих правах, а также объясняет, как мы защищаем конфиденциальность вашей личной информации о здоровье (PHI). Этот документ называется «Уведомление о политике конфиденциальности» (Notice of Privacy Practice).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## **C1. Как мы защищаем вашу личную информацию о здоровье (PHI)**

Мы принимаем меры, чтобы предотвратить несанкционированный доступ к вашим документам.

В большинстве случаев мы не предоставляем вашу личную информацию о здоровье (PHI) тем, кто не предоставляет вам помощь или не оплачивает вашу помощь. Если мы хотим это сделать, мы должны вначале получить ваше письменное разрешение. Письменное разрешение можете дать вы или человек, имеющий право принимать за вас решения.

Существуют определенные исключения, и в некоторых случаях мы можем раскрывать такую информацию без вашего разрешения. Эти исключения разрешены или требуются по закону:

- Мы обязаны раскрывать личную информацию о здоровье (PHI) государственным учреждениям, которые проверяют наше качество обслуживания.
- Мы должны раскрывать личную информацию о здоровье (PHI) по решению суда.
- Мы обязаны предоставить вашу личную информацию о здоровье программе Medicare. Если Medicare раскроет вашу личную информацию о здоровье для исследований или других целей, это будет сделано в соответствии с федеральным законодательством. Если мы предоставим вашу информацию программе Medi-Cal, это также будет сделано в соответствии с федеральными законами и законами штата.

## **C2. Вы имеете право ознакомиться со своими медицинскими документами**

- Вы имеете право знакомиться с имеющимися у нашего плана медицинскими документами о вашем здоровье и лечении и получать их копии. Нам разрешено взимать с вас плату за копирование.
- Кроме того, у вас есть право просить нас дополнить или исправить ваши медицинские документы. Если вы попросите нас это сделать, мы совместно с вашим врачом выясним, нужно ли вносить в документы изменения, о которых вы просите.
- Вы имеете право знать, была ли ваша личная информация о здоровье (PHI) предоставлена третьей стороне и каким образом это было сделано.

Если у вас есть вопросы или опасения по поводу конфиденциальности вашей личной информации о здоровье (PHI), позвоните в отдел обслуживания участников плана.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Уведомление о политике конфиденциальности

**В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ, КАКИМ ОБРАЗОМ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ИЛИ РАСКРЫТА И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ.**

**ПРОЧИТАЙТЕ ЕГО ВНИМАТЕЛЬНО.**

**Действует с 14 августа 2017 года**

### **Обязанности субъектов, предоставляющих покрытие**

Компания Health Net\*\* (далее в тексте — «мы» или «план») является юридическим лицом, на которое распространяется действие положений закона «О мобильности и подотчетности медицинского страхования» (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) от 1996 г. В соответствии с законом, от компании Health Net требуется обеспечить конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации (PHI), предоставить вам это Уведомление о наших юридических обязанностях и правилах конфиденциальности, связанных с вашей PHI, соблюдать условия Уведомления, имеющего в настоящее время юридическую силу, сообщать вам о нарушении конфиденциальности вашей медицинской информации. PHI — это информация о вас, включающая демографические сведения, которую можно использовать для идентификации вашей личности, а также информация о вашем физическом или психическом состоянии в прошлом, настоящем или будущем и сведения о полученной вами медицинской помощи и ее оплате.

Данное уведомление описывает, как мы можем использовать и раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию (PHI). Кроме того, в нем описаны ваши права на доступ, изменение и управление вашей конфиденциальной медицинской информации (PHI), а также способы реализации этих прав. Во всех остальных случаях, не указанных в этом уведомлении, использовать и раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию (PHI) мы можем только после получения у вас письменного разрешения.

**\*\*Данное уведомление о политике конфиденциальности применяется к лицам, зарегистрированным в любом из следующих подразделений Health Net:**

Health Net of California, Inc., Health Net Community Solutions, Inc., Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Managed Health Network, LLC и Health Net Life Insurance Company, которые являются дочерними компаниями Health Net, Inc. и Centene Corporation. Health Net является зарегистрированным знаком обслуживания компании Health Net, LLC. Все остальные идентифицированные товарные знаки и знаки обслуживания остаются собственностью соответствующих компаний. Все права защищены. Ред. от 06.04.2018 г.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





Компания Health Net сохраняет за собой право менять это Уведомление. Мы сохраняем за собой право в любое время менять положения настоящего Уведомления, регулирующие работу с защищенной информацией о вашем здоровье (PHI), как той, которую мы уже получили, так и той, которую мы можем получить в будущем. Компания Health Net будет своевременно пересматривать это Уведомление и рассылать новый его вариант участникам плана в случаях, когда существенно меняются:

- характер использования или раскрытия информации;
- ваши права;
- наши обязанности;
- другие правила соблюдения конфиденциальности, приведенные в этом уведомлении.

Актуальная версия Уведомлений представлена на нашем веб-сайте и в Справочнике участника плана.

### **Внутренняя защита устной, письменной и электронной личной информации о здоровье (PHI)**

Компания Health Net защищает вашу личную информацию о здоровье (PHI). Для этого мы применяем протоколы соблюдения конфиденциальности и безопасности. Есть несколько способов защиты информации о вашем здоровье (PHI).

- Наша программа проводит обучение сотрудников по обеспечению конфиденциальности и безопасности.
- Мы требуем от своих партнеров по бизнесу соблюдать правила по обеспечению конфиденциальности и безопасности. Мы обеспечиваем безопасность наших офисов.
- Мы обсуждаем личную информацию о вашем здоровье только по соображениям бизнеса с людьми, которые должны об этом знать.
- Мы обеспечиваем защищенность информации о вашем здоровье, когда отправляем ее куда-то или храним в электронном виде.
- Мы используем технологические меры защиты для предотвращения несанкционированного доступа к вашей личной информации о здоровье (PHI).

### **Допустимое использование и раскрытие вашей личной информации о здоровье (PHI)**

Ниже указано, как мы можем использовать или раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) без вашего разрешения.

- **Лечение.** Мы можем использовать или раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) вашему врачу или другому поставщику медицинских услуг для координации оказания вам медицинской помощи разными поставщиками или для того, чтобы мы могли дать предварительное разрешение на ваше страховое покрытие.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Оплата.** Мы можем использовать или раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) для страховых выплат за полученные вами медицинские услуги. Мы можем раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) другому плану медицинского страхования, поставщикам медицинских услуг или другим организациям, обязанным соблюдать положения федерального законодательства о защите конфиденциальности, для осуществления платежей. К деятельности, связанной с оплатой, относятся:

- обработка страховых требований;
- определение приемлемости или страховое покрытие требований;
- выставление счетов за страховые взносы;
- проверка услуг на медицинскую необходимость;
- проверка применения страховых требований.

- **Административные функции, связанные с медицинским обслуживанием.** Мы можем использовать или раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) для выполнения административных функций, связанных с оказанием вам медицинских услуг. Эти действия могут включать:

- обслуживание клиентов;
- ответы на жалобы и апелляции;
- ведение пациента и координация медицинской помощи;
- проверка претензий с точки зрения медицины и другие действия по оценке качества;
- мероприятия по улучшению качества.

В процессе оказания медицинских услуг мы можем раскрыть вашу личную информацию о здоровье (PHI) своим деловым партнерам. Мы заключим с ними соглашения о защите конфиденциальности вашей личной информации о здоровье (PHI). Мы можем раскрыть вашу личную информацию о здоровье (PHI) другой организации, соблюдающей федеральные правила конфиденциальности. Эта организация также должна быть связана с вами при оказании медицинских услуг. Сюда относится следующая деятельность:

- мероприятия по оценке и улучшению качества;
- проверка компетенции или квалификации медицинских специалистов;
- ведение пациента и координация медицинской помощи;
- выявление или предотвращение мошенничества и злоупотребления в сфере медицинского обслуживания.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Раскрытие информации о коллективном плане медицинского страхования / финансирующей план организации.**

Мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию организации, финансирующей коллективный план медицинского страхования, например работодателю или какой-либо другой организации, которая предоставляет вам программу медицинского обслуживания, в том случае, если эта организация согласится с определенными ограничениями в отношении использования и раскрытия конфиденциальной медицинской информации (например, не использовать конфиденциальную медицинскую информацию для осуществления действий или принятия решений, связанных с вашим трудоустройством).

**Другие случаи разрешенного или обязательного раскрытия вашей личной информации о здоровье (PHI)**

- **Деятельность по сбору денежных средств.** Мы можем использовать или раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) для сбора денежных средств, например для финансирования деятельности благотворительных фондов или иных подобных организаций. Если мы свяжемся с вами по поводу использования вашей информации в рамках деятельности по сбору денежных средств, мы дадим вам возможность запретить или прекратить общение по таким вопросам в будущем.
- **Принятие решений о страховании.** Мы можем использовать или раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) для принятия решений о страховании, например по заявлениям и запросам на страховое покрытие. Когда мы используем или раскрываем вашу личную информацию о здоровье (PHI) для принятия решений о страховании, нам запрещено использовать и раскрывать такие сведения в рамках личной информации о здоровье (PHI), как генетическая информация.
- **Напоминания о приеме у врача / Альтернативные варианты лечения.** Мы можем использовать или раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI), чтобы напомнить вам о назначенном лечении и медицинском обслуживании, а также для того, чтобы информировать вас об альтернативных вариантах лечения и иных возможностях медицинского страхового покрытия и обслуживания (например, как бросить курить или снизить вес).
- **Согласно требованиям законов.** Если федеральный закон, закон штата и/или закон, принятый на местном уровне, требует использования или раскрытия вашей личной информации о здоровье (PHI), мы можем использовать или раскрывать ее в той степени, в которой это соответствует такому закону и ограничено его требованиями. Если два или несколько законов либо постановлений, регулирующих одно и то же использование или раскрытие информации, противоречат друг другу, мы будем соблюдать более ограничительные условия.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Мероприятия в сфере общественного здравоохранения.** Мы можем раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) органам здравоохранения в целях предотвращения или контроля заболеваний, травм или ограниченности возможностей. Мы можем раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) Управлению по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA), чтобы обеспечить качество, безопасность или эффективность продуктов или услуг, регулируемых FDA.
- **Жестокое и ненадлежащее обращение.** Мы можем раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) органам власти местного уровня, уровня штата или федерального уровня, в том числе социальным службам и службам защиты, уполномоченным в соответствии с законом получать такие сообщения, в тех случаях, когда можно обоснованно предположить факты жестокого и ненадлежащего обращения или домашнего насилия.
- **Судебное и административное разбирательство.** Мы можем раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) в случаях судебных и административных разбирательств. Мы можем также делать это в ответ на:
  - постановление суда;
  - постановление административного трибунала;
  - вызов в суд;
  - судебную повестку;
  - ордер;
  - запрос на выдачу документов;
  - аналогичный юридический запрос.
- **Правоохранительные органы.** Мы можем раскрывать вашу соответствующую личную информацию о здоровье (PHI) правоохранительным органам по запросу. Например, в ответ на:
  - постановление суда;
  - судебный ордер;
  - вызов в суд;
  - повестку, выданную судебным чиновником;
  - повестку в суд большого жюри.Мы также можем раскрывать вашу соответствующую личную информацию о здоровье (PHI), если это необходимо, чтобы опознать или обнаружить подозреваемого, беглого преступника, важного свидетеля или пропавшего человека.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Судебно-медицинские эксперты, коронеры и сотрудники бюро ритуальных услуг.** Мы можем раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) судебно-медицинским экспертам и коронерам. Она может пригодиться, например, для установления причины смерти. Мы можем также раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) сотрудникам бюро ритуальных услуг в той мере, в которой это необходимо им для выполнения своих обязанностей.
- **Донорство органов, глаз и тканей.** Мы можем раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) организациям, координирующим трансплантацию донорских органов. Мы также можем раскрывать личную информацию о здоровье (PHI) тем, кто занимается организацией трансплантации, консервацией или непосредственно трансплантацией:
  - трупных органов;
  - глаз;
  - тканей.
- **Угроза здоровью и безопасности.** Мы можем использовать либо раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI), если добросовестно считаем, что использование или раскрытие информации необходимо, чтобы предотвратить либо уменьшить серьезную или неизбежную угрозу здоровью или безопасности человека или общественности.
- **Специализированные государственные институты.** Если вы служите в рядах Вооруженных сил США, мы можем раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) по требованию военного командования. Мы также можем раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) по запросу:
  - имеющих на это право официальных представителей федеральных органов, которым эта информация необходима для обеспечения государственной безопасности или проведения разведывательной деятельности;
  - Государственного департамента для определения медицинской пригодности;
  - службы личной безопасности президента и других уполномоченных лиц.
- **Компенсация пострадавшим на рабочем месте.** Мы можем раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) в целях соблюдения законов, связанных с предоставлением компенсации пострадавшим на рабочем месте или с другими подобными утвержденными законодательством программами, которые предоставляют страховое покрытие на случай производственных травм или профессиональных заболеваний вне зависимости от вины.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Экстренные ситуации.** В случае экстренной ситуации или вашей недееспособности/отсутствия мы можем раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) членам семьи, близким друзьям, уполномоченным агентствам по оказанию помощи при стихийных бедствиях или любым другим лицам, указанным вами ранее. Мы руководствуемся профессиональными суждениями и навыками, чтобы определить, соответствует ли раскрытие информации вашим насущным интересам. В таком случае мы будем раскрывать только ту часть вашей личной информации о здоровье (PHI), которая имеет непосредственное отношение к участию лица в уходе за вами.
- **Содержание под стражей.** Если вы заключены в исправительном учреждении или находитесь под стражей в правоохранительных органах, мы можем передать вашу личную информацию о здоровье (PHI) в исправительное учреждение или правоохранительные органы в тех случаях, когда она требуется этим учреждениям для предоставления вам медицинской помощи, для защиты здоровья или безопасности вас или других людей, а также для обеспечения безопасности и охраны исправительного учреждения.
- **Исследования.** При определенных обстоятельствах мы можем раскрывать вашу личную информацию о здоровье (PHI) исследователям, если соответствующее клиническое исследование было одобрено и были приняты конкретные меры предосторожности для обеспечения конфиденциальности и защиты вашей личной информации о здоровье (PHI).

### **Случаи использования и раскрытия вашей личной информации о здоровье (PHI), требующие вашего письменного разрешения**

За исключением редких случаев, мы обязаны получать у вас письменное разрешение на использование и раскрытие вашей личной информации о здоровье (PHI) в следующих целях.

**Продажа личной информации о здоровье (PHI).** Мы запросим ваше письменное разрешение на раскрытие вашей личной информации о здоровье (PHI) в любой форме, которая может считаться ее продажей, то есть в случаях, когда мы получаем плату за такое раскрытие информации.

**Маркетинг.** Мы запросим ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей личной информации о здоровье (PHI) в маркетинговых целях, за исключением некоторых случаев, например когда мы лично общаемся с вами в маркетинговых целях или предоставляем рекламно-сувенирную продукцию по символической стоимости.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





**Документация, касающаяся психотерапевтического лечения.** Мы запросим ваше письменное разрешение на использование или раскрытие хранящейся у нас документации, касающейся вашего психотерапевтического лечения, за исключением некоторых случаев, например для осуществления лечения, оплаты или выполнения административных функций, связанных с медицинским обслуживанием.

### **Права участников плана**

Вы имеете следующие права относительно своей личной информации о здоровье (PHI). Если вы хотите воспользоваться любым из следующих прав, обращайтесь к нам, используя информацию в конце этого Уведомления.

- **Право на отзыв разрешения.** Вы можете отозвать свое разрешение в любой момент, при этом такой отзыв должен быть оформлен в письменной форме. Отзыв разрешения вступает в силу немедленно, кроме случаев, когда мы уже совершили действия, для которых было получено разрешение, до получения от вас письменного отзыва разрешения.
- **Право на запрос ограничений.** Вы имеете право потребовать ввести ограничения в отношении использования и раскрытия вашей личной информации о здоровье (PHI) в целях осуществления лечения, оплаты или выполнения административных функций, связанных с медицинским обслуживанием. Также может быть ограничено раскрытие информации лицам, участвующим в вашем лечении или оплате вашего лечения, например членам семьи или близким друзьям. В своем запросе вы должны четко указать ограничения и лиц, к которым относятся эти ограничения. От нас не требуется соглашаться с этим запросом. Если мы согласны, то будем соблюдать запрошенные вами ограничения, за исключением того случая, когда подобная информация необходима для вашего экстренного лечения. Однако мы ограничим использование или раскрытие личной информации о здоровье (PHI) в отношении совершения платежей или операций по медицинскому обслуживанию в рамках плана медицинского страхования, когда вы полностью оплатили услугу или товар за свой счет.
- **Право на запрос использования конфиденциальных способов связи.** Вы имеете право попросить о том, чтобы мы контактировали с вами по поводу вашей личной информации о здоровье (PHI) с использованием альтернативных способов связи или мест. Это право применяется только в следующих случаях: (1) если при обмене раскрывается медицинская информация или имя и адрес врача, касающиеся получения конфиденциальных услуг, или (2) раскрытие медицинской

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





информации или имени и адреса врача может поставить вас под угрозу, если обмен не осуществляется альтернативными методами или в альтернативном месте, как вы хотите. Вы не должны объяснять причину вашего требования, но в нем должно быть четко указано, что при обмене раскрывается медицинская информация или имя и адрес врача, касающиеся получения конфиденциальных услуг, либо что раскрытие медицинской информации или имени и адреса врача может поставить вас под угрозу, если не изменить способы и место обмена. Мы должны применить требования вашего запроса, если они разумны и указывают альтернативные способы связи или место, куда необходимо доставить вашу личную информацию о здоровье (PHI).

- **Право на доступ к вашей личной информации о здоровье (PHI) и получение ее копии.** За исключением некоторых случаев, вы имеете право просматривать свою личную информацию о здоровье (PHI), содержащуюся в специально определенном наборе документов, и получать ее копии. Вы можете потребовать от нас предоставить вам копии в формате, отличном от фотокопии. Мы предоставим запрошенный вами формат даже в том случае, если у нас нет возможности сделать это. Вы должны прислать нам письменный запрос, чтобы получить доступ к вашей конфиденциальной медицинской информации. Если мы отклоним ваш запрос, мы предоставим вам письменное объяснение и сообщим о возможности пересмотра причины отказа, а также уточним, как запросить такой пересмотр, или сообщим, если отказ пересмотреть нельзя.
- **Право на внесение изменений в вашу личную информацию о здоровье (PHI).** Вы имеете право запросить изменение своей личной информации о здоровье (PHI) или внесение в нее исправлений, если вы считаете, что она неверна. Ваш запрос должен быть оформлен письменно и должен разъяснять, почему в эту информацию следует внести изменения. Мы можем отклонить ваш запрос, например, если еще не внесли в память компьютера ту информацию, в которую вы хотите вносить поправки, или наш сотрудник, создавший вашу конфиденциальную медицинскую информацию, не может вносить поправки в нее. Если на ваш запрос мы ответим отказом, вы получите письменное объяснение его причин. Вы можете выразить свое несогласие с нашим решением, и мы приложим ваше заявление к вашей конфиденциальной медицинской информации (PHI), в которую вы просите внести изменения. Если мы примем ваш запрос об исправлении информации, мы приложим разумные усилия для информирования других об исправлении, включая людей, которых вы называете, и учтем эти изменения при любом будущем раскрытии этой информации.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Право на получение отчета о раскрытии информации.** Вы имеете право запросить список случаев, в которых мы или наши деловые партнеры раскрывали вашу личную информацию о здоровье (PHI) за предыдущие 6 лет. К данным случаям раскрытия не относятся раскрытия информации в целях лечения, оплаты, оказания медицинских услуг или раскрытия информации, которые вы разрешили, а также некоторые другие виды деятельности. Если вы просите такой отчет более одного раза за 12-месячный период, то за наш ответ на эти дополнительные запросы мы можем взимать с вас плату в разумном размере, соответствующем затратам. Мы предоставим вам более подробную информацию о наших тарифах на момент вашего запроса.
- **Право на подачу жалобы.** Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены или что мы нарушили нашу политику конфиденциальности, вы можете подать нам жалобу в письменной форме или по телефону; контактная информация приведена в конце данного Уведомления. Для подачи жалобы участники программы Medi-Cal также могут обратиться в Департамент здравоохранения штата Калифорния, указанный в следующем разделе.

Кроме того, вы можете подать письменную жалобу руководителю Управления по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социальных служб США, написав по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по номеру 1-800-368-1019 (телетайп: 1-866-788-4989) или посетив веб-сайт [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**МЫ НЕ ПРИЕМ В ОТНОШЕНИИ ВАС КАКИХ-ЛИБО МЕР ЗА ОБРАЩЕНИЕ С ЖАЛОБОЙ**

**Право на получение копии данного Уведомления.** Вы можете в любой момент запросить копию нашего Уведомления, используя контактную информацию в конце Уведомления. Если вы будете ознакамливаться с этим Уведомлением на нашем веб-сайте или получите его по электронной почте, вы имеете право также потребовать его бумажную копию.

**Контактная информация**

Если у вас возникнут вопросы по этому Уведомлению, нашей политике конфиденциальности в отношении вашей личной информации о здоровье (PHI) или о том, как реализовать ваши права, обратитесь к нам письменно или по телефону, используя контактную информацию ниже.

**Health Net Privacy Office**

Attn: Privacy Official

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91409

**Телефон: 1-855-464-3571 (TTY: 711)**

Факс: 1-818-676-8314

Электронная

почта: [Privacy@healthnet.com](mailto:Privacy@healthnet.com)

Только для участников программы Medi-Cal: если вы считаете, что мы не защитили вашу конфиденциальность, и хотите пожаловаться, вы можете подать жалобу, используя следующие контактные данные:

Privacy Officer  
c/o Office of Legal Services  
California Department of Health Care Services  
1501 Capitol Avenue, MS 0010  
P.O. Box 997413  
Sacramento, CA 95899-7413

Телефон: 1-916-445-4646 или 1-866-866-0602  
(телетайп/текстофон: 1-877-735-2929)

Адрес электронной почты: [Privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:Privacyofficer@dhcs.ca.gov)

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ФИНАНСОВОЙ ИНФОРМАЦИИ**

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ, КАКИМ ОБРАЗОМ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ИЛИ РАСКРЫТА ВАША **ФИНАНСОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ** И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОЧИТАЙТЕ ЕГО ВНИМАТЕЛЬНО.

Мы стремимся хранить конфиденциальность вашей личной финансовой информации. В этом Уведомлении «персональная финансовая информация» означает информацию об участнике плана или кандидате на получение страхового покрытия медицинского обслуживания, по которой можно установить его личность. Обычно такая информация публично не доступна, ее предоставляет отдельный человек или ее получают в связи с предоставлением медицинского обслуживания этому человеку.

**Информация, которую мы собираем.** Мы собираем вашу персональную финансовую информацию из следующих источников:

- из текстов заявлений или других форм, например, Ф. И. О., адрес, возраст, медицинскую информацию и номер карточки социального страхования;
- из сведений о ваших банковских операциях с нашим планом, дочерними предприятиями и другими лицами, например, по выплате страховой премии и истории претензий;
- из отчетов о клиентах.

**Порядок раскрытия информации.** Мы не раскрываем персональную финансовую информацию об участниках или бывших участниках плана какой бы то ни было третьей стороне за исключением случаев, когда это требуется или разрешается законодательством. К примеру, в ходе нашей общей деловой практики мы можем, как это разрешает нам существующее законодательство, раскрывать любую персональную финансовую информацию, которую мы собираем о вас и без вашего разрешения, следующим учреждениям:

- таким филиалам нашей компании, как другие страховые общества;
- другим не аффилированным компаниям, работающим с нами для достижения наших повседневных деловых целей. К таким целям относятся обработка ваших транзакций, ведение ваших счетов или выполнение постановлений судов и расследование дел;
- другим не аффилированным компаниям, выполняющим наши заказы, включая отправку рекламных сообщений от имени нашей компании.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Конфиденциальность и безопасность.** Мы обеспечиваем физические, электронные и процедурные гарантии в соответствии с применимыми стандартами штата и федеральными стандартами, чтобы защитить вашу персональную финансовую информацию от таких рисков, как потеря, уничтожение или ненадлежащее использование. Подобные меры включают защиту компьютеров, защищенные файлы и здания, а также ограничения на доступ к вашей личной финансовой информации.

**Вопросы об уведомлении.** Если у вас есть вопросы по этому уведомлению:

**Позвоните по бесплатному номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки**, или обратитесь в компанию Health Net по телефону 1-855-464-3571 (телетайп: 711).

---

## **D. Наша ответственность предоставить вам информацию о нашем плане, сотрудничающих с нами поставщиках медицинских услуг и о покрываемых нами услугах**

Участники плана Health Net Cal MediConnect имеют право получать от нас информацию по ряду вопросов. Если вы не говорите на английском языке, вам помогут наши устные переводчики. Они переведут вам ответы на любые ваши вопросы о нашем плане медицинского страхования. Если вам будет нужен переводчик, просто позвоните нам 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. Это обслуживание бесплатное. Этот справочник вы можете бесплатно получить в переводе на один из следующих языков:

- Арабский
- Армянский
- Кхмерский
- Китайский
- Фарси
- Корейский
- Русский
- Испанский
- Тагальский
- Вьетнамский

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Кроме того, мы можем присылать вам наши материалы напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля или в виде аудио-записей.

Если вам нужна информация по любому из следующих вопросов, позвоните в отдел обслуживания участников плана:

- Как выбрать или изменить планы
- Наш план, в том числе:
  - финансовая информация;
  - как участники нашего плана оценивают нашу работу;
  - число апелляций, поданных участниками нашего плана;
  - как прекратить участие в нашем плане.
- Сотрудничающие с планом поставщики услуг и аптеки, в том числе:
  - как выбрать или сменить поставщика первичного медицинского обслуживания;
  - какова квалификация сотрудничающих с планом поставщиков услуг и аптек;
  - как мы платим сотрудничающим с планом поставщикам услуг.
- Покрываемые услуги и лекарства, а также правила, которые вы должны соблюдать, в том числе:
  - услуги и лекарства, покрываемые нашим планом;
  - ограничения на страховое покрытие и лекарства;
  - правила, которые вам нужно соблюдать при получении покрываемых услуг и лекарств.
- Почему что-то не покрывается, и что вы можете предпринять, в том числе обратиться к нам с запросом:
  - предоставить письменные пояснения того, почему что-то не покрывается;
  - изменить принятое нами решение;
  - оплатить выставленный вам счет.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## **Е. Невозможность для сотрудничающих с нами поставщиков медицинских услуг напрямую выставлять счета**

Врачи, больницы и другие поставщики медицинских услуг, сотрудничающие с нашим планом, не могут взыскивать с вас плату за покрываемое нами обслуживание. Они не могут это делать даже тогда, когда мы платим меньше, чем установленная поставщиком медицинских услуг стоимость обслуживания. Чтобы узнать, что делать, если сотрудничающий с планом поставщик услуг пытается получить с вас плату за покрываемые услуги, см. раздел А главы 7, стр. 181.

---

## **Ф. Ваше право прекратить участие в плане Cal MediConnect**

Никто не может заставить вас оставаться участником плана, если вы не хотите этого.

- Вы имеете право получать большую часть медицинского обслуживания по программе Original Medicare или по плану, действующему по программе Medicare Advantage.
- Страхование покрытия своих лекарств по программе Medicare Part D вы можете получать по плану покрытия расходов на лекарства по рецепту или по плану, действующему по программе Medicare Advantage.
- См. раздел С главы 10 (стр. 303) для получения дополнительной информации о том, когда вы можете вступить в новый план Medicare Advantage или план обеспечения лекарствами по рецепту.
- Страхование покрытия по программе Medi-Cal вы будете по-прежнему получать через компанию Health Net Community Solutions, Inc., если не решите выбрать другой план, действующий в этом округе.

---

## **Г. Ваше право принимать решения о вашем медицинском обслуживании**

### **Г1. Ваше право знать ваши варианты лечения и принимать решения о вашем медицинском обслуживании**

У вас есть право получать у врачей и других поставщиков медицинских услуг полную информацию об оказываемой вам медицинской помощи. Ваши поставщики услуг обязаны предоставлять вам информацию о вашем состоянии и вариантах лечения в понятной для вас форме. Вы имеете следующие права:

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- **Вы имеете право знать о вариантах лечения.** Вам должны рассказывать обо всех возможных способах лечения.
- **Вы имеете право знать о рисках.** Вам должны рассказывать обо всех опасностях, связанных с лечением. Если предлагаемое лечение является частью клинического исследования, вам должны об этом сказать заранее. Вы имеете право отказаться от экспериментального лечения.
- **Вы имеете право получить второе мнение.** Вы имеете право обратиться к еще одному врачу, перед тем как согласиться на предложенное лечение.
- **Вы имеете право отказаться.** Вы имеете право отказаться от любого лечения. Вы имеете, в том числе, право покинуть больницу и любое другое медицинское учреждение, даже если врач не советует вам это делать. Кроме того, у вас есть право прекратить прием назначенного вам лекарства. Если вы отказались от лечения или прекратили прием назначенного вам лекарства, это никак не повлияет на ваше участие в нашем плане. Разумеется, если вы отказываетесь от лечения или прекращаете принимать лекарство, вы принимаете на себя полную ответственность за последствия вашего решения.
- **Вы имеете право просить нас объяснить, почему поставщик отказал в обслуживании.** У вас есть право получить у нас объяснение причин, по которым вам отказано в медицинской помощи, которую вы, по вашему мнению, должны получать.
- **Вы имеете право просить нас о страховом покрытии услуги или лекарства, в покрытии которых вам было отказано либо которые обычно не покрываются.** Это называется решением о покрытии. В разделе D главы 9 (стр. 233) объясняется, как можно направить в план запрос на решение о страховом покрытии.

## **G2. Ваше право определить план действий на случай, если вы будете не в состоянии самостоятельно принимать решения о своем лечении**

Иногда человек, ставший жертвой несчастного случая или страдающий серьезным заболеванием, не может самостоятельно принимать решения о своем лечении. Пока вы дееспособны, вы можете на всякий случай сделать следующее:

- заполнить письменную форму, чтобы **дать другому человеку право принимать за вас решения относительно вашего лечения;**
- **дать врачам письменные указания** о том, как им следует оказывать вам медицинскую помощь, если вы будете не в состоянии принимать такие решения.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Чтобы заранее дать указания на случай подобных ситуаций, вы можете составить юридический документ, который называется «заблаговременные указания на случай недееспособности» (advance directive). Различные типы заблаговременных указаний носят разные названия. Примерами могут быть завещание о жизни (living will) и доверенность на принятие решений о медицинском обслуживании (power of attorney for health care).

Вы не обязаны составлять заблаговременные указания, но вы можете это сделать, если хотите. Вот как это сделать:

- **Получите нужную форму.** Получить нужный бланк можно у врача, адвоката, социального работника или в агентстве юридических услуг. Формы заблаговременных указаний на случай недееспособности также могут иметься в организациях, информирующих людей о программах Medicare и Medi-Cal, таких как Программа консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).
- **Заполните и подпишите эту форму.** Эта форма считается юридическим документом. Возможно, вам стоит обратиться к адвокату за помощью в его составлении.
- **Передайте копии этого документа людям, которые должны о нем знать.** Передайте копию своему врачу. Передайте копии людям, которых вы уполномочили этим документом принимать за вас решения в случае вашей недееспособности. Вы можете передать копии этого документа также близким друзьям и членам семьи. Храните копию у себя дома.
- Если вы знаете, что вас госпитализируют и если вы уже подписали заблаговременные указания, **возьмите копию этого документа с собой в больницу.**
  - В больнице у вас спросят, подписали ли вы заблаговременные указания на случай недееспособности и есть ли у вас собой этот документ.
  - Если вы не подписали заблаговременные указания, вас спросят, не хотите ли вы это сделать. В больницах есть нужные бланки.

Помните: вы сами решаете, давать заблаговременные указания или нет.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**G3. Что делать, если ваши указания не выполняются**

Если вы подписали заблаговременные указания на случай недееспособности и считаете, что содержащиеся в них инструкции не соблюдались врачом или больницей, вы можете подать жалобу в местное Управление по вопросам гражданских прав.

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

Вы можете позвонить в Управление по гражданским правам по номеру 1-800-368-1019 (телетайп: 1-800-537-7697).

---

**H. Ваше право подать жалобу и попросить нас пересмотреть решения, которые мы приняли**

Если у вас есть какие-то затруднения или сомнения, касающиеся покрываемых нами видов помощи и услуг, обратитесь к разделу E главы 9, стр. 237. В одних случаях нужно просить наш план принять решение о страховом покрытии, в других подавать апелляцию с просьбой поменять решение о страховом покрытии, в третьих подавать жалобу.

Вы имеете право получать информацию об апелляциях и жалобах, поданных другими участниками нашего плана. Для того чтобы ее получить, обратитесь в наш отдел обслуживания участников плана.

**H1. Что делать, если вы считаете, что к вам относятся несправедливо, или вам нужна дополнительная информация о ваших правах**

Если вы считаете, что к вам относятся несправедливо, и речь **не** идет о дискриминации по причинам, перечисленным в главе 11, либо вы хотите получить дополнительную информацию о ваших правах, вы можете обратиться за помощью в указанные ниже службы.

- Отдел обслуживания участников плана.
- Программа консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (HICAP). Подробнее об этой организации и о том, как с ней связаться, говорится в разделе E главы 2, стр. 33.
- Программа омбудсмена Cal MediConnect. Подробнее об этой организации и о том, как с ней связаться, говорится в разделе I главы 2, стр. 37.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Программа Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телетайпом, звоните по номеру 1-877-486-2048. (Вы также можете прочесть или загрузить документ «Права и средства защиты участников программы Medicare» (Medicare Rights & Protections) на веб-сайте [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)

---

## **I. Ваше право на внесение предложений относительно прав участников нашего плана и нашей политики в отношении ответственности**

Если у вас есть какие-либо вопросы или сомнения по поводу прав и обязанностей либо предложения по улучшению нашей политики в отношении прав участников, сообщите их нам, обратившись в отдел обслуживания участников плана 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.

---

## **J. Оценка новых и существующих технологий**

Новые технологии включают процедуры, лекарства, биопрепараты и устройства, которые были недавно разработаны для лечения какого-либо заболевания или состояния. К новым технологиям относятся также новые способы применения существующих процедур, лекарств, биопрепаратов и устройств. Наш план придерживается национальных и местных определений страхового покрытия Medicare, когда это применимо.

При отсутствии определения покрытия Medicare наш план оценивает возможность включения в страховое покрытие новых технологий или новых способов применения существующих технологий, чтобы обеспечить участникам наших планов доступ к безопасному и эффективному лечению. Выполняется критическая оценка опубликованной на текущий момент медицинской литературы, в частности публикаций, прошедших экспертную оценку, включая обзоры статей на основе стандартизованного анализа, рандомизированные контролируемые испытания, групповые исследования, исследования методом случай-контроль, диагностические исследования со статистически значимыми результатами, которые демонстрируют безопасность и эффективность. Кроме того, изучаются рекомендации, основанные на доказательных данных, которые выпускают национальные организации и уполномоченные органы. Наш план также учитывает мнения, рекомендации и оценки практикующих врачей, национально признанных медицинских ассоциаций, в том числе специализированных обществ врачей, консенсус-групп и других национально признанных организаций по исследованиям или оценке технологий, отчеты и публикации государственных учреждений, например Управления по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA), Центров по контролю за заболеваниями (CDC), Национальных институтов здоровья (NIH).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## К. Ваши обязанности как участника плана

Ниже перечислены обязанности участника нашего плана. Если у вас есть какие-то вопросы, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана.

- **Прочтите *Справочник участника плана***, чтобы узнать, что входит в страховое покрытие и какие правила вам необходимо соблюдать, чтобы получить покрываемые услуги и лекарства. Подробнее о ваших:
  - покрываемых услугах см. в разделе В главы 3 (стр. 48) и в разделе D главы 4 (стр. 83) (в этих главах рассказывается о том, что мы покрываем, какие правила нужно соблюдать и сколько вы платите);
  - покрываемых лекарствах см. в разделе А главы 5 (стр. 146) и в разделе С главы 6 (стр. 171).
- **Сообщайте нам обо всех других медицинских страховках и страховках, покрывающих расходы на лекарства по рецепту**, которые у вас есть. Мы должны обеспечивать использование всего вашего страхового покрытия при получении медицинского обслуживания. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, если у вас есть другая страховка.
- **Сообщайте своему врачу и другим поставщикам медицинских услуг** о том, что вы участник нашего плана. Предъявляйте свою идентификационную карточку участника плана, когда получаете услуги или лекарства.
- **Помогайте своим врачам** и другим поставщикам услуг оказывать вам наилучшую медицинскую помощь.
  - Сообщайте им все необходимое о себе и своем здоровье. Как можно больше интересуйтесь своим здоровьем. Соблюдайте планы лечения и указания, которые вы согласовали со своим врачом.
  - Сообщайте своим врачам и другим поставщикам медицинских услуг обо всех лекарствах, которые вы принимаете. Сообщайте им о лекарствах, отпускаемых по рецепту и без рецепта, витаминах и биодобавках, которые вы принимаете.
  - Если у вас есть вопросы, не стесняйтесь их задавать. Ваши врачи и другие поставщики медицинских услуг должны давать вам понятные ответы и объяснения. Если вы не понимаете ответ на вопрос, спросите снова.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Будьте доброжелательны.** Участники нашего плана должны уважать права других пациентов. В кабинета врача, в больнице и в других учреждениях ведите себя достойно.
- **Платите то, что вы должны.** Как участник плана вы несете ответственность за эти платежи:
  - Страховые взносы по программам Medicare Part A и Medicare Part B. Большинству участников плана Health Net Cal MediConnect страховку по программа Part A и по программе Part B оплачивает программа Medi-Cal.
  - Если программа Medi-Cal предусматривает ваше участие в оплате, вы должны заплатить свою часть суммы, прежде чем план Health Net Cal MediConnect оплатит покрываемые для вас в рамках программы Medi-Cal услуги.
  - Вы должны участвовать в оплате некоторых покрываемых планом лекарств. В этом случае вы платите свою часть стоимости при получении такого лекарства. Это называется доплатой, которая представляет собой фиксированную сумму. В разделе D3 главы 6 (стр. 173) рассказывается, сколько вы должны платить за свои лекарства.
  - **Если вы получаете какие-либо услуги или лекарства, которые не покрываются нашим планом, вы должны оплатить их полную стоимость.** Если вы не согласны с нашим решением не покрывать услугу или лекарство, вы можете подать апелляцию. Подробно о том, как подать апелляцию, говорится в разделе D главы 9, стр. 233.
- **Сообщайте нам о переезде на новое место жительства.** Если вы собираетесь переезжать, сообщите нам об этом как можно скорее. Позвоните в наш отдел обслуживания участников плана.
  - **Если вы переедете за пределы нашей зоны обслуживания, то не сможете продолжать быть участником этого плана.** Участвовать в плане Health Net Cal MediConnect могут только лица, проживающие в нашей зоне обслуживания. Наша зона обслуживания указана в разделе D главы 1, стр. 12.
  - Мы готовы помочь вам выяснить, находится ли ваше новое место жительства за пределами зоны обслуживания нашего плана. Во время специального периода включения в планы по программе Medicare вы можете перейти на программу Original Medicare или стать участником плана медицинского обслуживания или покрытия расходов на лекарства по

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



рецепту, действующего по программе Medicare там, куда вы переехали. Мы можем вам сообщить, есть ли у нашей компании план, действующий по вашему новому месту жительства.

- Кроме того, обязательно сообщайте о своем новом адресе программам Medicare и Medi-Cal. Телефонные номера программ Medicare и Medi-Cal приведены в главе 2, раздел G (стр. 35) и раздел H (стр. 36).
- **Если вы переезжаете в пределах нашей зоны обслуживания, нам все равно нужно знать.** Это позволит нам обновить ваши данные и связаться с вами в случае необходимости.
- Если у вас есть вопросы или сомнения, звоните в отдел обслуживания участников плана.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## Глава 9. Что делать, если у вас возникли сложности или претензии (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

---

### Введение

В этой главе говорится о ваших правах. Эта глава вам понадобится, если вы оказались в одной из следующих ситуаций:

- Вы недовольны работой нашего плана или хотите подать на него жалобу.
- Вам требуется устройство, обслуживание или лекарство, которое план отказался оплачивать.
- Вы не согласны с решением, принятым вашим планом в отношении вашего ухода.
- Вы считаете, что страховое покрытие вашего обслуживания заканчивается слишком скоро.
- Вы недовольны работой поставщиков длительного обслуживания и поддержки или хотите на них пожаловаться. Это могут быть службы помощи взрослым по месту жительства (CBAS) и центры сестринского ухода (NF).

**В случае разных типов проблем вам нужны только определенные разделы этой главы. Какие именно, зависит от вашей ситуации.** Для того чтобы облегчить вам поиск нужной информации, эта глава разбита на разделы.

### Если у вас возникли сложности с медицинским обслуживанием или длительным обслуживанием и поддержкой

Вы получаете медицинское обслуживание, лекарства, а также длительное обслуживание и поддержку, которые ваш врач и другие поставщики услуг считают необходимым элементом вашего плана медицинского обслуживания. **Если у вас возникли сложности с медицинским обслуживанием, вы можете обратиться за помощью в программу омбудсмана Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077.** В этой главе объясняется, что можно сделать в случае каких-либо сложностей или жалоб, но также вы всегда можете позвонить в программу омбудсмана Cal MediConnect, и вам помогут решить проблему. Дополнительную информацию о программах омбудсмана, о других людях и организациях, которые могут помочь вам справиться с проблемами, а также сведения о том, как связаться с ними, см. в разделе I главы 2, стр. 37.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Содержание

|  |     |
|--|-----|
| A. Что делать, если у вас возникла проблема .....  | 230 |
| A1. Юридическая терминология .....   | 230 |
| B. Куда звонить .....  | 230 |
| B1. Где можно получить информацию и помощь .....   | 230 |
| C. Проблемы со страховым покрытием .....   | 232 |
| C1. Использование процедуры запроса решения о страховом покрытии и апелляции или процедуры подачи жалобы.....  | 232 |
| D. Решения о страховом покрытии и апелляции.....   | 233 |
| D1. Общая информация о решениях о страховом покрытии и апелляциях.....   | 233 |
| D2. Помощь в подаче запросов на решение о страховом покрытии и апеллий .....   | 233 |
| D3. Используйте раздел этой главы, в котором описана ваша ситуация.....  | 235 |
| E. Проблемы, связанные с покрытием услуг, товаров и лекарств (кроме лекарств по программе Part D).....   | 237 |
| E1. В каких случаях вам нужен этот раздел.....   | 237 |
| E2. Запрос решения о страховом покрытии.....   | 238 |
| E3. Апелляция 1-го уровня по поводу услуг, товаров или лекарств (кроме лекарств по программе Part D).....  | 242 |
| E4. Апелляция 2-го уровня по поводу услуг, товаров или лекарств (кроме лекарств по программе Part D).....  | 247 |
| E5. Проблемы, связанные с оплатой.....   | 255 |
| F. Лекарства по программе Part D.....  | 258 |
| F1. Что делать, если у вас возникли сложности с получением лекарства по программе Part D или если вы хотите, чтобы мы возместили вам расходы на лекарство по программе Part D..... | 258 |
| F2. Что такое исключение.....  | 261 |

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



|  |     |
|--|-----|
| F3. Что важно знать о запросах на исключение .....   | 262 |
| F4. Как запросить решение о страховом покрытии лекарства по программе Part D или возмещение расходов на лекарство по программе Part D, включая исключение .....  | 263 |
| F5. Апелляция 1-го уровня по поводу лекарств по программе Part D .....   | 267 |
| F6. Апелляция 2-го уровня по поводу лекарств по программе Part D .....   | 270 |
| G. Запрос о покрытии более длительного пребывания в больнице .....   | 272 |
| G1. Ваши права в качестве участника программы Medicare .....   | 273 |
| G2. Апелляция 1-го уровня для изменения даты выписки из больницы .....   | 274 |
| G3. Апелляция 2-го уровня для изменения даты выписки из больницы .....   | 277 |
| G4. Что произойдет, если вы пропустите установленный срок подачи апелляции.....  | 279 |
| H. Что делать, если, по вашему мнению, медицинская помощь на дому, помощь в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) заканчивается слишком скоро ..... | 282 |
| H1. Мы заранее сообщим о том, когда закончится ваше страховое покрытие .....   | 282 |
| H2. 1-й уровень апелляции для продолжения медицинского обслуживания .....  | 283 |
| H3. 2-й уровень апелляции для продолжения медицинского обслуживания .....  | 286 |
| H4. Что делать, если вы пропустили срок подачи апелляции 1-го уровня.....  | 288 |
| I. Апелляции уровней выше 2-го .....   | 290 |
| I1. Что можно предпринять дальше, когда речь идет об услугах и товарах, покрываемых по программе Medicare .....  | 290 |
| I2. Что можно предпринять дальше, когда речь идет об услугах и товарах, покрываемых по программе Medi-Cal .....  | 291 |
| J. Как подать жалобу.....  | 292 |
| J1. В случае каких проблем нужно подавать жалобу .....   | 292 |
| J2. Жалобы в наш план.....   | 295 |
| J3. Жалобы в другие организации .....  | 297 |

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## А. Что делать, если у вас возникла проблема

В этой главе объясняется, что делать, если у вас возникла проблема, связанная с вашим планом, обслуживанием или оплатой. Программы Medicare и Medi-Cal утвердили описанные здесь процедуры. Для каждой процедуры предусмотрен набор правил, процессов рассмотрения и установленных сроков, которые должны соблюдать как мы, так и вы.

### А1. Юридическая терминология

Для некоторых приведенных в этой главе правил, процедур и сроков существуют специальные юридические термины. Многие из них трудно понять, поэтому мы стараемся их избегать и используем более простой язык. Кроме того, мы стараемся как можно реже использовать сокращения.

Например:

- Мы говорим «подать жалобу», а не «обратиться с претензией».
- Мы говорим «решение о страховом покрытии», а не «определение организации», «определение страхового покрытия», «определение страхового случая» или «определение покрытия».
- Мы говорим «принятие решения о страховом покрытии в ускоренном порядке», а не «ускоренное определение».

Знание точных юридических терминов может помочь вам лучше объяснить ситуацию, поэтому мы указываем и их.

---

## В. Куда звонить

### В1. Где можно получить информацию и помощь

Иногда может быть сложно разобраться, с чего начать или что делать, чтобы решить проблему, особенно если человек болен или ослаблен. Иногда вам может не хватать знаний для того, чтобы сделать следующий шаг.

#### Вы можете получить помощь от программы омбудсмена Cal MediConnect

Если вам нужна помощь, позвоните в программу омбудсмена Cal MediConnect. Программа омбудсмена Cal MediConnect — это программа омбудсмена, которая может ответить на ваши вопросы и помочь вам понять, что делать, чтобы справиться с вашей проблемой. Омбудсмен программы Cal MediConnect не связан ни с нами, ни с любой другой страховой компанией или планом медицинского страхования. Они помогут вам понять, какую процедуру вам нужно

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



использовать. Телефон программы омбудсмена Cal MediConnect: 1-855-501-3077. Услуги этой программы бесплатны. См. раздел I главы 2 (стр. 37) для получения дополнительной информации о программах омбудсмена.

### **Вам может помочь Программа консультирования и защиты прав для участников планов медицинского страхования (HICAP)**

Вы можете позвонить также в Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Работающие в программе HICAP консультанты ответят на ваши вопросы и помогут понять, как справиться с возникшими затруднениями. 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.

### **Помощь от программы Medicare**

За помощью в решении возникших затруднений вы можете обращаться непосредственно в программу Medicare. Ниже указаны два способа получить помощь от Medicare.

- Позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает 24 часа в сутки и 7 дней в неделю. Телетайп: 1-877-486-2048. Звонки бесплатные.
- Посетите веб-сайт Medicare по адресу [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

### **Вы можете получить помощь в Департаменте управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (DMHC)**

В этом пункте термин «жалоба» означает апелляцию или жалобу на услуги Medi-Cal, ваш план медицинского страхования или одного из ваших поставщиков.

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния 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). Прежде чем обращаться в Департамент, воспользуйтесь процедурой подачи претензии вашего плана медицинского страхования. 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. 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

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



независимую медицинскую экспертизу (Independent Medical Review, IMR). Если вы имеете право на независимую медицинскую экспертизу (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 линия текстофона (TDD) **(1-877-688-9891)** для людей с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте Департамента [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov) доступны онлайн-формы подачи жалоб, формы заявления на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR) и инструкции по их заполнению.

## С. Проблемы со страховым покрытием

### С1. Использование процедуры запроса решения о страховом покрытии и апелляции или процедуры подачи жалобы

В случае разных типов проблем вам нужны только определенные разделы этой главы. Какие именно, зависит от вашей ситуации. Приведенная ниже таблица поможет вам найти нужный вам раздел этой главы.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Трудности связаны с покрываемым обслуживанием или страховым покрытием?</b></p> <p>(Сюда входят разногласия относительно того, покрывает ли ваш план конкретные виды медицинского обслуживания, лекарства по рецепту, длительное обслуживание и поддержку и как именно вам их покрывают, а также сложности с оплатой медицинского обслуживания и лекарств по рецепту.)</p> |  |
| <p><b>Да.</b></p> <p>Моя проблема связана с покрываемым обслуживанием или страховым покрытием.</p> <p>См. <b>раздел D «Решения о страховом покрытии и апелляции»</b> на стр. 233.</p>   | <p><b>Нет.</b></p> <p>Моя проблема не связана с покрываемым обслуживанием или страховым покрытием.</p> <p>Перейдите в <b>раздел J «Как подать жалобу»</b> на стр. 292.</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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## D. Решения о страховом покрытии и апелляции

### D1. Общая информация о решениях о страховом покрытии и апелляциях

Процедуры запроса решения о страховом покрытии и апелляции используются, если у вас возникли проблемы, связанные с получением покрываемых медицинских услуг и страховым покрытием. Кроме того, она используется тогда, когда у вас возникают сложности с оплатой. Участвовать в оплате обслуживания, покрываемого по программе Medicare, вы не должны. Исключение составляют доплаты за лекарства по программе Part D.

#### Что такое решение о страховом покрытии?

Решение о страховом покрытии — это первичное решение о том, что и как мы покрываем, или о том, сколько мы будем платить за медицинское обслуживание, приспособления или лекарства. Мы принимаем решение о страховом покрытии всякий раз, когда решаем, будем ли что-то для вас покрывать и сколько будем при этом платить.

Если вы или ваш врач не уверены, покрывают ли программы Medicare и Medi-Cal какое-то обслуживание, приспособление или лекарство, вы или ваш врач можете подать заранее запрос на решение о страховом покрытии обслуживания, приспособления или лекарства.

#### Что такое апелляция?

Апелляция — это способ официально попросить нас о пересмотре нашего решения. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, направьте нам апелляцию. Например, в некоторых случаях мы можем решить, что программы Medicare или Medi-Cal не покрывают или больше не покрывают для вас определенное обслуживание, приспособление или лекарство, которое вы хотели бы получить. Если вы или ваш врач не согласны с нашим решением, вы можете подать апелляцию.

### D2. Помощь в подаче запросов на решение о страховом покрытии и апелляциях

#### К кому я могу обратиться за помощью с просьбой о принятии решений о покрытии или апелляции?

Ниже приведены телефоны и адреса, по которым вы можете обратиться за помощью:

- Позвоните в **отдел обслуживания участников плана** 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.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- За бесплатной помощью вы можете позвонить в **отдел омбудсмена программы Cal MediConnect**. Отдел омбудсмена программы Cal MediConnect работает с участниками, которые охвачены программой Cal MediConnect, чтобы помочь им решать проблемы с обслуживанием и счетами. Номер телефона: 1-855-501-3077.
- Вы можете обратиться за бесплатной помощью в **Программу консультирования и защиты прав для участников планов медицинского страхования (HICAP)**. HICAP – это независимая организация. Она не связана с этим страховым планом. Номер телефона программы: 1-800-434-0222.
- Вы можете обратиться за бесплатной помощью в **центр поддержки при Департаменте управляемого медицинского обслуживания (DMHC)**. Департамент DMHC регулирует работу планов медицинского страхования. Департамент DMHC помогает людям, которые включены в планы, действующие по программе Cal MediConnect, подавать апелляции по поводу обслуживания, покрываемого по программе Medi-Cal. Номер телефона — 1-888-466-2219. Лица с нарушениями слуха или речи могут использовать бесплатный номер TDD 1-877-688-9891.
- Поговорите **со своим врачом или другим поставщиком медицинских услуг**. Ваш врач или другой поставщик медицинских услуг может просить о решении относительно страхового покрытия или подавать апелляции от вашего имени.
- Поговорите **с другом или членом семьи**. Вы можете попросить их действовать от вашего имени. Вы можете назначить кого-нибудь своим представителем. Ваш представитель будет от вашего имени подавать запросы на получение страхового решения и апелляции.
  - Если вы хотите, чтобы вас представлял ваш друг, родственник или кто-нибудь еще, позвоните в отдел обслуживания участников плана и попросите форму «Назначение представителя» (Appointment of Representative). Вы также можете загрузить форму с веб-сайта [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) или с нашего сайта [mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html](http://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html). Заполненная и подписанная форма дает выбранному вами человеку право действовать от вашего имени. Копию подписанной формы вы должны передать нам.
- **Вы имеете право нанять** в качестве своего представителя адвоката. Вы можете выбрать адвоката сами или нанять адвоката, которого вам посоветует местная адвокатская коллегия или другая служба. Кроме того, существуют

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



юридические группы, которые могут предоставить вам бесплатную юридическую помощь, если вы имеете на нее право. Если вы хотите, чтобы вас представлял адвокат, вам не нужно заполнять форму «Назначение представителя». Вы можете обратиться в организацию Health Consumer Alliance по телефону 1-888-804-3536 и попросить бесплатного адвоката.

- Вам, однако, **не обязательно нанимать адвоката**, чтобы попросить нас принять решение о страховом покрытии или подать апелляцию.

### **D3. Используйте раздел этой главы, в котором описана ваша ситуация**

Существуют четыре типа ситуаций, которые могут быть связаны с получением решения о страховом покрытии и подачей апелляции. Поскольку для каждой ситуации предусмотрены разные правила и сроки, подробный разбор каждой приводится в отдельных разделах. Это поможет вам найти нужные разделы. **Вам нужно прочитать только раздел, который относится к вашей проблеме.**

- **В разделе Е на стр. 237** содержится информация, которая будет полезна в случае возникновения проблем со страховым покрытием услуг, товаров и лекарств (**за исключением** лекарств по программе Part D). Ниже приведены примеры ситуаций, в которых вам может понадобиться этот раздел.
  - Вы не получаете медицинскую помощь, которую хотите получать, и считаете, что наш план ее покрывает.
  - Наш план не утвердил (не разрешил) медицинское обслуживание, лекарство или приспособление, хотя ваш врач считает, что оно вам требуется. Вы считаете, что наш план должен покрывать это обслуживание, лекарство или принадлежность.
    - **ПРИМЕЧАНИЕ.** Раздел Е касается только лекарств, **не** покрываемых программой Part D. Лекарства, отмеченные в *Перечне покрываемых лекарств* (также называемом Перечнем лекарств) буквами «NT», не покрываются программой Part D. Процедура подачи апелляции для лекарств по программе Part D описана в разделе F на стр. 258.
  - Вы получили медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, наш план должен покрывать, но мы его не оплачиваем.
  - Вы уже получили и оплатили медицинское обслуживание или приспособление, о которых вы думали, что мы их покрываем. Теперь вы хотите, чтобы мы возместили вам ваши расходы.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Вам сообщили о том, что страховое покрытие какого-то медицинского обслуживания, которое вы уже начали получать, будет уменьшено или прекращено, но вы не согласны с этим нашим решением.
  - **ПРИМЕЧАНИЕ.** Если план намерен прекратить страховое покрытие медицинского обслуживания в больнице, на дому, в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF), вам нужен другой раздел этой главы, поскольку в этих случаях действуют особые правила. См. разделы G и H на стр. 272 и 282.
- В разделе F на стр. 258 приведена информация, связанная со страховым покрытием лекарств по программе Part D. Ниже приведены примеры ситуаций, в которых вам может понадобиться этот раздел.
  - Вы хотите попросить нас сделать исключение и покрыть лекарство по программе Part D, которое не включено в наш Перечень лекарств.
  - Вы хотите, чтобы мы отменили ограничение на страховое покрытие лекарства нашим планом.
  - Вы хотите попросить нас о том, чтобы мы покрывали лекарство, для лечения которым нужно вначале получить наше разрешение.
  - На вашу просьбу сделать исключение мы ответили отказом, но вы, ваш врач или другой медицинский специалист, выписавший вам лекарство, считаете, что мы приняли неправильное решение.
  - Вы хотите, чтобы мы возместили вам расходы на лекарство, которое вы уже купили. (Такая просьба представляет собой запрос решения о страховом покрытии.)
- В разделе G на стр. 272 рассказывается, как попросить нас продлить страховое покрытие вашего пребывания в стационаре больницы, если вы считаете, что врач собирается выписать вас слишком рано. Используйте этот раздел в указанной ниже ситуации.
  - Вы находитесь в больнице и считаете, что врач собирается вас выписать слишком рано.
- В разделе H на стр. 282 рассказывается, что делать, если вы считаете, что страховое покрытие вашего медицинского обслуживания на дому, пребывания в центре квалифицированного сестринского ухода или услуг центра

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) заканчивается слишком рано.

Если вы не знаете, какой раздел использовать, позвоните в отдел обслуживания участников плана 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.

Если вам необходима другая помощь или информация, обратитесь в программу омбудсмена Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077.

---

## **Е. Проблемы, связанные с покрытием услуг, товаров и лекарств (кроме лекарств по программе Part D)**

### **Е1. В каких случаях вам нужен этот раздел**

В этом разделе говорится о том, что нужно делать, если у вас возникли сложности со страховым покрытием медицинской, психологической, психиатрической или наркологической помощи либо с покрытием длительного обслуживания и поддержки (LTSS). Вы также можете использовать этот раздел в случае проблем с лекарствами, которые **не** покрываются программой Part D (например, лекарствами, покрываемыми программой Medicare Part B). Такие **не** покрываемые программой Part D лекарства в Перечне лекарств отмечены буквами «NT». Информацию об апелляциях касательно лекарств по программе Part D см. в разделе F.

В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в одной из описанных ниже ситуаций.

1. Вы считаете, что план покрывает нужную вам медицинскую, психологическую, психиатрическую, наркологическую помощь или длительное обслуживание и поддержку (LTSS), но вы эту помощь не получаете.

**Что вы можете сделать:** вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии. Информацию о том, как попросить нас принять решение о страховом покрытии, см. в разделе E2 на стр. 238.

2. Мы не одобрили назначенное вашим врачом лечение, а вы считаете, что мы должны были его одобрить.

**Что вы можете сделать:** вы можете подать апелляцию на это наше решение. Информацию о том, как подать апелляцию, см. в разделе E3 на стр. 242.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



3. Вы получили услуги или принадлежности, которые, как вы думаете, покрываются нами, но мы не будем оплачивать их.

**Что вы можете сделать:** вы можете подать апелляцию на наше решение не платить. Информацию о том, как подать апелляцию, см. в разделе E3 на стр. 242.

4. Вы получили и оплатили услуги или товары, которые, по вашему мнению, покрываются, и хотите, чтобы мы возместили вам расходы на них.

**Что вы можете сделать:** вы можете попросить нас выплатить вам возмещение. Информацию о том, как подать запрос на оплату, см. в разделе E5 на стр. 255.

5. Мы уменьшили или прекратили ваше покрытие для определенной услуги, и вы не согласны с нашим решением.

**Что вы можете сделать:** вы можете подать апелляцию на решение о сокращении или прекращении покрытия. Информацию о том, как подать апелляцию, см. в разделе E3 на стр. 242.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если план намерен прекратить страховое покрытие медицинского обслуживания в больнице, на дому, в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF), применяются особые правила. Дополнительную информацию см. в разделах G и H на стр. 272 и 282.

## E2. Запрос решения о страховом покрытии

**Как запросить решение о страховом покрытии для получения медицинской, психологической, психиатрической, наркологической помощи или определенного длительного обслуживания и поддержки (услуг CBAS или NF)**

Чтобы запросить решение о покрытии, позвоните, напишите, отправьте нам по факсу или попросите вашего представителя или врача обратиться к нам с просьбой принять решение.

- Позвонить нам можно по телефону 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.
- Вы можете прислать нам факс по номеру 1-800-743-1655

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Вы можете написать нам по адресу:

Health Net Community Solutions, Inc.  
Medical Management  
21281 Burbank Boulevard  
Woodland Hills, CA 91367-6607

### **Сколько времени требуется, чтобы получить решение о страховом покрытии?**

После вашего запроса и получения нами всей необходимой информации обычно мы принимаем решение в течение 5 рабочих дней за исключением случаев, когда ваш запрос касается лекарства по рецепту в рамках программы Medicare Part B. Если ваш запрос касается лекарства по рецепту в рамках программы Medicare Part B, мы сообщим вам о своем решении не позже чем через 72 часа после получения вашего запроса. Если мы не сообщим вам о своем решении в течение 14 календарных дней (или в течение 72 часов в случае лекарства по рецепту в рамках программы Medicare Part B), вы можете подать апелляцию.

Иногда нам требуется дополнительное время. В этом случае мы присылаем вам письмо, в котором говорится, что нам требуется еще до 14 календарных дней. В этом письме мы объясним, зачем нам потребовалось дополнительное время. Если ваш запрос касается лекарства по рецепту в рамках программы Medicare Part B, мы не можем продлить срок принятия решения.

### **Можно ли получить решение о страховом покрытии быстрее?**

**Да.** Если по причинам, связанным с вашим здоровьем, вам нужно получить ответ быстрее, попросите нас принять решение о страховом покрытии в ускоренном порядке. Если мы одобрим ваш запрос, мы сообщим вам о своем решении в течение 72 часов (или в течение 24 часов, если речь идет о лекарстве по рецепту в рамках программы Medicare Part B).

Нам, однако, может иногда потребоваться дополнительное время. В этом случае мы присылаем вам письмо, в котором говорится, что нам требуется еще до 14 календарных дней. В этом письме мы объясним, зачем нам потребовалось дополнительное время. Если ваш запрос касается лекарства по рецепту в рамках программы Medicare Part B, мы не можем продлить срок принятия решения.

**Юридический термин** для принятия решения о страховом покрытии в ускоренном порядке — **«ускоренное определение» (expedited determination).**

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





**Запрос быстрого решения о покрытии:**

- Вначале позвоните или отправьте нам факс с просьбой предоставить вам страховое покрытие нужного обслуживания.
- Позвоните 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. Вы также можете отправить нам факс по номеру 1-800-743-1655.
- Подробнее о том, как с нами можно связаться, см. в разделе А главы 2, стр. 24.

Ваш поставщик услуг или представитель также могут от вашего имени попросить принять решение о страховом покрытии в ускоренном порядке.

**Правила для запроса быстрого решения о покрытии:**

Чтобы решение о страховом покрытии мы приняли в ускоренном порядке, должны быть выполнены два требования.

1. Вы можете получить решение о страховом покрытии в ускоренном порядке, **только если просите о покрытии услуги или товара, которые еще не получили.** (Вы не можете просить принять решение о страховом покрытии в ускоренном порядке, если ваш запрос касается услуги или товара, которые вы уже получили.)
2. Вы можете получить решение о страховом покрытии в ускоренном порядке, **только если стандартный срок рассмотрения в 14 календарных дней (или срок в 72 часа в случае лекарств по рецепту в рамках программы Medicare Part B) может стать причиной серьезного ущерба вашему здоровью, физическим или психическим возможностям.**
  - Если ваш врач сообщит нам, что вам требуется ускоренное принятие решения о страховом покрытии, мы автоматически согласимся провести ускоренное рассмотрение вашего запроса.
  - Если вы попросите решение о быстром покрытии без поддержки вашего врача, мы решим, получите ли вы быстрое решение о покрытии.
    - Если мы решим, что ваше здоровье не требует принятия решения о страховом покрытии в ускоренном порядке, мы сообщим вам об этом письмом. Решение будет принято в стандартный срок 14 календарных дней (или 72 часа, если ваш запрос касается лекарств по рецепту в рамках программы Medicare Part B).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- В этом письме будет сказано о том, что, если ваш врач попросит нас принять решение о страховом покрытии в ускоренном порядке, мы автоматически согласимся провести ускоренное рассмотрение вашего запроса.
- В письме также будет указано, как подать жалобу с ускоренным рассмотрением, если мы сочтем нужным принимать решение о страховом покрытии в стандартном, а не ускоренном порядке. Дополнительную информацию о процедуре подачи жалоб, включая жалобы с ускоренным рассмотрением, см. в разделе J на стр. 292.

### Если решение о покрытии отрицательное, как я узнаю?

Если наш ответ **отрицательный**, мы отправим вам письмо с разъяснением причин **отрицательного** ответа.

- В случае нашего **отказа** вы имеете право обратиться к нам с запросом об изменении этого решения посредством подачи апелляции. Апелляция — это способ попросить нас о пересмотре нашего прежнего отрицательного решения.
- Если вы решите подать апелляцию, вам нужно использовать процедуру подачи апелляции 1-го уровня (подробные сведения см. в следующем разделе).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### Е3. Апелляция 1-го уровня по поводу услуг, товаров или лекарств (кроме лекарств по программе Part D)

#### Что такое апелляция?

Апелляция — это способ официально попросить нас о пересмотре нашего решения. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, направьте нам апелляцию. Если вы, ваш врач или другой поставщик услуг не согласны с нашим решением, вы можете подать апелляцию.

В большинстве случаев вам нужно начинать с апелляции 1-го уровня. Если вы не хотите сначала подать апелляцию относительно обслуживания в рамках программы Medi-Cal нашему плану, если ваша проблема со здоровьем требует неотложной помощи, является непосредственной и серьезной угрозой для вашего здоровья или вы чувствуете сильную боль и нуждаетесь в немедленном решении, вы можете обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания и попросить провести независимую медицинскую экспертизу через веб-сайт [www.dmh.ca.gov](http://www.dmh.ca.gov). Подробнее см. на стр. 247. Если вам нужна помощь в процессе апелляции, вы можете позвонить в программу омбудсмана Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077. Программа омбудсмана Cal MediConnect не связана ни с нами, ни с какой-либо другой страховой компанией или планом медицинского страхования.

#### Что такое апелляция 1-го уровня?

Апелляция 1-го уровня — это первая апелляция, которую вы подаете в наш план по поводу какого-либо решения. Мы проверим, нет ли в нашем решении о страховом покрытии ошибок. Рассматривает апелляцию человек, который не участвовал в принятии спорного решения о страховом покрытии. Завершив рассмотрение вашей апелляции, мы в письменном виде сообщаем вам о своем решении.

#### Краткое описание. Как подать апелляцию 1-го уровня

Подать апелляцию можете вы, ваш врач или ваш представитель. Прислать апелляцию можно по почте или факсом. Кроме того, вы можете подать апелляцию по телефону.

- Подать апелляцию нужно **в течение 60 календарных дней** после даты решения. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, вы можете подать апелляцию позже (см. стр. 232).
- Если вы подаете апелляцию, потому что мы сообщили вам, что обслуживание, которое вы получаете, будет изменено или прекращено, **срок подачи апелляции сокращается**, если вы хотите по-прежнему получать это обслуживание, пока ваша апелляция находится на рассмотрении (см. стр. 246).
- О сроках подачи апелляции рассказывается дальше в этом разделе.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Если по результатам ее рассмотрения мы решаем, что не будем покрывать спорное обслуживание или лекарство, ваша апелляция переходит на 2-й уровень рассмотрения.

### Как подать апелляцию 1-го уровня?

- Чтобы начать процесс апелляции, вы, ваш врач или ваш представитель должны обратиться к нам. Вы можете позвонить нам 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. Дополнительную информацию о том, как связаться с нами для подачи апелляции, см. в разделе А главы 2, стр. 24.
- Вы можете попросить нас рассмотреть вашу апелляцию в стандартные сроки или в ускоренном порядке.
- Для того чтобы мы начали рассмотрение апелляции, вам нужно подать апелляцию в письменном виде или позвонить нам.
  - Апелляцию в письменной форме отправляйте по адресу:

Health Net Community Solutions, Inc.  
Attn: Appeals & Grievances Dept.  
PO Box 10422  
Van Nuys, CA 91410-0422

- Вы можете подать апелляцию на веб-сайте [mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html](http://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html).
  - Вы также можете подать запрос на апелляцию, позвонив нам 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.
- В течение 5 календарных дней мы сообщим вам письмом, что получили вашу апелляцию.

**Юридический термин** для «ускоренного рассмотрения апелляции» (fast appeal) — «пересмотр в ускоренном порядке» (expedited reconsideration).

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Может ли кто-нибудь еще подать апелляцию вместо меня?**

**Да.** Подать апелляцию за вас может ваш врач или другой поставщик медицинских услуг. Кроме того, подать за вас апелляцию может любой другой человек, если вы указали его как своего представителя в форме «Назначение представителя» (Appointment of Representative). Заполненная и подписанная форма позволяет вашему представителю действовать от вашего имени.

Получить форму «Назначение представителя» можно, позвонив в отдел обслуживания участников плана. Кроме того, можно загрузить ее по адресу [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) или с нашего веб-сайта [mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html](http://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html).

**Если апелляцию подаете не вы, не ваш врач и не другой поставщик услуг**, прежде чем рассмотреть ее, мы должны получить заполненную форму «Назначение представителя».

**Сроки подачи апелляции**

Срок подачи апелляции составляет **60 календарных дней** с даты письма, уведомляющего вас о нашем решении.

Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, мы можем дать вам дополнительное время для подачи апелляции. Примеры уважительных причин: вы тяжело болели или мы сообщили вам неверную информацию о том, в какие сроки можно подать апелляцию. При подаче апелляции вам нужно будет объяснить причину, по которой вы не подали ее в срок.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы подаете апелляцию, потому что мы сообщили вам об изменении или прекращении обслуживания, которое вы получаете, и хотите продолжать получать его, пока ваша апелляция находится на рассмотрении, **срок подачи апелляции сокращается**. Подробнее см. в разделе «Сохраняется ли страховое покрытие спорного обслуживания во время рассмотрения апелляции 1-го уровня?» на стр. 246.

**Могу ли я получить копию материалов своего дела?**

**Да.** Попросите нас сделать бесплатную копию, позвонив в отдел обслуживания участников плана по телефону 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.

**Может ли мой врач сообщить вам дополнительную информацию по моей апелляции?**

**Да,** вы и ваш врач можете предоставить нам больше информации, чтобы поддержать вашу апелляцию.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Как мы можем принять решение об апелляции?

Мы внимательно изучаем всю информацию о вашем запросе на страховое покрытие медицинского обслуживания. Затем мы проверим, были ли соблюдены нами все правила, когда мы дали **отрицательный** ответ на ваш запрос. Рассматривает апелляцию человек, который не участвовал в принятии первоначального решения о страховом покрытии.

Мы можем связаться с вами или с вашим врачом для получения дополнительной информации.

## Когда будет известно решение по апелляции, рассматриваемой в стандартные сроки?

Мы должны дать вам ответ в течение 30 календарных дней с момента получения вашей апелляции (или в течение 7 календарных дней с момента получения апелляции, связанной с лекарством по рецепту в рамках программы Medicare Part B). Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

- Если мы не дадим ответ на апелляцию в течение 30 календарных дней (или в течение 7 календарных дней с момента получения апелляции, связанной с лекарством по рецепту в рамках программы Medicare Part B) и проблема касается страхового покрытия услуг или товаров по программе Medicare, мы автоматически направим апелляцию на 2-й уровень рассмотрения. Если это случится, вам об этом сообщат.
- Если проблема связана с покрытием услуги или товара в рамках программы Medi-Cal, апелляцию 2-го уровня вам нужно подавать самостоятельно. Дополнительную информацию о процедуре подачи апелляции 2-го уровня см. в разделе E4 на стр. 247.

**Если мы примем положительное решение** относительно части или всего запрашиваемого вами покрытия, мы должны одобрить либо предоставить такое страховое покрытие в течение 30 календарных дней со дня получения вашей апелляции (или в течение 7 календарных дней с момента получения апелляции, связанной с лекарством по рецепту в рамках программы Medicare Part B).

**Если мы примем отрицательное решение** относительно всего запрашиваемого вами покрытия или его части, мы отправим вам письмо. Если ваша проблема связана со страховым покрытием услуги или товара в рамках программы Medicare, то в письме мы сообщим, что отправили ваше дело в независимую экспертную организацию для рассмотрения апелляции 2-го уровня. Если проблема связана со страховым покрытием услуги или товара в рамках программы Medi-Cal, из письма вы узнаете, как подать апелляцию 2-го уровня.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Дополнительную информацию о процедуре подачи апелляции 2-го уровня см. в разделе E4 на стр. 247.

### **Когда будет известно решение по апелляции, рассматриваемой в ускоренном порядке?**

Если вы попросите рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке, мы сообщим вам свое решение в течение 72 часов с момента ее получения. Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

- Если мы не дадим ответ на апелляцию в течение 72 часов и проблема касается страхового покрытия услуг или товаров по программе Medicare, мы автоматически направим апелляцию на 2-й уровень рассмотрения. Если это случится, вам об этом сообщат.
- Если проблема связана с покрытием услуги или товара в рамках программы Medi-Cal, апелляцию 2-го уровня вам нужно подавать самостоятельно. Дополнительную информацию о процедуре подачи апелляции 2-го уровня см. в разделе E4 на стр. 247.

**Если мы примем положительное решение** относительно части или всего запрашиваемого вами покрытия, мы должны разрешить или предоставить покрытие в течение 72 часов после получения вашей апелляции.

**Если мы примем отрицательное решение** относительно всего запрашиваемого вами покрытия или его части, мы отправим вам письмо. Если ваша проблема связана со страховым покрытием услуги или товара в рамках программы Medicare, то в письме мы сообщим, что отправили ваше дело в Независимую экспертную организацию для рассмотрения апелляции 2-го уровня. Если проблема связана со страховым покрытием услуги или товара в рамках программы Medi-Cal, из письма вы узнаете, как подать апелляцию 2-го уровня. Дополнительную информацию о процедуре подачи апелляции 2-го уровня см. в разделе E4 на стр. 247.

### **Сохраняется ли страховое покрытие спорного обслуживания во время рассмотрения апелляции 1-го уровня?**

Если мы решили изменить или прекратить покрытие для услуги или товара, которые ранее были одобрены, мы отправим вам уведомление перед вступлением изменения в силу. Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать апелляцию 1-го уровня и попросить нас продолжить страховое покрытие услуги или товара. Чтобы продолжить получать покрываемое обслуживание, вы должны **подать запрос не позже более поздней из следующих дат:**

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- 10 дней с даты отправки уведомления о принятом решении по почте; **или**
- запланированная дата вступления решения в силу.

При соблюдении этого срока вы будете получать спорную услугу или товар, пока ваша апелляция будет рассматриваться.

#### **Е4. Апелляция 2-го уровня по поводу услуг, товаров или лекарств (кроме лекарств по программе Part D)**

##### **На 1-м уровне рассмотрения план дал отрицательный ответ. Что дальше?**

Если мы дадим **отрицательный** ответ в отношении части или всей вашей апелляции 1-го уровня, мы отправим вам письмо. Из этого письма вы узнаете, какая программа (Medi-Cal или Medicare) обычно покрывает спорную услугу или товар.

- Если ваша проблема связана с услугой или товаром, покрываемыми по программе **Medicare**, мы автоматически направим ваше дело на 2-й уровень рассмотрения апелляции, как только будет завершена апелляция 1-го уровня.
- Если ваша проблема связана с услугой или товаром, покрываемыми по программе **Medi-Cal**, апелляцию 2-го уровня вам нужно подавать самостоятельно. В нашем письме будет сказано, как это сделать. Информация также приведена ниже.

##### **Что такое апелляция 2-го уровня?**

Апелляция уровня 2 — это второе обращение, которое рассматривает независимая организация, не связанная с нашим планом.

##### **Предметом апелляции было страховое покрытие обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medi-Cal. Как подать апелляцию 2-го уровня?**

Подать апелляцию 2-го уровня по поводу обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medi-Cal, можно двумя способами: (1) подача жалобы или запроса на независимую медицинскую экспертизу либо (2) рассмотрение органами власти штата.

##### **(1) Независимая медицинская экспертиза**

Жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR) следует подавать в центр поддержки при Департаменте управляемого медицинского обслуживания (DMHC). При подаче жалобы DMHC проверит наше решение и вынесет свое постановление. Потребовать проведения независимой медицинской экспертизы (IMR) вы можете по поводу любого медицинского обслуживания или медицинского устройства. Независимая медицинская экспертиза (IMR) — это проверка вашего дела врачами, которые не сотрудничают с нашим

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





планом и не работают в DMHC. Если решение по независимой медицинской экспертизе (IMR) будет в вашу пользу, мы должны предоставить вам запрошенное обслуживание или приспособление. Вы ничего не платите за проведение независимой медицинской экспертизы (IMR).

Вы можете подать жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR), если наш план совершил указанные ниже действия.

- Отказал вам в предоставлении обслуживания или лечения по программе Medi-Cal, изменил либо ограничил такое обслуживание или лечение на том основании, что наш план не считает его необходимым по медицинским показаниям.
- Отказал в страховом покрытии покрываемого по программе Medi-Cal экспериментального или исследовательского лечения серьезного состояния.
- Отказал в оплате уже полученной вами экстренной или неотложной медицинской помощи, покрываемой по программе Medi-Cal.
- Не принял в установленный срок решение по вашей апелляции 1-го уровня, поданной по поводу обслуживания по программе Medi-Cal. Стандартный срок рассмотрения такой апелляции составляет до 30 календарных дней; при ускоренном рассмотрении срок не может превышать 72 часов.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если апелляцию от вашего имени подал ваш поставщик услуг, а мы не получим вашу форму назначения представителя, вы должны будете повторно подать нам апелляцию, прежде чем сможете подать заявку на независимую медицинскую экспертизу (IMR) 2-го уровня в Департамент управляемого медицинского обслуживания.

Вы имеете право и на независимую медицинскую экспертизу (IMR), и на рассмотрение органами власти штата, кроме случаев, когда для вас уже проводилось рассмотрение органами власти штата по тому же вопросу.

В большинстве случаев, прежде чем просить о проведении независимой медицинской экспертизы (IMR), вы должны подать апелляцию нам. Информацию о процедуре подачи апелляций 1-го уровня см. на странице 242. Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать жалобу в Департамент управляемого медицинского обслуживания (DMHC) или обратиться в центр поддержки при DMHC с просьбой провести независимую медицинскую экспертизу (IMR).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Если вам было отказано в страховом покрытии лечения на том основании, что оно является экспериментальным или проходит клинические испытания, вам не нужно принимать участие в процессе апелляции до подачи запроса на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR).

Если ваша проблема требует неотложной помощи, связана с непосредственной и серьезной угрозой для вашего здоровья или вы испытываете сильную боль, вы можете сразу обратиться в DMHC, не проходя нашу процедуру апелляции.

Вы должны **подать запрос на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR)** в течение 6 месяцев после того, как мы отправили вам письменное решение по вашей апелляции. DMHC может принять ваше заявление по истечении 6-месячного срока при наличии уважительной причины, например если вы не смогли попросить о независимой медицинской экспертизе (IMR) в течение 6 месяцев по состоянию здоровья или не получили надлежащего уведомления от нас о процедуре IMR.

Как попросить о проведении независимой медицинской экспертизы (IMR)

- Заполните форму жалобы или запроса на независимую медицинскую экспертизу на веб-сайте [www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx) или позвоните в центр поддержки при DMHC по телефону 1-888-466-2219. Если вы пользуетесь линией TDD, звоните по телефону 1-877-688-9891.
- Приложите копии писем и других документов, касающихся услуги или товара, в страховом покрытии которых мы вам отказали, если такие документы у вас есть. Это может ускорить проведение независимой медицинской экспертизы (IMR). Присылайте копии документов, а не их оригиналы. Центр по работе с населением документы не возвращает.
- Если кто-то помогает вам подать запрос на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR), заполните форму назначения уполномоченного представителя (Authorized Assistant Form). Вы можете загрузить форму на странице [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) или запросить ее в центре поддержки при Департаменте, позвонив по номеру 1-888-466-2219. Если вы пользуетесь линией TDD, звоните по телефону 1-877-688-9891.
- Пришлите заполненную форму и все приложения к ней почтой или факсом по следующему адресу:

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
ФАКС: 916-255-5241

Если вы имеете право на независимую медицинскую экспертизу (IMR), DMHC рассмотрит ваше дело и отправит вам письмо в течение 7 календарных дней, сообщив вам, что вы имеете право на IMR. После того, как ваше приложение и подтверждающие документы будут получены от вашего плана, решение по независимой медицинской экспертизе (IMR) будет принято в течение 30 календарных дней. Вы должны получить решение по независимой медицинской экспертизе (IMR) в течение 45 календарных дней с момента подачи заполненной заявки.

Если ваше дело срочное и вы имеете право на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR), DMHC рассмотрит ваше дело и отправит вам письмо в течение 2 календарных дней, сообщив вам, что вы имеете право на IMR. После того, как ваша заявка и подтверждающие документы будут получены от вашего плана, решение по независимой медицинской экспертизе (IMR) будет принято в течение 3 календарных дней. Вы должны получить решение по независимой медицинской экспертизе (IMR) в течение 7 календарных дней с момента подачи заполненной заявки. Если вы недовольны результатами проведенной независимой медицинской экспертизы (IMR), вы можете потребовать рассмотрения вашего дела органами власти штата.

Если DMHC не получит все необходимые медицинские документы от вас или вашего лечащего врача, это может увеличить сроки проведения независимой медицинской экспертизы (IMR). Если вы наблюдаетесь у врача, который не сотрудничает с вашим планом медицинского обслуживания, важно, чтобы вы получили медицинскую документацию от этого врача и прислали ее нам. Ваш план медицинского страхования должен получить копии вашей медицинской документации от врачей, сотрудничающих с планом.

Если департамент DMHC решит, что ваше дело не соответствует критериям для проведения независимой медицинской экспертизы (IMR), DMHC рассмотрит его в соответствии со своими обычными процедурами рассмотрения жалоб. Решение по вашей жалобе должно быть принято в течение 30 календарных дней со дня подачи заполненной заявки. Если жалоба срочная, решение по ней будет принято раньше.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## (2) Рассмотрение органами власти штата

Вы можете попросить о рассмотрении органами власти штата по вопросу, связанному с покрываемыми по программе Medi-Cal услугами или товарами. Если ваш врач или другой поставщик услуг запросил услугу или товар, которые мы не одобрили, или мы решили не продолжать платить за услугу или товар, которые вы уже получаете, и мы дали отрицательный ответ на вашу апелляцию 1-го уровня, вы имеете право попросить о рассмотрении органами власти штата.

В большинстве случаев **подать запрос на рассмотрение органами власти штата вы должны в течение 120 дней** со дня, которым датировано присланное вам уведомление о вашем праве на такое рассмотрение (Your Hearing Rights).

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы просите о рассмотрении вашего дела органами власти штата, потому что мы сообщили вам об изменении или прекращении обслуживания, которое вы получаете, и вы хотите продолжать получать его, пока ожидаете результатов рассмотрения, **срок подачи запроса сокращается**. Подробнее см. в разделе «Сохраняется ли страховое покрытие спорного обслуживания во время рассмотрения апелляции 2-го уровня?» на стр. 253.

Есть два способа подать запрос на рассмотрение органами власти штата.

1. Вы можете заполнить «Запрос на рассмотрение органами власти штата» в конце уведомления о принятом решении. Вам следует привести всю необходимую информацию: имя и фамилия полностью; адрес; номер телефона; название плана или округа, предпринявшего спорные действия; программа помощи, имеющая отношение к вашей апелляции; подробное объяснение причин, заставивших вас обратиться с запросом на проведение независимого слушания. После этого заполненный запрос нужно подать одним из следующих способов:

- В отдел социального обеспечения (welfare department) вашего округа по адресу, указанному в уведомлении.
- В Департамент социальных служб (Department of Social Services) штата Калифорния:

State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430

- В отдел по рассмотрению органами власти штата по факсу 916-651-5210 или 916-651-2789.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



2. Вы можете позвонить в Департамент социальных служб (Department of Social Services) штата Калифорния по телефону 1-800-952-5253. При использовании телетайпа набирайте 1-800-952-8349. Если вы решите попросить о рассмотрении органами власти штата по телефону, помните, что эти телефонные линии часто бывают заняты.

**Предметом апелляции было страховое покрытие обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medicare. Что происходит во время рассмотрения апелляции на 2-м уровне?**

Независимая экспертная организация (IRE) внимательно изучит решение 1-го уровня и решит, следует ли его изменить.

- Вам не нужно подавать запрос на проведение 2-го уровня рассмотрения вашей апелляции. Если мы приняли отрицательное решение по всей вашей апелляции или по ее части, мы автоматически пересылаем ее на рассмотрение Независимой экспертной организации (Independent Review Entity, IRE). Если это случится, вам об этом сообщат.
- Независимая экспертная организация (IRE) работает по договору с программой Medicare и не связана с этим планом.
- Вы можете запросить копию своего дела, обратившись в отдел обслуживания участников плана 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.

Независимая экспертная организация (IRE) должна дать ответ на вашу апелляцию 2-го уровня в течение 30 календарных дней с момента ее получения (или в течение 7 календарных дней с момента получения вашей апелляции, связанной с лекарством по рецепту в рамках программы Medicare Part B). Это правило действует, если вы подали апелляцию по поводу еще не полученных медицинских услуг или товаров.

- Однако Независимая экспертная организация (IRE) может продлить рассмотрение на срок до 14 календарных дней, если ей нужно собрать дополнительную информацию, которая способна помочь вам получить положительное решение. Если Независимая экспертная организация (IRE) решит, что для принятия решения ей нужно дополнительное время, она сообщит вам об этом письмом. Если ваша апелляция касается лекарства по рецепту в рамках программы Medicare Part B, Независимая экспертная организация (IRE) не может продлить срок принятия решения.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась в ускоренном порядке, на 2-м уровне она автоматически будет рассматриваться в ускоренном порядке. В этом случае Независимая экспертная организация (IRE) должна дать ответ в течение 72 часов с момента получения ею вашей апелляции.

- Однако Независимая экспертная организация (IRE) может продлить рассмотрение на срок до 14 календарных дней, если ей нужно собрать дополнительную информацию, которая способна помочь вам получить положительное решение. Если Независимая экспертная организация (IRE) решит, что для принятия решения ей нужно дополнительное время, она сообщит вам об этом письмом. Если ваша апелляция касается лекарства по рецепту в рамках программы Medicare Part B, Независимая экспертная организация (IRE) не может продлить срок принятия решения.

### **Сохраняется ли страховое покрытие спорного обслуживания или товара во время рассмотрения апелляции 2-го уровня?**

Если ваша проблема связана с услугой или товаром, покрываемыми по программе Medicare, страховое покрытие этой услуги или товара во время рассмотрения апелляции 2-го уровня независимой экспертной организацией не предоставляется.

Если ваша проблема связана с услугой или товаром, которые покрывает Medi-Cal, и вы запрашиваете рассмотрение органами власти штата, ваше страховое покрытие Medi-Cal для этой услуги или товара может продолжаться до тех пор, пока не будет принято решение по результатам рассмотрения. Чтобы продлить свое страховое покрытие, вы должны запросить рассмотрение органами власти штата **не позже более поздней из следующих дат:**

- 10 дней с даты отправки вам нашего уведомления о том, что решение не в вашу пользу касательно страхового покрытия (решение по апелляции 1-го уровня) остается в силе; **или**
- запланированная дата вступления решения в силу.

Если вы уложитесь в этот срок, вы можете продолжать получать спорную услугу или предмет, пока решение слушания не принято.

### **Как я узнаю о принятом решении?**

Если на 2-м уровне рассмотрения вашей апелляции проводилась независимая медицинская экспертиза, Департамент управляемого медицинского обслуживания отправит вам письмо с пояснением решения, принятого врачами, которые рассматривали ваше дело.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- Если по результатам независимой медицинской экспертизы принято **положительное решение** по всей апелляции или ее части, мы должны предоставить услугу либо лечение.
- Если по результатам экспертизы принято **отрицательное решение** по всей апелляции или ее части, это значит, что экспертиза согласна с решением по апелляции 1-го уровня. Вы можете, однако, попросить о рассмотрении органами власти штата. Информацию о том, как потребовать проведения слушания органами власти штата, см. на стр. 251.

Если на 2-м уровне вашей апелляции проводилось рассмотрение органами власти штата, вы получите письмо от Департамента социальных служб штата Калифорния. В этом письме вы найдете объяснение принятого решения.

- Если по результатам рассмотрения органами власти штата принято **положительное решение** по всей апелляции или ее части, мы должны исполнить это решение. Мы должны предпринять действия, предусмотренные этим решением, в течение 30 календарных дней с момента его получения.
- Если по результатам рассмотрения органами власти штата принято **отрицательное решение** по всей апелляции или ее части, это означает, что они согласны с решением уровня 1. Мы можем прекратить страховое покрытие любого спорного обслуживания.

Если на 2-м уровне вашу апелляцию рассматривала Независимая экспертная организация, нанятая программой Medicare (IRE), вы получите письмо от этой организации. В этом письме вы найдете объяснение принятого решения.

- Если Независимая экспертная организация (IRE) примет **положительное** решение относительно части или всего покрытия, запрашиваемого в вашей стандартной апелляции, мы должны разрешить покрытие медицинской помощи в течение 72 часов или предоставить вам услугу или товар в течение 14 календарных дней с даты получения решения IRE. Если ваша апелляция рассматривалась в ускоренном порядке, мы должны одобрить страховое покрытие медицинского обслуживания или предоставить услугу либо товар в течение 72 часов с момента получения нами решения Независимой экспертной организации (IRE).
- Если Независимая экспертная организация (IRE) примет **положительное** решение относительно части или всего покрытия, запрашиваемого в вашей стандартной апелляции, связанной с лекарством по рецепту в рамках программы Medicare Part B, мы должны разрешить или предоставить вам покрытие 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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





по рецепту в рамках программы Medicare Part B в течение 72 часов с момента получения нами этого решения IRE. Если ваша апелляция рассматривалась в ускоренном порядке, мы должны разрешить или предоставить страховое покрытие лекарства по рецепту в рамках программы Medicare Part B в течение 24 часов с даты получения нами решения Независимой экспертной организации (IRE).

- Если Независимая экспертная организация (IRE) принимает **отрицательное** решение по всей апелляции или ее части, это значит, что эксперты согласны с решением по апелляции 1-го уровня. Это называется «поддержать решение» (upholding the decision). Другое выражение «отклонить апелляцию» (turning down your appeal).

### **Могу ли я подать еще одну апелляцию, если решение по всей моей апелляции или ее части отрицательное?**

Если на 2-м уровне рассмотрения вашей апелляции проводилась независимая медицинская экспертиза, вы можете попросить о рассмотрении органами власти штата. Информацию о том, как потребовать проведения слушания органами власти штата, см. на стр. 251.

Если на 2-м уровне вашей апелляции проводилось рассмотрение органами власти штата, вы можете в течение 30 дней после получения решения попросить о повторном рассмотрении. Вы также можете попросить о судебном пересмотре отказа, полученного вами после рассмотрения дела органами власти штата, подав ходатайство в Высший суд (в соответствии с разделом 1094.5 Гражданского процессуального кодекса) в течение одного года после получения решения. Если рассмотрение органами власти штата уже было проведено, вы не можете просить о независимой медицинской экспертизе (IMR).

Если на 2-м уровне апелляция рассматривалась Независимой экспертной организацией, нанятой программой Medicare (IRE), вы можете подать апелляцию, только если стоимость обслуживания или приспособления превышает определенный минимум. В письме, которое вы получите от Независимой экспертной организации (IRE), будут разъяснены права на дальнейшее рассмотрение апелляции, которые у вас могут быть.

Информацию о дополнительных уровнях апелляции см. в разделе I на стр. 290.

### **Е5. Проблемы, связанные с оплатой**

Мы не разрешаем сотрудничающим с планом поставщикам услуг выставять вам счета за покрываемое обслуживание и товары. Это правило действует даже тогда, когда мы платим поставщику услуг меньше, чем обычно взимаемая им плата за покрываемую услугу или товар. Вы никогда не должны оплачивать остаток по какому-либо счету. Единственные

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



суммы, которые вас могут просить заплатить, — это доплаты за лекарства 1-го и/или 2-го уровня участия в оплате.

Если вы получите счет на сумму больше вашей доплаты за покрываемые услуги и товары, перешлите его нам. **Вы не должны оплачивать счет самостоятельно.** Мы свяжемся с этим поставщиком услуг напрямую и решим возникшую проблему.

Более подробную информацию см. в главе 7 «Запрос на оплату нашей части счета, который вы получили за покрываемые услуги или лекарства». В главе 7 описаны ситуации, в которых вам может быть нужно попросить нас о возмещении или оплате счета, полученного от поставщика услуг. Кроме того, там рассказывается, как прислать нам необходимые документы, если вы просите нас об оплате.

### **Могу ли я попросить вас вернуть мне вашу часть стоимости услуги или товара, за которые я заплатил(-а)?**

Помните: если вы получите счет на сумму больше вашей доплаты за покрываемые услуги и товары, вы не должны оплачивать его самостоятельно. Но если вы оплатили такой счет и следовали соответствующим правилам при получении этих услуг и товаров, вы можете получить возмещение.

Когда вы просите нас о возмещении, вы просите нас принять решение о страховом покрытии. Мы проверяем, покрывает ли наш план услугу или товар, за который вы заплатили, и соблюдали ли вы все правила использования страхового покрытия.

- Если мы покрываем оплаченную вами услугу или товар и вы соблюдали все правила, то мы перечислим вашему поставщику услуг нашу часть стоимости услуги или товара в течение 60 календарных дней с момента получения вашего запроса. Затем ваш поставщик услуг заплатит вам.
- Если вы еще не оплатили услугу или товар, мы отправим платеж непосредственно поставщику услуг. Факт платежа означает **положительный** ответ на ваш запрос на решение о страховом покрытии.
- Если услуга или товар не покрываются или вы не соблюдали все правила, мы отправим вам письмо с извещением о том, что не будем их оплачивать, и объясним почему.

### **Что делать, если мы ответим, что не будем платить?**

Если вы не согласны с нашим решением, **вы можете подать апелляцию.** Следуйте процессу апелляции, описанному в разделе Е3 на стр. 242. Выполняя эти инструкции, примите во внимание указанное 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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Если вы подаете апелляцию, чтобы получить возмещение, мы должны дать вам ответ в течение 30 календарных дней с момента ее получения.
- Если вы просите нас возместить ваши расходы на уже полученные и оплаченные услуги или товары, то ваша просьба рассматривается только в стандартные сроки.

Если спорная услуга или товар обычно покрывается по программе Medicare, то в случае **отрицательного решения** по вашей апелляции мы автоматически пересылаем ее на рассмотрение независимой экспертной организации (IRE). Если это произойдет, мы уведомим вас письмом.

- Если Независимая экспертная организация (IRE) отменит наше решение об отказе в оплате, мы должны прислать запрошенную вами сумму вам или лечащему вас поставщику медицинских услуг в течение 30 календарных дней. Если по вашей апелляции принято **положительное решение** на любом уровне рассмотрения вашей апелляции выше 2-го, мы должны прислать запрошенную вами оплату вам или лечащему вас поставщику медицинских услуг в течение 60 календарных дней.
- Если Независимая экспертная организация (IRE) принимает **отрицательное** решение по вашей апелляции, это значит, что она согласна с нашим решением. (Это называется «поддержать решение» (upholding the decision). Используется также другое выражение — «отклонить апелляцию» (turning down your appeal)). В письме, которое вы получите, будут объяснены ваши права на возможную дальнейшую подачу апелляций. Вы можете снова подать апелляцию, только если стоимость услуги или товара превышает определенный минимум. Информацию о дополнительных уровнях апелляции см. в разделе I на стр. 290.

Если мы примем **отрицательное решение** по вашей апелляции относительно услуг или товаров, обычно покрываемых Medi-Cal, вы можете подать апелляцию 2-го уровня самостоятельно (см. раздел E4 на стр. 247).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Ф. Лекарства по программе Part D

### Ф1. Что делать, если у вас возникли сложности с получением лекарства по программе Part D или если вы хотите, чтобы мы возместили вам расходы на лекарство по программе Part D

В число услуг, предоставляемых нашим планом, входит страховое покрытие многих лекарств по рецепту. Большинство этих лекарств покрываются по программе Part D. Некоторые лекарства программа Medicare Part D не покрывает, но их может покрывать программа Medi-Cal. **Этот раздел относится только к апелляциям по поводу лекарств, покрываемых по программе Part D.**

В Перечне лекарств напротив некоторых лекарств есть отметка «NT». На эти лекарства **не** распространяется действие Part D. К апелляциям или решениям о страховом покрытии относительно лекарств, отмеченных буквами «NT», применяется процедура, описанная в разделе Е на стр. 237.

#### Могу ли я попросить о принятии решения о покрытии или подать апелляцию по поводу покрытия рецептурных лекарств по программе Part D?

**Да.** Ниже приведены примеры решений о покрытии ваших лекарств по программе Part D, которые вы можете запросить.

- Вы можете попросить нас сделать исключение, например:
  - попросить покрыть лекарство по программе Part D, не включенное в Перечень лекарств плана;
  - попросить отменить ограничение на покрытие лекарства нашим планом (например, ограничение на количество лекарства, которое вы можете получить).
- Вы можете спросить нас, покроем ли мы лекарство в вашем случае (например, лекарство включено в Перечень лекарств, но мы требуем сначала получить наше разрешение на его использование).

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если в аптеке вам скажут, что не могут выдать вам лекарство по рецепту, вы получите письменное уведомление, объясняющее, как связаться с нами для получения решения о страховом покрытии.

- Вы просите нас возместить расходы на лекарство, которое вы уже купили. Такая просьба представляет собой запрос на решение о страховом покрытии.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Юридический термин** для принятия решения о страховом покрытии лекарства по программе Part D — **«определение покрытия» (coverage determination)**.

Если вы не согласны с нашим решением о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию на наше решение. В этом разделе объясняется, как подать запрос на решение о страховом покрытии **и** как подать апелляцию в случае несогласия с нашим решением.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Для того чтобы решить, в каком разделе приведена информация, которая нужна в вашей ситуации, воспользуйтесь приведенной ниже таблицей:

### В какой ситуации вы оказались?

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Вам требуется лекарство, которое отсутствует в нашем Перечне лекарств, или вы хотите, чтобы мы отменили для вас правило или ограничение, действующее в случае какого-то покрываемого нами лекарства? | Вы хотите, чтобы мы покрывали лекарство из нашего Перечня лекарств, и считаете, что никакие действующие в плане правила и ограничения (такие как получение предварительного разрешения) не мешают вам получить страховое покрытие нужного вам лекарства? | Вы хотите попросить нас возместить ваши расходы на лекарство, которое вы уже получили и оплатили?          | Мы уже сообщили вам, что не будем покрывать лекарство или платить возмещение так, как вам хотелось бы? |
| <b>Вы можете попросить нас сделать исключение.</b> (Это один из видов решений о страховом покрытии.)   | <b>Вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии.</b>   | <b>Вы можете попросить нас выплатить вам возмещение.</b> (Это один из видов решений о страховом покрытии.) | <b>Вы можете подать апелляцию.</b> (Это значит, что вы просите нас пересмотреть свое решение.)         |
| Начните с <b>раздела F2</b> на стр. 261. См. также разделы F3 и F4 на стр. 262 и 263.  | Перейдите к <b>разделу F4</b> на стр. 263.   | Перейдите к <b>разделу F4</b> на стр. 263.   | Перейдите к <b>разделу F5</b> на стр. 267.   |

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## F2. Что такое исключение

Исключение — это разрешение на получение покрытия для лекарства, которое обычно не входит в наш Перечень лекарств, или на использование препарата без определенных правил и ограничений. Если лекарство отсутствует в нашем Перечне лекарств или покрывается не так, как вам хотелось бы, вы можете попросить нас сделать исключение.

Если вы просите нас сделать исключение, ваш врач или другой медицинский специалист, выписавший вам лекарство, должен объяснить, какие медицинские соображения делают исключение необходимым.

Ниже приведены примеры исключений, о которых вы, ваш врач или другой медицинский специалист, выписывающий вам лекарство, можете нас просить:

1. Покрытие лекарства по программе Part D, отсутствующего в нашем Перечне лекарств.
  - Если мы соглашаемся сделать исключение и покрыть лекарство, не включенное в Перечень лекарств, вам нужно будет платить сумму участия в оплате, которая предусмотрена для лекарств уровня 2 (в случае патентованного лекарства) или уровня 1 (в случае непатентованного лекарства).
  - Вы не можете просить нас изменить доплату или долю участия в оплате для такого лекарства.
2. Снятие ограничения на страховое покрытие. Для некоторых лекарств из нашего Перечня лекарств действуют дополнительные правила и ограничения (подробнее см. в разделе C главы 5, стр. 154).
  - Эти дополнительные правила и ограничения на страховое покрытие включают:
    - Требование использовать непатентованные аналоги вместо патентованных лекарств.
    - Требование заранее получать разрешение плана, для того чтобы мы покрывали лекарство. (Иногда это называется «предварительное разрешение».)
    - Требование попробовать лечение другими лекарствами, прежде чем мы согласимся покрывать лекарство, которым вы хотите лечиться. (Иногда это называется «позапное лечение».)
    - Ограничения на количество. Для некоторых лекарств мы ограничиваем количество, которое вы можете получить.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- Если мы соглашаемся сделать исключение и отменить для вас ограничение, вы можете также запросить исключение в отношении суммы доплаты, которую мы требуем платить за лекарство.

**Юридический термин**, иногда используемый для просьбы снять ограничение на покрытие лекарства, — запрос на «**исключение из правил перечня лекарств**» (**formulary exception**).

### F3. Что важно знать о запросах на исключение

#### **Ваш врач или другое лицо, назначающее лекарство, должны предоставить нам медицинское обоснование**

Ваш врач или другой медицинский специалист, выписывающий вам лекарство, должен предоставить нам документ, содержащий медицинские соображения в пользу вашей просьбы сделать исключение. Когда вы просите нас сделать исключение, включайте в подаваемые вами документы медицинскую информацию, полученную от вашего врача. Это ускорит процесс рассмотрения вашего запроса.

Обычно в нашем Перечне лекарств есть несколько лекарств для лечения определенного состояния. Эти лекарства называются альтернативными. Если альтернативное лекарство действует в вашем случае так же эффективно, как то лекарство, которое вы хотите получать, и если альтернативное лекарство не вызывает дополнительных побочных эффектов и других нежелательных явлений, мы, скорее всего, не сделаем для вас исключение.

#### **Мы дадим положительный или отрицательный ответ на ваш запрос об исключении**

- Если на вашу просьбу сделать исключение мы даем **положительный** ответ, это наше решение обычно остается в силе до конца страхового года. Оно действует до тех пор, пока ваш врач продолжает выписывать вам это лекарство и пока оно остается безопасным и эффективным для лечения вашего состояния.
- Если мы даем **отрицательный** ответ на ваш запрос об исключении, вы можете попросить о пересмотре нашего решения, подав апелляцию. В разделе F5 на стр. 267 рассказывается, как подать апелляцию, если наш ответ **отрицательный**.

В следующем разделе речь идет о том, как попросить нас принять решение о страховом покрытии, в том числе об исключении.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **F4. Как запросить решение о страховом покрытии лекарства по программе Part D или возмещение расходов на лекарство по программе Part D, включая исключение**

### **Что необходимо сделать**

- Попросите нас принять нужное вам решение о страховом покрытии. Это можно сделать по телефону, факсу или письмом. Это можете сделать вы, ваш врач (или другой медицинский специалист, выписывающий вам лекарство) или ваш представитель. Вы можете позвонить нам 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.
- Подать запрос на решение о страховом покрытии можете вы, ваш врач (либо другое лицо, назначающее лекарство) или другой человек, действующий от вашего имени. Действовать от вашего имени вы также можете попросить адвоката.
- Информацию о том, как дать разрешение другому лицу действовать от вашего имени, см. в разделе D на стр. 233.
- Письменное разрешение действовать от вашего имени не требуется, если за вас за решением о страховом покрытии обращается ваш врач или другое лицо, назначающее лекарство.
- Если вы хотите попросить нас возместить ваши расходы на лекарство, обратитесь к разделу A главы 7 на стр. 181 этого справочника. В главе 7

### **Краткое описание. Как попросить нас о возмещении или о решении о страховом покрытии**

Напишите нам, позвоните или пришлите нам факс. Вы можете это сделать сами или попросить об этом своего врача или представителя. Стандартный срок принятия решения о страховом покрытии составляет не более 72 часов. Если вы уже оплатили лекарство по программе Part D, то ответ о том, возместим ли вам ваши расходы, вы получите в течение 14 календарных дней.

- Если вы просите сделать исключение, включите в свой запрос письмо от вашего врача или другого врача, выписывающего лекарство.
- Вы, ваш врач или другой врач, выписывающий лекарство, можете попросить нас принять решение в ускоренном порядке. (Такие решения принимаются обычно в течение 24 часов.)
- В этом разделе объясняется, в каких случаях можно просить об ускоренном рассмотрении апелляции! Кроме того, здесь рассказано о сроках принятия решения.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



описаны ситуации, в которых вам может понадобиться попросить о возмещении. Кроме того, там рассказывается, как прислать нам необходимые документы, если вы просите нас возместить вам расходы на уже купленное вами лекарство.

- Если вы просите сделать для вас исключение, вам нужно представить обоснование своего запроса (supporting statement). Ваш врач или другой медицинский специалист, выписывающий вам лекарство, должен представить нам документ, содержащий медицинские соображения в поддержку вашей просьбы сделать исключение. Коротко мы называем его «обоснование».
- Ваш врач или другой медицинский специалист, выписывающий вам лекарство, может прислать нам это обоснование по факсу или письмом. Кроме того, вы или ваш врач можете сообщить нам о своих соображениях по телефону и прислать нам потом письменное обоснование факсом или письмом.

**Если состояние здоровья не позволяет вам ждать в течение стандартного срока, попросите нас принять решение о страховом покрытии в ускоренном порядке**

Обычно мы сообщаем вам о своем решении в стандартные сроки. Вы можете получить наше решение быстрее, если мы согласимся провести ускоренное рассмотрение вашего запроса.

- **Стандартный срок принятия решения о страховом покрытии** составляет не более 72 часов с момента получения от вашего врача обоснования запроса.
- **Принятие решения о страховом покрытии в ускоренном порядке** означает, что мы дадим вам ответ в течение 24 часов после получения обоснования от вашего врача.

**Юридический термин** для принятия решения о страховом покрытии в ускоренном порядке — **«ускоренное определение покрытия» (expedited coverage determination)**.

Получить решение о страховом покрытии вы можете в ускоренном порядке, только если ваш запрос касается лекарства, которое вы еще не получили. (Если вы просите нас о возмещении ваших расходов на лекарство, которое вы уже получили и уже оплатили, вы не можете просить нас об ускоренном принятии решения о страховом покрытии.)

Вы имеете право на ускоренное принятие решения о страховом покрытии, только если использование стандартных сроков может стать причиной серьезного ущерба вашему здоровью или дееспособности.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Если ваш врач или другое лицо, назначающее лекарство, сообщит нам, что вам требуется ускоренное принятие решения о страховом покрытии, мы автоматически согласимся провести ускоренное рассмотрение вашего запроса и сообщим вам об этом в письме.

- Если вы попросите решение о быстром покрытии самостоятельно (без поддержки вашего врача или другого медицинского специалиста, назначающего лекарство), мы решим, получите ли вы быстрое решение о покрытии.
- Если мы решим, что ваше состояние не требует принятия решения о страховом покрытии в ускоренном порядке, решение будет принято в стандартные сроки.
  - Мы сообщим вам об этом письмом. В письме будет сказано о том, как вы можете подать жалобу на наше решение дать вам ответ в стандартные сроки.
  - Вы можете подать жалобу с ускоренным рассмотрением и получить ответ в течение 24 часов. Дополнительную информацию о процедуре подачи жалоб, включая жалобы с ускоренным рассмотрением, см. в разделе J на стр. 292.

#### **Сроки принятия решения о страховом покрытии в ускоренном порядке**

- Если мы рассматриваем ваш запрос в ускоренном порядке, мы должны дать ответ в течение 24 часов. Обычно это означает в течение 24 часов с момента получения вашего запроса. Если же вы просите об исключении, то в таком случае мы даем ответ в течение 24 часов с момента получения обоснования вашего запроса от вашего врача или специалиста, выписавшего лекарство. Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
- Если мы не укладываемся в этот срок, мы пересылаем ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. На 2-м уровне ваш запрос рассматривается независимой экспертной организацией.
- **Если мы примем положительное решение** относительно части или всего запрашиваемого вами покрытия, мы должны предоставить вам покрытие в течение 24 часов после получения вашего запроса или подтверждающего ваш запрос заявления врача или лица, назначающего лекарство.
- **Если мы примем отрицательное решение** относительно всего запрашиваемого вами покрытия или его части, мы отправим вам письмо, в

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



котором объясним причину **отрицательного** ответа. В письме также будет указано, как вы можете подать апелляцию на наше решение.

### **Стандартные сроки принятия решения о страховом покрытии лекарства, которое вы еще не получили**

- Если мы рассматриваем ваш запрос в стандартные сроки, мы должны дать ответ в течение 72 часов после получения запроса. Если же вы просите об исключении, то в таком случае мы даем ответ в течение 72 часов после получения обоснования от вашего врача или специалиста, выписавшего лекарство. Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
- Если мы не укладываемся в этот срок, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень рассмотрения апелляции. На 2-м уровне ваш запрос рассматривается независимой экспертной организацией.
- **Если мы примем положительное решение** относительно части или всего запрашиваемого вами покрытия, мы должны одобрить или предоставить покрытие в течение 72 часов после получения вашего запроса или (если вы просите об исключении) обоснования вашего врача или лица, назначающего лекарство.
- **Если мы примем отрицательное решение** относительно всего запрашиваемого вами покрытия или его части, мы отправим вам письмо, в котором объясним причину **отрицательного** ответа. В письме также будет указано, как вы можете подать апелляцию на наше решение.

### **Стандартные сроки принятия решения о страховом покрытии в случае, если вы просите возместить вам расходы на лекарство, которое вы оплатили самостоятельно**

- Мы должны вам ответить в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- Если мы не укладываемся в этот срок, мы пересылаем ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. На 2-м уровне ваш запрос рассматривается независимой экспертной организацией.
- **Если мы примем положительное решение** относительно всего запрашиваемого вами покрытия или его части, мы произведем оплату в течение 14 календарных дней.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Если мы примем отрицательное решение** относительно всего запрашиваемого вами покрытия или его части, мы отправим вам письмо, в котором объясним причину **отрицательного** ответа. В письме также будет указано, как вы можете подать апелляцию на наше решение.

## F5. Апелляция 1-го уровня по поводу лекарств по программе Part D

- Чтобы подать апелляцию, вы, ваш врач, другое лицо, назначающее лекарство, или ваш представитель должны обратиться к нам.
- Если вы просите о рассмотрении вашей апелляции в стандартные сроки, вы можете подать ее в письменном виде. Вы также можете подать запрос на апелляцию, позвонив нам 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.
- Если вы хотите, чтобы мы рассматривали вашу апелляцию в ускоренном порядке, вы можете подать апелляцию в письменном виде или по телефону.
- Подайте запрос на апелляцию в **течение 60 календарных дней** с даты уведомления, которое мы вам отправили, чтобы сообщить наше решение. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, мы можем дать вам дополнительное время для подачи апелляции. Примеры уважительных причин для опоздания с подачей апелляции: у вас серьезное заболевание, помешавшее вам связаться с нами, или мы предоставили вам неправильную или неполную информацию о сроках подачи апелляции.

### Краткое описание. Как подать апелляцию 1-го уровня

Подать апелляцию можете вы, ваш врач, специалист, выписавший вам лекарство, или ваш представитель. Апелляцию нужно подавать в письменной форме по почте или факсу. Кроме того, вы можете подать апелляцию по телефону.

- Подать апелляцию нужно **в течение 60 календарных дней** после даты решения. Если этот срок вы пропустили по уважительной причине, вы можете подать ее позже.
- Попросить нас о быстром рассмотрении апелляции можете вы, медицинский специалист, выписывающий вам лекарство, ваш врач или ваш представитель. Это можно сделать по телефону.
- В этом разделе объясняется, в каких случаях можно просить об ускоренном рассмотрении апелляции! Кроме того, здесь рассказано о сроках принятия решения.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- У вас есть право попросить у нас копии документов, имеющих отношение к вашей апелляции. Попросите нас сделать копию, позвонив в отдел обслуживания участников плана по телефону 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.

**Юридический термин** для подаваемой плану апелляции по поводу решения о страховом покрытии лекарства по программе Part D — **«просьба о пересмотре» (redetermination).**

Вы, ваш врач или другое лицо, назначающее лекарство, можете сообщить нам дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

**Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите нас провести ускоренное рассмотрение вашей апелляции (fast appeal)**

- Если вы подаете апелляцию на решение нашего плана о страховом покрытии лекарства, которое вы еще не получили, вы и ваш врач или другое лицо, назначающее лекарство, решаете, требуется ли вам ускоренное рассмотрение апелляции.
- Требования для ускоренного рассмотрения апелляции такие же, как и для принятия решения о страховом покрытии в ускоренном порядке (см. раздел F4 на стр. 263).

**Юридический термин** для ускоренного рассмотрения апелляции — **«ускоренный пересмотр» (expedited redetermination).**

**Наш план рассматривает вашу апелляцию и дает вам ответ**

- При рассмотрении апелляции мы заново изучаем всю информацию о вашем запросе на страховое покрытие. Мы проверяем, соблюли ли мы все правила, когда дали **отрицательный** ответ на ваш запрос. Мы можем связаться с вами, вашим врачом или медицинским специалистом, выписавшим вам лекарство, для получения дополнительной информации. Рассматривает апелляцию человек, который не участвовал в принятии спорного решения о страховом покрытии.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## Сроки для ускоренного рассмотрения апелляции

- Если мы рассматриваем апелляцию в ускоренном порядке, мы должны дать ответ в течение 72 часов с момента ее получения. Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
- Если мы не даем ответ в течение 72 часов, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень рассмотрения апелляции. На 2-м уровне ваша апелляция рассматривается независимой экспертной организацией.
- **Если мы примем положительное решение** относительно всего запрашиваемого вами покрытия или его части, мы должны предоставить вам покрытие в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- **Если мы примем отрицательное решение** относительно всего запрашиваемого вами покрытия или его части, мы отправим вам письмо, в котором объясним причину **отрицательного** ответа.

## Стандартные сроки рассмотрения апелляции

- Если мы используем стандартные сроки, мы должны предоставить вам наш ответ в течение 7 календарных дней после получения вашей апелляции или ранее, если от этого зависит состояние вашего здоровья, за исключением случаев, когда вы просите нас возместить средства за лекарство, которое вы уже купили. Если вы просите нас возместить вам средства за лекарство, которое вы уже купили, мы должны предоставить свой ответ в течение 14 календарных дней после получения вашей апелляции. Если вы считаете, что состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите нас провести ускоренное рассмотрение вашей апелляции.
- Если мы не примем решение в течение 7 календарных дней (или 14 календарных дней, если вы просите нас возместить расходы на лекарство, которое вы уже купили), мы передадим ваш запрос на 2-й уровень процесса апелляции. На 2-м уровне ваша апелляция рассматривается независимой экспертной организацией.
- **Если мы примем положительное решение** относительно части или всего запрашиваемого вами покрытия
  - Если мы одобрим запрос на покрытие, мы должны предоставить вам его так быстро, как того требует состояние вашего здоровья, и в любом случае не позднее 7 календарных дней после получения вашей апелляции (или

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



14 календарных дней, если вы просите нас возместить вам расходы на лекарство, которое вы уже купили).

- Если мы одобрим запрос на возмещение вам расходов на уже купленное лекарство, мы пришлем вам деньги в течение 30 календарных дней с момента получения вашей апелляции.
- **Если мы примем отрицательное решение** относительно всего запрашиваемого вами покрытия или его части, мы отправим вам письмо, в котором объясним причину **отрицательного** ответа и расскажем, как подать апелляцию на наше решение.

## F6. Апелляция 2-го уровня по поводу лекарств по программе Part D

Если мы примем **отрицательное решение** по части апелляции или всей апелляции, вы можете принять это решение либо подать еще одну апелляцию. Если вы решите подать апелляцию 2-го уровня, наше решение проверит независимая экспертная организация (IRE).

- Если вы хотите, чтобы Независимая экспертная организация (IRE) рассмотрела ваше дело, апелляцию нужно подавать в письменном виде. Из письма, содержащего наше решение по вашей апелляции 1-го уровня, вы узнаете также, как подать апелляцию 2-го уровня.
  - Когда вы подадите апелляцию в Независимую экспертную организацию (IRE), мы отправим ей материалы по вашему делу. У вас есть право запросить у нас копии материалов по вашему делу, позвонив в отдел обслуживания участников плана 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.
- Краткое описание. Как подать апелляцию 2-го уровня**

Если вы хотите, чтобы Независимая экспертная организация рассмотрела ваше дело, апелляцию нужно подавать в письменном виде.

  - Подать апелляцию нужно **в течение 60 календарных дней** после даты решения. Если этот срок вы пропустили по уважительной причине, вы можете подать ее позже.
  - Подать апелляцию 2-го уровня можете вы, ваш врач или ваш представитель.
  - В этом разделе объясняется, в каких случаях можно просить об ускоренном рассмотрении апелляции! Кроме того, здесь рассказано о сроках принятия решения.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Вы имеете право предоставить Независимой экспертной организации (IRE) другую информацию в поддержку вашей апелляции.
- Независимая экспертная организация (IRE) — это независимая организация, нанятая программой Medicare. Она не связана с нашим планом и не является государственным органом.
- Рассматривающие ваше дело сотрудники Независимой экспертной организации (IRE) тщательно ознакомятся со всей информацией, имеющей отношение к вашей апелляции. О своем решении и об основаниях для его принятия организация сообщит вам письмом.

**Юридический термин** для подачи апелляции в независимую экспертную организацию (IRE) касательно страхового покрытия лекарств по программе Part D — **«пересмотр» (reconsideration).**

### Сроки ускоренного рассмотрения апелляции 2-го уровня

- Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите Независимую экспертную организацию (IRE) провести ускоренное рассмотрение вашей апелляции.
- Если Независимая экспертная организация (IRE) согласится рассмотреть вашу апелляцию 2-го уровня в ускоренном порядке, она должна дать ответ на нее в течение 72 часов с момента ее получения.
- Если Независимая экспертная организация (IRE) примет **положительное** решение относительно части или всего запрашиваемого вами покрытия, мы должны разрешить или предоставить вам страховое покрытие лекарств в течение 24 часов после получения этого решения.

### Стандартные сроки рассмотрения апелляции 2-го уровня

- Если вы подали стандартную апелляцию 2-го уровня, Независимая экспертная организация (IRE) должна дать ответ в течение 7 календарных дней после получения вашей апелляции (или в течение 14 календарных дней, если вы просите нас возместить расходы на лекарство, которое вы уже купили).
- Если Независимая экспертная организация (IRE) примет **положительное** решение относительно части или всего запрашиваемого вами покрытия, мы

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



должны разрешить или предоставить вам страховое покрытие лекарства в течение 72 часов после принятия решения.

- Если Независимая экспертная организация (IRE) одобрит запрос о возврате вам средств за лекарство, которое вы уже купили, мы отправим вам платеж в течение 30 календарных дней после принятия решения.

### **Что делать, если на 2-м уровне рассмотрения апелляции независимая экспертная организация принимает отрицательное решение?**

**Отрицательный** ответ означает, что Независимая экспертная организация (IRE) согласна с нашим решением не одобрять ваш запрос. Это называется «поддержать решение» (upholding the decision). Другое выражение — «отклонить апелляцию» (turning down your appeal).

Если вы хотите подать апелляцию на 3-й уровень рассмотрения, сумма страхового покрытия лекарств, о которых вы просите, не должна быть меньше установленного минимума. Если эта стоимость ниже установленного минимального уровня, вы не можете подавать дополнительные апелляции. Если же стоимость достаточно высока, вы можете потребовать 3-го уровня рассмотрения апелляции. В письме, которое вы получите от Независимой экспертной организации (IRE), будет сказано, при какой спорной сумме страхового покрытия вы можете продолжить процесс апелляции.

---

## **G. Запрос о покрытии более длительного пребывания в больнице**

Когда вы госпитализированы в больницу, у вас есть право на получение всех покрываемых услуг больницы, необходимых для диагностики и лечения вашей болезни или травмы.

Когда вы находитесь в больнице, расходы которой покрываются планом, ваш врач и сотрудники больницы помогают вам подготовиться к дню выписки. Кроме того, они участвуют в организации помощи, которая вам понадобится после выписки.

- День выписки из больницы называется “discharge date”.
- О дне выписки вам сообщает ваш врач или сотрудник больницы.

Если вы считаете, что вас просят покинуть больницу слишком рано, вы можете попросить о продлении вашего пребывания в больнице. В этом разделе рассказывается, как это сделать.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## G1. Ваши права в качестве участника программы Medicare

В течение двух дней после того, как вы попадете в больницу, сотрудник или медсестра даст вам уведомление под названием An Important Message from Medicare about Your Rights (Важное уведомление от Medicare о ваших правах). Если вы не получили это уведомление, попросите его у любого сотрудника больницы. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников плана 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. Кроме того, вы можете позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телетайпом, звоните по номеру 1-877-486-2048.

Внимательно прочитайте это уведомление и задайте вопросы, если что-то не поймете. Это уведомление описывает ваши права как пациента больницы, включая перечисленные ниже.

- Получать во время пребывания в больнице и после выписки покрываемое программой Medicare обслуживание. Знать, в чем состоит это обслуживание, кто за него платит и где вы его можете получить.
- Участвовать в принятии решений о длительности вашего пребывания в больнице.
- Знать о том, как сообщать о любых сомнениях в качестве помощи, которую вы получаете в больнице.
- Подать апелляцию по поводу решения о выписке из больницы, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано.

Вы должны подписать это уведомление; это нужно для того, чтобы подтвердить, что вы его получили и понимаете свои права. Подписание уведомления **не** означает, что вы согласны с датой выписки, которую, возможно, вам назвал ваш врач или другой персонал больницы.

Сохраните свой экземпляр подписанного уведомления. Оно содержит информацию, которая может вам понадобиться.

- Если вы хотите ознакомиться с уведомлением заранее, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана по телефону 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. Кроме того, вы можете позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает 24 часа в сутки и 7 дней в неделю. Если вы пользуетесь телетайпом, звоните по номеру 1-877-486-2048. Звонки бесплатные.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Вы также можете ознакомиться с уведомлением на веб-сайте [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices).
- Если вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана или в программу Medicare по указанным выше телефонным номерам.

## G2. Апелляция 1-го уровня для изменения даты выписки из больницы

Если вы хотите, чтобы мы продлили покрываемый срок вашего стационарного лечения, вам нужно подать апелляцию. Вашу апелляцию 1-го уровня рассматривает Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization). Она проверяет, оправдана ли с медицинской точки зрения назначенная вам дата выписки. Организация повышения качества обслуживания в штате Калифорния называется Livanta.

Подавать апелляцию с просьбой изменить день выписки следует в компанию Livanta по телефону: 1-877-588-1123 (телетайп: 1-855-887-6668).

### Звоните прямо сейчас!

Позвонить в Организацию повышения качества обслуживания нужно **до того**, как вы покинете больницу, и не позднее запланированной даты выписки. Уведомление «Важное сообщение от программы Medicare о Ваших правах» содержит информацию о том, как связаться с Организацией повышения качества обслуживания.

- **Если вы позвоните до того, как покинете больницу**, вам будет разрешено оставаться в больнице после запланированной даты выписки бесплатно, пока вы ждете принятия решения по вашей апелляции от Организации повышения качества обслуживания.
- **Если вы не позвоните, чтобы подать апелляцию**, и решите остаться в больнице после запланированной даты выписки, вам, возможно, придется оплатить все расходы на стационарное лечение, которое вы получите после запланированной даты выписки.

#### Краткое описание. Как подать апелляцию 1-го уровня для изменения даты выписки

Обратитесь в Организацию повышения качества обслуживания вашего штата, позвонив по номеру 1-877-588-1123 (телетайп: 1-855-887-6668), и попросите рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке.

Позвонить нужно до того, как вы покинете больницу, и до запланированной даты выписки.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- **Если вы пропустили срок** подачи апелляции в Организацию повышения качества обслуживания, вы можете подать ее непосредственно нашему плану. Дополнительные сведения см. в разделе G4 на стр. 279.
- Поскольку пребывание в больнице покрывают обе программы — и Medicare, и Medi-Cal, — если Организация повышения качества обслуживания не рассмотрит ваш запрос на продление пребывания в больнице или вы считаете, что у вас срочная ситуация и существует непосредственная и серьезная угроза для вашего здоровья, либо испытываете сильную боль, вы можете также подать жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (DMHC). Информацию о том, как подать в DMHC жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы, см. в разделе E4 на стр. 247.

Мы хотим, чтобы вы понимали, что вам нужно делать и какие сроки соблюдать.

- **Если вам нужна помощь, обращайтесь за ней.** Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, звоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 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. Вы также можете обратиться в Программу консультирования и защиты прав для участников планов медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222. Или вы можете позвонить в программу омбудсмена Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077.

### Что такое Организация повышения качества обслуживания?

Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO) — это группа врачей и других медицинских специалистов. Их работа оплачивается федеральным правительством. Сотрудники этой организации не входят в наш план. Работу QIO оплачивает программа Medicare. Задача организации состоит в контроле и повышении качества медицинской помощи людям, имеющим программу Medicare.

### Попросите о проведении быстрого рассмотрения апелляции (fast review)

Вы должны попросить Организацию повышения качества обслуживания об ускоренном рассмотрении вашей апелляции (**fast review**) по поводу вашей выписки из больницы. Попросить об ускоренном рассмотрении — значит обратиться с просьбой провести рассмотрение апелляции в ускоренном порядке, а не в стандартные сроки.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





**Юридический термин для «ускоренного рассмотрения» — «неотложное рассмотрение» (immediate review).****Что происходит во время ускоренного рассмотрения?**

- Специалисты из Организации повышения качества обслуживания спросят у вас или вашего представителя, почему вы считаете, что лечение в стационаре необходимо продлить. Вы не обязаны подготавливать свои доводы в письменном виде, но можете это сделать, если захотите.
- Эксперты изучают также медицинскую карту, беседуют с вашим врачом и изучают информацию о вашем пребывании в больнице.
- К полудню дня, следующего за тем, когда эксперты сообщат нашему плану о вашей апелляции, вы получите письменное уведомление. Оно будет содержать планируемую дату вашей выписки и медицинское обоснование того, почему ваш врач, больница и мы считаем, что вас нужно выписать в указанный день.

**Юридический термин** для этого письменного уведомления — **«Подробное уведомление о выписке из больницы» (Detailed Notice of Discharge)**. Вы можете получить образец, позвонив в отдел обслуживания участников плана по телефону 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. Кроме того, вы можете позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телетайпом, звоните по номеру 1-877-486-2048. Кроме того, пример уведомления можно посмотреть на веб-сайте [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

**Что происходит, если решение положительное?**

- Если Организация повышения качества обслуживания примет **положительное** решение по вашей апелляции, мы будем обязаны продолжать покрывать ваше обслуживание в больнице, пока оно будет необходимо по медицинским показаниям.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### Что происходит, если решение отрицательное?

- Если Организация повышения качества обслуживания примет **отрицательное** решение по вашей апелляции, это будет означать, что ее специалисты считают, что запланированная дата выписки является обоснованной с медицинской точки зрения. В этом случае предоставляемое планом страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице заканчивается в полдень дня, следующего за тем, в который Организация повышения качества обслуживания сообщила о своем решении.
- Если Организация повышения качества обслуживания ответит **отрицательно**, но вы решите остаться в больнице, вам, возможно, придется заплатить за ваше пребывание в больнице. Возможно, вам придется оплатить полную стоимость лечения в больнице, полученного после полудня дня, следующего за тем, в который Организация повышения качества обслуживания дала ответ на вашу апелляцию.
- Если Организация повышения качества обслуживания отклонила вашу апелляцию и вы остались в больнице после запланированной даты выписки, вы можете подать апелляцию 2-го уровня, как описано в следующем разделе.

### Г3. Апелляция 2-го уровня для изменения даты выписки из больницы

Если Организация повышения качества обслуживания отклонила вашу апелляцию и вы остались в больнице после запланированной даты вашей выписки, вы можете подать апелляцию 2-го уровня. Вам нужно будет снова обратиться в Организацию повышения качества обслуживания и попросить провести еще одно рассмотрение.

Подавать апелляцию 2-го уровня следует **в течение 60 календарных дней** с того дня, когда Организация повышения качества обслуживания приняла **отрицательное** решение по вашей апелляции 1-го уровня. Вы можете просить о пересмотре решения, только если вы оставались в больнице после того дня, когда страховое покрытие лечения в больнице закончилось.

Организация повышения качества обслуживания в Калифорнии называется Livanta. Связаться с компанией Livanta можно по телефону **1-877-588-1123** (телетайп: **1-855-887-6668**).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Эксперты из Организации повышения качества обслуживания заново тщательно изучат всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.
- В течение 14 календарных дней с даты получения вашего запроса о втором пересмотре эксперты Организации повышения качества обслуживания примут решение по вашей апелляции.

#### **Краткое описание. Как подать апелляцию 2-го уровня для изменения даты выписки**

Обратитесь в Организацию повышения качества обслуживания вашего штата, позвонив по номеру 1-877-588-1123 (телетайп: 1-855-887-6668), и попросите о повторном рассмотрении.

#### **Что происходит, если решение положительное?**

- Мы должны возместить вам нашу часть в оплате вашего обслуживания в больнице, которое вы получили после полудня дня, следующего за днем, в который было принято решение по вашей первой апелляции. Мы должны продолжать предоставлять покрытие для вашего стационарного лечения до тех пор, пока оно необходимо по медицинским показаниям.
- Вы должны по-прежнему оплачивать свою часть расходов. На покрытие могут распространяться ограничения.

#### **Что происходит, если решение отрицательное?**

Это означает, что Организация повышения качества обслуживания подтвердила решение, принятое по результатам рассмотрения апелляции 1-го уровня, и не собирается его менять. Вы получите письменное уведомление об этом решении. В уведомлении будет сказано, что вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции.

Если Организация повышения качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, возможно, вам придется полностью оплатить свое пребывание в больнице после дня запланированной выписки.

Вы можете также подать в DMHC жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы для дальнейшего пребывания в больнице. Информацию о том, как подать в DMHC жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы, см. в разделе E4 на стр. 247.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **G4. Что произойдет, если вы пропустите установленный срок подачи апелляции**

Если вы пропустите срок подачи апелляции, вы сможете подать апелляции 1-го и 2-го уровней иначе: используя процедуру альтернативной апелляции. В этом случае, однако, первые два уровня рассмотрения апелляции отличаются.

### **Альтернативная апелляция 1-го уровня для изменения даты выписки из больницы**

Если вы пропустили срок подачи апелляции в Организацию повышения качества обслуживания (60 дней либо не позже запланированной даты вашей выписки в зависимости от того, какая дата наступит раньше), вы можете вместо этого подать ее непосредственно в наш план и попросить об ускоренном рассмотрении. При ускоренном рассмотрении апелляции сроки принятия решения короче, чем при рассмотрении в стандартные сроки.

- Во время этого рассмотрения мы изучаем всю информацию о вашем пребывании в больнице. Мы проверяем, было ли решение о сроке вашей выписки обоснованным и соблюдались ли при этом все применимые правила.
- Рассмотрение проводится в ускоренном порядке, а не в стандартные сроки. Это означает, что мы сообщим вам наше решение в течение 72 часов после того, как вы попросите об «ускоренном рассмотрении».
- **Если по результатам ускоренного рассмотрения мы приходим к положительному решению по вашей апелляции**, это означает, что мы согласились с вами в том, что вы должны остаться в больнице после запланированной даты выписки. В этом случае мы предоставляем вам страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице до тех пор, пока это лечение остается необходимым по медицинским показаниям.
- Это также означает, что мы согласны возместить вам нашу часть стоимости обслуживания, которое вы получили после того дня, в который страховое покрытие должно было закончиться согласно нашему прежнему решению.

#### **Краткое описание. Как подать альтернативную апелляцию 1-го уровня**

Позвоните в наш отдел обслуживания участников плана и попросите об ускоренном пересмотре решения о дате вашей выписки из больницы.

Мы сообщим вам о своем решении в течение 72 часов.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Отрицательный ответ на ваш запрос об ускоренном рассмотрении** говорит о том, что запланированная дата выписки была медицински обоснованной. Наше страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице заканчивается в тот день, который мы указали прежде.
  - Если вы оставались в больнице после запланированной даты выписки, вам, **возможно, придется оплатить полную стоимость лечения** в больнице в период, начавшийся после запланированной даты выписки.
- Чтобы убедиться, что мы соблюдали все правила, когда дали **отрицательный** ответ на вашу апелляцию с ускоренным рассмотрением, мы направим вашу апелляцию в Независимую экспертную организацию. Это означает, что ваша апелляция автоматически переходит на 2-й уровень рассмотрения.

**Юридический термин** для ускоренного рассмотрения или ускоренной апелляции — **«рассмотрение апелляции в ускоренном порядке» (expedited appeal).**

### **Альтернативная апелляция 2-го уровня для изменения даты выписки из больницы**

В течение 24 часов после того, как мы сообщим вам о своем отрицательном решении по апелляции 1-го уровня, мы пересылаем вашу апелляцию в Независимую экспертную организацию (IRE) для рассмотрения апелляции 2-го уровня. Если вы считаете, что мы не соблюдали этот или другие сроки, вы можете подать жалобу. В разделе J на стр. 292 рассказывается, как это сделать.

Во время апелляции 2-го уровня Независимая экспертная организация (IRE) проверяет решение, которое мы приняли, когда дали **отрицательный** ответ на ваш запрос с ускоренным рассмотрением. Эта организация решает, должно ли быть изменено принятое нами решение.

- Независимая экспертная организация (IRE) в ускоренном порядке изучает вашу апелляцию. Обычно эксперты дают ответ в течение 72 часов.
- Независимая экспертная организация (IRE) — это независимая организация, нанятая программой Medicare. Она не связана с нашим планом и не является государственным органом.

#### **Краткое описание. Как подать альтернативную апелляцию 2-го уровня**

От вас не требуется никаких действий. План автоматически передает вашу апелляцию на рассмотрение независимой экспертной организации.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Рассматривающие ваше дело сотрудники Независимой экспертной организации (IRE) тщательно ознакомятся со всей информацией, имеющей отношение к вашей апелляции о выписки из больницы.
- Если Независимая экспертная организация (IRE) даст **положительный** ответ на вашу апелляцию, мы должны будем оплатить вам нашу часть расходов на стационарную помощь, которую вы получили со дня запланированной даты выписки. Мы должны продлить наше страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице до тех пор, пока это лечение остается необходимым по медицинским показаниям.
- Если Независимая экспертная организация (IRE) даст **отрицательный** ответ на вашу апелляцию, это означает, что они согласны с нами в том, что запланированная дата выписки из больницы была медицински обоснованной.
- Вы получите письменное уведомление об этом решении Независимой экспертной организации (IRE). В уведомлении будет сказано, что вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции. В нем будет подробно описан процесс подачи апелляции 3-го уровня, которую рассматривает судья.

Вы можете также подать в DMHC жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы для дальнейшего пребывания в больнице. Информацию о том, как подать в DMHC жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы, см. в разделе E4 на стр. 247. Вы можете подать запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в дополнение к апелляции 3-го уровня или вместо нее.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **Н. Что делать, если, по вашему мнению, медицинская помощь на дому, помощь в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) заканчивается слишком скоро**

Этот раздел касается только перечисленных ниже видов услуг.

- Медицинская помощь на дому.
- Помощь в центре квалифицированного сестринского ухода.
- Реабилитация, которую вы проходите амбулаторно в утвержденной программой Medicare центре комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). Обычно это означает лечение в связи с болезнью или несчастным случаем или восстановление после серьезной операции.
  - Вы получаете покрываемое обслуживание любого из трех приведенных выше видов обслуживания до тех пор, пока ваш врач считает это необходимым.
  - Если мы решаем прекратить страховое покрытие, мы сообщаем вам об этом до того, как заканчивается ваше обслуживание. После окончания страхового покрытия мы перестаем платить за ваше обслуживание.

Если вы считаете, что мы собираемся прекратить страховое покрытие слишком рано, **вы можете подать апелляцию на наше решение**. В этом разделе рассказывается, как подать апелляцию.

### **Н1. Мы заранее сообщим о том, когда закончится ваше страховое покрытие**

Вы получите уведомление не позднее чем за два дня до того, как мы перестанем платить. Оно называется «Уведомление об отсутствии страхового покрытия Medicare». Из этого письменного уведомления вы узнаете дату, начиная с которой страховое покрытие прекращается, и порядок подачи апелляции по поводу этого решения.

Вы или ваш представитель должны подписать это письменное уведомление. Подписать его нужно только для того, чтобы подтвердить, что вы его получили и понимаете свои права. Подписание этого уведомления **не** означает, что вы согласны с решением плана прекратить обслуживание.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





После прекращения страхового покрытия мы перестанем платить нашу часть стоимости вашего обслуживания.

## Н2. 1-й уровень апелляции для продолжения медицинского обслуживания

Если вы считаете, что мы собираемся прекратить страховое покрытие слишком рано, вы можете подать апелляцию на наше решение. В этом разделе рассказывается, как подать апелляцию.

Прежде чем начать процесс апелляции, изучите информацию о процедуре, чтобы знать, что вам нужно будет делать и какие сроки соблюдать.

- **Соблюдайте сроки.** Соблюдать сроки очень важно. Убедитесь, что вы понимаете и соблюдаете предельные сроки, которые применяются к условиям, которые вы должны выполнять. Кроме того, есть сроки, установленные для нашего плана. (Если вы считаете, что мы не соблюдаем установленные для нас сроки, вы можете подать жалобу. В разделе J на стр. 292 рассказывается, как это сделать.)
- **Если вам нужна помощь, обращайтесь за ней.** Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, звоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 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. Или звоните в Программу помощи по вопросам медицинского страхования своего штата по номеру 1-213-383-4519. Если вы находитесь в округе Los Angeles, позвоните по номеру 1-800-824-0782 (телетайп: 711).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Апелляцию 1-го уровня рассматривает Организация повышения качества обслуживания, которая решает, следует ли изменить принятое нами решение. Организация повышения качества обслуживания в штате California называется Livanta. Связаться с компанией Livanta можно по телефону 1-877-588-1123 (телетайп: 1-855-887-6668). Информация об апелляции в Организацию повышения качества обслуживания также содержится в «Уведомлении от Medicare о неоплачиваемом медицинском страховании». Это уведомление, которое вы получили, когда вам сообщили, что мы перестанем покрывать ваше медицинское обслуживание.

### Что такое Организация повышения качества обслуживания?

Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO) — это группа врачей и других медицинских специалистов. Их работа оплачивается федеральным правительством. Сотрудники этой организации не входят в наш план. Работу QIO оплачивает программа Medicare. Задача организации состоит в контроле и повышении качества медицинской помощи людям, имеющим программу Medicare.

### О чем вам нужно просить?

Попросите об ускоренной апелляции (fast-track appeal). Это независимая проверка медицинской обоснованности нашего решения о прекращении страхового покрытия получаемого вами обслуживания.

### Сроки обращения в эту организацию

- Вы должны связаться с Организацией повышения качества обслуживания не позднее полудня следующего дня после получения вами письменного уведомления о дате прекращения страхового покрытия вашего обслуживания.
- Если вы пропустили срок подачи апелляции в Организацию повышения качества обслуживания, вы можете вместо этого подать ее непосредственно нам. Дополнительные сведения об этом способе подачи апелляции см. в разделе Н4 на стр. 288.

### Краткое описание. Как подать апелляцию 1-го уровня по поводу продолжения медицинского обслуживания

Обратитесь в Организацию повышения качества обслуживания вашего штата, позвонив по номеру 1-877-588-1123 (телетайп: 1-855-887-6668), и попросите рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке.

Позвонить нужно, пока вы еще получаете обслуживание, предоставляемое агентством или учреждением, и до запланированной даты прекращения обслуживания.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Если Организация повышения качества обслуживания не рассмотрит ваш запрос на продление покрытия медицинского обслуживания или вы считаете, что у вас срочная ситуация и существует непосредственная и серьезная угроза для вашего здоровья, либо испытываете сильную боль, вы можете также подать жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (DMHC). Информацию о том, как подать в DMHC жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы, см. в разделе E4 на стр. 247.

**Юридический термин** для этого письменного уведомления — **«Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare» (Notice of Medicare Non-Coverage)**. Вы можете получить образец, позвонив в отдел обслуживания участников плана 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 в течение следующего рабочего дня. Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Эта линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телетайпом, звоните по номеру 1-877-486-2048. Кроме того, с документом можно ознакомиться на веб-сайте [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/MAEDNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/MAEDNotices).

### Что происходит во время проверки, проводимой Организацией повышения качества обслуживания?

- Специалисты из Организации повышения качества обслуживания спросят у вас или вашего представителя, почему вы считаете, что страховое покрытие обслуживания нужно продолжить. Вы не обязаны подготавливать свои доводы в письменном виде, но можете это сделать, если захотите.
- Если вы подаете апелляцию, план должен прислать письмо вам и в Организацию повышения качества обслуживания с объяснением того, почему нужно прекратить спорное обслуживание.
- Сотрудники этой организации также изучат вашу медицинскую документацию, поговорят с вашим врачом и ознакомятся с информацией, которую им предоставит наш план.
- **В течение одного полного дня с момента получения экспертами всей необходимой информации они сообщат вам свое решение.** Вы получите письмо с объяснением причин их решения.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Юридический термин** для письма, объясняющего, почему ваше обслуживание должно прекратиться, — «Подробное объяснение прекращения страхового покрытия» (Detailed Explanation of Non-Coverage).

#### Что произойдет, если эксперты дадут положительный ответ?

- Если эксперты дадут **положительный** ответ на вашу апелляцию, мы должны будем продолжать предоставлять вам покрытие услуг до тех пор, пока они будут необходимы по медицинским показаниям.

#### Что будет, если эксперты примут отрицательное решение по вашей апелляции?

- Если эксперты ответят на вашу апелляцию **отрицательно**, покрытие закончится в тот же день, когда мы вам об этом сообщим. Мы перестанем платить нашу часть стоимости этого обслуживания.
- Если вы решите по-прежнему получать медицинское обслуживание на дому, услуги центра квалифицированного сестринского ухода или центра комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) после дня прекращения страхового покрытия, вы должны будете полностью оплачивать это обслуживание самостоятельно.

### НЗ. 2-й уровень апелляции для продолжения медицинского обслуживания

Если Организация повышения качества обслуживания даст **отрицательный** ответ на вашу апелляцию, **но** вы решите продолжить лечение после окончания страхового покрытия, вы можете подать апелляцию 2-го уровня.

Во время апелляции 2-го уровня Организация повышения качества обслуживания еще раз пересмотрит решение, принятое ими на 1-м уровне. Если Организация повышения качества обслуживания подтвердит свой отрицательный ответ на вашу апелляцию 1-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить медицинское обслуживание на дому, услуги центра квалифицированного сестринского ухода или услуги центра комплексной амбулаторной реабилитации (CORF), полученные после даты прекращения страхового покрытия, которую мы вам сообщили.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Организация повышения качества обслуживания в штате Калифорния называется Livanta. Связаться с компанией Livanta можно по телефону 1-877-588-1123 (телетайп: 1-855-887-6668). Подавать апелляцию 2-го уровня следует **в течение 60 календарных дней** с того дня, когда Организация повышения качества обслуживания приняла **отрицательное** решение по вашей апелляции 1-го уровня. Вы можете просить о пересмотре решения, только если вы продолжили получение спорного обслуживания после того дня, когда окончилось его страховое покрытие.

- Эксперты из Организации повышения качества обслуживания заново тщательно изучат всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.
- В течение 14 календарных дней Организация повышения качества обслуживания принимает решение по вашей апелляции.

#### **Краткое описание. Как подать апелляцию 2-го уровня о продлении срока покрытия получаемой вами медицинской помощи**

Обратитесь в Организацию повышения качества обслуживания вашего штата, позвонив по номеру 1-877-588-1123 (телетайп: 1-855-887-6668), и попросите о повторном рассмотрении.

Позвонить нужно, пока вы еще получаете обслуживание, предоставляемое агентством или учреждением, и до запланированной даты прекращения обслуживания.

#### **Что будет, если экспертная организация придет к положительному решению?**

- Мы должны возместить вам нашу часть в оплате лечения, которое вы получили с того дня, в который страховое покрытие должно было закончиться согласно нашему прежнему решению. Мы должны продолжать предоставлять страховое покрытие получаемой вами помощи до тех пор, пока она остается необходимой по медицинским показаниям.

#### **Что будет, если экспертная организация придет к отрицательному решению?**

- Это означает, что она согласна с решением, принятым по результатам рассмотрения апелляции 1-го уровня, и не собирается его менять.
- Вы получите письменное уведомление об этом решении. В уведомлении будет сказано, что вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции. В нем будет подробно описан процесс подачи апелляции 3-го уровня, которую рассматривает судья.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Вы можете подать в DMHC жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы для дальнейшего страхового покрытия оказываемых вам медицинских услуг. Информацию о том, как подать в DMHC запрос на проведение независимой медицинской экспертизы, см. в разделе E4 на стр. 247. Вы можете подать жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в DMHC в дополнение к апелляции 3-го уровня или вместо нее.

#### **Н4. Что делать, если вы пропустили срок подачи апелляции 1-го уровня**

Если вы пропустите срок подачи апелляции, вы сможете подать апелляции 1-го и 2-го уровней иначе: используя процедуру альтернативной апелляции. В этом случае, однако, первые два уровня рассмотрения апелляции отличаются.

##### **Альтернативная апелляция 1-го уровня для продления срока лечения**

Если вы пропустили срок подачи апелляции в Организацию повышения качества обслуживания, вы можете вместо этого подать ее непосредственно в наш план и попросить об ускоренном ее рассмотрении. При ускоренном рассмотрении апелляции сроки принятия решения короче, чем при рассмотрении в стандартные сроки.

- В ходе этого рассмотрения мы тщательно изучаем всю информацию о вашем медицинском обслуживании на дому, в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF). Мы проверяем, было ли решение прекратить страховое покрытие этого обслуживания обоснованным и соблюдались ли при этом все применимые правила.
- Рассмотрение проводится в ускоренном порядке, а не в стандартные сроки. Мы сообщаем вам свое решение в течение 72 часов после получения вашего запроса на проведение быстрого рассмотрения апелляции.
- **Если мы принимаем положительное решение**, мы предоставляем вам страховое покрытие вашего обслуживания до тех пор, пока это лечение остается необходимым по медицинским показаниям.

##### **Краткое описание. Как подать альтернативную апелляцию 1-го уровня**

Позвоните в наш отдел обслуживания участников плана и попросите об ускоренном пересмотре решения.

Мы сообщим вам о своем решении в течение 72 часов.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- Это также означает, что мы согласны возместить вам нашу часть стоимости обслуживания, которое вы получили после того дня, в который страховое покрытие должно было закончиться согласно нашему прежнему решению.
- **Отрицательный ответ** на ваш запрос с ускоренным рассмотрением означает, что мы считаем прекращение оказания услуг обоснованным с медицинской точки зрения. Наше страховое покрытие заканчивается в тот день, который мы указали прежде.

Если вы продолжали получать услуги после даты прекращения страхового покрытия, **вам, возможно, придется полностью оплатить** полученные услуги.

Чтобы убедиться, что мы соблюдали все правила, когда дали **отрицательный** ответ на вашу апелляцию с ускоренным рассмотрением, мы направим вашу апелляцию в Независимую экспертную организацию. Это означает, что ваша апелляция автоматически переходит на 2-й уровень рассмотрения.

**Юридический термин** для ускоренного рассмотрения или ускоренной апелляции — **«рассмотрение апелляции в ускоренном порядке» (expedited appeal).**

### **Альтернативная апелляция 2-го уровня для продолжения медицинского обслуживания**

В течение 24 часов после того, как мы сообщим вам о своем отрицательном решении по апелляции 1-го уровня, мы пересылаем вашу апелляцию в Независимую экспертную организацию (IRE) для рассмотрения апелляции 2-го уровня. Если вы считаете, что мы не соблюдали этот или другие сроки, вы можете подать жалобу. В разделе J на стр. 292 рассказывается, как это сделать.

Во время апелляции 2-го уровня Независимая экспертная организация (IRE) проверяет решение, которое мы приняли, когда дали **отрицательный** ответ на ваш запрос с ускоренным рассмотрением. Эта организация решает, должно ли быть изменено принятое нами решение.

- Независимая экспертная организация (IRE) в ускоренном порядке изучает

**Краткое описание. Как подать апелляцию 2-го уровня о продлении срока покрытия получаемой вами медицинской помощи**

От вас не требуется никаких действий. План автоматически передает вашу апелляцию на рассмотрение независимой экспертной организации.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





вашу апелляцию. Обычно эксперты дают ответ в течение 72 часов.

- Независимая экспертная организация (IRE) — это независимая организация, нанятая программой Medicare. Она не связана с нашим планом и не является государственным органом.
- Рассматривающие ваше дело сотрудники Независимой экспертной организации (IRE) тщательно ознакомятся со всей информацией, имеющей отношение к вашей апелляции.
- **Если Независимая экспертная организация (IRE) даст положительный ответ** на вашу апелляцию, мы должны будем оплатить вам нашу часть расходов на лечение. Мы должны продлить наше страховое покрытие вашего обслуживания до тех пор, пока это лечение остается необходимым по медицинским показаниям.
- **Если Независимая экспертная организация (IRE) принимает отрицательное решение** по вашей апелляции, это значит, что она согласна с тем, что наше решение прекратить страховое покрытие спорного обслуживания было обоснованным с медицинской точки зрения.

Вы получите письменное уведомление об этом решении Независимой экспертной организации (IRE). В уведомлении будет сказано, что вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции. Там же будет содержаться подробная информация о том, как перейти на 3-й уровень рассмотрения апелляции (на этом уровне ее рассматривает судья).

Вы можете также подать жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в DMHC для продления страхового покрытия вашего медицинского обслуживания. Информацию о том, как подать в DMHC запрос на проведение независимой медицинской экспертизы, см. в разделе E4 на стр. 247. Вы можете подать жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в дополнение к апелляции 3-го уровня или вместо нее.

---

## I. Апелляции уровней выше 2-го

### I1. Что можно предпринять дальше, когда речь идет об услугах и товарах, покрываемых по программе Medicare

Если вы уже подали апелляции 1-го и 2-го уровней и получили отрицательные решения по результатам обоих рассмотрений, вы можете предпринять дополнительные шаги. В письме, которое вы получите от Независимой экспертной организации, будет сказано, что делать, если вы хотите продолжить процесс рассмотрения апелляции.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



На 3-м уровне рассмотрение апелляции представляет собой слушание, которое проводится судьей по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ). Лицом, принимающим решение по апелляции 3-го уровня, может быть судья по административным делам (ALJ) или уполномоченный третейский судья. Если вы хотите, чтобы судья по административным делам (ALJ) или уполномоченный третейский судья рассмотрел ваш случай, запрашиваемый товар или медицинская услуга должны соответствовать минимально установленной сумме в долларах. Если эта стоимость ниже установленного минимума, вы не можете подавать дополнительные апелляции. Если же стоимость в долларах достаточно высока, вы можете попросить слушание у судьи по административным делам (ALJ) или уполномоченного третейского судьи.

Если вы не согласны с решением судьи по административным делам (ALJ) или уполномоченного третейского судьи, вы можете обратиться в Апелляционный совет Medicare. После этого у вас может быть право подать апелляцию в федеральный суд.

Если вам нужна помощь на любом этапе процесса апелляции, вы можете обратиться в программу омбудсмена Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077.

## **12. Что можно предпринять дальше, когда речь идет об услугах и товарах, покрываемых по программе Medi-Cal**

У вас есть дополнительные возможности подать апелляцию, если она касается услуг или товаров, покрываемых по программе Medi-Cal. Если вы не согласны с решением по результатам рассмотрения органами власти штата и хотите, чтобы вашу проблему рассмотрел другой судья, вы можете попросить о повторном рассмотрении и/или судебном пересмотре.

Письменный запрос на проведение повторного рассмотрения нужно отправить по следующему адресу:

The Rehearing Unit  
744 P Street, MS 19-37  
Sacramento, CA 95814

Это письмо должно быть отправлено в течение 30 дней после получения решения. Если вы не можете подать запрос вовремя по уважительной причине, этот срок может быть продлен до 180 дней.

В запросе нужно указать дату получения вами нашего решения и основания для проведения повторного рассмотрения. Если вы хотите представить дополнительные документы и соображения в поддержку своего запроса, нужно привести эти доводы и объяснить, почему

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



они не были представлены раньше и почему они могут повлиять на решение по вашей апелляции. Вы можете обратиться за помощью к юристам.

Чтобы попросить о судебном пересмотре, нужно подать ходатайство в Высший суд (в соответствии с разделом 1094.5 Гражданского процессуального кодекса) в течение одного года с момента получения решения. Заявление нужно подавать в Верховный суд (Superior Court) округа, указанного на полученном вами решении. Вы можете подать это заявление, не подавая заявления на проведение повторного слушания. Платить за подачу заявления не нужно. Если окончательное решение будет принято в вашу пользу, у вас может быть право на возмещение разумных расходов на адвоката и судебных расходов.

Если повторное рассмотрение было проведено, но вы не согласны с решением, принятым по его результатам, вы можете обратиться в суд, но не можете просить об еще одном повторном рассмотрении.

---

## Ж. Как подать жалобу

### Ж1. В случае каких проблем нужно подавать жалобу

Процедура рассмотрения жалобы используется только для решения определенных типов проблем, таких как проблемы, связанные с качеством обслуживания, временем ожидания и обслуживанием клиентов. Ниже приведены примеры проблем, в случае которых можно использовать процедуру подачи и рассмотрения жалобы.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### Жалобы на качество

- Вам не нравится качество обслуживания, которое вы получили, например, в больнице.

### Жалобы на конфиденциальность

- Вы считаете, что кто-то не уважал ваше право на неприкосновенность частной жизни или раскрыл информацию о вас, которая является конфиденциальной.

### Жалобы на плохое обслуживание клиентов

- Поставщик медицинских услуг или его сотрудник вел себя с вами грубо или неуважительно.
- Сотрудники плана Health Net Cal MediConnect были к вам недостаточно внимательны.
- Вам кажется, что план пытается от вас избавиться.

### Жалобы на открытость для доступа

- Вы не можете попасть в медицинское учреждение или в кабинет врача, поскольку ваши физические возможности ограничены.
- Ваш поставщик не предоставляет вам нормальных услуг, в которых вы нуждаетесь, например, переводчика Американского языка жестов.

### Жалобы на время ожидания

- Вам трудно договориться о времени приема у врача или вам приходится слишком долго ждать, пока вам назначат время приема.
- Врачи, аптекари, другие медицинские специалисты или сотрудники отдела обслуживания участников нашего плана заставили вас ждать слишком долго.

### Жалобы на чистоту

- Поликлиника, больница или кабинет врача кажутся вам недостаточно чистыми.

#### Краткое описание. Как подать жалобу

Вы можете подать внутреннюю жалобу в наш план и/или внешнюю жалобу в организацию, не связанную с нашим планом.

Для того чтобы подать внутреннюю жалобу, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана или пришлите нам жалобу письмом.

Рассмотрением жалоб занимаются различные организации. Дополнительную информацию см. в разделе J3 на стр. 297.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Жалобы на доступность языкового понимания**

- Во время посещения своего врача или другого поставщика медицинских услуг вам не была предоставлена помощь переводчика.

**Жалобы на обратную связь от нас**

- Вы считаете, что мы должны были прислать вам уведомление или письмо, но не сделали этого.
- Вы считаете, что печатные материалы, которые мы вам прислали, слишком трудно понять.

**Жалобы на своевременность наших действий, связанных с решениями о страховом покрытии или апелляциями**

- Вы считаете, что мы не соблюдаем установленные сроки для принятия решения о страховом покрытии или ответа на вашу апелляцию.
- Вы считаете, что после принятия положительного решения о страховом покрытии или положительного решения по апелляции мы не соблюдаем сроки утверждения или предоставления вам соответствующего страхового покрытия или выплаты возмещения.
- Вы считаете, что мы переслали ваше дело в Независимую экспертную организацию позднее, чем требуется.

**Юридический термин для «жалобы» — «претензия» (grievance).**

**Юридический термин для фразы «подать жалобу» — «обратиться с претензией» (filing a grievance).**

**Есть ли отличия между типами подаваемых жалоб?**

**Да.** Вы можете подать внутреннюю жалобу и / или внешнюю жалобу. Внутренняя жалоба подается в наш план и рассматривается им. Внешняя жалоба подается в другую организацию, не связанную с нашим планом, и она рассматривает эту жалобу. Если вам нужна помощь с подачей жалобы в наш план или в другую организацию, вы можете позвонить в программу омбудсмена Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## J2. Жалобы в наш план

Чтобы подать внутреннюю жалобу, вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана 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. Если ваша жалоба не касается лекарства Part D, вы можете подать ее в любое время. Если жалоба касается лекарства Part D, вы должны подать ее в **течение 60 календарных** дней после того, как у вас возникла проблема, по поводу которой вы хотите подать жалобу.

- Если нужно сделать еще что-то, отдел обслуживания участников плана вам об этом сообщит.
- Кроме того, вы можете подать жалобу в письменном виде. Если вы подаете жалобу в письменном виде, мы отвечаем вам письмом.

Мы должны уведомить вас о своем решении по вашей жалобе так быстро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее 30 календарных дней с момента получения вашей жалобы. Если нам нужна дополнительная информация и мы не приняли решение в течение 30 дней, мы сообщаем вам об этом в письменном виде. Мы сообщаем вам, на каком этапе находится рассмотрение вашей жалобы и когда мы предполагаем принять решение. Например, мы уведомим вас, что рассмотрение претензии, связанной с программой Medicare, может быть продлено только на срок до 14 календарных дней. В некоторых случаях вы имеете право просить об ускоренном рассмотрении вашей жалобы. Это процедура называется процедурой ускоренного рассмотрения жалобы. Вы имеете право воспользоваться ускоренным рассмотрением жалобы, если вы не согласны с нашим решением в одной из следующих ситуаций:

- Мы ответили отказом на просьбу об ускоренном рассмотрении запроса на медицинское обслуживание или лекарство по программе Medicare Part D.
- Мы ответили отказом на запрос об ускоренном рассмотрении апелляции по поводу отказа в покрытии медицинского обслуживания или лекарства по программе Medicare Part D.
- Мы решили, что нам требуется дополнительное время для рассмотрения вашего запроса на медицинское обслуживание.
- Мы решили, что нам требуется дополнительное время для рассмотрения вашей апелляции по поводу отказа в покрытии медицинской помощи.
- Если у вас возникла неотложная проблема, представляющая непосредственную и серьезную угрозу для вашего здоровья.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Жалобу по поводу лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D, нужно подавать в течение 60 календарных дней с момента возникновения оснований для жалобы. Все другие типы жалоб должны быть поданы нам или поставщику медицинских услуг в любое время с момента возникновения происшествия или действия, которое вызвало у вас недовольство.
- Если мы не можем принять решение по вашей жалобе в течение следующего рабочего дня, то в течение 5 календарных дней с момента получения нами жалобы мы присылаем вам письмо с уведомлением о том, что жалобу мы получили.

Если вы жалуетесь на то, что мы отказали вам в ускоренном рассмотрении запроса на решение о страховом покрытии, или на отказ в ускоренном рассмотрении апелляции, ваша жалоба автоматически получает статус «ускоренной» жалобы и рассматривается в ускоренном порядке; ответ вы получаете в течение 24 часов. Если ваш случай требует срочного решения и связан с непосредственной или серьезной угрозой вашему здоровью, вы можете подать запрос на быстрое рассмотрение жалобы; в такой ситуации мы отвечаем в течение 72 часов.

**Юридический термин для «ускоренного рассмотрения жалобы» — «рассмотрение претензии в ускоренном порядке» (expedited grievance).**

Если возможно, мы ответим вам сразу же. Если вы оставляете жалобу по телефону, иногда мы можем сразу, во время вашего звонка, дать вам ответ. Если состояние вашего здоровья требует от нас быстрого ответа, мы ответим быстро.

- На большинство жалоб мы отвечаем в течение 30 календарных дней. Если мы не примем решение в течение 30 календарных дней, поскольку нам нужна дополнительная информация, мы сообщим вам об этом в письменном виде. Мы также сообщим вам, на каком этапе находится рассмотрение вашей жалобы и когда мы предполагаем принять решение.
- Если вы жалуетесь на то, что мы отказали вам в ускоренном рассмотрении запроса на решение о страховом покрытии, или на отказ в ускоренном рассмотрении апелляции, ваша жалоба автоматически получает статус «ускоренной» жалобы и рассматривается в ускоренном порядке; ответ вы получаете в течение 24 часов.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- Если вы жалуетесь на то, что мы взяли дополнительное время на принятие решения о страховом покрытии, ваша жалоба автоматически рассматривается в ускоренном порядке. Ответ вы получите в течение 24 часов.
- **Если мы не согласны** со всей вашей жалобой или ее частью, мы сообщим вам об этом и объясним причины нашего решения. Согласны мы с вашей жалобой или нет, мы в любом случае должны вам ответить.

### Ж3. Жалобы в другие организации

#### Вы можете сообщить о своей жалобе в программу Medicare

Вы можете послать свою жалобу в программу Medicare. Форма для подачи жалобы Medicare доступна по адресу: [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx).

Программа Medicare серьезно относится к вашим жалобам и будет использовать эту информацию для улучшения качества обслуживания в рамках программы Medicare.

Если у вас есть какие-либо другие отзывы либо проблемы или вы считаете, что план не принимает меры для решения вашей проблемы, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи телетайпа могут звонить по номеру 1-877-486-2048. Звонки бесплатные.

#### Вы можете сообщить о своей жалобе в программу Medi-Cal

Отдел омбудсмана программы Cal MediConnect следит за тем, чтобы участники нашего плана получали все виды покрываемого обслуживания, которым мы должны их обеспечивать. Если вы хотите, чтобы в рассмотрении вашей жалобы участвовал незаинтересованный посредник, обратитесь к сотрудникам этого отдела. Омбудсмен программы Cal MediConnect не связан ни с нами, ни с любой другой страховой компанией или планом медицинского страхования.

Телефон программы омбудсмана Cal MediConnect: 1-855-501-3077. Услуги этой программы бесплатны.

#### Вы можете сообщить о своей жалобе в Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (DMHC) регулирует работу планов медицинского страхования. Вы можете обратиться в центр поддержки Департамента управляемого медицинского обслуживания (DMHC) за помощью при подаче жалоб на услуги, покрываемые в рамках программы Medi-Cal. Вы можете обратиться в DMHC, если вам нужна помощь с подачей жалобы, связанной с неотложной проблемой или

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



проблемой, которая непосредственно и серьезно угрожает вашему здоровью, если вы испытываете сильную боль, если вы не согласны с решением нашего плана по вашей жалобе или если наш план не принял решение по вашей жалобе через 30 календарных дней.

Обратиться в центр поддержки можно двумя способами.

- Позвоните по номеру 1-888-466-2219. Лица с нарушениями слуха или речи могут использовать бесплатный номер TDD 1-877-688-9891. Звонки бесплатные.
- Посетите веб-сайт Департамента управляемого медицинского обслуживания ([www.dmhca.ca.gov](http://www.dmhca.ca.gov)).

### **Вы можете подать жалобу в Управление по вопросам гражданских прав**

Вы можете подать жалобу в Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights), если считаете, что с вами обращались несправедливо. Например, вы можете подать жалобу на условия для людей с ограниченными возможностями или на помощь переводчика. Номер телефона Управления по гражданским правам: 1-800-368-1019. При использовании телетайпа набирайте 1-800-537-7697. Дополнительную информацию также можно получить на веб-сайте [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

Кроме того, вы можете обратиться в местное отделение Управления по вопросам гражданских прав по следующему адресу:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Телефон: 1-800-368-1019  
Телетайп: 1-800-537-7697  
Факс: 1-202-619-3818

У вас также могут быть права в соответствии с Законом о защите прав граждан США с ограниченными возможностями (Americans with Disability Act) и в соответствии с Законом Унру о гражданских правах (Unruh Civil Rights Act). Вы можете обратиться за помощью в программу омбудсмена Cal MediConnect. Номер телефона: 1-855-501-3077.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Вы можете подать жалобу в Организацию повышения качества обслуживания**

Если вы жалуетесь на качество медицинской помощи, у вас есть еще две дополнительные возможности:

- Если захотите, вы можете пожаловаться на качество полученной медицинской помощи непосредственно в Организацию повышения качества обслуживания (не подавая жалобу нам).
- Или вы можете подать жалобу нам и в Организацию повышения качества обслуживания. Если вы подаете жалобу в эту организацию, мы будем сотрудничать с ней в процессе принятия решения по вашей жалобе.

Организация повышения качества обслуживания — это группа практикующих врачей и других медицинских специалистов. Ее работу оплачивает федеральное правительство. Эта организация проверяет качество медицинской помощи людям, включенным в программу Medicare, и способствует повышению качества обслуживания. Дополнительную информацию об Организации повышения качества обслуживания см. в разделе F главы 2, стр. 34.

Организация повышения качества обслуживания в штате Калифорния называется Livanta. Номер телефона Livanta: 1-877-588-1123 (телетайп: 1-855-887-6668).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Глава 10. Завершение вашего участия в нашем страховом плане Cal MediConnect

---

### Введение

В этой главе говорится о том, как вы можете выйти из нашего плана, действующего по программе Cal MediConnect, и о том, какую медицинскую страховку вы можете получить после выхода из нашего плана. Если вы откажетесь от нашего плана, вы по-прежнему останетесь участником программ Medicare и Medi-Cal, пока будете соответствовать критериям участия в этих программах. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

### Содержание

|  |     |
|--|-----|
| A. Когда вы можете закончить свое участие в нашем страховом плане Cal MediConnect.....                                       | 301 |
| B. Как закончить свое участие в нашем плане Cal MediConnect .....  | 302 |
| C. Как вступить в другой план Cal MediConnect .....  | 303 |
| D. Как получать услуги Medicare и Medi-Cal отдельно.....   | 303 |
| D1. Способы получения услуг Medicare .....   | 303 |
| D2. Как получить свои услуги Medi-Cal .....  | 307 |
| E. Продолжайте получать свои медицинские услуги и лекарства в рамках нашего плана, пока вы не выйдете из него .....          | 307 |
| F. Другие ситуации, в которых ваше участие в нашем плане Cal MediConnect прекращается .....                                  | 308 |
| G. Правила, запрещающие просить вас прекратить участие в плане Cal MediConnect по причине, связанной с вашим здоровьем ..... | 310 |
| H. Ваше право подать жалобу, если мы исключим вас из нашего плана .....  | 310 |
| I. Как получить дополнительную информацию о прекращении участия в плане .....  | 310 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **А. Когда вы можете закончить свое участие в нашем страховом плане Cal MediConnect**

Участие в плане Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) можно прекратить в любое время в течение года, став участником другого плана Medicare Advantage или Cal MediConnect либо перейдя на программу Original Medicare.

Обычно вы перестаете быть участником нашего плана в последний день того месяца, в который мы получили ваш запрос на переход в другой план. Например, если мы получили ваш запрос 18 января, наш план перестанет предоставлять вам страховое покрытие 31 января. Ваше новое покрытие начнется в первый день следующего месяца (в этом примере — 1 февраля).

Когда вы закончите свое участие в нашем плане, вы будете зарегистрированы в плане управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal по вашему выбору для получения услуг Medi-Cal, если вы не выберете другой план Cal MediConnect. Существует несколько вариантов страхового покрытия по программе Medicare, которые вы можете выбрать, если решили выйти из нашего плана. Если вы прекратите участие в нашем плане, вам будет полезна следующая информация:

- варианты страхового покрытия по программе Medicare (таблица в разделе D1 на стр. 304);
- услуги Medi-Cal в разделе D2 на стр. 307.

Чтобы получить дополнительную информацию о том, как завершить участие в плане, можно позвонить в такие организации:

- отдел обслуживания участников плана, телефон 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.
- в организацию Health Care Options по телефону 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователи телетайпа могут звонить по номеру 1-800-430-7077.
- в Программу помощи по вопросам медицинского страхования штата (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), Программу консультирования и защиты прав участников планов медицинского страхования штата Калифорния (NICAP) по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем регионе, воспользуйтесь веб-сайтом [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).

- в программу омбудсмена Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077 с понедельника по пятницу, с 9:00 до 17:00. Пользователи телетайпа могут звонить по номеру 1-855-847-7914.
- в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телетайпом, звоните по номеру 1-877-486-2048.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы участвуете в программе контроля приема лекарств, возможно, вы не сможете сменить план. См. раздел G главы 5 (стр. 162) для получения информации о программах контроля приема лекарств.

---

## В. Как закончить свое участие в нашем плане Cal MediConnect

Если вы решите отказаться от наших услуг, сообщите в программу Medi-Cal или Medicare о том, что вы решили выйти из плана Health Net Cal MediConnect:

- Позвоните в организацию Health Care Options по телефону 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. При использовании телетайпа набирайте 1-800-430-7077; **ИЛИ**
- Звоните в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Пользователи телетайпа (люди с нарушениями слуха или речи) могут звонить по номеру 1-877-486-2048. Позвонив по номеру 1-800-MEDICARE, вы также можете договориться о включении в другой план медицинского страхования или покрытия расходов на лекарства, действующий по программе Medicare. Более подробную информацию о получении услуг Medicare после выхода из нашего плана см. в таблице на стр. 304.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## С. Как вступить в другой план Cal MediConnect

Если вы хотите, чтобы страховое покрытие медицинского обслуживания по программам Medicare и Medi-Cal вам по-прежнему предоставлял один страховой план, вы можете стать участником другого плана по программе Cal MediConnect.

Для того чтобы стать участником другого плана, действующего по программе Cal MediConnect, нужно сделать следующее:

- Звоните в организацию Health Care Options по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователи телетайпа могут звонить по номеру 1-800-430-7077. Скажите, что вы хотите перейти из плана Health Net Cal MediConnect в другой план, действующий по программе Cal MediConnect. Если вы не знаете, какой план выбрать, вам расскажут о других планах, которые действуют по вашему месту жительства.

Предоставление покрытия по плану Health Net Cal MediConnect прекращается в последний день месяца, в котором мы получили ваш запрос.

---

## D. Как получать услуги Medicare и Medi-Cal отдельно

Если вы вышли из плана Health Net Cal MediConnect и не хотите быть участником другого плана, действующего по программе Cal MediConnect, то после выхода из нашего плана вы будете получать страховое покрытие по программам Medicare и Medi-Cal отдельно.

### D1. Способы получения услуг Medicare

Вы можете выбрать, каким образом вы будете получать страховое покрытие по программе Medicare.

Существует три варианта получения страхового покрытия по программе Medicare. Выбирая один из этих вариантов, вы автоматически прекращаете участие в нашем страховом плане 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. Звонки бесплатные. **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 всестороннего ухода для пожилых (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</b></p> <p><b>Продолжение этой таблицы см. на следующей странице.</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. Если вы пользуетесь телетайпом, звоните по номеру 1-877-486-2048.</p> <p>Если у вас есть вопросы по Программе всестороннего ухода для пожилых, 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 и защиты прав для участников планов медицинского страхования 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 веб-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, как только страховое покрытие вам начнет предоставлять ваш новый план.</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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



|   |   |
|---|---|
| <p><b>(продолжение)</b></p> <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>Продолжение этой таблицы см. на следующей странице.</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. Если вы пользуетесь телетайпом, звоните по номеру 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 и защиты прав для участников планов медицинского страхования 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 веб-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, как только страховое покрытие вам начнет предоставлять программа 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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



(продолжение)

**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 из другого источника, например от работодателя или профсоюза. Если у вас есть вопросы о необходимости страховки, покрывающей лекарства по рецепту, звоните в Программу консультирования и защиты прав для участников планов медицинского страхования 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 веб-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. Если вы пользуетесь телетайпом, звоните по номеру 1-877-486-2048.

Если вам нужна помощь или требуется дополнительная информация:

- Звоните в Программу консультирования и защиты прав для участников планов медицинского страхования 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 веб-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 вам начнет предоставлять программа Original Medicare.

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## D2. Как получить свои услуги 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.

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.

- Звоните в организацию Health Care Options по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователи телетайпа могут звонить по номеру 1-800-430-7077. Скажите, что вы хотите перейти с плана Health Net Cal MediConnect на план управляемого медицинского обслуживания, действующий по программе Medi-Cal. Если вы не знаете, какой план выбрать, вам расскажут о других планах, которые действуют по вашему месту жительства.

Когда вы закончите свое участие в нашем плане Cal MediConnect, вы получите новую карточку участника плана, новый *Справочник участника плана* и новый *Указатель поставщиков услуг и аптек* для страхового покрытия Medi-Cal.

---

## E. Продолжайте получать свои медицинские услуги и лекарства в рамках нашего плана, пока вы не выйдете из него

Если вы прекращаете участие в плане Health Net Cal MediConnect, может пройти некоторое время, прежде чем ваше участие в нем будет завершено и начнет действовать ваше новое покрытие по программам Medicare и Medi-Cal. Дополнительную информацию см. в разделе A на стр. 301. В этот период вы будете продолжать получать медицинское обслуживание и лекарства через наш план.

- **Вы должны получать лекарства по рецепту в сотрудничающих с нашим планом аптеках.** Обычно лекарства, отпускаемые по рецепту, покрываются только в том случае, когда они выданы в сотрудничающей с нашим планом аптеке, в том числе с использованием услуги доставки по почте.
- **Если вы госпитализированы в день прекращения вашего участия в нашем плане, ваше пребывание в больнице до выписки обычно покрывает наш план Cal MediConnect.** Покрытие нашего плана применяется, даже если вас выпишут после начала действия вашего нового страхового покрытия медицинского обслуживания.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Ф. Другие ситуации, в которых ваше участие в нашем плане Cal MediConnect прекращается

План Health Net Cal MediConnect должен исключить вас из числа своих участников в указанных ниже случаях.

- Прекращение страхового покрытия по программам Medicare Part A и Part B.
- Вы больше не имеете права на страховое покрытие по программе Medi-Cal. Наш план предназначен для людей, имеющих право на программу Medicare и программу Medi-Cal одновременно. Штат Калифорния или программа Medicare исключит вас из плана Health Net Cal MediConnect. После этого вы вернетесь в программу Original Medicare. Если вы получаете дополнительную помощь для оплаты лекарств по рецепту в рамках программы Medicare Part D, центры CMS автоматически включают вас в план, покрывающий расходы на лекарства по рецепту в рамках программы Medicare. Если позднее вы снова получите право на участие в программе Medi-Cal и захотите вновь стать участником плана Health Net Cal MediConnect, позвоните в организацию Health Care Options по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. При использовании телетайпа набирайте 1-800-430-7077. Сообщите, что хотите возобновить участие в Health Net Cal MediConnect.
- Вы переезжаете из нашей зоны обслуживания.
- Вы уехали из нашей зоны обслуживания на более чем шесть месяцев.
  - Если вы переезжаете или надолго уезжаете, вы должны позвонить в наш отдел обслуживания и выяснить, находится ли то место, куда вы едете, в нашей зоне обслуживания.
- Вы попали в тюрьму за уголовное преступление.
- Вы солгали нам или предоставили неполную информацию о других имеющихся у вас страховках, предоставляющих страховое покрытие лекарств по рецепту.
- Если вы не гражданин Соединенных Штатов Америки или нелегально проживаете в Соединенных Штатах.
  - Вы должны быть гражданином Соединенных Штатов Америки или легально проживать в Соединенных Штатах.
  - Если у вас нет прав оставаться участником плана по этой причине, Центры служб программ Medicare и Medicaid (CMS) уведомят нас об этом.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Если вы не отвечаете этим требованиям, мы должны исключить вас из списка участников плана.

Если у вас нет права оставаться участником программы Medi-Cal или обстоятельства изменились таким образом, что у вас нет возможности дальше оставаться участником программы Cal MediConnect, вы имеете право получать страховое покрытие от программы Health Net Cal MediConnect в течение последующих двух месяцев. Этого дополнительного времени будет достаточно для того, чтобы исправить информацию о вашем праве на участие в программе, если вы по-прежнему считаете, что имеете на это право. Мы пришлем вам письмо с информацией об изменениях условий предоставления разрешенного страхового покрытия и инструкциями об исправлении информации о ваших правах.

- Для того чтобы оставаться участником программы Health Net Cal MediConnect, вам следует вновь получить право участника до наступления последнего дня двухмесячного периода.
- Если вы не получите право участника до наступления последнего дня двухмесячного периода, нам придется исключить вас из списка участников программы Health Net Cal MediConnect.

Мы не можем исключить вас из нашего плана по приведенным ниже причинам, не получив предварительно разрешение программ Medicare и Medi-Cal:

- Если при включении в план вы преднамеренно сообщили нам ложную информацию, влияющую на ваше право быть участником нашего плана.
- Если вы своим поведением регулярно мешаете нам работать и затрудняете нам деятельность по оказанию медицинской помощи вам и другим нашим клиентам.
- Вы позволяете другому лицу получать медицинскую помощь по вашей карточке участника нашего плана.
  - Если мы исключаем вас из нашего плана по этой причине, программа Medicare может поручить расследование вашего случая главному инспектору.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## **G. Правила, запрещающие просить вас прекратить участие в плане Cal MediConnect по причине, связанной с вашим здоровьем**

Если вы считаете, что вас просят прекратить участие в плане по причине, связанной со здоровьем, вам следует **позвонить в Medicare** по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании телетайпа набирайте 1-877-486-2048. Линия работает круглосуточно и без выходных.

Вам следует также **позвонить в программу омбудсмана Cal MediConnect** по телефону 1-855-501-3077 с понедельника по пятницу, с 9:00 до 17:00. Пользователи телетайпа могут звонить по номеру 1-855-847-7914.

---

## **H. Ваше право подать жалобу, если мы исключим вас из нашего плана**

Если мы исключим вас из нашего плана Cal MediConnect, мы должны будем в письменном виде сообщить вам причины этого своего решения. Кроме того, мы должны объяснить, как вы можете подать жалобу на наше решение об исключении вас из плана. Информацию о том, как подать жалобу, см. также в разделе J главы 9, стр. 292.

---

## **I. Как получить дополнительную информацию о прекращении участия в плане**

Если у вас есть вопросы или если вам нужна дополнительная информация о том, когда мы можем исключить вас из плана:

- Позвоните в отдел обслуживания участников плана 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.
- Звоните в организацию Health Care Options по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователи телетайпа могут звонить по номеру 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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- Звоните в Программу консультирования и защиты прав для участников планов медицинского страхования (HICAP) штата Калифорния 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, посетите веб-сайт [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).
- Звоните в программу омбудсмана Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077 с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00. Пользователи телетайпа могут звонить по номеру 1-855-847-7914.
- Звоните в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телетайпом, звоните по номеру 1-877-486-2048.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Глава 11. Предусмотренные законом уведомления

---

### Введение

В эту главу включены предусмотренные законом уведомления, которые применяются к вашему участию в плане Health Net Cal MediConnect. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

### Содержание

|   |     |
|---|-----|
| A. Уведомление о соблюдении законов .....   | 313 |
| B. Уведомление о недопущении дискриминации.....   | 313 |
| C. Уведомление о том, что Medicare является вторым плательщиком, а Medi-Cal является плательщиком последней инстанции ..... | 314 |
| D. Независимые подрядчики .....   | 314 |
| E. Мошенничество в отношении медицинского страхового плана.....   | 315 |
| F. Обстоятельства, не зависящие от плана Health Net Cal MediConnect .....   | 315 |

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## А. Уведомление о соблюдении законов

Этот *Справочник участника плана* составлен в соответствии со многими применимыми законами. От них зависят ваши права и обязанности, даже если применимые законы не упомянуты или не объяснены в этом справочнике. Большинство это федеральные законы, регулирующие работу программ Medicare и Medi-Cal. Кроме того, применимыми могут быть другие федеральные законы и законы штата.

---

## В. Уведомление о недопущении дискриминации

Все компании и агентства, сотрудничающие с программами Medicare и Medi-Cal, должны соблюдать законы, защищающие вас от дискриминации и несправедливости. Мы не допускаем дискриминации и не меняем своего отношения к вам на основании вашего возраста, поданных ранее страховых требований, цвета кожи, этнической принадлежности, доказательств страховой приемлемости, гендера, генетической информации, географического положения в пределах зоны обслуживания, состояния здоровья, истории болезни, умственных или физических ограничений, национального происхождения, расы, религии или пола. Кроме того, мы не допускаем дискриминации и не меняем своего отношения к вам на основании вашего происхождения, семейного положения, гендерной самоидентификации и сексуальной ориентации.

Ниже указано, куда обращаться для получения дополнительной информации или в случае опасений по поводу дискриминации либо несправедливого отношения.

- Звоните в Управление по гражданским правам при Департаменте здравоохранения и социальных служб по телефону 1-800-368-1019. Пользователи телетайпа могут звонить по номеру 1-800-537-7697. Дополнительную информацию также можно получить на веб-сайте [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).
- Обращайтесь в местное отделение Управления по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) по следующему адресу:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Телефон: 1-800-368-1019  
Телетайп: 1-800-537-7697  
Факс: 1-202-619-3818

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Если в связи с ограниченностью ваших возможностей вам требуется помощь при получении обслуживания или обращении к поставщику услуг, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Если вы хотите пожаловаться, например на проблему с доступом в медицинское учреждение для лиц, использующих инвалидные коляски, отдел обслуживания участников плана может вам помочь.

---

## **C. Уведомление о том, что Medicare является вторым плательщиком, а Medi-Cal является плательщиком последней инстанции**

В некоторых случаях за предоставляемое нами обслуживание сначала должно платить другое лицо. Например, если вы попали в автомобильную аварию или получили травму на работе, первой за ваше лечение платит автомобильная страховка или страховка, обеспечивающая компенсацию пострадавшим на рабочем месте (Workers Compensation).

Наши права и обязанности включают взыскание с первичного плательщика средств на покрываемые программой Medicare услуги, если программа Medicare не является первичным плательщиком.

Программа Cal MediConnect действует в соответствии с законами штата и федеральными законами, устанавливающими ответственность третьих сторон за предоставление участникам медицинского обслуживания. Мы предпринимаем все возможные усилия к тому, чтобы программа Medi-Cal была последним плательщиком, покрывающим ваше медицинское обслуживание.

---

## **D. Независимые подрядчики**

Отношения плана Health Net Cal MediConnect с любым сотрудничающим поставщиком услуг представляют собой отношения с независимым подрядчиком. Сотрудничающие с планом поставщики услуг не являются ни сотрудниками, ни представителями Health Net. Компания Health Net и ее сотрудники не являются ни сотрудниками, ни представителями сотрудничающего с планом поставщика услуг. Ни при каких обстоятельствах компания Health Net не несет ответственность за халатность, ошибки и невнимательность как сотрудничающих, так и не сотрудничающих с ней поставщиком медицинских услуг. Отношения врач-пациент с участником плана поддерживают сотрудничающие с компанией Health Net врачи, но не сама компания. Компания Health Net не оказывает медицинскую 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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## Е. Мошенничество в отношении медицинского страхового плана

**Мошенничество в отношении плана медицинского обслуживания — это злонамеренный обман плана или введение его в заблуждение поставщиком услуг, участником, сотрудником либо любым лицом, действующим от их имени. Мошенничество преследуется как уголовное преступление. Любое лицо, которое умышленно и сознательно участвует в деятельности, направленной на обман медицинского страхового плана, например подает жалобу, содержащую ложное или вводящее в заблуждение заявление, виновно в мошенничестве в отношении медицинского страхового плана.**

Если у вас вызывают сомнения позиции в счете или в Разъяснении страховых выплат (Explanation of Benefits), если вам известно о чьей-либо незаконной деятельности или вы подозреваете кого-либо, позвоните нам по бесплатной горячей линии для сообщений о мошенничестве, телефон 1-800-977-3565 (телетайп: 711). Горячая линия для сообщений о мошенничестве работает круглосуточно, без выходных и праздников. Все звонки строго конфиденциальны.

---

## Г. Обстоятельства, не зависящие от плана Health Net Cal MediConnect

В той мере, в которой стихийные бедствия, военные действия, нарушения общественного спокойствия, массовые беспорядки, эпидемии, полное или частичное разрушение учреждений, атомные взрывы и иные виды высвобождения ядерной энергии, нетрудоспособность значимого персонала медицинской группы, чрезвычайные положения или другие подобные обстоятельства, не зависящие от нашего плана, приводят к тому, что учреждения или персонал Health Net не могут предоставлять либо организовывать услуги или страховое покрытие, предоставляемые в соответствии с настоящим *Справочником участника плана*, обязательства компании Health Net предоставлять такие услуги или страховое покрытие ограничиваются требованием, чтобы компания Health Net добросовестно прилагала все усилия для предоставления либо организации предоставления таких услуг или страхового покрытия с учетом имеющихся у учреждений возможностей и доступности персонала.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Глава 12. Определения важных терминов

---

### Введение

В эту главу включены ключевые термины, используемые во всем *Справочнике участников плана*, с их определениями. Если вы не можете найти нужный термин или вам нужна дополнительная информация, кроме указанного определения, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Повседневные действия (Activities of daily living, ADL)** — действия, выполняемые ежедневно, например прием пищи, использование туалета, одевание, купание или чистка зубов.

**Оплата обслуживания в период ожидания** — ваше страховое покрытие остается действительным, пока вы ждете решения по апелляции 1-го уровня или результатов рассмотрения органами власти штата (для получения дополнительной информации см. раздел E3 главы 9, стр. 242). Такое продолжающееся страховое покрытие называется «оплата обслуживания в период ожидания».

**Амбулаторный хирургический центр** — учреждение, которое проводит амбулаторные хирургические операции пациентам, не нуждающимся в стационарном лечении, а также пациентам, которым, предположительно, не требуется более 24 часов ухода.

**Апелляция** — способ подать возражение на предпринятое нами действие, если оно кажется вам ошибочным. С помощью апелляции вы можете попросить нас изменить свое решение о страховом покрытии. Подробно об апелляциях и о том, как их подавать, см в разделе D главы 9, стр. 233.

**Психическое здоровье и отсутствие патологических зависимостей** — общий термин, применяемый относительно психических нарушений и лекарственной, наркотической или алкогольной зависимостей.

**Патентованные лекарства** — лекарство, отпускаемое по рецепту, которое производится и продается фармацевтической компанией, изначально разработавшей его. Патентованные лекарства содержат те же ингредиенты, что и их непатентованные аналоги. Непатентованные лекарства обычно производятся и продаются другими фармацевтическими компаниями.

**Cal MediConnect** — программа, которая обеспечивает страховое покрытие по обоим программам Medicare и Medi-Cal в рамках одного плана медицинского страхования. Вы получаете одну идентификационную карточку участника для всех ваших страховых покрытий.

**Координатор медицинского обслуживания** — основной сотрудник, который совместно с вами, планом медицинского страхования и поставщиками медицинских услуг работает над тем, чтобы вы получали необходимое медицинское обслуживание.

**План медицинского обслуживания** — См. пункт «Индивидуальный план медицинского обслуживания».

**Дополнительные услуги плана медицинского обслуживания (услуги CPO, Care Plan Optional)** — дополнительные услуги, которые вы можете получить по своему индивидуальному плану медицинского обслуживания (ICP). Эти услуги не предназначены для замены длительного обслуживания и поддержки, на которые у вас есть право по программе Medi-Cal.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





**Группа медицинского обслуживания** — см. пункт «Многопрофильная группа медицинского обслуживания».

**Этап покрытия по достижении максимального уровня расходов** — этап страхового покрытия лекарств по программе Part D, во время которого план полностью оплачивает ваши лекарства до конца года. Этот этап начинается, когда ваши расходы на лекарства по рецептам достигают \$7,050.

**Центры служб программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)** — федеральное агентство, управляющее деятельностью программы Medicare. В разделе G главы 2 (стр. 35) объясняется, как вы можете связаться с CMS.

**Службы помощи взрослым по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS)** — программа амбулаторного обслуживания в учреждениях, обеспечивающая квалифицированный сестринский уход, социальное обслуживание, эрготерапию и логопедическое лечение, индивидуальный уход, обучение и поддержку семьи больного или ухаживающего за ним лица, диетологические услуги, транспортные и другие услуги. Получать обслуживание по этой программе могут участники, соответствующие определенным критериям.

**Жалоба** — письменное или устное заявление о том, что у вас возникли проблемы или затруднения с покрываемыми услугами или уходом. Такие проблемы могут быть связаны с качеством обслуживания и ухода, с сотрудничающими с планом поставщиками услуг или аптеками. Официальный вариант понятия «подать жалобу» — это «обратиться с претензией».

**Центр комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF)** — учреждение, которое главным образом предоставляет услуги по реабилитации пациентов после болезни, несчастного случая или серьезной операции. Помимо прочих, к числу таких услуг относятся физиотерапия и лечебная физкультура, социальная и психологическая реабилитация, дыхательная терапия, эрготерапия, логопедическое лечение и оценка соответствия жилья потребностям пациента.

**Доплата** — фиксированная сумма, которую вы вносите как свою часть оплаты всякий раз, когда получаете определенные лекарства по рецепту. Например, вы можете доплачивать за лекарство по рецепту \$2 или \$5.

**Участие в оплате** — суммы, которые вы должны заплатить, когда получаете определенные лекарства, отпускаемые по рецепту. К участию в оплате относится и доплата.

**Уровень участия в оплате** — группа лекарств с одинаковой суммой доплаты. Каждый препарат в *Перечне покрываемых лекарств* (также называемом Перечнем лекарств) относится к одному из трех уровней участия в оплате. Как правило, чем выше уровень участия в оплате, тем больше ваши расходы на 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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Решение о страховом покрытии** — решение о том, каким будет страховое покрытие. Это могут быть решения, касающиеся покрываемых лекарств и услуг или суммы, которую мы заплатим за ваше медицинское обслуживание. В разделе D главы 9 (стр. 233) объясняется, как вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии.

**Покрываемые лекарства** — термин, который мы используем для обозначения всех лекарств, отпускаемых по рецепту и без рецепта (ОТС), которые покрывает наш план.

**Покрываемые услуги** — общий термин, который мы используем для обозначения всех медицинских услуг, длительного обслуживания и поддержки, принадлежностей, лекарств, отпускаемых по рецепту и без рецепта, оборудования и других услуг, которые покрывает наш план.

**Обучение компетентности в вопросах культуры** — обучение, во время которого нашим поставщикам медицинских услуг предоставляются дополнительные инструкции, помогающие им лучше понимать вашу культурную среду, ценности и убеждения, чтобы адаптировать оказываемые услуги в соответствии с вашими социальными, культурными и языковыми потребностями.

**Суточная сумма участия в оплате** — сумма, которая может применяться, если ваш врач выписывает вам определенные лекарства на срок менее одного полного месяца и вы должны доплатить за них. Суточная сумма участия в оплате рассчитывается как месячная сумма доплаты, разделенная на число дней, на которое лекарство выписано.

Пример. Скажем, доплата за ваш препарат на полный месяц (30-дневный запас) составляет \$1.35. Это означает, что вы платите за это лекарство меньше \$0.05 в день. Если вы получаете 7-дневный запас лекарства, ваш платеж будет рассчитан так: сумма менее \$0.05 в день умножается на 7 дней, и общая сумма оплаты составит менее \$0.35.

**Департамент здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS)** — департамент штата Калифорния, который руководит работой программы Medicaid (в штате Калифорния она называется Medi-Cal). В этом справочнике название этого департамента обычно заменяется на слово «штат».

**Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC)** — департамент штата Калифорния, регулирующий осуществление планов медицинского страхования. Департамент DMHC помогает участникам плана Cal MediConnect с апелляциями и жалобами по поводу услуг, предоставляемых по программе Medi-Cal. Кроме того, департамент DMHC проводит независимые медицинские экспертизы (IMR).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Прекращение участия** — процесс прекращения вашего участия в нашем плане. Прекращение участия может быть добровольным (по вашему решению) или принудительным (независимо от вашего решения).

**Уровни лекарств** — группы лекарств в нашем Перечне лекарств. Примеры уровней лекарств: непатентованные, патентованные и лекарства, отпускаемые без рецепта (ОТС). Каждое лекарство из Перечня лекарств относится к одному из трех уровней.

**Медицинское оборудование длительного пользования (Durable medical equipment, DME)** — определенные приспособления, которые ваш врач выписывает вам для использования на дому. К таким приспособлениям относятся: инвалидные коляски, костыли, ортопедические матрасы, принадлежности для диабетиков, больничные кровати, назначенные поставщиком услуг для использования в домашних условиях, в/в инфузионные насосы, устройства для речевой генерации, кислородное оборудование и принадлежности, ингаляторы и ходунки.

**Экстренная ситуация** — ситуация, при которой вы или любой другой человек, не имеющий медицинского образования, имеете основания считать, что ваши симптомы требуют немедленной медицинской помощи и что в противном случае возможны смерть либо потеря части тела или ее функции. К таким симптомам может относиться серьезная травма или сильная боль.

**Экстренная помощь** — покрываемые услуги, оказанные в экстренной ситуации при необходимости экстренной медицинской помощи или для обеспечения психического здоровья и отсутствия патологических зависимостей поставщиком услуг, обученным оказывать экстренную помощь.

**Исключение** — разрешение на получение страхового покрытия лекарства, которое мы обычно не покрываем, или отмена определенных правил и ограничений, действующих для определенного лекарства.

**Extra Help (Дополнительная помощь)** — программа в рамках Medicare, которая помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами сокращать расходы на лекарства по рецепту, предоставляемые по программе Medicare Part D, включая страховые взносы, безусловные франшизы и доплаты. Эту дополнительную помощь также называют «субсидией при низком доходе» (LIS).

**Непатентованное лекарство** — лекарство по рецепту, которое федеральное правительство разрешило использовать вместо патентованного лекарства. Непатентованные лекарства имеют те же ингредиенты, что и патентованные. Обычно они действуют так же хорошо, как и патентованные лекарства, но стоят дешевле.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Претензия** — жалоба на нас, сотрудничающего с планом поставщика услуг или аптеку. Можно подать жалобу на качество ухода или услуг, предоставляемых вашим планом медицинского страхования.

**Программа консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)** — программа, предоставляющая бесплатную и объективную информацию, а также консультирование по программе Medicare. В разделе Е главы 2 (стр. 33) указано, как связаться с HICAP.

**План медицинского обслуживания** — организация, состоящая из врачей, больниц, аптек, поставщиков долгосрочных и других услуг. Кроме того, в плане предусмотрены координаторы медицинского обслуживания, помогающие организовывать работу ваших поставщиков медицинских услуг и все ваше медицинское обслуживание. Все они совместно работают над тем, чтобы вы получали необходимую помощь.

**Оценка состояния здоровья** — рассмотрение истории болезни и оценка текущего состояния пациента. Позволяет оценить состояние здоровья пациента и спрогнозировать, как оно может измениться в будущем.

**Медицинская сиделка на дому** — лицо, предоставляющее услуги, для оказания которых не требуются навыки лицензированной медицинской сестры или врача. Это может быть, например, индивидуальный уход (купание, посещение туалета, одевание, помощь в выполнении назначенных упражнений). У сиделки нет лицензии медицинской сестры; она не проводит лечение.

**Хоспис** — программа по уходу и поддержке, помогающая людям с неизлечимыми заболеваниями жить комфортно. Под неизлечимым заболеванием подразумевается болезнь, при которой, как ожидается, человеку осталось жить не более шести месяцев.

- Выбрать хосписное обслуживание может участник плана с неизлечимым заболеванием.
- Такой больной получает комплексное обслуживание. Работающие с ним специалисты и сиделки облегчают ему физические и эмоциональные страдания и обеспечивают его социальные и духовные потребности.
- План Health Net Cal MediConnect должен предоставить такому больному список поставщиков, оказывающих хосписное обслуживание неподалеку от места проживания участника плана.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Неправильное/несоответствующее выставление счета** — ситуация, при которой поставщик услуг (врач или медицинское учреждение) выставляет вам счет на сумму, которая больше, чем установленное планом участие в оплате услуг. Предъявляйте свою идентификационную карточку участника плана Health Net Cal MediConnect, когда вы получаете обслуживание или лекарства по рецепту. Если вы получили непонятный вам счет, позвоните в отдел обслуживания участников плана.

Вы ничего не должны доплачивать, так как план Health Net Cal MediConnect оплачивает полную стоимость обслуживания, получаемого вами. Поставщики услуг не должны выставлять вам счета за это обслуживание.

**Независимая медицинская экспертиза (Independent Medical Review, IMR)** — если мы отказали вам в медицинском обслуживании или лечении, вы можете подать нам апелляцию. Если вы не согласны с нашим решением и ваша проблема связана с обслуживанием по программе Medi-Cal, в том числе с принадлежностями для оборудования длительного пользования (DME) и лекарствами, вы можете попросить Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния провести независимую медицинскую экспертизу (IMR). Независимую медицинскую экспертизу (IMR) проводят врачи, не сотрудничающие с нашим страховым планом. Если решение по независимой медицинской экспертизе (IMR) будет в вашу пользу, мы должны предоставить вам обслуживание или лечение, которое вы просите. Вы ничего не платите за проведение независимой медицинской экспертизы (IMR).

**Индивидуальный план медицинского обслуживания (Individualized Care Plan, ICP; план обслуживания)** — план, в котором для вас предусмотрены определенные услуги и правила их получения. Ваш план может включать медицинское обслуживание, услуги для обеспечения психического здоровья и отсутствия патологических зависимостей, а также длительное обслуживание и поддержку.

**Начальный этап страхового покрытия** — это период до того, как ваши общие расходы на лекарства по программе Part D достигнут \$7,050. Сюда входят суммы, которые заплатили вы и наш план от вашего имени, а также субсидия при низком доходе. Этот этап начинается с первого в году приобретения лекарства по рецепту. На этой стадии план страхования оплачивает часть стоимости ваших лекарственных препаратов, а вы платите свою долю.

**Стационарное лечение** — лечение в больнице, если вы были официально госпитализированы для получения квалифицированной медицинской помощи. Если вы не были официально помещены в больницу в качестве стационарного пациента, вы можете считаться амбулаторным пациентом, даже если вы провели в больнице ночь.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Многопрофильная группа медицинского обслуживания (Interdisciplinary Care Team, ICT; группа медицинского обслуживания)** — группа обслуживания, включающая врачей, медицинских сестер, консультантов и других специалистов в области здравоохранения, оказывающих вам помощь. Кроме того, группа медицинского обслуживания вместе с вами составляет план медицинского обслуживания.

**Перечень покрываемых лекарств (Перечень лекарств)** — список лекарств, отпускаемых по рецепту и без рецепта (ОТС), которые покрывает наш план. Составлять этот перечень плану помогают врачи и фармацевты. Из Перечня лекарств можно узнать, распространяются ли на ваши лекарства какие-то правила. Перечень лекарств также называется Перечнем покрываемых лекарств.

**Длительное обслуживание и поддержка (Long-term services and supports, LTSS)** — к длительному обслуживанию и поддержке относятся услуги, которые позволяют улучшить состояние при хронических заболеваниях. Большинство этих услуг призваны помочь вам жить дома, вместо того чтобы лечь в больницу или в центр сестринского ухода. К LTSS относятся службы помощи взрослым по месту жительства (CBAS) и центры сестринского ухода / вспомогательные учреждения экстренной медицинской помощи (NF/SCF).

**Субсидия при низком доходе (Low-income subsidy, LIS)** — см. пункт «Extra Help (Дополнительная помощь)».

**Medi-Cal** — это название программы Medicaid, действующей в штате Калифорния. Программу Medi-Cal предоставляет штат. Программа финансируется штатом и федеральным правительством.

- Она помогает людям с ограниченными средствами и доходами платить за лечение, длительное обслуживание и поддержку.
- Она охватывает дополнительные услуги и некоторые лекарства, не покрываемые программой Medicare.
- Программы Medicaid различаются в зависимости от штата, но вам покрывают большинство видов медицинских услуг, если у вас есть программы Medicare и Medicaid одновременно.
- Для получения информации о том, как связаться с Medi-Cal, см. раздел Н главы 2, стр. 36.

**Планы Medi-Cal** — планы, предоставляющие страховое покрытие только по программе Medi-Cal, в том числе покрывающие длительное обслуживание и поддержку, расходы на медицинское оборудование и транспортные услуги. Страховое покрытие по программе Medicare предоставляется отдельно.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





**Необходимость по медицинским показаниям** — этот термин описывает услуги, принадлежности или лекарства, необходимые для предотвращения, диагностики либо лечения вашего заболевания или для поддержания вашего текущего состояния здоровья. К данному понятию относится также уход, позволяющий вам избежать помещения в больницу или центр сестринского ухода. Кроме того, обслуживание, принадлежности и лекарства должны отвечать требованиям стандартов медицинской помощи.

Необходимость по медицинским показаниям относится ко всем покрываемым видам обслуживания, использование которых рационально обосновано и необходимо для спасения жизни, предупреждения серьезной болезни или инвалидности либо для облегчения сильной боли посредством диагностики и лечения болезни или травмы.

**Программа Medicare** — федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше; людей младше 65 лет, имеющих некоторые виды инвалидности; людей с конечной стадией почечной недостаточности (необратимой потерей функции почек, при которой требуется проведение диализа или пересадка почки). Участники программы Medicare могут получить медицинское страховое покрытие Medicare, используя обычный план Original Medicare или план управляемого лечения (см. «План медицинского обслуживания»).

**План Medicare Advantage** — программа Medicare, называемая также Medicare Part C или планами МА, которая предлагает планы медицинского страхования через частные компании. Medicare оплачивает этим компаниям предоставление вам страхового покрытия Medicare.

**Услуги, покрываемые по программе Medicare,** — услуги, покрываемые по программам Medicare Part A и Part B. Все планы медицинского страхования Medicare, включая наш план, должны покрывать все услуги, покрываемые по программам Medicare Part A и Part B.

**Участник программ Medicare и Medi-Cal (с правом участия в двух программах)** — лицо, имеющее право на страховое покрытие по программам Medicare и Medi-Cal одновременно. Одновременных участников программ Medicare и Medi-Cal также называют лицами, имеющими право на участие в двух программах.

**Программа Medicare Part A** — программа Medicare, которая покрывает наиболее необходимое по медицинским показаниям обслуживание в больнице, центре квалифицированного сестринского ухода, хосписе и на дому.

**Программа Medicare Part B** — программа Medicare, которая покрывает услуги (например, лабораторные анализы, операции и посещения врача) и принадлежности (например, инвалидные коляски и ходунки), необходимые по медицинским показаниям для лечения болезни или состояния. Кроме того, программа Medicare Part B покрывает многие виды превентивного и профилактического обслуживания.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





**Программа Medicare Part C** — программа Medicare, которая позволяет частным компаниям медицинского страхования предоставлять страховое покрытие Medicare через план Medicare Advantage.

**Программа Medicare Part D** — программа Medicare, предоставляющая страховое покрытие лекарств по рецепту. (Кратко мы называем ее «программа Part D».) Программа Part D покрывает лекарства по рецепту, предназначенные для амбулаторного лечения, прививки и некоторые принадлежности, не покрываемые по программам Medicare Part A, Medicare Part B или Medi-Cal. План Health Net Cal MediConnect включает страховое покрытие по программе Medicare Part D.

**Лекарства по программе Medicare Part D** — лекарства, покрываемые по программе Medicare Part D. Некоторые категории лекарств были исключены Конгрессом из страхового покрытия по программе Part D. Некоторые из таких лекарств покрывает программа Medi-Cal.

**Участник (участник нашего плана или участник плана)** — лицо, включенное в программы Medicare и Medi-Cal и имеющее право получать покрываемые нашим планом услуги, которое было включено в наш план и чье включение в наш план было подтверждено Центрами служб программ Medicare и Medicaid (CMS) и штатом.

**Справочник участника плана и условия предоставления страхового покрытия** — этот документ, а также ваша форма включения в число участников и любые другие приложения или дополнения, которые описывают предоставляемое вам страховое покрытие, наши обязанности, а также ваши права и обязанности в качестве участника нашего плана.

**Отдел обслуживания участников плана** — отдел в нашем плане, ответственный за ответы на ваши вопросы об участии в плане, покрываемом обслуживании, претензиях и апелляциях. Информацию о том, как связаться с нашим отделом обслуживания участников плана, см. в разделе А главы 2, стр. 24.

**Сотрудничающая с планом аптека** — аптека, которая согласилась выдавать участникам нашего плана лекарства по рецепту. У такой аптеки есть с нашим планом договор, и мы называем ее сотрудничающей с планом аптекой. Обычно мы предоставляем вам страховое покрытие лекарства по рецепту, только если это лекарство приобретено в сотрудничающей с нашим планом аптеке.

**Сотрудничающий с планом поставщик услуг** — это общий термин для врачей, медицинских сестер и других людей, предоставляющих вам медицинские услуги и уход. Этот термин также включает больницы, агентства по медицинскому обслуживанию на дому, клиники и другие учреждения, в которых оказывают медицинские услуги, предоставляют медицинское оборудование и длительное обслуживание и поддержку.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Эти поставщики имеют лицензии или сертифицированы программой Medicare и штатом на оказание медицинских услуг.
- Когда мы говорим, что поставщики медицинских услуг сотрудничают с планом, мы имеем в виду, что они согласились сотрудничать с нашим планом медицинского страхования, принимают нашу оплату и не берут с участников нашего плана дополнительную плату.
- Поскольку вы являетесь участником нашего плана, для получения покрываемых услуг вам следует обращаться к поставщикам услуг, которые сотрудничают с планом. Поставщики услуг, сотрудничающие с планом, также называются поставщиками услуг плана.

**Центр или учреждение сестринского ухода** — учреждение, где ухаживают за людьми, которые не нуждаются в лечении в больнице, но не могут получить уход дома.

**Омбудсмен** — ведомство в вашем штате, которое выступает в качестве защитника ваших интересов. 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. Помощь омбудсмена предоставляется бесплатно. Дополнительную информацию о программе омбудсмена в рамках плана Cal MediConnect можно найти в разделе I главы 2 (стр. 37) и разделе A главы 9 (стр. 230) этого справочника.

**Решение об организации покрытия** — решение плана или одного из его поставщиков услуг о том, будет ли предоставлено страховое покрытие обслуживания и сколько вы должны платить за покрываемое обслуживание. Решения об организации покрытия в данном справочнике называются решениями о страховом покрытии. В разделе D главы 9 (стр. 233) объясняется, как вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии.

**Original Medicare (традиционная программа Medicare или Medicare для оплаты услуг)** — программа Original Medicare предоставляется правительством. Согласно условиям программы Original Medicare, услуги по программе Medicare оплачиваются врачам, больницам и другим поставщикам медицинских услуг по расценкам, установленным Конгрессом.

- Вы можете обращаться к любому врачу, в любую больницу и к любому другому поставщику медицинских услуг, если они принимают условия программы Medicare. Программа Original Medicare состоит из двух частей: Part A (страховка на больничное лечение) и Part B (медицинская страховка).
- Программа Original Medicare действует на всей территории США и на территориях, находящихся под управлением США.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Если вы не хотите оставаться участником нашего плана, вы можете перейти в программу Original Medicare.

**Аптека, не сотрудничающая с планом, —** аптека, у которой нет с нашим планом договора о предоставлении участникам нашего плана покрываемых лекарств. Обычно мы не покрываем лекарства, приобретенные в не сотрудничающих с нами аптеках. Исключения возможны только при определенных условиях.

**Поставщик услуг или учреждение, не сотрудничающие с планом, —** поставщики услуг и учреждения, которые не являются работниками плана, не принадлежат ему, не находятся под его управлением и не имеют с планом договора о предоставлении участникам плана покрываемых этим планом услуг. Информацию о поставщиках услуг и учреждениях, не сотрудничающих с планом, см. в разделе D4 главы 3, стр. 59.

**Личные расходы —** требование для участников плана участвовать в оплате, то есть оплачивать часть стоимости услуг или лекарств, которые они получают. Называется также требованием личных расходов. См. выше определение термина «участие в оплате».

**Лекарства, отпускаемые без рецепта (over-the-counter, OTC), —** это любые лекарства или препараты, которые можно купить без рецепта, выданного медицинским специалистом.

**Программа Part A —** см. пункт «Программа Medicare Part A».

**Программа Part B —** см. пункт «Программа Medicare Part B».

**Программа Part C —** см. пункт «Программа Medicare Part C».

**Программа Part D —** см. пункт «Программа Medicare Part D».

**Лекарства по программе Part D —** см. пункт «Лекарства по программе Medicare Part D».

**Личная информация о здоровье (также называется конфиденциальной медицинской информацией) (Personal health information, PHI) —** информация о вас и вашем здоровье, например ваше имя, адрес, номер социального страхования, данные о посещениях врача-терапевта и история болезни. См. Уведомление о политике конфиденциальности плана Health Net Cal MediConnect для получения дополнительной информации о том, как план Health Net Cal MediConnect защищает, использует и раскрывает вашу личную информацию о здоровье (PHI), а также сведений о ваших правах в отношении личной информации о здоровье (PHI).

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Поставщик первичного медицинского обслуживания (primary care provider, РСР)** — это врач или другой поставщик услуг, которого вы посещаете в первую очередь по большинству вопросов, связанных со здоровьем. Он следит за тем, чтобы вы получали помощь, которая поможет вам сохранить здоровье.

- Он может обсуждать ваше лечение с другими врачами и поставщиками медицинских услуг и давать вам направление к другим специалистам.
- Во многих планах медицинского страхования, действующих по программе Medicare, вы должны сначала посетить своего поставщика первичного медицинского обслуживания, прежде чем обращаться к любому другому поставщику медицинских услуг.
- О том, как получать помощь у своего поставщика первичного медицинского обслуживания, см. в разделе D главы 3, стр. 52.

**Предварительное разрешение** — прежде чем получить услугу, лекарство или обратиться к поставщику медицинских услуг, которые с нами не сотрудничают, вы должны получить разрешение от Health Net Cal MediConnect. План Health Net Cal MediConnect может не покрывать услугу или лекарство, если вы не получили разрешение.

Некоторые медицинские услуги, предоставляемые сотрудничающими с планом поставщиками, покрываются, только если ваш врач или другой сотрудничающий с планом поставщик услуг получит предварительное разрешение от нашего плана.

- Покрываемые услуги, которые требуют предварительного разрешения нашего плана, отмечены в таблице страхового покрытия (раздел D главы 4, стр. 83).

Страховое покрытие некоторых лекарств предоставляется, только если вы получили от нас предварительное разрешение.

- Покрываемые лекарства, которые требуют предварительного разрешения нашего плана, отмечены в *Перечне покрываемых лекарств*.

**Планы, действующие по программе комплексного ухода за престарелыми (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE),** — программа, которая предоставляет страховое покрытие по программам Medicare и Medi-Cal одновременно людям в возрасте 55 лет и старше, которые нуждаются в значительном объеме медицинского обслуживания для проживания дома.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Протезирование и ортопедия** — это медицинские устройства, назначенные вашим врачом или другим поставщиком медицинских услуг. Покрываемые товары включают, помимо прочего, фиксирующие устройства для руки, спины и шеи, протезы, глазные протезы, устройства, необходимые для замены внутренней части тела или функции, включая принадлежности для стомы, терапии с применением энтерального и парентерального питания.

**Организация повышения качества обслуживания (Quality improvement organization, QIO)** — это группа врачей и других медицинских специалистов, которые помогают повышать качество медицинской помощи людям, участвующим в программе Medicare. Их работу, направленную на проверку и улучшение ухода за пациентами, оплачивает федеральное правительство. Информацию о том, как связаться с организацией QIO в вашем штате, см. в разделе F главы 2, стр. 34.

**Количественные ограничения** — ограничение количества некоторых лекарств, которое вы можете получать. Ограничения могут касаться количества лекарств, которое мы покрываем по рецепту.

**Направление** — это разрешение, которое ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) должен вам дать, прежде чем вы сможете обратиться к специалисту, не являющемуся вашим PCP. Если вы не получите разрешение, план Health Net Cal MediConnect может не покрыть услуги. Вам не нужно направление, чтобы обратиться к определенным специалистам, например в женскую консультацию. Более подробную информацию о направлениях вы можете найти в разделе D главы 3 (стр. 52), об услугах, требующих направления, — в разделе D главы 4 (стр. 83).

**Реабилитационные услуги** — лечение, позволяющее вам восстановиться после болезни, несчастного случая или серьезной операции. Чтобы узнать больше о реабилитационных услугах, см. раздел D главы 4, стр. 83.

**Зона обслуживания** — географическая область, в которой план медицинского страхования принимает участников, если участие ограничено в зависимости от места проживания. В случае планов, которые требуют от своих участников обращаться только к определенным врачам и в определенные больницы, зона обслуживания обычно совпадает с зоной, в пределах которой вы получаете обычную (не экстренную) помощь. Участвовать в плане Health Net Cal MediConnect могут только лица, проживающие в нашей зоне обслуживания.

**Часть затрат** — ваша часть затрат на медицинское обслуживание, которую вам, возможно, необходимо будет платить ежемесячно до вступления в силу страхового покрытия Cal MediConnect. Сумма вашей доли затрат зависит от ваших доходов и ресурсов.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Центр квалифицированного сестринского ухода (Skilled nursing facility, SNF)** — центр сестринского ухода с персоналом и оборудованием для предоставления квалифицированного сестринского ухода, а также, как правило, квалифицированных реабилитационных услуг и прочего соответствующего медицинского обслуживания.

**Помощь в центрах квалифицированного сестринского ухода (Skilled nursing facility, SNF)** — квалифицированная сестринская помощь и реабилитационные услуги, непрерывно и ежедневно предоставляемые в центре квалифицированного сестринского ухода. Примерами помощи в центрах квалифицированного сестринского ухода являются физиотерапия и лечебная физкультура или внутривенные (в/в) инъекции, которые может выполнять дипломированная медсестра или врач.

**Специалист** — врач, который оказывает медицинское обслуживание при определенном заболевании или для определенной части тела.

**Рассмотрение органами власти штата** — если ваш врач или другой поставщик услуг запрашивает услугу в рамках программы Medi-Cal, которую мы не одобрили, или мы отказываемся продолжать оплачивать услугу в рамках Medi-Cal, которую вы уже получаете, вы имеете право попросить рассмотрения органами власти штата. Если решение по результатам рассмотрения органами власти штата будет в вашу пользу, мы должны предоставить вам обслуживание, которое вы просите.

**Поэтапное лечение** — правило предоставления покрытия, требующее от пациента сначала попробовать лечиться другим лекарством, прежде чем мы начнем покрывать лекарство, которое он хочет принимать.

**Дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI)** — пособие, которое Управление социального обеспечения ежемесячно выплачивает инвалидам, слепым и лицам в возрасте 65 лет и старше, имеющим ограниченные доходы и ресурсы. Пособия SSI отличаются от пособий по социальному обеспечению.

**Неотложная помощь** — помощь, необходимая при внезапно развившейся болезни, травме или состоянии, если экстренная помощь не требуется, но нужно как можно скорее обратиться к врачу. Неотложную помощь можно получить от поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом, когда сотрудничающие с планом поставщики услуг недоступны или вы не можете добраться до них.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





# Уведомление о недопущении дискриминации

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) соблюдает действующие федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации, отказа в обслуживании или иного отношения к людям на основании пола, расы, цвета кожи, религии, национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, ограниченных психических или физических возможностей, заболеваний, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной самоидентификации либо сексуальной ориентации.

## Health Net Cal MediConnect:

- предоставляет людям с ограниченными возможностями бесплатную помощь и услуги для эффективного общения с нами, например услуги опытных переводчиков языка жестов и печатные материалы в других форматах (напечатанные крупным шрифтом, в виде аудиозаписей, в доступных электронных и других форматах);
- 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 (округ Los Angeles), 1-855-464-3572 (округ 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 план Health Net Cal MediConnect не предоставил вам эти услуги или иным образом дискриминировал вас, вы имеете право подать претензию. Для этого позвоните по указанному выше номеру и сообщите, что вам нужна помощь в подаче претензии. Центр по работе с клиентами Health Net Cal MediConnect всегда к вашим услугам.

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





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 Управления по вопросам гражданских прав <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, по почте 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 (TDD: 1-800-537-7697), если речь идет о дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола.

Формы для подачи жалоб представлены на веб-сайте <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

FLY047573EH00 (9/20)

---

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## 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), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

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

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

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

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

H3237\_17\_MLI\_Accepted\_09092017

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Armenian:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական օգնություններ: Ձանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្បួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (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), 1-855-464-3572 (San Diego) (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), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

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

Cal MediConnect Member Multi-Language Insert

FLY015174ZO00 (8/17)

**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. Звонки бесплатные. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>ЗВОНИТЕ</b>        | <p>1-855-464-3571</p> <p>Звонки на этот номер бесплатны. 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.</p> <p>Тем, кто не говорит по-английски, в отделе обслуживания участников плана предоставляются бесплатные услуги устных переводчиков.</p>                                   |
| <b>TTY</b>            | <p>711 (Коммутаторная служба США)</p> <p>Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.</p> <p>Звонки на этот номер бесплатны. 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.</p> |
| <b>ФАКС</b>           | 1-800-281-2999   |
| <b>ПОЧТОВЫЙ АДРЕС</b> | <p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410- 0422</p>  |
| <b>ВЕБ-САЙТ</b>       | <a href="http://mmp.healthnetcalifornia.com">mmp.healthnetcalifornia.com</a>   |

**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. Звонки бесплатны. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

