

План Health Net Cal MediConnect (Medicare-Medicaid Plan)

Справочник участника плана

1 января 2018 г.– 31 декабря 2018 г.

Страховое покрытие медицинского обслуживания и лекарств, предусмотренное Health Net Cal MediConnect

В этом справочнике говорится о страховом покрытии, которое план Health Net Cal MediConnect будет вам предоставлять до 31 декабря 2018 г. Здесь рассказывается об услугах в области здравоохранения, услугах по охране поведенческого здоровья (психического здоровья и по избавлению от наркотической зависимости), о страховом покрытии лекарств и о длительном обслуживании и поддержке. Длительное обслуживание — это помощь, которая позволяет вам жить дома, а не в центре сестринского ухода или в больнице. В предоставлении длительного обслуживания участвуют Службы помощи взрослым по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS), Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) и Учреждения сестринского ухода (Nursing Facilities, NF).

Это важный юридический документ. Храните его в надежном месте.

План Cal MediConnect предлагает компания Health Net Community Solutions, Inc. В этом *Справочнике участника плана* слова «мы», «нас» или «наш» означают Health Net Community Solutions, Inc. Слова «план» или «наш план» означают план Health Net Cal MediConnect (Medicare-Medicaid Plan).

Если вы говорите на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, персидском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском языке, то можете пользоваться услугами языковой поддержки бесплатно. Звоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

1-855-464-3571 مقرر لآب لصنا. أنآجم كل ؤرفوتم ؤمروغلا ؤدعاسملا تامدخ نأ كننمظن نأ دونف ؤمببر علا ؤغلا شذحتت تنك اذآ جراح
تالصنا اذآ اما. ؤمجالا بلا نينثلا نم ؤاسم ؤنماتلا ؤعاسلا ؤحو آحابص ؤنماتلا ؤعاسلا نيب ام (711) يعرفلا مقررلا بلطاو أيف وأ ماودلا ناعاس
لمعلا موييف كعلاصنا ؤلع درلا مئيس. انل ؤلاسر كئرئت نأ كننكميف، ؤمبسر لا لطلعلاو ؤوبسلا، ؤمبهن ؤلطع ماي. ينامج لاصتلا اذآ يلاتلا

Եթե խոսում եք հայերեն լեզվով, ձեզ համար մատչելի են անվճար լեզվական աջակցության ծառայությունները: Ձանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Աշխատանքային ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրը: Ձանգն անվճար է:

531004
EOC019845RN00
H3237-001

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



បើលោកអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ យើងខ្ញុំនឹងហៅទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។

如果您說中文，您可以免費獲得語言協助服務。請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點撥打 1-855-464-3571 (聽障專線：711)。在非營業時間、週末及假日，您可留下留言。您將會在下一個工作日接獲回電。此電話為免費電話。

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 صبح تا 8 شب و از دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی می توانید پیام بگذارید. به تماس شما در طول روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است.

한국어로 통화하기를 원하는 경우 언어 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 전화 1-855-464-3571(TTY: 711) 월요일부터 금요일까지, 오전 8시 - 오전 8:00~8:00 근무시간 이외, 주말, 휴일에는 메시지를 남길 수 있습니다. 전화 통화는 근무일 기준 1일 이내에 회신될 것입니다. 통화는 무료입니다.

Если ваш родной язык русский, вы можете бесплатно получить помощь переводчика. Позвоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. В нерабочее время, на выходных и праздниках можно оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонки бесплатные.

Si habla español, tiene servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados pueda dejar un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mga serbisyo sa tulong sa wika na walang bayad ay mayroon sa iyo. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Pagkatapos ng mga oras, sa mga dulonglinggo at sa mga piyesta, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ibabalik ang iyong tawag sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Ang tawag ay libre.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, thì dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí sẽ sẵn có cho quý vị. Vui lòng gọi số 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 tin nhắn. Chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Этот документ можно бесплатно получить в других форматах, например, в виде аудиозаписи или напечатанным крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

Если вы хотите получать материалы участника плана Health Net Cal MediConnect в таких форматах, как шрифт Брайля или напечатанным крупным шрифтом, или на каком-либо другом языке, кроме английского, то обращайтесь в отдел обслуживания участников. Сообщите в отдел обслуживания участников о своем желании получать материалы в другом формате или на другом языке.

Замечания

Страховой план Health Net Community Solutions, Inc. действует по программам Medicare и Medi-Cal. Участники плана получают страховое покрытие медицинского обслуживания по обеим программам.

Страховое покрытие по плану Health Net Cal MediConnect квалифицируется как минимальное необходимое покрытие (МЕС). Это отвечает требованиям Закона «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» (Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)) об индивидуальной совместной ответственности. Дополнительную информацию о требованиях индивидуальной совместной ответственности можно найти на сайте Федеральной налоговой службы: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families

План может накладывать ограничения на виды покрываемой помощи и размер страхового покрытия, а также требовать доплат за оказываемую помощь. За дополнительной информацией обращайтесь в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect. Полезные сведения вы можете найти также в *Справочнике участника плана Health Net Cal MediConnect*. Эти ограничения означают, что за некоторые виды обслуживания вам, возможно, придется платить и что для получения страхового покрытия вам нужно будет соблюдать определенные правила, действующие в плане Health Net Cal MediConnect.

Перечень покрываемых лекарств и/или сотрудничающих и поставщика может время от времени меняться в течение года. Мы пришлем вам уведомление, прежде чем мы внеси изменения, которые вас затронут.

Суммы страхового покрытия и/или доплаты могут меняться 1 января каждого года.

Доплаты за лекарства по рецепту могут зависеть от размера получаемой вами Дополнительной помощи (Extra Help). За подробной информацией обращайтесь в страховой план.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 1. Для новых участников нашего плана

Содержание

A. Добро пожаловать в план Health Net Cal MediConnect	5
B. Что такое программы Medicare и Medi-Cal?	6
Программа Medicare	6
Программа Medi-Cal	6
C. Преимущества нашего плана	6
D. Зона обслуживания плана Health Net Cal MediConnect	7
E. Кто может стать участником нашего плана?	8
F. Что происходит, когда вы впервые становитесь участником плана	9
G. Что такое группа медицинского обслуживания и план обслуживания?	10
Группа медицинского обслуживания	10
План обслуживания	10
H. Нужно ли ежемесячно платить плану Health Net Cal MediConnect за страховку?	11
I. Об этом справочнике участника плана	11
J. Какие еще документы мы будем вам присылать?	11
Ваша идентификационная карточка участника плана Health Net Cal MediConnect	11
Указатель медиков, медицинских учреждений и аптек	12
Перечень покрываемых лекарств	13
Разъяснение страховых выплат	14
K. Как сделать так, чтобы мы всегда имели о вас точную информацию?	14
Сохраняем ли мы конфиденциальность вашей медицинской информации?	15

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



А. Добро пожаловать в план Health Net Cal MediConnect

План Health Net Cal MediConnect относится к группе планов, действующих по программе Cal MediConnect. План, действующий по программе Cal MediConnect, объединяет врачей, больницы, аптеки, организации, предоставляющие длительное обслуживание и поддерживает психологов и психиатров и других медиков. Кроме того, в таком плане предусмотрены координаторы обслуживания и группы медицинского обслуживания. Они помогают участникам плана координировать работу разных врачей и необходимую вам помощь. Они совместно работают над тем, чтобы вы получали нужную вам помощь.

План Health Net Cal MediConnect получил у штата Калифорния и Центров служб программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) разрешение обслуживать вас по программе Cal MediConnect.

Программа Cal MediConnect — это экспериментальная программа штата Калифорния и федерального правительства. Она призвана улучшить помощь людям, имеющим одновременно программы Medicare и Medi-Cal. При помощи этой экспериментальной программы, штат и федеральное правительство надеются, что эта программа позволит улучшить обслуживание, которое вы получаете по этим программам.

Вы можете рассчитывать на наш опыт

Вас включили в надежный план медицинского страхования.

Компания Health Net помогает более чем миллиону людей, имеющих программы Medicare и Medi-Cal, получать нужное им обслуживание. Мы облегчаем своим клиентам получение суммы страхового покрытия и услуг программ Medicare и Medi-Cal и мы делаем еще многое другое:

- Мы гордимся тем, что оказываем превосходное сервисное обслуживание; это достигается путем предоставления сосредоточенного, положительного, персонализированного внимания к вам, как к нашему участнику. Наши обученные сотрудники из отделов обслуживания не будут заставлять вас ждать и могут разговаривать на нескольких языках, не прибегая к помощи переводчиков. Мы предоставим вам уровень обслуживания «консьержа» с целью помочь вам сориентироваться в сумме страхового покрытия, как мы это обычно делаем для нашей собственной семьи и это позволит быстро получить ответы, необходимые для медицинской помощи.
- Почти 25 лет создаем высококачественные сети врачей, сотрудничающих с планом. Наши врачи и специалисты сети Cal MediConnect работают совместно с медицинскими группами для своевременного предоставления вам необходимой помощи, когда 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:
 - Мы проводим диспансеризации. Для этого мы организуем специальные профилактические мероприятия на местах или работаем в местных общественных центрах.
 - У нас есть бесплатные группы медицинского просвещения

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



В. Что такое программы Medicare и Medi-Cal?

Программа 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.
- Люди, находящиеся в терминальной стадии почечной недостаточности.

Программа 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 платить за лечение и длительное обслуживание (Long-Term Services and Supports (LTSS)) и медицинские расходы. Эта программа оплачивает услуги и лекарства, не покрываемые по программе Medicare.

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.
- Программа Medicare и штат Калифорния разрешают нам продолжать обслуживание по этому плану.

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

С. Преимущества нашего плана

Теперь ваше обслуживание по программам Medicare, Medi-Cal и Health Net Cal MediConnect будет покрывать наш план, включая лекарства по рецепту. За участие в нашем плане 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:

- У вас будет своя собственная группа медицинского обслуживания. Вы сможете участвовать в ее формировании. В эту группу входите:
- вы и ухаживающий за вами лицо, ваши врачи, медицинские сестры, консультанты и другие медики.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- С вами будет работать координатор медицинского обслуживания. Координатор поможет вам совместно с планом
- Health Net Cal MediConnect и лечащими вас медиками составить план медицинского обслуживания.
- Координатор и лечащие вас врачи облегчат вам принятие решений о дальнейшем лечении.
- Лечащие врачи и координатор помогут вам составить индивидуальный план медицинского обслуживания. Ваша группа медицинского обслуживания будет координировать оказание вам помощи. Вот только некоторые примеры:
 - » 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 Лос-Анджелес, за исключением района с почтовым индексом 90704.

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

Если вы переезжаете за пределы нашей зоны обслуживания, вы не можете оставаться участником нашего плана. В этом случае вам нужно будет связаться с работающим в вашем новом округе сотрудником социальных служб, отвечающему за определение ваших прав:

ЗВОНИТЕ

Телефон для местных бесплатных звонков:

1-877-597-4777

Телефон для бесплатных звонков из любой точки штата:

1-800-541-5555

Звонки бесплатные.

С понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера, за исключением выходных

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



TTY	<p><u>Телефон для местных бесплатных звонков:</u></p> <p>1-800-660-4026</p> <p><u>Линия TTY для звонков из любой точки штата:</u></p> <p>711 (Коммутаторная служба США)</p> <p>Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.</p>
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	<p>Ближайшее отделение социальных служб можно найти в телефонном справочнике (белые страницы) в Разделе АДМИНИСТРАЦИЯ ОКРУГА (COUNTY GOVERNMENT).</p>
САЙТ	<p>http://dpss.lacounty.gov/programs.cfm</p>

Е. Кто может стать участником нашего плана?

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

- Вы живете в нашей зоне обслуживания — И —
- К моменту включения в план вам уже исполнился 21 год — И —
- У вас есть программы Medicare Part A и Medicare Part B — И —
- В настоящее время вы имеете право получать помощь по программе Medi-Cal и получаете полное страховое покрытие по этой программе. В число таких людей входят, в том числе, следующие:
 - Лица, включенные в Многоцелевую программу обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP).
 - Участниками плана могут быть также люди, частично оплачивающие обслуживание, и отвечающие следующим требованиям:
 - Лица, проживающие в центрах сестринского ухода и частично оплачивающие обслуживание и
 - Лица, включенные в Многоцелевую программу обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program).
- Граждане Соединенных Штатов Америки или те, кто проживает в Соединенных Штатах легально.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Г. Что происходит, когда вы впервые становитесь участником плана

Через 45 - 90 дней после того как вы станете участником нашего плана впервые, вы ответите на вопросы анкеты «Оценка состояния здоровья» (Health Risk Assessment, HRA). Конкретный срок зависит от состояния вашего здоровья. Если оно внушает опасения, анкетирование проводится раньше. Если здоровье хорошее, то позже.

Мы обязаны получить ответы на вопросы анкеты HRA. На основании HRA будет разработан индивидуальный план обслуживания (Individual Care Plan, ICP). Анкета HRA включает вопросы, позволяющие выяснить, в какой медицинской и психологической помощи вы нуждаетесь, какое длительное обслуживание (LTSS) вам требуется.

Для того чтобы заполнить анкету HRA, мы с вами свяжемся. Вы можете заполнить эту анкету при личном посещении или по телефону. Кроме того, вы можете прислать нам заполненную анкету по почте.

Мы пришлем вам дополнительную информацию о HRA.

Если вы только что стали участником плана Health Net Cal MediConnect, вы можете в течение некоторого времени по-прежнему обращаться к врачам, у которых вы лечились раньше. Лечиться у прежних врачей и пользоваться прежними разрешениями на получение обслуживания вы можете в течение не более 12 месяцев. Должны выполняться все следующие требования:

- Вы, ваш представитель или лечащий вас врач должны обратиться к нам с просьбой о продолжении лечения у прежнего врача.
- Мы можем установить, что вы поддерживаете отношения с врачом первичного обслуживания или врачом-специалистом. Существуют некоторые исключения. Когда мы говорим, что к моменту включения в план вы *«поддерживаете отношения»*

с не сотрудничающим с нами врачом, мы имеем в виду, что вы обращались, по крайней мере, один раз в течение 12 месяцев, предшествующих включению в план Health Net Cal MediConnect. Эти обращения не должны быть связаны с экстренными состояниями.

- Поддерживаете отношения ли в настоящее время вы с этим врачом, решаем мы. Это делается 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.
- Документы о поддержании отношений должны представить вы или ваш врач. Кроме того, вам и вашему врачу нужно согласиться на определенные условия.

➔ **Помните:** Вы **не можете** обращаться к нам с такой просьбой по поводу поставщиков медицинского оборудования длительного пользования (durable medical equipment, DME), транспортных и других вспомогательных служб, не включенных в программу Cal MediConnect.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



После того как период обеспечения непрерывности лечения закончится, вам нужно будет обращаться к врачам и в учреждения, которые сотрудничают с планом Health Net Cal MediConnect и связаны с медицинской группой вашего прежнего врача. Исключение может быть сделано, только если не сотрудничавший с нами врач, у которого вы лечились прежде, заключит с нами договор. Сотрудничающий с планом медик и медицинское учреждение заключил с нашим планом договор. При включении в наш план вы выбираете имеющую с нами договор медицинскую группу. Кроме того, вам нужно выбрать себе врача первичного обслуживания (врач PCP), работающего в этой медицинской группе. Если вы не выберете свою медицинскую группу и основного лечащего врача (PCP), мы это сделаем за вас. Подробнее о получении помощи см. в главе 3.

Г. Что такое группа медицинского обслуживания и план обслуживания?

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. Если план Health Net Cal MediConnect не оказывает услуг, в которых вы нуждаетесь, **этот специалист тоже может передать вашу проблему на рассмотрение местного сообщества**. Вы можете звонить нам по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с просьбой связаться с группой медицинского обслуживания с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. Звонки бесплатные. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня.

План обслуживания

Группа медицинского обслуживания поможет вам составить индивидуальный план медицинского обслуживания. В плане обслуживания имеется сообщение для вас и вашего лечащего врача об услугах, в которых вы нуждаетесь и том, как вы можете их получать. Он включает ваши потребности в медицинской помощи, психическом здоровье и длительном обслуживании и поддержке (LTCC). Ваш план медицинского обслуживания будет составлен только для вас и с учетом ваших потребностей.

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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Н. Нужно ли ежемесячно платить плану Health Net Cal MediConnect за страховку?

Нет.

I. Об этом справочнике 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 думаете, что мы поступили неправильно по отношению к этим правилам, вы сможете подать апелляцию или возражение на наше действие. О том, как подавать апелляцию, говорится в главе 9 или об этом можно узнать по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Договор действителен, пока вы являетесь участником плана Health Net Cal MediConnect между 1 января 2018 г. и 31 декабря 2018 г.

J. Какие еще документы мы будем вам присылать?

Вы уже должны были получить идентификационную карточку участника плана Health Net Cal MediConnect, информацию о том, как получить доступ к *Указателю медиков, медицинских учреждений и аптек*, сотрудничающих с нашим планом, и *Перечень оплачиваемых лекарств планом*.

Ваша идентификационная карточка участника плана Health Net Cal MediConnect

Участники нашего плана пользуются одной карточкой для обслуживания как по программе Medicare, так и по программе Medi-Cal. Эта карточка нужна также для получения длительного обслуживания, определенных видов психиатрической и психологической помощи и лекарств по рецепту. Предъявляйте эту карточку всегда, когда вы обращаетесь за помощью или получаете по рецепту лекарства. Вот как выглядит карточка участника плана:

<p>Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)</p> <p>Member Name: [FIRST MI LAST NAME]</p> <p>Member ID: [XXXXXXXXXX]</p> <p>Health Plan (80840): 9210567898</p> <p>MEMBER CANNOT BE CHARGED</p> <p>Cost Sharing/Copays: \$0 for PCP/Specialist/ER</p> <p>PCP Name: [PCP FIRST MI LAST NAME]</p> <p>Provider Group: [PPG NAME]</p> <p>Material ID# [XXXXX_XXXX_XXXX] CMS Approved [XXXXXXXXXX]</p>	<p>Health Net COMMUNITY SOLUTIONS</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>RxBIN: [004336] RxPCN: [MEDDADV] RxGrp: [RX6270] RxID: [XXXXXXXXXXXX]</p> <p>CMS_H3237_001</p>	<p>Member/Provider Service & Behavioral Health: [X-XXX-XXX-XXXX] TTY Member Service & Behavioral Health: [XXX] 24-Hour Nurse Advice Line: [X-XXX-XXX-XXXX] or TTY: [XXX] Caremark Pharmacy Help Desk: [X-XXX-XXX-XXXX] PCP Phone Number: [X-XXX-XXX-XXXX]</p> <p>Website: [www.healthnet.com/calmediconnect]</p> <p>Send claims to: Submit Medical Claims to: [Health Net Community Solutions, Inc.] [P.O. Box 14703] [Lexington, KY 40512]</p> <p>Submit Drug Claims to: [Health Net - Attn: Pharmacy Claims] [PO Box 419069] [Rancho Cordova, CA 95741-9069]</p>
---	--	--

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Если ваша карточка повреждена, если вы ее потеряли или у вас ее украли, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Мы пришлем вам новую карточку. Звоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

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 покажите 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, смотрите на Главу 7 для дальнейших действий.

Если вам когда-нибудь потребуется помощь специалистов по психологической или психиатрической помощи, вам ее могут предоставить по действующему в вашем округе плану психологической и психиатрической помощи (mental health plan, MHP). В этом случае вам потребуется карточка программы Medi-Cal.

Указатель медиков, медицинских учреждений и аптек

Указатель медиков, медицинских учреждений и аптек содержит имена и названия медиков, медицинских учреждений и аптек, сотрудничающих с планом Health Net Cal MediConnect. Покрываемое планом обслуживание следует получать у тех медиков и у тех медицинских учреждений, которые с нами сотрудничают. Если вы только что были включены в наш план, возможны некоторые исключения (см. стр. 9).

➔ Попросите ежегодный *Указатель медиков, медицинских учреждений и аптек*, позвонив по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. Кроме того, *Указатель медиков, медицинских учреждений и аптек* можно посмотреть или скачать на сайте www.healthnet.com/calmediconnect.

О самых последних изменениях в перечне сотрудничающих с нами медиков и медицинских учреждений можно узнать в отделе обслуживания и на нашем сайте. В этом указателе перечислены работники здравоохранения (врачи, медсестры и психологи), учреждения (больницы или клиники) и поставщики услуг (медики по оказанию дневных медицинских услуг для людей старшего возраста и на дому), услугами которых вы можете пользоваться как участник плана Health Net Cal MediConnect. Также есть список аптек, где вы можете получать лекарства по рецептам. Аптеки, перечисленные в указателе, Аптеки, перечисленные в указателе, оказывают услуги по розничной продаже лекарств, заказам по почте, внутривенному вливанию медикаментов на дому, долгосрочному уходу (Long-Term Care (LTC)).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Что такое «медики и медицинские учреждения, сотрудничающие с нашим планом»?

- Сотрудничающие с планом медики или медицинское учреждения состоят из:
 - врачей, медицинских сестер и других медицинских работников, к которым могут обращаться участники плана.
 - К медицинским учреждениям, сотрудничающим с планом относятся поликлиники, больницы, центры сестринского ухода и другие учреждения, предоставляющие участникам плана медицинское обслуживание,
 - Также учреждения, отвечающие за длительное обслуживание (LTSS), психологическую и психиатрическую помощь, поставщики медицинского оборудования длительного пользования и другие учреждения, предоставляющие приспособления или оказывающие услуги, покрываемые по программе Medicare или Medi-Cal.
- Сотрудничающие с планом медики и медицинские учреждения согласились принимать назначенную планом оплату покрываемых услуг в качестве полной оплаты.
- **Помните:** Организации, предоставляющие услуги по программе Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), не относятся к нашему плану. Вы можете выбрать любого квалифицированного работника Программы Службы помощи на дому (IHSS) по своему усмотрению.

Что такое «аптеки, сотрудничающие с нашим планом»?

- Сотрудничающие с планом аптеки — это аптеки, которые согласились выдавать участникам нашего плана лекарства по рецепту. По Указателю поставщиков и аптек вы можете выбрать аптеку, в которой хотите получать лекарства.
- Вы должны получать лекарства по рецепту только в сотрудничающей с нами аптеке, иначе мы не будем платить за ваши лекарства. Исключения возможны только в экстренных ситуациях.

Для подробной информации можете звонить по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. О самых последних изменениях в перечне сотрудничающих с нами медиков, медицинских учреждений и аптек можно узнать на сайте отдела обслуживания и плана Health Net Cal MediConnect.

Перечень покрываемых лекарств

В нашем плане действует *Перечень покрываемых лекарств (List of Covered Drugs)*. Коротко мы его называем «Перечень лекарств». В нем приведены лекарства по рецепту, которые план Health Net Cal MediConnect покрывает.

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 Главе 5.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Мы присылаем вам Перечень лекарств каждый год, но изменения в перечень мы можем вносить в течение года. Самую последнюю информацию о покрываемых лекарствах можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect или позвонив по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

Разъяснение страховых выплат

Если вы используете свои страховые выплаты на лекарства по рецепту по программе Part D, мы присылаем вам сводный отчет по сделанным платежам. Он помогает вам следить за оплатой лекарств по рецепту, которые вы получаете по программе Part D. Этот отчет называется *Разъяснение страховых выплат (Explanation of Benefits, EOB)*.

Из *Разъяснения страховых выплат* вы узнаете, сколько вы сами или другие от вашего имени потратили за месяц на лекарства по программе Part D и сколько уплатили за эти лекарства мы. Подробнее о *Разъяснении страховых выплат* и том, как оно помогает вам следить за страховым покрытием лекарств, рассказано в Главе 6.

Кроме того, *Разъяснение страховых выплат* можно получить по запросу. Чтобы получить его копию, обращайтесь в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

К. Как сделать так, чтобы мы всегда имели о вас точную информацию?

Своевременно сообщайте нам об изменениях.

Сотрудничающие с планом медики, медицинские учреждения 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, адреса или телефона.
- Изменения, касающиеся любой другой вашей медицинской страховки (например, страховка, предоставляемая вашим работодателем или работодателем вашего супруга, пособие за полученные на работе травмы и заболевания (workers' compensation) и т. д.).
- Если вы подали иск в связи с ущербом, нанесенным вам третьей стороной (например, если вы стали жертвой ДТП).
- Если вы были госпитализированы в центр сестринского ухода или в больницу.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Если вам оказали помощь в больнице или в отделении экстренной помощи.
- Если поменялся человек, ухаживающий или присматривающий за вами.
- Если вы участвуете в клиническом исследовании.

Если есть какие-то изменения, пожалуйста, сообщайте нам, позвонив в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

Кроме того, исправить свой адрес и/или телефон на новый можно на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.

Сохраняем ли мы конфиденциальность вашей медицинской информации?

Да. Законодательство штата и федеральные законы требуют от нас соблюдения конфиденциальности медицинских карт и частной информации о вашем здоровье. Мы защищаем вашу медицинскую информацию. Подробнее о том, как мы защищаем вашу медицинскую информацию, см. в Главе 11.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 2: Важные телефоны и ресурсы

Содержание

A. Как связаться с отделом обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect (план Medicare-Medicaid)	18
В отдел обслуживания обращайтесь по следующим вопросам:	18
■ Вопросы о плане	18
■ Вопросы о страховых требованиях, счетах или идентификационной карточке участника плана	18
■ Решения относительно страхового покрытия медицинского обслуживания.....	18
■ Апелляции по поводу медицинского обслуживания	19
■ Жалобы на медицинское обслуживание	19
■ Решения относительно страхового покрытия лекарств	19
■ Решения о страховом покрытии лекарств по рецепту подробно рассматриваются в Главе 9.	20
■ Апелляции по поводу лекарств	20
■ Жалобы по поводу лекарств	20
■ Плата за медицинское обслуживание и лекарства, которые вы уже заплатили	20
B. Как связаться с вашим координатором медицинского обслуживания	21
Связаться с координатором медицинского обслуживания можно по следующим вопросам:	22
■ Вопросы о медицинском обслуживании	22
■ Вопросы о получении психологической, психиатрической и наркологической помощи	22
■ Вопросы о транспорте	22
■ Вопросы о длительном обслуживании (LTSS)	22
C. Как позвонить по линии сестринских консультаций	24
По линии сестринских консультаций можно задавать следующие вопросы:	25
■ Вопросы о медицинском обслуживании	25
■ Линия сестринских консультаций работает круглосуточно и без выходных (24/7). По этой линии можно незамедлительно получить медицинский совет или ответ на вопрос. Медицинские сестры могут помочь, например, в следующих случаях:	25

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



○ у вас незначительная травма или несерьезная болезнь,	25
○ у вас экстренная ситуация,	25
D. Как позвонить по линии психологической помощи в кризисных ситуациях	25
Позвонить по линии психологической помощи в кризисных ситуациях можно по следующим вопросам:	26
▪ Вопросы о психологической, психиатрической и наркологической помощи	26
E. Как связаться с Программой консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (HICAP)	26
Связаться с планом специальной психологической и психиатрической помощи округа можно по следующим вопросам:	27
▪ Вопросы о вашем плане Cal MediConnect	27
F. Как связаться с Организацией повышения качества обслуживания (QIO)	27
В компанию Livanta обращайтесь по следующим вопросам:	28
▪ Вопросы о медицинском обслуживании	28
G. Как связаться с программой Medicare	28
H. Как связаться с отделом выбора медицинской страховки программы Medi-Cal	30
I. Как связаться с омбудсменом программы Cal MediConnect	30
J. Как связаться с социальной службой округа	31
K. Как связаться с действующим в вашем округе планом специальной психологической и психиатрической помощи	32
Связаться с планом специальной психологической и психиатрической помощи округа можно по следующим вопросам:	33
▪ Вопросы о психологической, психиатрической и наркологической помощи, которую можно получить в вашем округе	33
L. Как связаться с Департаментом управляемого медицинского обслуживания (DMHC) штата Калифорнии	33
M. Другие полезные адреса и телефоны	34

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



A. Как связаться с отделом обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect (план Medicare-Medicaid)

ЗВОНИТЕ	<p>1-855-464-3571</p> <p>Сотрудники отвечают на звонки с понедельника по пятницу с 8:00 утра до 8:00 вечера. В другие дни – включая субботу, воскресенье и федеральные праздники – можете оставить голосовую почту. Вам перезвонят на следующий рабочий день.</p> <p>Если вы плохо говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши переводчики.</p>
ТТУ	<p>711 (коммутаторная служба США). Звонки по этому телефону бесплатные.</p> <p>Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.</p> <p>С понедельника по пятницу с 8:00 утра до 8:00 вечера. В другие дни – включая</p> <p>субботу, воскресенье и федеральные праздники – можете оставить голосовую почту.</p>
ФАКС	1-800-281-2999 или 1-866-461-6876
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>
САЙТ	www.healthnet.com/calmediconnect

В отдел обслуживания обращайтесь по следующим вопросам:

- Вопросы о плане
- Вопросы о страховых требованиях, счетах или идентификационной карточке участника плана
- Решения относительно страхового покрытия медицинского обслуживания

Решение относительно страхового покрытия медицинского обслуживания — это решение, принятое по следующим вопросам:

- » Ваши страховые выплаты и покрываемое обслуживание или
- » Сколько мы будем платить за ваше медицинское обслуживание.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Если наше решение о страховом покрытии вашего медицинского обслуживания вызывает у вас вопросы, позвоните нам.

➔ Решения о страховом покрытии подробно рассматриваются в Главе 9.

■ **Апелляции 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 об апелляциях см. в Главе 9.

■ **Жалобы на медицинское обслуживание**

Вы можете подавать жалобы на нас, на поставщиков, которые с нами сотрудничают или не сотрудничают. Сотрудничающие с планом медики и медицинские учреждения заключили с нашим планом договор. Вы можете подать жалобу на качество обслуживания нам или в Организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization). Подробнее об этой организации см. ниже в Разделе F.

➔ Вы можете позвонить нам и объяснить суть своей жалобы. Позвоните в наш отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711 с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

➔ Если ваша жалоба касается решения о страховом покрытии лечения, вы можете подать апелляцию (см. предыдущий раздел).

➔ Жалобу на план Health Net Cal MediConnect вы можете подать в программу Medicare. Вы можете сделать это через Интернет по адресу <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Или вы можете обратиться за помощью в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

➔ Жалобу на план Health Net Cal MediConnect вы можете подать также омбудсмену программы Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077 (TTY: 1-855-847-7914).

➔ Подробнее о жалобах по поводу медицинской помощи см. в Главе 9.

■ **Решения относительно страхового покрытия лекарств**

Решение относительно страхового покрытия лекарств — это решение, принятое по следующим вопросам:

» Ваши страховые выплаты и покрываемые лекарства *или*

» Сколько мы будем платить за ваши лекарства.

Это относится к вашим лекарствам по программе Part D и к лекарствам, как по рецепту, так и без рецепта, которые покрывает программа Medi-Cal.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Решения о страховом покрытии лекарств по рецепту подробно рассматриваются в Главе 9.
- **Апелляции по поводу лекарств**

Апелляция — это способ попросить нас о пересмотре нашего решения о страховом покрытии.

За дополнительной информацией о том, как подать апелляцию по поводу лекарства по рецепту, обращайтесь в отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 утра до 8 вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

➔ Апелляции по поводу лекарств по рецепту подробно рассматриваются в Главе 9.

- **Жалобы по поводу лекарств**

Вы можете подать жалобу на нас или на любую аптеку. Жалоба может касаться, в том числе, лекарств по рецепту.

Если вы жалуетесь на решение о страховом покрытии лекарства по рецепту, вы можете подать апелляцию. (См. предыдущий раздел.)

Жалобу на план Health Net Cal MediConnect вы можете подать в программу Medicare. Вы можете сделать это через Интернет по адресу <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Или вы можете обратиться за помощью в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

➔ **Жалобы по поводу лекарств по рецепту подробно рассматриваются в главе 9.**

- **Плата за медицинское обслуживание и лекарства, которые вы уже заплатили**

О том как попросить нас о возмещении потраченных вами денег или об оплате полученного вами счета, говорится в Главе 7.

➔ 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. Подробнее об апелляциях см. в Главе 9.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



В. Как связаться с вашим координатором медицинского обслуживания

Координатор медицинского обслуживания — это человек, который совместно с вами, страховым планом и лечащими вас медиками работает над тем, чтобы вы получали нужные вам лечение и уход. Координатора вам назначают, когда вы становитесь участником плана.

Отдел обслуживания сообщит вам, как вы можете обратиться к координатору медицинского обслуживания. Координатор помогает согласовывать предоставление вам необходимых видов обслуживания. Он вместе с вами составляет план обслуживания. Он помогает вам решать, кто будет включен в вашу группу медицинского обслуживания. Ваш координатор сообщает вам информацию, которая позволяет вам контролировать процесс лечения и ухода. Кроме этого, 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 или если у вас появятся вопросы, позвоните по приведенному ниже телефону.

Вы также можете позвонить вашему координатору, прежде чем они обратятся к вам. Позвоните по приведенному ниже телефону и попросите поговорить со своим координатором.

ЗВОНИТЕ	<p>1-855-464-3571. Звонки по этому телефону бесплатные.</p> <p>С понедельника по пятницу с 8:00 утра до 8:00 вечера. В другие дни – включая субботу, воскресенье и федеральные праздники – можете оставить голосовую почту.</p> <p>Если вы плохо говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши переводчики.</p>
TTY	<p>711 (Коммутаторная служба США). Звонки по этому телефону бесплатные.</p> <p>Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.</p> <p>С понедельника по пятницу с 8:00 утра до 8:00 вечера. В другие дни – включая субботу, воскресенье и федеральные праздники – можете оставить голосовую почту.</p>
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Связаться с координатором медицинского обслуживания можно по следующим вопросам:

- Вопросы о медицинском обслуживании
- Вопросы о получении психологической, психиатрической и наркологической помощи
- Вопросы о транспорте
- Вопросы о длительном обслуживании (LTSS)

Длительное обслуживание (LTSS) включает Службы помощи взрослым по месту жительства (CBAS) и Многоцелевую программу обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

Программы (Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей, MSSP) и Центры сестринского ухода (Nursing Facilities, 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 видов помощи:

- » Службы помощи взрослым по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS),
- » Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP),
- » Квалифицированный сестринский уход,
- » Физиотерапия,
- » Эрготерапия (восстановление утраченных двигательных навыков),
- » Логопедическое лечение,
- » 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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Умеренные или тяжелые когнитивные нарушения (это может быть, в том числе, болезнь Альцгеймера или другая деменция слабой или умеренной степени), требующая помощи или присмотра при совершении двух из следующих видов действий:

- Купание
- Одевание
- Самостоятельный прием пищи
- Прием лекарств
- Посещение туалета
- Ходьба
- Перемещение
- Гигиена

Хроническое психическое заболевание или черепно-мозговая травма, при которых требуется помощь или присмотр во время совершения двух из следующих видов действий:

- Купание
- Одевание
- Самостоятельный прием пищи
- Посещение туалета
- Ходьба
- Перемещение

Помощь с приемом лекарств или помощь/присмотр при совершении одного из действий из предыдущего списка и одного из действий, приведенных ниже:

- Гигиена
- Контроль расходов
- Использование благ
- Приготовление пищи
- Транспорт
- 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.

Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP):

Для того чтобы иметь право на обслуживание по Многоцелевой программе обслуживания пожилых людей (MSSP), получатели помощи по программе Medi-Cal должны отвечать всем следующим требованиям:

- Быть не моложе 65 лет
- Находиться в состоянии, при котором разрешается госпитализация в центр квалифицированного сестринского ухода (Skilled Nursing Facility, SNF)

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Проживать в округе, в котором есть центр программы MSSP, и в зоне обслуживания этого центра
- Соответствовать требованиям, предъявляемым больным, имеющим право на координацию медицинской помощи
- Быть в состоянии получать обслуживание с учетом стоимостных ограничений, действующих в программе MSSP

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-х часовой кратко- или долгосрочной медицинской помощи.

С. Как позвонить по линии сестринских консультаций

Линия сестринских консультаций плана Health Net Cal MediConnect – это сервис, предлагающий советы по телефону и сестринскую консультацию от обученных врачей. Линия работает 24 часа в сутки и 7 дней в неделю. Линия сестринских консультаций плана оказывает услуги участнику плана по оценке необходимой медицинской помощи и определяет степень этой необходимой помощи в данный момент. Медицинские сестры предоставляют индивидуальную консультацию, отвечают на вопросы о здоровье и лечении симптомов болезней, что позволяет участникам плана принимать уверенные и соответствующие решения относительно получения медицинской помощи и лечения. Участники плана могут иметь доступ к линии сестринских консультаций, позвонив по телефону отдела обслуживания плана Health Net Cal MediConnect. Его можно найти на обратной стороне идентификационной карте участника плана.

ЗВОНИТЕ	<p>1-855-464-3571</p> <p>Звонки бесплатные. Советы по телефону и сестринская консультация от обученных врачей доступны 24 часа в сутки и 7 дней в неделю.</p> <p>Если вы плохо говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши переводчики.</p>
TTY	<p>TTY:711</p> <p>Звонки бесплатные.</p> <p>Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.</p> <p>Советы по телефону и сестринская консультация от обученных врачей доступны 24 часа в сутки и 7 дней в неделю.</p>

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



По линии сестринских консультаций можно задавать следующие вопросы:

- Вопросы о медицинском обслуживании
- Линия сестринских консультаций работает круглосуточно и без выходных (24/7). По этой линии можно незамедлительно получить медицинский совет или ответ на вопрос. Медицинские сестры могут помочь, например, в следующих случаях:
 - у вас незначительная травма или несерьезная болезнь,
 - у вас экстренная ситуация,
 - принимать соответствующие решения по получаемой медицинской помощи
- Индивидуальные консультации с опытным медиком. Все медики, отвечающие на звонки по 24-х часовой линии, имеют опыт, позволяющий разобраться в вашем основном недомогании и учесть связанные с ним состояния и осложнения.
- Ответы на вопросы больных — круглосуточно (24 часа). Тем не менее, если ваша жизнь находится в опасности, всегда звоните по телефону 9-1-1 или сразу идите в отделение экстренной помощи.

D. Как позвонить по линии психологической помощи в кризисных ситуациях

ЗВОНИТЕ	<p>1-855-464-3571. Звонки по этому телефону бесплатные.</p> <p>Дипломированные медики оказывают психологическую и психотерапевтическую помощь 24 часа в сутки и 7 дней в неделю.</p> <p>Если вы плохо говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши переводчики.</p>
TTY	<p>711 (Коммутаторная служба США). Звонки по этому телефону бесплатные.</p> <p>Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.</p> <p>Дипломированные медики оказывают психологическую и психотерапевтическую помощь 24 часа в сутки и 7 дней в неделю.</p>

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Позвонить по линии психологической помощи в кризисных ситуациях можно по следующим вопросам:

■ Вопросы о 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 психическому здоровью. У него вы получите ответы на вопросы о вашем состоянии. Если вам нужна неотложная, но не экстренная помощь, позвоните по нашей Линии психологической помощи в кризисных ситуациях (Behavioral Health Crisis Line). Ее сотрудники 24 часа в сутки и 7 дней в неделю отвечают на вопросы о психическом здоровье.

О специальных психологических и психиатрических службах вашего округа говорится ниже на стр. 33.

Е. Как связаться с Программой консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (HICAP)

Программа консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) предлагает людям, имеющим страховку по программе Medicare, консультации по вопросам медицинского страхования. Работающие в программе HICAP консультанты ответят на ваши вопросы и помогут понять, как справиться с возникшими затруднениями. У программы HICAP есть квалифицированные консультанты в каждом округе и их услуги бесплатные.

Программа HICAP никак не связана ни с какими страховыми компаниями или каким-либо медицинским страховым планом.

ЗВОНИТЕ	<p>1-213-383-4519</p> <p>В округе Лос-Анджелес: 1-800-824-0780</p> <p>С понедельника по пятницу с 9:00 часов утра до 5:00 часов вечера.</p>
TTY	<p>В округе Лос-Анджелес:</p> <p>1-213-251-7920</p> <p>Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.</p>

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	HICAP 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
САЙТ	http://www.aging.ca.gov/HICAP/Contact_HICAP/County_List/

Связаться с планом специальной психологической и психиатрической помощи округа можно по следующим вопросам:

■ Вопросы о вашем плане Cal MediConnect

Консультанты из программы HICAP могут:

- » Помочь вам разобраться в ваших правах,
- » Помочь вам разобраться в предлагаемых вашим планом вариантах.
- » Ответить на ваши вопросы о переходе в другой план,
- » Помочь подать жалобу на медицинское обслуживание или лечение *и*
- » Помочь в разрешении проблем с вашими счетами.

F. Как связаться с Организацией повышения качества обслуживания (QIO)

В штате Калифорния есть компания Livanta. Это группа врачей и других медиков. Задача организации состоит в повышении качества медицинской помощи людям, имеющим страховку по программе Medicare. Компания Livanta никак не связана с нашим страховым планом.

ЗВОНИТЕ	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



ФАКС	Апелляции: 1-855-694-2929 Другое: 1-844-420-6672
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Livanta BFCC-QIO Program, Area 5 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
САЙТ	www.BFCCQIOAREA5.com

В компанию Livanta обращайтесь по следующим вопросам:

- **Вопросы о медицинском обслуживании**

В следующих случаях вы можете пожаловаться на качество полученной медицинской помощи:

- » Вы не довольны качеством помощи,
- » Вы считаете, что страховое покрытие пребывания в больнице заканчивается слишком скоро *или*
- » Вы считаете, что медицинская помощь на дому, помощь в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) заканчивается слишком скоро.

G. Как связаться с программой 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 в последней стадии 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



ЗВОНИТЕ	<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>
TTY	<p>1-877-486-2048. Звонки по этому телефону бесплатные.</p> <p>Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи.</p> <p>Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.</p>
САЙТ	<p>http://www.medicare.gov</p> <p>Это официальный сайт программы Medicare. Он содержит последнюю информацию о программе Medicare. Кроме того, здесь вы найдете информацию о больницах, центрах сестринского ухода, врачах, агентствах, предоставляющих помощь на дому и отделениях диализа. На сайте есть брошюры, которые вы можете распечатать непосредственно со своего компьютера. Там же вы найдете контактную информацию программы Medicare для вашего штата. Для этого выберите ссылку «Формы, инструкции и материалы» (“Forms, Help & Resources”); с открывшейся страницы перейдите по ссылке «Телефоны и сайты» (“Phone numbers & websites”).</p> <p>На сайте программы Medicare есть система поиска страховых планов, действующих там, где вы живете:</p> <p>Поиск планов по программе Medicare (Medicare Plan Finder). Эта система позволяет найти информацию о действующих по месту вашего жительства медицинских и фармацевтических планах по программе Medicare и о частных планах, предоставляющих дополнительное к программе Medicare страхование (Medigap или Medicare Supplement Insurance). Выберите ссылку «Найти медицинские и фармацевтические планы» (“Find health & drug plans”).</p> <p>Если у вас нет компьютера, воспользуйтесь библиотечным компьютером или компьютером, установленным в вашем социальном центре для престарелых. Кроме того, вы можете позвонить в программу Medicare и сказать, какая информация вам нужна (номера телефонов приведены выше). Сотрудники программы найдут на сайте нужную вам информацию, распечатают ее и пришлют обычной почтой.</p>

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Н. Как связаться с отделом выбора медицинской страховки программы Medi-Cal

Отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options) действует в программе Medi-Cal. Сотрудники отдела ответят вам на вопросы, связанные с выбором плана, действующего по программе Cal MediConnect или другого плана. Кроме того, они помогут вам разобраться с затруднениями, которые могут возникнуть при включении в план. О бесплатных консультациях по вопросам медицинского страхования (программа HICAP) для людей, получающих помощь по программе Medicare, см. в Разделе Е.

ЗВОНИТЕ	1-844-580-7272 Представители отдела выбора медицинской страховки (Health Care Options) работают с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера, с понедельника по пятницу.
ТТУ/ТДД	1-800-430-7077 Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
САЙТ	https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/contact-us

I. Как связаться с омбудсменом программы Cal MediConnect

Обратиться за помощью в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program) вы можете, если у вас возникли сложности с обслуживанием или счетами. Сотрудники отдела ответят на ваши вопросы и объяснят, как справиться с возникшими затруднениями. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Программа Cal MediConnect Ombuds Program не связана ни с нами, ни с любой другой страховой компанией или страховым планом.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



ЗВОНИТЕ	1-855-501-3077. Звонки по этому телефону бесплатные. Понедельник – пятница, с 9:00 часов утра до 5:00 часов вечера за исключением выходных, закрыто с 2:00 часов дня до 4:00 часов вечера по средам
TTY	1-855-847-7914 С понедельника по пятницу с 9:00 часов утра до 5:00 часов вечера Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Neighborhood Legal Services of Los Angeles County c/o the Los Angeles Health Consumer Alliance 13327 Van Nuys Blvd. Pacoima, CA 91331-3099 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 9354 Truxtun Avenue El Monte, CA 91731
САЙТ	http://www.calduals.org/implementation/policy-topics/ombudsman-resources/ .

Ж. Как связаться с социальной службой округа

Если вам нужна помощь в получении услуги, которую предоставляет Социальная служба округа, как соответствующих социальных выплат, свяжитесь с отделом социальных служб вашего округа.

ЗВОНИТЕ	1-888-678-4477 или 1-888-944-4477. Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера, за исключением выходных
----------------	--

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



ТТУ	711 (Коммутаторная служба США) Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Ближайшее отделение социальных служб можно найти в телефонном справочнике (белые страницы) в Разделе АДМИНИСТРАЦИЯ ОКРУГА (COUNTY GOVERNMENT).
САЙТ	http://dpss.lacounty.gov

К. Как связаться с действующим в вашем округе планом специальной психологической и психиатрической помощи

Если у вас есть медицинские показания для специальных видов помощи, предоставляемых по программе Medi-Cal при психических нарушениях, вы можете получать эту помощь по плану психологической и психиатрической помощи (mental health plan, МНП), действующему в Вашем округе.

ЗВОНИТЕ	Горячая линия Департамента психического здоровья округа Лос-Анджелес (Los Angeles County Department of Mental Health): 1-800-854-7771. Звонки по этому телефону бесплатные. Линия работает круглосуточно (24 часа) и без выходных Если вы плохо говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши переводчики.
ТТУ	711 (Коммутаторная служба США). Звонки по этому телефону бесплатные. Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование. Линия работает круглосуточно (24 часа) и без выходных

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Связаться с планом специальной психологической и психиатрической помощи округа можно по следующим вопросам:

- Вопросы о психологической, психиатрической и наркологической помощи, которую можно получить в вашем округе

Позвонив по горячей линии Департамента психического здоровья округа Лос-Анджелес, можно бесплатно и конфиденциально получить направление к психологу или психиатру и информацию о психических нарушениях. Кроме того, по этой линии можно в любое время получить консультацию в кризисной ситуации.

L. Как связаться с Департаментом управляемого медицинского обслуживания (DMHC) штата Калифорния

Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) штата Калифорния регулирует работу медицинских страховых планов. В отделе по работе с населением при департаменте DMHC вам помогут с апелляциями и жалобами по поводу предоставляемого вашим планом обслуживания по программе Medi-Cal.

ЗВОНИТЕ	1-888-466-2219 Сотрудники департамента DMHC работают с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00.
TDD/TTY	TDD: 1-877-688-9891 TTY: 711 (Коммутаторная служба США) Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9 th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ФАКС	1-916-255-5241
САЙТ	http://www.hmohelp.ca.gov

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



М. Другие полезные адреса и телефоны

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.

ЗВОНИТЕ	1-888-202-4248 1-213-738-2600 Или в округе Лос-Анджелес: 1-800-510-2020 С понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера, за исключением выходных
ТТУ	711 (Коммутаторная служба США)
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Los Angeles County Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010
САЙТ	http://css.lacounty.gov/

Департамент здравоохранения штата Калифорния

Участники нашего плана получают помощь как по программе Medicare, так и по 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 (Department of Health Care Services, DHCS).

ЗВОНИТЕ	Звонки бесплатные: 1-800-541-5555
ТТУ	711 (Коммутаторная служба США)
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Department of Health Care Services PO Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
САЙТ	www.medi-cal.ca.gov

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Управление социального обеспечения (Social Security)

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 или находятся в последней стадии 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 больше платить, 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.

ЗВОНИТЕ	<p>1-800-772-1213</p> <p>Звонки по этому телефону бесплатные.</p> <p>Линия работает с 7:00 часов утра до 7:00 часов вечера с понедельника по пятницу по Восточному времени</p> <p>(вы можете круглосуточно (24 часа) и без выходных пользоваться автоматизированной телефонной службой и прослушивать записанную информацию).</p> <p>Кроме того, круглосуточно (24 часа) работает автоматическая телефонная служба Управления социального обеспечения. Она позволяет вам прослушать записанную информацию и совершить некоторые действия.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование. Эта линия предназначена только для людей, страдающих нарушениями слуха или речи.</p> <p>Звонки по этому телефону бесплатные.</p> <p>Линия работает с 7:00 часов утра до 7:00 часов, с понедельника по пятницу.</p>
САЙТ	<p>http://www.ssa.gov</p>

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 3: Использование предоставляемого представителями плана страхового покрытия медицинской помощи и другого обслуживания

Содержание

A. Что такое «обслуживание», «покрываемое обслуживание», «поставщики» и «медики и медицинские учреждения, сотрудничающие с планом»	38
B. Правила получения покрываемой планом медицинской помощи, психологической и психиатрической помощи и длительного обслуживания	38
C. Ваш координатор медицинского обслуживания	40
D. Получение помощи у врачей первичного обслуживания, у специалистов и у медиков и в медицинских учреждениях, сотрудничающих или не сотрудничающих с планом	40
Получение помощи у врачей первичного обслуживания	40
Федеральный медицинский центр (FQHC) и сельская клиника (RHC) как ваш врач PCP	42
Как получать помощь специалистов и других медиков, сотрудничающих с нашим планом	44
Как получать помощь у медиков и в медицинских учреждениях, которые не сотрудничают с нашим планом	46
E. Как получить длительное обслуживание (LTSS)	46
F. Как получить психологическую, психиатрическую или наркологическую помощь	47
Какую психологическую и психиатрическую помощь по программе Medi-Cal можно получить помимо плана Health Net Cal MediConnect: Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес (DMH) и Департамент общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес (профилактика и лечение лекарственных и наркотических зависимостей) (DPH/SAPC)?	48
G. Как получить транспортные услуги	51

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



H. Как получить страховое покрытие обслуживания в экстренных и неотложных ситуациях	52
Экстренная помощь	52
Неотложная помощь	54
Получение медицинской помощи во экстренных случаях	55
I. Что делать, если вы получили счет на полную стоимость покрываемого нашим планом обслуживания?	55
Что делать, если наш план не покрывает какое-то обслуживание?	55
J. Какое страховое покрытие вам полагается, когда вы участвуете в клиническом исследовании?	56
Что такое «клиническое исследование»?	56
Кто оплачивает что, когда вы участвуете в клиническом исследовании?	57
Другие полезные сведения	57
K. Как мы покрываем медицинское обслуживание, если вы находитесь в религиозном немедицинском учреждении для обслуживания больных?	57
Что такое «религиозное немедицинское учреждение для обслуживания больных»?	57
Какую помощь в религиозных немедицинских учреждениях для обслуживания больных покрывает наш план?	58
L. Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования	58
Будете ли вы владельцем медицинского оборудования длительного пользования, которым пользуетесь?	58
Что произойдет, если вы перейдете в обычную программу Medicare (Original Medicare)? ...	59

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



А. Что такое «обслуживание», «покрываемое обслуживание», «поставщики» и «медики и медицинские учреждения, сотрудничающие с планом»

Обслуживание — это медицинская помощь; длительное обслуживание; медицинские приспособления; психиатрическая, психологическая и наркологическая помощь; лекарства по рецепту и без рецепта; медицинское оборудование и другие услуги. **Покрываемое обслуживание** — это любое обслуживание, за которое платит наш план. Покрываемые планом услуги (медицинская, психиатрическая, психологическая и наркологическая помощь, длительное обслуживание и т. д.) приведены в таблице сумм страхового покрытия в Главе 4.

Поставщики — это врачи, медицинские сестры и другие люди, оказывающие вам медицинскую помощь. Термин *поставщики* — это также больницы, агентства ухода на дому, поликлиники и другие учреждения, в которых медики оказывают медицинскую, психиатрическую и психологическую помощь. Кроме того, к ним относятся поставщики медицинского оборудования и организации, в которых можно получить определенные виды длительного обслуживания.

Сотрудничающие с планом поставщики — это те, кто заключил с нашим планом договор. Такие поставщики согласились принимать назначенную планом оплату покрываемых услуг в качестве полной оплаты их услуг. Счет за оказанную вам помощь такие поставщики направляют непосредственно нам. Обычно вы ничего не платите за покрываемую планом помощь, если она оказана сотрудничающим с планом медиком или медицинским учреждением.

В. Правила получения покрываемой планом медицинской помощи, психологической и психиатрической помощи и длительного обслуживания

План Health Net Cal MediConnect покрывает все виды обслуживания, которые покрывает программа Medicare. К их числу относятся медицинская помощь; психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь; длительное обслуживание (LTSS) и лекарства по рецепту.

Обычно план Health Net Cal MediConnect платит за это обслуживание, если вы соблюдаете установленные планом правила. Правила, которые нужно соблюдать для получения страхового покрытия:

- План должен покрывать это обслуживание, т.е. оно должно быть **покрываемым обслуживанием нашего плана**. Это значит, что оно должно быть приведено в таблице страховых выплат. (См. таблицу в Главе 4 этого справочника).
- Обслуживание должно быть **признано необходимым**. Это значит, что это обслуживание вам нужно для предупреждения, диагностики или лечения болезни или для того, чтобы предотвратить ухудшение вашего состояния. К такому обслуживанию относится также помощь, позволяющая вам избежать госпитализации в больницу или в центр сестринского ухода. Кроме того, обслуживание, принадлежности и лекарства должны отвечать требованиям стандартов медицинской помощи.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Медицинское обслуживание должно быть назначено **сотрудничающим с планом врачом первичного обслуживания (primary care provider, PCP)** или специалистом, к которому он вас направил. Став членом нашего плана, вы должны выбрать себе сотрудничающего с нами врача первичного обслуживания (Primary Care Provider, PCP).
 - » В большинстве случаев для того, чтобы обратиться к другому сотрудничающему с нами врачу, вы должны вначале получить на это разрешение своего врача первичного обслуживания (врач PCP). Это разрешение называется **направление**. Подробнее о направлениях говорится на стр. 43.
 - » Врачи первичного обслуживания (PCP), сотрудничающие с нашим планом, связаны с медицинскими группами. Вместе с врачом первичного обслуживания (PCP) вы выбираете и его медицинскую группу. Это означает, что ваш врач первичного обслуживания будет давать направления вам к специалистам и сервисам его медицинской группы. Медицинская группа — группа работающих вместе врачей первичного обслуживания (врачей PCP), врачей-специалистов и других медиков, которые заключили договор для сотрудничества с нашим планом.
 - » Для получения экстренной, неотложной и гинекологической *помощи* направление врача PCP не требуется. Существуют также некоторые другие виды обслуживания, которое можно получать без направления от врача первичного обслуживания. Подробнее об этих услугах говорится на стр. 43.
 - ➔ Подробнее о том, как выбрать врача первичного обслуживания (врач PCP) говорится на стр. 42.
- **За помощью вам следует обращаться к поставщикам, которые сотрудничают с нашим планом и являются членами медицинской группы вашего врача первичного обслуживания.** Наш план обычно не оплачивает обслуживание, полученное у врача или в медицинском учреждении из числа тех, которые с нами не сотрудничают, но являются членами медицинской группы вашего врача первичного обслуживания. Существует несколько исключений из этого правила:
 - » Экстренную помощь и неотложную помощь, оказанную медиком, который с нами не сотрудничает, наш план покрывает. Подробнее об этом и о том, что такое *экстренная помощь и неотложная помощь*, см. на стр. 52.
 - » Если вам требуется медицинская помощь, которую наш план покрывает, но сотрудничающие с нами медики не оказывают, вы можете обратиться к поставщику из числа тех, которые с нами не сотрудничают. Для того чтобы обратиться к медику или в медицинское учреждение из числа тех, которые с нами не сотрудничают, вам нужно вначале получить на это разрешение. Когда мы выдадим вам это разрешение, мы уведомим об этом вас; врача, который рекомендовал направить вас к не сотрудничающему с нами врачу, и врача, к которому вам нужно обратиться. В этой ситуации мы полностью покрываем оказанную вам помощь. О том, как получить разрешение на посещение врача, который с нами не сотрудничает, говорится на стр. 46.
 - » Если вы на короткое время покидаете нашу зону обслуживания, наш план покрывает вам диализ, проводимый за ее пределами. Это обслуживание вы можете получать в диализном центре, сертифицированном программой Medicare.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- » Когда вы впервые становитесь участником нашего плана, вы можете обратиться к нам с просьбой о продолжении лечения у прежних врачей. Мы должны дать вам разрешение с некоторыми исключениями, если установим, что к моменту включения в наш план вы лечитесь у этого медика. (см. Главу 1, стр. 9). Если на этот запрос мы даем положительный ответ, вы можете по-прежнему обращаться к этому медику в течение не более 12 месяцев для обслуживания. За это время ваш координатор обслуживания свяжется с вами и поможет найти медиков или медицинские учреждения, которые с нами сотрудничают и являются членами медицинской группы вашего врача первичного обслуживания. Через 12 месяцев мы прекратим страховое покрытие обслуживания, которое вы получаете у медиков, не сотрудничающих с нашим планом, но являются членами медицинской группы вашего врача первичного обслуживания.

С. Ваш координатор медицинского обслуживания

Координатор медицинского обслуживания — это человек, который совместно с вами, страховым планом и лечащими вас медиками работает над тем, чтобы вы получали нужные вам лечение и уход. Координатора вам назначают, когда вы становитесь участником плана.

Отдел обслуживания сообщит вам, как вы можете обратиться к координатору медицинского обслуживания. Координатор помогает согласовывать предоставление вам необходимых видов обслуживания. Он вместе с вами составляет план обслуживания. Он помогает вам решать, кто будет включен в вашу группу медицинского обслуживания. Ваш координатор сообщает вам информацию, которая позволяет вам контролировать процесс лечения и ухода. Кроме этого, 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, позвоните в наш отдел обслуживания.

Если вам нужна помощь, позвоните в наш отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 утра до 8 вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

Д. Получение помощи у врачей первичного обслуживания, у специалистов и у медиков и в медицинских учреждениях, сотрудничающих или не сотрудничающих с планом

Получение помощи у врачей первичного обслуживания

Вам нужно выбрать врача первичного обслуживания (primary care provider, врач РСР), который будет оказывать вам помощь и управлять ходом вашего лечения. Врачи первичного обслуживания (РСР), сотрудничающие с нашим планом, связаны с медицинскими группами. Вместе с врачом первичного обслуживания (РСР) вы выбираете и его *медицинскую* группу.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Что такое «врач первичного обслуживания» и что он делает?

Участник нашего плана должен выбрать сотрудничающего с Health Net Cal MediConnect врача первичного обслуживания (врач РСР). Ваш врач РСР 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 по внутренним болезням. Женщины могут выбирать акушера-гинеколога в качестве своего врача первичного обслуживания.

Обычную медицинскую помощь вы получаете у своего РСР. Ваш врач РСР обеспечивает получение вами других видов покрываемой планом медицинской помощи. К их числу, например, относятся:

- рентгеновские обследования,
- лабораторные исследования,
- лечение,
- помощь врачей-специалистов,
- госпитализация в больницу и
- послебольничное лечение.

“Координация” покрываемой планом помощи включает обсуждение с другими медиками оказываемой вам помощи и состояния вашего здоровья. Для получения определенных видов покрываемых нами услуг и медицинских принадлежностей нужно, чтобы ваш врач РСР вначале выдал вам соответствующее разрешение (например, направление к специалисту). В некоторых случаях, ваш врач РСР должен вначале получить разрешение нашего плана. Если для оказания вам необходимой помощи требуется вначале получить наше разрешение, ваш основной лечащий врач (РСР) подает в наш план или в медицинскую группу, в которой вы лечитесь, запрос на получение такого разрешения. Поскольку ваш врач РСР 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 врача первичного обслуживания (РСР). Если ваш врач РСР считает, что вам нужна специализированная помощь, он дает вам направление к сотрудничающему с планом специалисту или к другим медикам или в другие медицинские учреждения. Только некоторые виды медицинской помощи вы можете получать, не получив вначале у своего врача РСР соответствующее разрешение или направление. О таких случаях речь пойдет ниже.

У каждого участника нашего плана есть врач РСР. Таким врачом может быть даже поликлиника. Женщины могут выбрать своим врачом РСР акушера-гинеколога или клинику по планированию семьи.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



В качестве врача первичного обслуживания участники нашего плана могут выбирать медиков, не являющихся врачами. К числу таких медиков относятся следующие: сертифицированные сестры-акушерки (nurse midwives), сертифицированные фельдшеры (практикующие медицинские сестры, nurse practitioners), помощники врача (physicians assistants). Если вы выбрали своим врачом первичного обслуживания такого медика, вы будете приписаны к контролируемому его работу врачу, но обслуживать вас будет выбранный вами медик. Участники нашего плана могут поменять выбранного медика; для этого нужно поменять контролирующего его работу врача первичного обслуживания. На вашей идентификационной карточке участника плана будет напечатано имя врача первичного обслуживания, контролирующего работу выбранного вами медика. Вы можете выбрать себе в качестве врача первичного обслуживания и специалиста. Специалист должен иметь желание и быть способным оказывать медицинскую помощь, в чем вы нуждаетесь.

Федеральный медицинский центр (FQHC) и сельская клиника (RHC) как ваш врач PCP

Федеральный медицинский центр (Federally Qualified Health Center, FQHC) и сельская клиника (Rural Health Clinic, RHC) — это поликлиники; они могут быть вашим врачом PCP.

FQHC и RHC — это медицинские центры, оказывающие первичную медицинскую помощь. Вы можете позвонить в отдел обслуживания чтобы узнать названия и адреса центров FQHC и клиник RHC, сотрудничающих с планом Health Net Cal MediConnect, можно позвонив в наш отдел обслуживания или воспользовавшись *Указателем медиков, медицинских учреждений и аптек (Provider and Pharmacy Directory)*.

Как выбрать своего врача первичного обслуживания (PCP)?

При включении в наш план вы выбираете имеющую с нами договор медицинскую группу. Медицинская группа — группа работающих вместе врачей первичного обслуживания (врачей PCP), врачей-специалистов и других медиков, которые заключили договор для сотрудничества с нашим планом. Кроме того, вам нужно выбрать себе врача первичного обслуживания (врач PCP), работающего в этой медицинской группе. Этот врач должен входить в медицинскую группу, расположенную не дальше 30 миль или 30 минут езды от вашего дома или работы. Медицинские группы (и аффилированные с ними основные лечащие врачи и больницы) приведены в *Указателе поставщиков и аптек*. Кроме того, вы можете воспользоваться сайтом www.healthnet.com/calmediconnect. Чтобы получить подтверждение о доступности поставщика или узнать о конкретном враче PCP, обращайтесь в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

Каждая медицинская группа и каждый врач PCP дают направления к специалистам и в больницы, с которыми эта группа или этот PCP сотрудничает. 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 врачом PCP и с медицинской группой, в которой вы лечитесь. Имя вашего врача PCP и номер телефона его кабинета напечатаны на вашей карточке участника нашего плана.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Если вы не выберете медицинскую группу и врача первичного обслуживания (PCP) сами или если вы выберете медицинскую группу или врача PCP, у которых нельзя лечиться по нашему плану, мы сделаем это сами. Мы подберем вам медицинскую группу и врача, которые принимают недалеко от вашего дома.

О том как поменять своего врача PCP, говорится ниже под заголовком «Как поменять своего врача первичного обслуживания».

Как поменять своего врача первичного обслуживания

Поменять врача первичного обслуживания (врач PCP) вы можете в любое время по любой причине. Кроме того, врачи иногда перестают сотрудничать с нашим планом. Если ваш врач PCP перестал с нами сотрудничать, мы поможем вам найти нового врача PCP из числа сотрудничающих с нами.

Ваш запрос на переход к другому врачу PCP вступит в силу в первый день месяца, следующего за тем, в который план получил ваш запрос. Чтобы поменять вашего врача PCP, обращайтесь в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные или воспользуйтесь сайтом www.healthnet.com/calmediconnect и подайте соответствующий запрос.

Когда вы обращаетесь к нам, обязательно сообщайте, лечитесь ли вы у специалиста и получаете ли другое покрываемое планом обслуживание, требующие разрешения или направления от вашего врача PCP (например, медицинское обслуживание на дому или медицинское оборудование длительного пользования). Отдел обслуживания сообщит вам, как вы можете продолжить получение помощи специалиста и других услуг, которые вы получали к моменту перехода к другому врачу PCP. Кроме того, сотрудники отдела проверят, принимает ли новых пациентов тот врач PCP, к которому вы хотите перейти.

Наш отдел обслуживания меняет указанное в вашем деле имя врача первичного обслуживания (врач PCP) и сообщит вам, когда вы сможете начать лечиться у своего нового врача PCP.

Кроме того, вам пришлют новую карточку участника нашего плана. На этой карточке будут указаны имя и номер телефона нового врача PCP.

Помните, врачи первичного обслуживания (PCP), сотрудничающие с нашим планом, связаны с медицинскими группами. Меняя врача PCP, вы меняете медицинские группы тоже. Помимо просьбы о замене, вы сообщите отделу обслуживания участников о том, обращаетесь ли к специалисту или получаете покрываемые нашим планом другие услуги, требующие

Разрешения врача первичного обслуживания (PCP). Отдел обслуживания поможет вам продолжить получение помощи специалиста и других услуг, когда вы переходите к другому врачу PCP.

Обслуживание, которое можно получать без направления от врача PCP

В большинстве случаев перед тем, как обратиться к другим медикам или в другое медицинское учреждение, вам нужно получить разрешение своего врача первичного обслуживания (врач PCP). Это разрешение называется **направление**. Обслуживание, для получения которого направление от врача PCP не требуется:

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Экстренная помощь, оказанная сотрудничающими или не сотрудничающими с нами медиками и медицинскими учреждениями.
- Неотложная помощь, оказываемая сотрудничающими с нами медиками.
- Если обратиться к медиками или в учреждения, которые с нами сотрудничают, невозможно (например, если вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания), можно получить неотложную помощь у медиков и в учреждениях, 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 клиентов. Мы поможем вам найти диализные центры за пределами нашей зоны обслуживания.)
- Прививки от гриппа и пневмонии у сотрудничающих с нами медиков.
- Обычная гинекологическая помощь и планирование семьи. Она включает: осмотр груди, профилактические маммографии (рентген молочных желез), мазок по Папаниколау, гинекологическое обследование. Получать эту помощь следует у сотрудничающих с нами медиков.
- Кроме того, направление не требуется для обращения, если вы имеете право обращаться к медикам из Службы здравоохранения индейцев (Indian Health Service), если вы имеете право получать помощь через эту службу.
- Помощь в планировании семьи, оказанная сотрудничающими или не сотрудничающими с нами медиками и медицинскими учреждениями.
- Основная дородовая медицинская помощь, помощь при заболеваниях, передающихся половым путем, ВИЧ-тестирование.

Как получать помощь специалистов и других медиков, сотрудничающих с нашим планом

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

- *Онколог* лечит 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 врача первичного обслуживания (врач РСР) (это называется «направление» к специалисту). Перед посещением специалиста или другого сотрудничающего с нами медика обязательно получайте у своего врача РСР 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



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 врачом РСР направление на первое посещение действительно также для остальных визитов к специалисту.

Каждая медицинская группа и каждый врач РСР дают направления к специалистам и в больницы, с которыми эта группа или этот РСР сотрудничает. 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 врач РСР. Если вы хотите лечиться у конкретных специалистов или в конкретных больницах, выясните вначале, сотрудничают ли с ними ваша медицинская группа и ваш врач РСР. Обычно вы можете менять своего врача РСР всегда, когда вы хотите обратиться к сотрудничающему с нами специалисту или в сотрудничающую с нами больницу, к которыми ваш врач РСР не может дать вам направление. О том как поменять врача РСР, говорится в этой главе в подразделе “Как поменять своего врача первичного обслуживания”.

На некоторые виды обслуживания требуется вначале получить разрешение нашего плана или медицинской группы, в которой вы лечитесь (называется «предварительное разрешение»). Предварительное разрешение — это процесс получения разрешения перед получением определенных видов обслуживания. Если на необходимую вам помощь нужно вначале получить разрешение, ваш врач РСР или другой сотрудничающий с нами медик подаст нам или в медицинскую группу, в которой вы лечитесь, 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 вначале получить разрешение, приведены в таблице сумм страховых выплат в Главе 4 этого справочника.

Что делать, если медик прекратил сотрудничество с нашим планом?

Сотрудничающие с нами медики и учреждения могут иногда прекращать сотрудничество с нашим планом. У нас предусмотрены меры, защищающие ваше право на медицинское обслуживание в случае, когда лечащий вас медик перестает сотрудничать с планом:

- Несмотря на то что в течение года медики могут переставать с нами сотрудничать, мы должны обеспечивать бесперебойное обслуживание участников плана.
- Мы приложим искренние усилия для того чтобы при слать вам уведомление о выходе медика из нашего плана не менее чем за 30 дней. Это дает вам достаточно времени, для того чтобы найти нового медика.
- Мы помогаем вам искать нового медика, имеющего необходимую для продолжения лечения квалификацию.
- Если вы проходите лечение, у вас есть право на просьбу, чтобы это лечение не прерывалось. Мы сделаем все возможное, чтобы обеспечить непрерывность лечения.
- 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Если вы узнаете, что один из лечащих вас медиков собирается прекратить сотрудничество с нашим планом, сообщите об этом нам. Мы поможем вам найти нового медика и организовать продолжение обслуживания. За помощью обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

Как получать помощь у медиков и в медицинских учреждениях, которые не сотрудничают с нашим планом

Если вам нужна помощь, которую наши врачи не оказывают, вам нужно вначале получить наше разрешение на лечение у медика, который с нами не сотрудничает. Ваш врач первичного обслуживания (PCP) подаст в наш план или в медицинскую группу, в которой вы лечитесь, запрос на получение такого разрешения.

Очень важно получить разрешение до того, как вы обратитесь к медикам или в медицинские учреждения, которые с нами не сотрудничают. (Разрешение не требуется только для экстренной и неотложной помощи и для услуг по планированию семьи. Кроме того, когда вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания, разрешение не требуется для прохождения диализа в диализном центре, имеющем сертификат программы Medicare.) Если вы не получите разрешение заранее, вам, возможно, придется платить за эту помощь самостоятельно.

Подробнее о том, как мы покрываем экстренную и неотложную помощь, оказанную медиками или учреждениями, которые с нами не сотрудничают, см. в Разделе H этой главы.

➔ **Помните:** Если вы обращаетесь к не сотрудничающим с нами медикам или в не сотрудничающие с нами медицинские учреждения, такие медики и учреждения должны иметь право на работу с программой Medicare и/или Medicaid. Мы не можем платить медику, не имеющему права сотрудничать с программой Medicare и/или Medicaid. Если вы обратитесь к медику или в медицинское учреждение из числа тех, которые не имеют права сотрудничать с программой Medicare, вам придется полностью оплатить полученное обслуживание. Если медик или учреждение не имеют права работать по программе Medicare, они должны вам об этом сообщить.

E. Как получить длительное обслуживание (LTSS)

В предоставлении длительного обслуживания (Long-Term Services and Supports, LTSS) участвуют Службы помощи взрослым по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS), Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) и Учреждения сестринского ухода (Nursing Facilities, NF). Это обслуживание может проводиться у вас дома, по месту вашего проживания или в медицинском учреждении. Ниже объясняются разные виды длительного обслуживания:

- **Службы помощи взрослым по месту жительства (CBAS):** Программа амбулаторной помощи в учреждениях, совмещающих квалифицированный сестринский уход, социальное обслуживание, эрготерапия и логопедическое лечение, лечение, уход, обучение семьи больного или ухаживающего за ним лица, диетологические услуги, транспортные и другие услуги. Получать обслуживание по этой программе могут лица, соответствующие определенным критериям.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP):** Это специальная программа штата Калифорния, целью которой является предоставление Услуг на дому и по месту проживания (Home and Community-Based Services, HCBS) для болеющих пожилых клиентов, которые недееспособны для размещения в сестринское учреждение, но хотят жить в сообществе. Право на обслуживание по программе имеют лица, которым исполнилось уже 65 лет, имеющие инвалидность и включенные программу Medi-Cal. Эта программа является альтернативой размещению в сестринское учреждение. Услуги Многоцелевой программы обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) включают, но не ограничиваются следующими: Центр по оказанию дневной медицинской помощи и поддержки людям старшего возраста (Adult Day Care/ Support Center); оказание помощи на дому, такое как физическая адаптация и вспомогательные устройства, домашняя работа и индивидуальная медицинская помощь, координация оказываемой медицинской помощи, оказание помощи больным и другие виды услуг.
- **Центр сестринского ухода (Nursing Facilities, NF):** Учреждение, в котором ухаживают за людьми, которым не нужно лечиться в больнице, но состояние здоровья которых не позволяет им проживать дома.

Ваш координатор обслуживания поможет вам разобраться во всех этих программах. Кроме того, ответы на вопросы об этих программах вы можете получить в нашем отделе обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711 с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

Ф. Как получить психологическую, психиатрическую или наркологическую помощь

У участников нашего плана есть доступ к необходимой по медицинским показаниям психологической, психиатрической и наркологической помощи, покрываемой по программам Medicare и Medi-Cal. В плане Health Net Cal MediConnect вы можете получать эту помощь, если ее покрывает программа Medicare. Психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь по программе Medi-Cal план Health Net Cal MediConnect не предоставляет. Получить ее можно в следующих организациях: Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес (Department of Mental Health, DMH) и Департамент общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес (профилактика и лечение лекарственных и наркотических *зависимостей*) (Department of Public Health, Substance Abuse Prevention & Control, DPH/SAPC) (ADS).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Какую психологическую и психиатрическую помощь по программе Medi-Cal можно получить помимо плана Health Net Cal MediConnect: Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес (DMH) и Департамент общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес (профилактика и лечение лекарственных и наркотических зависимостей) (DPH/SAPC)?

Если у вас есть медицинские показания для специальных видов помощи, предоставляемых по программе Medi-Cal при психических нарушениях, вы можете получать покрываемую по программе Medi-Cal помощь по плану психологической, психиатрической и наркологической помощи (mental health plan, MHP), действующему в Вашем округе. Специализированная психологическая и психиатрическая помощь программы Medi-Cal, предоставляемая в округе Лос-Анджелес

Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес (DMH) и Департамент общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес (профилактика и лечение лекарственных и наркотических зависимостей) (DPH/SAPC) включают:

- 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
- 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 медицинской помощи

Если вы соответствуете установленным программой Drug Medi-Cal критериям наличия медицинских показаний для наркологического лечения, вы можете получить покрываемую по программе Medi-Cal наркологическую помощь через Департамент общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес (профилактика и лечение лекарственных и наркотических зависимостей) (DPH/SAPC). Наркологическая помощь по программе Drug Medi-Cal, которую можно получить через Департамент общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес (профилактика и лечение лекарственных и наркотических зависимостей) (DPH/SAPC), включает:

- Интенсивное амбулаторное лечение
- Лечение с проживанием в медицинском учреждении
- Амбулаторные службы помощи лицам, решившим отказаться от наркотиков

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Наркологическое лечение
- Лечение опиодных наркоманов 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 обслуживание: Амбулаторное кризисное вмешательство, краткосрочный курс оценки состояния и лечения, длительное специализированное лечение, любые виды реабилитации при наркотической зависимости.
- Помощь в стационаре и медицинские принадлежности: обычная или специализированная палата на две или более койки; принадлежности и вспомогательные услуги, которые обычно предоставляются в этом учреждении.
- Помощь в стационаре и альтернативные виды помощи: частичная госпитализация и интенсивная амбулаторная помощь в учреждении, которое сертифицировано в программе Medicare.
- Детоксикация: Интенсивная детоксикация в стационаре и лечение острых состояний, связанных с наркотической зависимостью.
- Экстренная помощь: обследование больного и оценка его состояния с целью выяснить, находится ли больной в экстренном психическом состоянии; психиатрическое лечение для облегчения состояния или излечения.

Информация о медиках и медицинских учреждениях приведена в *Указателе поставщиков и аптек (Provider and Pharmacy Directory)*. Кроме того, вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711 с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Кроме того, эту информацию вы можете найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.

Исключения и ограничения, действующие в случае страхового покрытия психологической, психиатрической и наркологической помощи

Перечень исключений и ограничений, действующих в случае страхового покрытия психологической, психиатрической и наркологической помощи, приведен в Главе 4, Раздел E: Суммы страховых выплат *не* покрываются планами Health Net Cal MediConnect, Medicare и Medi-Cal.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Как определяется наличие медицинских показаний для психологической или психиатрической помощи

Страховое покрытие психологической, психиатрической и наркологической помощи предоставляется при условии, что наш план дал на нее разрешение. Подробнее об обслуживании, для которого нужно вначале получать разрешение плана, см. в Главе 4. Если вам нужно получить такое разрешение, звоните в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. Наш план направит вас к ближайшему к вам специалисту по психическим нарушениям из числа сотрудничающих с нами. Этот специалист вас обследует и решит, требуется ли вам лечение. Если вам требуется лечение, он разработает план лечения и подаст его на утверждение в компанию Health Net. Если мы утвердим план лечения, вы получите страховое покрытие включенных в него видов помощи. 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.

Порядок предоставления направления между планом Health Net Cal MediConnect

Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес (DMH) и Департаментом общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес (профилактика и лечение лекарственных и наркотических зависимостей) (DPH/SAPC).

Направления на получение психологической или психиатрической помощи по плану Health Net Cal MediConnect можно получить разными способами, в том числе у следующих лиц: психологи и психиатры округа; сотрудники округа, ведущие личные дела; врачи первичного обслуживания, участники плана и их семьи. Выдающее направление лицо может связаться с планом Health Net Cal MediConnect по номеру телефона, указанному на идентификационной карточке участника плана. Если психологическая или психиатрическая помощь необходима, компания Health Net подтвердит право участника плана на получение этой помощи и даст ему разрешение на ее получение.

Компания Health Net работает над выдачей направлений и разрешений и над координацией обслуживания совместно с округом Лос-Анджелес.

Получать направления в службы округа, предоставляющие специальную психологическую и психиатрическую помощь (County Specialty Mental Health) и/или наркологическую помощь (Alcohol & Drug Services) вы можете самостоятельно.

Координация обслуживания состоит в согласовании ваших пожеланий и действий врача PCP; работающих в округе специалистов по психическим заболеваниям; сотрудника округа, ведущего ваше дело; вашей семьи и ухаживающих за вами лиц.

Что делать, если у вас возникли сложности или претензии к психологической, психиатрической или наркологической помощи

По поводу страхового покрытия услуг, о которых говорилось в этом разделе, вы можете подавать апелляции так же, как по поводу любой другой покрываемой планом услуги. О жалобах подробно говорится в Главе 9 («Что делать, если у вас возникли сложности или претензии (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)»).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обеспечение непрерывности обслуживания участников плана, уже получающих психологическую, психиатрическую или наркологическую помощь

Если вы в настоящее время получаете помощь по поводу психического нарушения, вы можете попросить нас о том, чтобы вам разрешили по-прежнему обращаться к тому же медику. Дать вам разрешение мы должны, если вы можете доказать, что на протяжении 12 месяцев, предшествующих включению в наш план, вы уже лечились у этого медика. Если на этот запрос мы даем положительный ответ, вы можете по-прежнему обращаться к этому медику в течение не более 12 месяцев. Через 12 месяцев мы можем прекратить страховое покрытие обслуживания, которое вы получаете у медиков, не сотрудничающих с нашим планом. Для получения помощи по вашему запросу звоните в отдел обслуживания плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

G. Как получить транспортные услуги

Транспортные услуги участникам плана Health Net Cal MediConnect предоставляет компания LogistiCare Solutions, LLC (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

Неэкстренные поездки на медицинском транспорте мы покрываем только тогда, когда они нужны для получения покрываемого планом обслуживания, но физическое или психическое состояние больного не позволяет ему ездить на автобусе, такси, автомобиле или на другом общественном или частном транспорте. Для того чтобы вы могли пользоваться этой транспортной услугой, врач, стоматолог или подиатр должен письменно подтвердить ее необходимость.

Немедицинский транспорт

Поездки на немедицинском транспорте включают поездки по медицинским надобностям на легковом автомобиле, такси или других видах общественного или частного транспорта, если эти услуги предоставляет лицо или учреждение, не зарегистрированное как сотрудничающее с программой Medi-Cal.

К поездкам на немедицинском транспорте не относятся перевозки больных и травмированных людей, инвалидов, выздоравливающих, слабых или иначе ограниченных в своих возможностях людей, для перевозки которых нужна машина скорой помощи, машина для перевозки лежачих больных или машина для больных на инвалидной коляске.

Страховое покрытие поездок на немедицинском транспорте включает:

- Неограниченное число бесплатных поездок туда и обратно
- Обслуживание «от двери до двери»
- Поездки на такси, обычном легковом автомобиле, миниавтобусе

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



- Транспорт от дома до учреждения, в котором вам назначен прием, и обратно
- Дальность поездок внутри зоны обслуживания не ограничена
- С больным может бесплатно ехать один член семьи или лицо, ухаживающее за больным
- Если по дороге от врача вам нужно остановиться для посещения аптеки или лаборатории или для рентгенологического обследования, это не считается отдельной поездкой

Чтобы дать запрос на транспортные услуги, описанные выше, обращайтесь в отдел обслуживания плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

Запрос на получение транспортных услуг следует подавать за семь рабочих 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.

Н. Как получить страховое покрытие обслуживания в экстренных и неотложных ситуациях

Экстренная помощь

Что такое экстренное состояние?

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

- Представлять серьезную угрозу для здоровья женщины или здоровья ребёнка во чреве матери **или**
- Серьезно нарушить работу организма, **или**
- Привести к серьезному нарушению функций органа или части тела, **или**
- В случае беременной женщины активный труд, когда:
 - » нет достаточного времени для безопасной перевозки в другую больницу до начала родов.
 - » перевозка в другую больницу может представлять серьезную угрозу для здоровья женщины или ребёнка во чреве матери.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Что нужно делать в экстренной ситуации?

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. Получать направление или разрешение у своего врача первичного обслуживания (врач PCP) не нужно.
- **Как можно скорее позаботьтесь о том, чтобы рассказать нашему плану о вашем 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 за то, что вы опоздали сообщить нам об этом вовремя. Обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

Что мы покрываем в случае экстренной ситуации?

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 страховых выплат (Глава 4).

Мы можем покрыть экстренную помощь, оказанную вам за пределами США. Это покрытие ограничено суммой в \$50 000 в год. Для получения подробной информации см. «Страховое покрытие в других странах мира» в Таблице страховых выплат в Главе 4 настоящего справочника или обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

После того как экстренное состояние закончится, вам может потребоваться последующее лечение для стабилизации вашего состояния. Наш план покрывает такое лечение. Если экстренную помощь вы получили в не сотрудничающем с нами медицинском учреждении, мы постараемся как можно скорее перевести вас в сотрудничающее с нами учреждение, в котором вы сможете продолжить свое лечение.

Что будет, если окажется, что мое состояние не было экстренным?

Иногда бывает трудно решить, является состояние экстренным или нет. Например, вы обратились за экстренной помощью, считая, что ваше здоровье в серьезной опасности, — а врач осмотрел вас и сказал, что ваше состояние не экстренное. Если окажется, что у вас были разумные основания считать, что ваше здоровье находится в серьезной опасности, мы предоставим вам страховое покрытие полученного вами обслуживания.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Тем не менее после того как врач скажет, что ваше состояние не является экстренным, мы будем покрывать дополнительную помощь, *только* если:

- Вы обращаетесь к сотрудничающему с нами медику или
- Полученная вами помощь считается «неотложной» и при ее получении вы соблюдаете правила получения такой помощи. (См. следующий раздел.)

Неотложная помощь

Что такое «неотложная помощь»?

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

Неотложная помощь в зоне обслуживания нашего плана

В большинстве случаев мы покрываем неотложную помощь *только* при следующих условиях:

- Вы получаете эту помощь у сотрудничающего с нами медика или в сотрудничающем с нами медицинском учреждении **и**
- Вы соблюдаете правила, приведенные в этой главе.

Если же сотрудничающие с нами медики недоступны, мы покрываем неотложную помощь, полученную у медиков, которые не сотрудничают с нашим планом.

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

Если ваше состояние не такое тяжелое: позвоните своему врачу первичного обслуживания (врач РСР) 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

Медицинской группе или своему врачу РСР для помощи.

Медицинская группа, в которой вы лечитесь, круглосуточно (24 часа) и без выходных 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, нужна ли вам экстренная или неотложная помощь, позвоните

В отдел обслуживания клиентов по телефону 1-855-464-3571 (TTY:711). Отдел поможет вам связаться со службой сестринской помощи. С 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. Как участник плана Health Net Cal MediConnect вы можете круглосуточно (24 часа) и без выходных (7 дней) пользоваться услугами по быстрому определению наличия и серьезности заболевания.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Неотложная помощь вне зоны обслуживания нашего плана

За пределами нашей зоны обслуживания вы можете обращаться за неотложной помощью к любому медику и в любое медицинское учреждение. Наш план оплатит неотложную помощь, оказанную любым медиком или медицинским учреждением

- ➔ Неотложные услуги, полученные за пределами США, может рассматриваться как экстренная помощь. Она покрывается планом из сумм страхового покрытия «Непредвиденные ситуации за границей/Срочное покрытие расходов» помощь была оказана. Подробнее см. «Страховое покрытие в других странах мира» в Таблице страховых выплат в главе 4 настоящего справочника.

Получение медицинской помощи во экстренных случаях

Даже тогда, когда губернатор штата, министр здравоохранения и социальных служб США или Президент Соединенных Штатов Америки объявит о стихийном бедствии или чрезвычайном положении, вы будете иметь право на получение помощи от плана Health Net Cal MediConnect.

Для того чтобы получить информацию о том, как получать необходимую медицинскую помощь во время объявленного стихийного бедствия см. наш сайт www.healthnet.com/calmediconnect.

Во время объявленного стихийного бедствия, если вы не сможете пользоваться бесплатно услугами медиков и медицинских учреждений, не сотрудничающих с нашим планом. Если вы не сможете пользоваться услугами аптеки, сотрудничающей с планом, вы можете получить лекарства по рецепту в аптеке, не сотрудничающей с нашим планом. Подробнее см. в Главе 5.

I. Что делать, если вы получили счет на полную стоимость покрываемого нашим планом обслуживания?

Если счет прислали вам, а не плану, попросите нас оплатить по счету нашу долю.

- ➔ **Сами по счету не платите. Если вы оплатите счет, план может быть не в состоянии возместить вам эти расходы..**

Если вы уплатили за покрываемое нашим планом обслуживание **или** если вы получили счет на полную стоимость покрываемого нашим планом обслуживания, обратитесь к **Главе 7**. Там говорится о том, что нужно делать в таких ситуациях.

Что делать, если наш план не покрывает какое-то обслуживание?

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

- Эта помощь признана необходимой по медицинским показаниям **или**
- Эта помощь приведена в таблице страховых выплат (Глава 4), **или**
- Вы получаете эту помощь в соответствии с установленными в плане правилами.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



➔ Если какое-то обслуживание наш план не покрывает, **вам нужно его оплачивать полностью.**

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 наш отказ.

Подробно о том, что нужно делать, если вы хотите, чтобы мы оплатили обслуживание или медицинское приспособление, говорится в Главе 9. Там же говорится о том, как подать апелляцию на наше решение о страховом покрытии. Кроме того, вы можете позвонить в наш отдел обслуживания 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 об этом пределе и о том, насколько вы к нему близки, можно позвонив в наш отдел обслуживания.

J. Какое страховое покрытие вам полагается, когда вы участвуете в клиническом исследовании?

Что такое «клиническое исследование»?

Клиническое исследование (другое название *клиническое испытание*) — это исследование, в котором врачи испытывают новое лечение или новое лекарство. Для участия в исследовании приглашают добровольцев. Такие исследования позволяют врачам решить, 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 страховое покрытие обслуживания от нашего плана. Данное страховое покрытие не имеет отношения к исследованию.

Для участия в клиническом исследовании, утвержденном программой Medicare, вам *не* нужно получать наше разрешение или разрешение своего врача первичного обслуживания (врач РСР). Медики и медицинские учреждения, которые оказывают вам помощь в рамках исследования, могут *не* иметь договора с нашим планом.

Прежде чем участвовать в исследовании, вы должны нам об этом сообщить.

Если вы собираетесь участвовать в клиническом исследовании, вы или ваш координатор обслуживания должны

обратиться в отдел обслуживания участников, чтобы поставить нас в известность о том, что вы будете участвовать в клиническом исследовании.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Кто оплачивает что, когда вы участвуете в 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, 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:

- Палата и питание во время госпитализации, которые программа Medicare покрывала 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 программа Medicare *не* утвердила, **вы должны полностью оплачивать все, что связано с вашим участием в исследовании.**

Другие полезные сведения

Подробнее об участии в клинических исследованиях говорится в публикации «Программа Medicare и клинические исследования» (“Medicare and Clinical Research Studies”). Найти ее можно на сайте программы Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-). Также вы можете звонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 часа в сутки и 7 дней в неделю. Если вы пользуетесь линией TTY, звоните по телефону 1-877-486-2048.

К. Как мы покрываем медицинское обслуживание, если вы находитесь в религиозном немедицинском учреждении для обслуживания больных?

Что такое «религиозное немедицинское учреждение для обслуживания больных»?

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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Какую помощь в религиозных немедицинских учреждениях для обслуживания больных покрывает наш план?

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 и 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 должно быть сертифицировано программой Medicare.
- Наш план покрывает только ту часть помощи, которая не имеет отношения к религии.
- Если вы постоянно находитесь 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.

Существует неограниченное покрытие для этих страховых выплат, когда вы отвечаете всем вышеперечисленным требованиям.

L. Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования

Будете ли вы владельцем медицинского оборудования длительного пользования, которым пользуетесь?

Медицинское оборудование длительного пользования — это определенные приспособления, которые ваш врач вам выписал для использования на дому. К таким приспособлениям относятся: инвалидные коляски, костыли, ортопедические матрасы, диабетические принадлежности, больничные койки, заказанные поставщиком для использования в домашних условиях, инфузионные насосы IV, устройства для речевой генерации, кислородное оборудование и принадлежности, ингаляторы и ходунки.

Некоторые приспособления, например протезы, всегда считаются принадлежащими пациенту. В этом разделе обсуждаются другие виды медицинского оборудования, а именно то оборудование, которое надо арендовать.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



В программе Medicare пациенты, арендующие определенные виды медицинского оборудования длительного пользования (DME), получают это оборудование в собственность через 13 месяцев. Участник нашего плана может получить в собственность оборудование длительного пользования, если по медицинским показаниям оно требуется ему длительное время. Кроме того, на такое оборудование должно быть получено разрешение и его приобретение должно быть согласовано врачом первичного обслуживания (врач PCP), медицинской группой и/или компанией Health Net. Если вы хотите узнать об аренде или получении в собственность оборудования длительного пользования и о необходимых для этого документах, позвоните в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

В некоторых случаях мы передадим право собственности на медицинское оборудование длительного пользования участнику плана. Вы можете позвонить в отдел Обслуживания чтобы узнать о требованиях, которые вы должны выполнить, и о бумагах, которые вам необходимо предоставить.

Если будучи клиентом нашего плана вы получили в собственность медицинское оборудование длительного пользования и оборудование, требующее технического обслуживания, поставщик имеет право взимать с вас плату за техническое обслуживание.

Что произойдет, если вы перейдете в обычную программу Medicare (Original Medicare)?

Вам нужно будет сделать 13 выплат подряд обычной (обслуживающей вас без помощи плана) программе Medicare (Original Medicare) для того чтобы получить медицинское оборудование длительного пользования в свою собственность, если:

- Вы не стали его собственником, будучи участником нашего плана **и**
- Вы вышли из нашего плана и получаете страховое покрытие по программе Medicare без всяких планов, по обычной программе Medicare (Original Medicare).

Если вы делали выплаты за медицинское оборудование длительного пользования по программе Original Medicare, а затем стали участником нашего плана, эти предшествующие выплаты программе Original Medicare не учитываются при расчете 13 выплат подряд. Для того чтобы получить медицинское оборудование длительного пользования в свою собственность, вам нужно будет сделать 13 новых выплат подряд обычной (обслуживающей вас без помощи плана) программе Medicare (Original Medicare).

➔ Исключений для лиц, возвращающихся в программу Original Medicare, нет.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 4: Таблица страховых выплат

Содержание

A. Как разобраться в покрываемом нашим планом обслуживании	61
B. Наш план не позволяет медикам взимать с вас плату за обслуживание	61
C. О таблице страховых выплат	61
D. Таблица страховых выплат	63
E. Страховые выплаты, покрываемые вне плана Health Net Cal MediConnect	101
Программа штата Калифорния по переходу на обслуживание по месту жительства (California Community Transitions, CCT)	101
Программа Medi-Cal Dental	102
Хосписная помощь	102
F. Суммы страховых выплат не покрываются планами Health Net Cal MediConnect, Medicare и Medi-Cal	103

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



А. Как разобраться в покрываемом нашим планом обслуживании

В этой главе говорится о том, какое обслуживание наш план оплачивает. Кроме того, из нее вы узнаете, какое обслуживание мы не покрываем. О страховом покрытии лекарств говорится в Главе 5. Кроме того, здесь объясняются ограничения на страховое покрытие определенных услуг.

Поскольку вы получаете помощь по программе Medi-Cal, вам не нужно ничего платить за покрываемое обслуживание, если вы соблюдаете установленные планом правила. О действующих в плане правилах подробно говорится в Главе 3.

Если вам неясно, какое обслуживание мы покрываем, позвоните своему координатору обслуживания и/или в отдел обслуживания участников нашего плана по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

В. Наш план не позволяет медикам взимать с вас плату за обслуживание

Мы не позволяем медикам и медицинским учреждениям взимать с вас плату за покрываемое обслуживание. Мы платим непосредственно сотрудничающим с нами медикам и медицинским учреждениям. Вам ничего не нужно платить. Это правило действует даже тогда, когда мы платим медикам или учреждениям меньше, чем установленная ими стоимость услуг.

➔ **Вы никогда не должны получать счет за покрываемое обслуживание. Если вам его прислали, обратитесь к Главе 7 или позвоните в отдел обслуживания участников.**

С. О таблице страховых выплат

В этой таблице приведены виды обслуживания, за которые наш план платит. Типы покрываемого обслуживания приведены в алфавитном порядке и сопровождаются пояснением.

Мы покрываем перечисленные в таблице страховых выплат услуги, только если выполняются приведенные ниже правила. Вы ничего не платите за услуги, перечисленные в таблице страховых выплат, если выполняются следующие требования:

- 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. Когда мы говорим о медицинских показаниях, это относится ко всем покрываемым видам обслуживания, необходимым для спасения жизни, предупреждения серьезной болезни или инвалидности или для облегчения сильной боли посредством диагностики и лечения болезни или травмы.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Вы получаете помощь у сотрудничающего с нами медика или в сотрудничающем с нами медицинском учреждении. Сотрудничающий с планом медик заключил нами договор. В большинстве случаев мы не покрываем обслуживание, полученное у медиков и в учреждениях, которые с нами не сотрудничают. Подробнее о том, как пользоваться услугами сотрудничающих и не сотрудничающих с нами медиков и медицинских учреждений, см. в Главе 3.
- Помощь вам оказывает и координирует врач первичного обслуживания (врач РСР) или ваша группа медицинского обслуживания. В большинстве случаев для того, чтобы обратиться к другому сотрудничающему с нами врачу, вы должны вначале получить на это разрешение своего врача первичного обслуживания (врач РСР). Это разрешение называется «направление». Подробнее о получении направления и о случаях, когда оно не требуется, см. в Главе 3.
- За помощью вам следует обращаться к медикам и в медицинские учреждения, которые сотрудничают с нашим планом и являются членами медицинской группы вашего врача первичного обслуживания.
- Подробнее см. в Главе 3.
- Некоторые услуги, перечисленные в таблице страховых выплат, мы оплачиваем только при условии, что ваш врач или другой сотрудничающий с нами медик заранее получил наше разрешение оказание вам этого обслуживания. Его еще называют *предварительное разрешение*. Услуги, для которых требуется вначале получить наше разрешение, напечатаны в таблице курсивом.

Все виды профилактической помощи предоставляются бесплатно. В таблице страховых выплат это яблоко 🍏 стоит рядом с профилактическими видами помощи.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



D. Таблица страховых выплат

Обслуживание, которое наш план оплачивает	
	<p>Профилактическое обследование на наличие аневризмы брюшной аорты</p> <p>Однократное ультразвуковое обследование людей из группы риска. Наш план покрывает это обследование, только в том случае, если у вас есть определенные факторы риска и вы получили направление от вашего врача, помощника врача, практикующей медицинской сестры или от медицинской сестры клиники.</p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p>
	<p>Иглокалывание</p> <p><i>Мы оплачиваем до двух амбулаторных иглокалываний за один календарный месяц. Мы можем оплачивать более частые обследования, если нужны по медицинским показаниям.</i></p>
	<p>Диспансеризация и консультирование по поводу злоупотребления спиртным</p> <p>Взрослым участником 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 по результатам диспансеризации признано, что вы злоупотребляете алкоголем, вы можете получить до четырех кратких индивидуальных консультаций в год (во время консультации вы должны быть в ясном сознании). Консультации проводит имеющий необходимую подготовку врач первичного обслуживания или другой практикующий медик, оказывающий первичную медицинскую помощь.</p>
	<p>Медицинский транспорт</p> <p>Транспорт, который мы покрываем, включает медицинские самолеты и вертолеты и машины 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 должно быть разрешено нашим планом.</p> <p>Если ваше состояние <i>не</i> является экстренным, мы <i>можем</i> оплатить медицинский транспорт. Ваше состояние должно быть достаточно серьезным для того, чтобы другие способы транспортировки 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>

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает	
	<p>Ежегодный профилактический визит</p> <p>Вы можете проходить ежегодное профилактическое обследование. Это нужно для составления и обновления плана профилактических мероприятий, учитывающего текущее состояние вашего здоровья. Мы оплачиваем этот визит раз в 12 месяцев.</p>
	<p>Измерение костной массы</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. Мы оплачиваем эти обследования один раз за 24 месяца. Мы можем оплачивать более частые обследования, если нужны по медицинским показаниям. Кроме того, мы платим врачу за расшифровку результатов обследования.</p> <p><i>Поговорите со своим врачом 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>Профилактические обследования на наличие рака груди (маммографии)</p> <p>Мы оплачиваем следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Одна маммография для определения исходного состояния желез (проводится женщинам в возрасте от 35 до 39 лет) ■ Одна профилактическая маммография каждые 12 месяцев (для женщин в возрасте 40 лет и старше) ■ Медицинский осмотр желез каждые 24 месяца
	<p>Кардиологическая реабилитация</p> <p>Мы оплачиваем такие виды кардиологической реабилитации, как упражнения, медицинское просвещение и консультирование. Эта помощь предоставляется участникам плана, имеющим определенное состояние здоровья и направление от врача. Кроме того, наш план покрывает программы <i>интенсивной</i> кардиологической реабилитации.</p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p>

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает	
	<p>Профилактический визит для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (лечение сердечно-сосудистого заболевания)</p> <p>Мы покрываем один такой ежегодный визит к основному лечащему врачу. Во время этого посещения врач может сделать следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Обсудить с вами лечение аспирином, ■ Измерить давление крови и/или ■ Дать советы о правильном питании.
	<p>Анализы на наличие сердечно-сосудистых заболеваний</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>Поговорите со своим врачом 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>Профилактические обследования на наличие рака шейки матки и влагалища</p> <p>Мы оплачиваем следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Всем женщинам: раз в 24 месяцев мазок по Папаниколау и гинекологическое обследование ■ Женщинам детородного возраста при повышенном риске рака шейки матки и влагалища: один мазок Папаниколау каждые 12 месяцев ■ Женщинам детородного возраста при положительном результате мазка по Папаниколау в течение последних 3-х лет: один мазок Папаниколау каждые 12 месяцев
	<p>Мануальная терапия (хиропрактика)</p> <p>Мы оплачиваем следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Мануальное лечение подвывиха позвонка <p><i>Поговорите со своим врачом 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>

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Обследование на наличие рака толстой и прямой кишок**

Лицам в возрасте 50 лет и старше мы оплачиваем:

- 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 колоректального рака каждые 24 месяца

Поговорите со своим врачом 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 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 учреждения, работающего по программе CBAS, рядом с вами нет, мы оплатим получение этих услуг в разных учреждениях.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Консультации по прекращению курения и употребления табака**

Если вы курите, но у вас нет признаков или симптомов болезни, вызванной этой дурной привычкой и хотите или вам нужно бросить курить:

- 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.

Если вы курите и у вас диагностировано заболевание, вызванное курением, или если вы принимаете лекарство, действие которого может измениться под влиянием табака:

- В течение 12 месяцев мы покрываем консультативную помощь при двух попытках прекратить курение. Во время каждой попытки вы можете получить до четырех индивидуальных консультаций.

Если вы беременны, вы можете неограниченно консультироваться по поводу прекращения курения, но для этого вам нужно заранее получить наше разрешение.

Поговорите со своим врачом и получите направление.

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

Кроме того, наш план покрывает для бросающих курить дополнительные консультации, проводимые по телефону или через Интернет. Получать на них наше разрешение не нужно. За дополнительной информацией обращайтесь в наш отдел обслуживания.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Стоматологическое обслуживание**

Определенные виды стоматологического обслуживания, включая чистки, пломбы и полные протезы, доступны через программу Medi-Cal Dental. Подробнее об этих льготах см. в Разделе E.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Профилактические обследования на наличие депрессии**

Мы оплачиваем одно профилактическое обследование на наличие депрессии в год. Обследование должно проводиться врачом, предоставляющим первичное медицинское обслуживание, у которого можно получить нужное лечение или направление к специалисту.

**Профилактические анализы 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.

Поговорите со своим врачом и получите направление.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает



Обучение жизни с диабетом; приспособления и услуги для диабетиков

Всем больным диабетом (независимо от инсулинозависимости) мы оплачиваем следующее обслуживание:

- Приспособления для контроля уровня глюкозы в крови:
 - » Гликометр
 - » Тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови
 - » Иголки и приспособления для взятия образца крови
 - » Поверочные растворы глюкозы для проверки точности гликометра и качества тест-полосок
 - » Приспособления для слежения за уровнем глюкозы в крови могут быть ограничены поставками только от определенных производителей. Кроме того, ваш врач РСР организует или координирует получение вами покрываемой планом медицинской помощи.
- При тяжелых диабетических осложнениях на стопы мы покрываем следующие:
 - » Раз в календарный год одну пару лечебной обуви на заказ (с вкладышами), включая пригонку и две пары дополнительных вкладышей **или**
 - » Раз в календарный год одну пару глубокой обуви, включая пригонку и три пары вкладышей (дополнительно к стандартным съёмным вкладышам, с которыми эта обувь продается).
- В некоторых случаях мы оплачиваем обучение жизни с диабетом. Кроме того, чтобы узнать подробнее, обращайтесь в отдел обслуживания.

Поговорите со своим врачом и получите направление.

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

Медицинское оборудование длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME) и принадлежности к нему

(Определение «медицинского оборудования длительного пользования» (Durable Medical Equipment, DME) приведено в Главе 12 этого справочника.)

Мы покрываем следующее:

- Инвалидные коляски
- Костыли

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

- Лекарства и приспособления для диабетиков
- больничные кровати, назначенные вам врачом для использования в домашних условиях.
- Инфузионные насосы IV
- Устройства для речевой генерации
- Кислородное оборудование и принадлежности
- Ингаляторы
- Ходунки

Мы можем покрывать также другое оборудование.

Мы оплачиваем все необходимое по медицинским показаниям оборудование длительного пользования, которое обычно покрывают программы Medicare и Medi-Cal.

Если у сотрудничающего с нами поставщика, который работает в вашей зоне обслуживания, нет оборудования определенного производителя или определенной марки, вы можете спросить его, можно ли заказать такое оборудование специально для вас.

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

Кроме того, мы покрываем используемое вне дома медицинское оборудование длительного пользования, не покрываемое программой Medicare. Поговорите со своим врачом и получите направление.

Мы оплачиваем все необходимое по медицинским показаниям оборудование длительного пользования, которое обычно покрывают программы Medicare и Medi-Cal.

Если у сотрудничающего с нами поставщика, который работает в вашей зоне обслуживания, нет оборудования определенного производителя или определенной марки, вы можете спросить его, можно ли заказать такое оборудование специально для вас.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Экстренная помощь

Экстренная помощь — это помощь, которая:

- Оказана медиком или медицинским учреждением, обученным оказывать экстренную помощь **и**
- Нужна для лечения экстренного состояния.

Экстренное состояние — это состояние, сопровождающееся сильной болью, или серьезная травма. Состояние должно быть настолько серьезным, чтобы средний разумный человек без медицинского образования имели основания считать, что отсутствие немедленной медицинской помощи может:

- Представлять серьезную угрозу для здоровья женщины или здоровья ребёнка во чреве матери **или**
- Серьезно нарушить работу организма, **или**
- Привести к серьезному нарушению функций органа или части тела, **или**
- В случае беременной женщины активный труд, когда:
 - » Нет достаточного времени для безопасной перевозки в другую больницу до начала родов.
 - » Перевозка в другую больницу может представлять серьезную угрозу для здоровья женщины или ребёнка во чреве матери.

Если вы получили экстренную помощь в больнице, которая с нами не сотрудничает и если после стабилизации вашего состояния вам все еще нужна госпитализация, вы должны перейти в больницу, которая с нами сотрудничает. Это необходимо для того, чтобы мы продолжали оплачивать ваше лечение. Вы можете оставаться в не сотрудничающей с нами больнице только с разрешения нашего плана.

- Страховое покрытие в США².

Для получения информации о страховом покрытии за пределами США² см. «Страховое покрытие в других странах мира» ниже в Таблице сумм страховых покрытий.

²Имеются в виду 50 штатов, Округ Колумбия, Пуэрто-Рико, Виргинские острова, Гуам, Северные Марианские острова и Американское Самоа.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Планирование семьи

Для получения определенных услуг по планированию семьи закон разрешает вам выбирать любого медика или медицинское учреждение. 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 устройства, уколы и импланты, противозачаточные таблетки, пластырь или кольцо)
- Продающиеся по рецепту принадлежности для планирования семьи (презерватив, губка, пена, пленка, колпачок диафрагмы)
- Консультации и диагностика причин бесплодия и связанные с этим услуги
- Консультирование, анализы и лечение болезней, передающихся половым путем.
- Консультирование и анализы на ВИЧ, СПИД и другие состояния, вызываемые ВИЧ.
- Постоянная контрацепция (для того чтобы выбрать именно этот метод планирования семьи вы должны быть старше 21 года. Вы должны заполнить федеральную форму согласия по стерилизации не менее 30 дней , но не более 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 медика, приведенные ниже услуги вам следует получать только у медиков, которые сотрудничают с нашим планом:

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



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 и
- Горячая линия сестринских консультаций.

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

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 амбулаторную помощь, если вы получаете ее у сотрудничающего с нами врача, у специалиста по нарушениям слуха («аудиолога») или у другого медика, имеющего необходимую квалификацию.

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

Кроме того, мы оплачиваем слуховые аппараты и связанные с ними услуги и принадлежности:

- Вкладыши и принадлежности
- Ремонт, стоящий дороже \$25
- Первый набор батареек
- После приобретения слухового аппарата мы покрываем шесть посещений, 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 \$1510 за налоговый год (налоговый год начинается в июле и заканчивается в июне следующего года). Если вы беременны или проживаете в центре сестринской помощи, этот предел (\$1510) к вам не относится. Расходы на замену слуховых аппаратов, потерянных, украденных или разрушенных по независящим от вас обстоятельствам в эти \$1510 не включаются.

Поговорите со своим врачом и получите направление.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



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 до трех анализов на ВИЧ за время беременности.

Услуги агентств, оказывающих помощь 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 (Для того 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

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



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 диагноз вашей болезни окончательный, то вы имеете право выбирать хоспис. Это означает, что ваша болезнь неизлечима и вам осталось жить шесть месяцев или меньше. Врач, оказывающий участнику плана такую помощь, может быть как наш, так и из числа врачей, которые с нами не сотрудничают.

В то время как вы получаете обслуживание в хосписе, план оплачивает следующее обслуживание:

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

За хосписное обслуживание и обслуживание, покрываемое по программам Medicare Part A или B, счет подается в программу Medicare.

- Подробнее см. в Разделе E этой главы.

За помощь, которую покрывает план Health Net Cal MediConnect, но не покрывают программы Medicare Part A и B:

- План Health Net Cal MediConnect будет по-прежнему оплачивать помощь, которую покрывает он и не покрывают программы Medicare Part A и B. План будет это делать независимо от того, связана ли необходимость в такой помощи с окончательным диагнозом или нет. Вы за это обслуживание ничего не платите.

За лекарства, которые план Health Net Cal MediConnect покрывает по программе Medicare Part D:

- Программа хосписного обслуживания и наш план никогда не платят за лекарства одновременно. Подробнее см. В главе 5.

Примечание: Если вам нужна помощь вне хосписа, свяжитесь со своим координатором обслуживания. Он организует оказание вам этой помощи. Помощь, оказываемая вне хосписа, является помощью, не связанной с вашим окончательным диагнозом.

Смертельно больным пациентам, которые отказались от хосписного обслуживания, наш план оплачивает консультацию (только один раз) по поводу хосписного обслуживания.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Прививки**

Мы оплачиваем следующие услуги:

- Прививка от воспаления легких
- Прививка от гриппа раз в год осенью или зимой
- Прививка от гепатита В, если для вас существует высокая или средняя опасность заболеть гепатитом В
- 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. Мы это делаем в соответствии с правилами страхового покрытия по программе Medicare Part D. Подробнее см. в Главе 6.

Для прививок от воспаления легких и от гриппа не требуется получать вначале наше разрешение.

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

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Стационарное лечение в больнице

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

- Двухместная или маломестная палата (или одноместная, если для этого есть медицинские показания)
- 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
- Использование такого оборудования, как, например, 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 мы покрываем пересадку следующих органов: роговица, почка, почка и поджелудочная железа, сердце, печень, легкие, сердце и легкие, костный мозг, стволовые клетки, кишечник и несколько внутренних органов.
 - Если вам нужна пересадка, признанный программой Medicare центр пересадки органов рассмотрит ваш случай и решит, поставить ли вас в очередь на трансплантацию. При определенных условиях поставщики услуг по пересадке органов могут быть как сотрудничающие с нашим планом медики или учреждения, так и поставщики услуг из-за пределов зоны обслуживания плана. В том случае, если местные специалисты по пересадке органов согласны на тарифы программы Medicare, вы можете получить обслуживание по пересадке органов в медицинском учреждении, обслуживающем вас или в каком-нибудь удаленном медицинском центре. Если план Health Net Cal MediConnect предложит провести пересадку за пределами медицинского учреждения, обслуживающего вас и, если вы согласитесь на пересадку ваших органов там, мы организуем или оплатим проживание и поездку вам и сопровождающему вас лицу.

Продолжение информации о покрываемом обслуживании на следующей стр.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Стационарное лечение в больнице

(продолжение)

- Кровь — включая хранение и переливание
- Помощь врача

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

Поговорите со своим врачом и получите направление.

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

Стационарная психиатрическая помощь

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

- Страховое покрытие 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 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). Поговорите со своим врачом и получите направление.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Стационарное лечение (Inpatient): Покрываемое обслуживание в больнице или в квалифицированном сестринском учреждении (skilled nursing facility, SNF) во время не покрываемого планом стационарного лечения

Если пребывание в стационаре неразумно и не требуется для вашего лечения, оплачивать его мы не будем.

Тем не менее в некоторых случаях мы продолжаем платить за некоторые виды помощи, которую вы получаете в больнице или в центре сестринского ухода. Кроме того, чтобы узнать подробнее, обращайтесь в отдел обслуживания.

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

- Помощь врача
- Диагностические обследования (например, анализы)
- Рентгеновские обследования, радиовая 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. Протезы и ортопедические устройства — это устройства, которые:
 - » Заменяют часть внутреннего органа или орган целиком (включая прилегающие ткани) или
 - » Выполняют работу внутреннего органа, который не может быть оперирован или функция которого не может быть восстановлена.
- 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, лечебная физкультура, эрготерапия (восстановление утраченных двигательных навыков), логопедическая помощь.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



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 диализ тогда, когда вы временно находитесь за пределами нашей зоны обслуживания; подробнее см. в Главе 3).
- 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 виды обслуживания на дому (такие как проверка проведения диализа на дому квалифицированным специалистом по проведению диализа (если есть необходимость), помощь в экстренных ситуациях, проверка состояния диализного оборудования и доставка воды).

Поговорите со своим врачом и получите направление.

Для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение. Получать вначале разрешение не требуется в экстренных ситуациях и тогда, когда вам нужен диализ за пределами зоны обслуживания плана.

Некоторые лекарства, необходимые для проведения диализа, покрываются по программе Medicare Part B. Подробнее см. в Разделе «Лекарства по рецепту по программе Medicare Part B» в этой таблице.



Обследование на наличие онкологических заболеваний легких

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

- 55-77 лет *и*
- Получили консультацию, побывав у онколога для принятия общего решения по этому поводу вместе с вашим врачом или другим квалифицированным медиком, *и*
- Курили не менее 1 пачки сигарет в течение 30 лет без каких-либо симптомов рака легких или курите по сей день, или же бросили курить в течение последних 15 лет.

После первого обследования наш план будет оплачивать по одному обследованию каждый год при наличии письменного ордера от вашего врача или от другого квалифицированного медика.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает



Медицинская диетологическая помощь

Это страховое покрытие предназначено для людей, страдающих диабетом или болезнью почек, не требующей проведения диализа. Кроме того, он доступен тем, кому была сделана пересадка почки. Для того чтобы мы покрывали диетологическую помощь, вы должны получить у своего врача направление.

Мы покрываем три часа индивидуальных консультаций за первый год получения медицинской диетологической помощи по программе Medicare. (Это относится к нашему плану, планам по программе Medicare Advantage и программе Original Medicare).

В последующие годы мы будем покрывать по два часа индивидуальных консультаций в год. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменились, вы можете получить больше часов. Для этого требуется направление от врача. Врач должен назначить вам это обслуживание и при необходимости обновлять свое направление каждый календарный год.

Поговорите со своим врачом и получите направление.

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



Программа профилактики диабета Medicare (MDPP)

Мы оплачиваем услуги MDPP. Программа MDPP – это систематизированный план мероприятий, направленный на изменение образа жизни и включающий практическое обучение переходу к долгосрочной здоровой диете, увеличению физической активности и стратегии преодоления проблем, возникающих на пути снижения веса, а также поддержания здорового образа жизни.

Лекарства по рецепту по программе Medicare Part B

Страховое покрытие этих лекарств предоставляет программа Medicare Part B. 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).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

- Факторы свертывания крови, инъекции которой 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.
 - Определенные лекарства, необходимые для проведения диализа на дому, в том числе гепарин, лекарства для нейтрализации гепарина (если необходимы), местные обезболивающие и лекарства, стимулирующие образование эритроцитов (такие как Erogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® и Darbepoetin Alfa).
 - Иммуноглобулины для внутривенного введения, если они нужны для лечения на дому первичных нарушений иммунитета.
 - ➔ **Объяснение страхового покрытия лекарств для амбулаторных больных см. в главе 5.** Там же говорится о правилах, которые надо соблюдать, для того чтобы получить это покрытие.
 - ➔ **Сколько вы платите в нашем плане за покрываемые планом лекарства по рецепту для амбулаторных больных, вы узнаете из Главы 6.**
- Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.*

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)**

Программа штата Калифорния, предоставляющая обслуживание на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Services, HCBS) лицам, имеющим право на программу Medi-Cal.

Для того чтобы получать обслуживание по этой программе, вы должны быть не моложе 65 лет; жить в зоне обслуживания центра, работающего по этой программе; быть в состоянии получать обслуживание с учетом стоимостных ограничений, действующих в программе MSSP; соответствовать требованиям, предъявляемым больным, имеющим право на координацию медицинской помощи; быть включенным в программу Medi-Cal и находиться в состоянии, при котором разрешается госпитализация в центр сестринского ухода.

Обслуживание по программе MSSP включает:

- Центр дневного пребывания для взрослых
- Помощь с передвижением по дому и мелким ремонтом
- Помощь по дому и с соблюдением личной гигиены
- Присмотр во избежание падений и обострений болезни
- Координация обслуживания
- Замена сиделкой ухаживающего друга или члена семьи
- Транспорт
- Доставка пищи или питание в местной столовой
- Социальные службы
- Облегчение общения (например, переводы на родной язык больного) и система оповещения об экстренной ситуации.

Общая сумма страхового покрытия этих услуг не может превышать \$4285 в год.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Неэкстренные поездки на медицинском транспорте

Этот бенефит позволяет пользоваться дешевым и доступным транспортом. Этот транспорт включает машины скорой помощи; машины для лежачих больных или машины для перевозки больных на инвалидном кресле.

Разрешение на это обслуживание мы выдаем, если выполняются следующие условия:

- Транспорт требуется для получения покрываемого планом обслуживания, но физическое или психическое состояние больного не позволяет ему ездить на автобусе, такси, автомобиле или на другом общественном или частном транспорте. Для того чтобы вы могли пользоваться этой транспортной услугой, врач, стоматолог или педиатр должен письменно подтвердить ее необходимость.
- Поездка нужна для получения необходимой медицинской помощи.

Перед получением обслуживания может быть нужно получить на него разрешение.

Чтобы дать запрос на транспортные услуги, описанные выше, обращайтесь в отдел обслуживания плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. Запрос на получение транспортных услуг следует подавать за семь рабочих 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 LogistiCare облегчит вам получение рецепта (заполненной врачом формы заявки на транспорт) от вашего поставщика услуг.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Немедицинский транспорт

Страховое покрытие немедицинского транспорта предоставляется, если поездка нужна для получения необходимой медицинской помощи и если вы подтверждаете, что другой возможности добраться до медицинского учреждения у вас нет. Этот транспорт включает: легковой автомобиль, такси и другие виды общественного и частного транспорта.

Мы покрываем неограниченное число бесплатных поездок туда и обратно. На эти поездки иногда требуется заранее получать разрешение. Это зависит от того, какое обслуживание вам требуется.

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

Подробнее о транспортных услугах см. в главе 3, раздел G.

Чтобы дать запрос на транспортные услуги, описанные выше, обращайтесь в отдел обслуживания плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

Запрос на получение транспортных услуг следует подавать за семь рабочих 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 LogistiCare облегчит вам получение рецепта (заполненной врачом формы заявки на транспорт) от вашего поставщика услуг.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Помощь в центрах сестринского ухода

Центр сестринского ухода — это учреждение, в котором ухаживают за людьми, не нуждающимися в лечении в больнице, но не способными лечиться дома.

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

- Двухместная палата (или одноместная, если для этого есть медицинские показания).
- 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. (К их числу относятся вещества, которые образуются в организме естественным путем, например факторы свертывания крови).
- Кровь — включая хранение и переливание.
- 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 медика.
- Медицинское оборудование длительного пользования.
- Стоматологическое обслуживание включая зубные протезы.
- Иглоукалывание.
- Проверка и коррекция зрения.
- Слуховые аппараты.
- Проверка слуха.
- Лечение у хиропрактора (мануального терапевта).
- Подиатрическая помощь (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:

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

- 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(а) супруг(а) в то время, когда вы выписываетесь из больницы.

Поговорите со своим врачом и получите направление.

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



Профилактические обследования на наличие ожирения и лечение, необходимое для похудения

Если ваш индекс массы тела составляет не менее 30, мы предоставим вам страховое покрытие консультаций, которые помогут вам похудеть. Консультации проводятся медиками, предоставляющих первичное обслуживание. Это позволяет координировать консультации и общий план профилактических мероприятий. За дополнительной информацией обращайтесь к своему врачу первичного обслуживания.

Амбулаторные диагностические обследования, амбулаторное терапевтическое лечение и соответствующие принадлежности

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

- Рентгеновское 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 переливание.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

- 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)).

Поговорите со своим врачом и получите направление.

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

Амбулаторное лечение в больнице

Мы предоставляем страховое покрытие услуг, оказанных вам по медицинским показаниям в амбулаторном отделении больницы. Это могут быть диагностические услуги или лечение болезни или травмы.

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

- Услуги отделения экстренной помощи или амбулаторного отделения больницы (например, наблюдение за вашим состоянием или амбулаторная операция).
- 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 иммобилизующие аппараты.
- Профилактические обследования и услуги, перечисленные в Таблице страховых покрытий.
- Определенные лекарства, которые вы не можете принимать самостоятельно.

Поговорите с врачом и получите направление.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Амбулаторная психологическая и психиатрическая помощь**

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

- Лицензированный штатом психиатр или врач.
- Психолог-клиницист.
- Клинический социальный работник.
- Профессиональная медицинская сестра.
- Фельдшер (практикующая медсестра, Nurse practitioner).
- Ассистент врача.
- Любой другой профессиональный медик, 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Амбулаторная реабилитация

Мы оплачиваем физиотерапию, лечебную физкультуру, эрготерапию (восстановление утраченных двигательных навыков), логопедическую помощь.

Амбулаторную реабилитацию проводят различные учреждения, такие как амбулаторные отделения больниц, кабинеты частнопрактикующих медиков, центры комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) и другие центры.

Поговорите со своим врачом и получите направление.

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

Амбулаторная наркологическая помощь

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

- Диспансеризация и консультирование по поводу злоупотребления спиртным.
- Наркологическое лечение.
- Групповая или индивидуальная консультация у квалифицированного медика.
- Детоксикация при подострых состояниях в учреждении, действующем по предусматривающей проживание программе лечения зависимостей.
- Помощь при алкогольной и наркотической зависимости, оказываемая в центре интенсивного амбулаторного лечения.
- Лечение налтрексоном (вивитрол) пролонгированного действия.

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

Амбулаторное хирургическое лечение

Мы оплачиваем амбулаторную хирургию, включая услуги амбулаторных отделений больниц и амбулаторных хирургических центров.

Поговорите со своим врачом и получите направление.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Частичная госпитализация

Частичная госпитализация — это комплексная программа активного психиатрического лечения. При частичной госпитализации лечение проводится путем амбулаторного обслуживания в больнице или в местном центре психиатрической помощи. Это лечение интенсивнее того, которое вы обычно получаете в кабинете врача или психотерапевта. Это лечение часто помогает избежать госпитализации.

Примечание: *Поскольку мы не сотрудничаем с местными психиатрическими центрами, мы оплачиваем только частичную госпитализацию в амбулаторном отделении больницы.*

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

Помощь врачей и практикующих медиков; посещение кабинета врача

Мы оплачиваем следующие услуги:

- Терапевтическое или хирургическое лечение, проводимое по медицинским показаниям в одном из следующих учреждений:
 - » Кабинет врача.
 - » Сертифицированный амбулаторный хирургический центр.
 - » Амбулаторное отделение больницы.
- Консультации, диагностика и лечение у специалиста.
- Первичную проверку слуха и чувства равновесия проводит ваш *врач первичного обслуживания (врач PCP)* и он дает вам направление к специалисту, для того чтобы выяснить, требуется ли вам лечение, проверку слуха и чувства равновесия.
- Второе мнение — заключение *еще одного сотрудничающего с планом врача* перед проведением медицинской процедуры.
- Стоматологическая помощь, отличающаяся от той, которую обычно оказывают зубные врачи. Покрываемые виды этой помощи включают:
 - » Операция на челюсти и связанных с ней структурах.
 - » Лечение переломов челюсти или лицевых костей.
 - » Удаление зубов перед проведением лучевой терапии злокачественной опухоли.
 - » Помощь, которую мы покрывали бы, если бы ее оказывал обычный (не зубной) врач.

Поговорите со своим врачом и получите направление к специалисту.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Подиатрия (лечение стоп)**

Мы оплачиваем следующие услуги:

- Диагностика и терапевтическое или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (такие как молоткообразные пальцы стопы и пяточные шпоры).
- Обычное лечение стоп людей, страдающих определенными заболеваниями, вызывающими осложнения на ноги (например, диабет).

Дополнительные плановый уход за стопами ограничивается 12-ю приемами врача в год. Сюда входит вырезка или удаление мозолей и заусенцев, обрезка ногтей

Поговорите со своим врачом и получите направление

**Профилактические обследования на наличие рака простаты**

Мужчинам, которым уже исполнилось 50 лет, мы раз в 12 месяцев оплачиваем:

- Пальцевое ректальное исследование.
- Анализ на специфический антиген простаты (PSA).

Поговорите со своим врачом и получите направление.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Протезные устройства и соответствующие принадлежности

Протезные устройства — это устройства, которые полностью или частично замещают орган, его часть или его функцию. Мы оплачиваем приведенные ниже устройства и иногда некоторые другие, здесь не указанные:

- Мешки для колостомы и принадлежности для ухода за колостомой.
- Кардиостимуляторы.
- Фиксирующие устройства.
- Протезная обувь.
- Искусственные руки и ноги.
- Протезы молочных желез (включая специальные бюстгалтеры для ношения после мастэктомии).
- 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».

Если вам требуются кремы и подгузники для страдающих недержанием, поговорите со своим врачом и получите направление.

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

Легочная реабилитация

Участникам нашего плана, страдающим хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ, COPD) степени от умеренной до тяжелой, мы покрываем программы легочной реабилитации. Для получения этого страхового покрытия нужно иметь *направление* на такую реабилитацию, выданное врачом, у которого вы лечитесь от ХОБЛ.

Мы оплачиваем обслуживание пациентов, нуждающихся в аппарате искусственного дыхания.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Консультирование по поводу болезней, передающихся половым путем (STI) и профилактические обследования**

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. Направление на анализы должен дать врач первичного обслуживания. Мы покрываем такие анализы один раз в 12 месяцев и на определенных сроках беременности.

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 покрываем такие консультации, только если они проводятся врачом первичного обслуживания. Консультации считаются профилактикой. Они должны проводиться там же, где врач производит первичное обслуживание, например в его кабинете.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Помощь в центрах квалифицированного сестринского ухода

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

- Двухместная или маломестная палата (или одноместная, если для этого есть медицинские показания).
- 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 переливание.
- Медицинские и хирургические принадлежности, обычно 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 медиков.

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(а) в то время, когда вы выписываетесь из больницы.

Поговорите со своим врачом и получите направление.

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

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



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

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

- Неотложная помощь, требующая быстрое оказание медицинской помощи **или**
- Внезапно развившееся заболевание, **или**
- Травма, **или**
- Состояние, которое требует безотлагательного лечения.

Если вам требуется неотложная помощь, вначале постарайтесь получить ее у сотрудничающего с планом медика или в сотрудничающем с планом учреждении. Если же обратиться к таким медикам или в такие учреждения невозможно, вы можете воспользоваться помощью тех, которые с нами не сотрудничают.

Неотложная помощь, полученная за пределами США, может рассматриваться как экстренная помощь и покрываться страховыми выплатами под графой «Непредвиденные ситуации за границей/Срочное покрытие расходов». Подробнее см. «Страховое покрытие в других странах мира» в Таблице страховых выплат ниже.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Зрение

Мы оплачиваем следующие услуги:

- Одна обычная проверка зрения раз в год и
- До \$250 за очки (стандартные и нестандартные оправы и одно-, би-, трифокальные и лентикулярные линзы для очков) каждые два года*, **, или
- Контактные линзы (вместо очков по желанию участника плана), подгонка и проверка — до \$250 каждые два года*, **, ***.
- Проверка слабого зрения (до четырех раз в год)****.
- Приспособления для коррекции слабого зрения****.

*Со дня получения обслуживания/приспособления. Страховое покрытие услуги, если оно предоставляется один раз за несколько лет, может быть прекращено в последующие годы.

**Вы несете ответственность за 100% суммы, превышающей \$250.

***Необходимые по медицинским показаниям контактные линзы, их подгонку и проверку мы раз в два года оплачиваем полностью.

****Это страховое покрытие предоставляется только отвечающим определенным критериям беременным женщинам или людям, проживающим в учреждении 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.

Приспособления для коррекции плохого зрения:

- Ручные средства коррекции зрения и другие средства, не являющиеся очками.
- Средства коррекции зрения, устанавливаемые на одно из стекол очков.
- Телескопические и другие сложные линзы, в том числе телескопические средства коррекции дальновидности или близорукости и сложные линзы.

Лечение глаз:

Перед прохождением проверки зрения, покрываемой программой Medicare, поговорите со своим врачом и получите направление.

Лечение глаз проводится или организуется вашим врачом первичного обслуживания (врач РСР). 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

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.

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. Вы будете проходить обычные ежегодные проверки зрения (для того чтобы выяснить, нужны ли вам очки) и получать очки или контактные линзы с помощью специалиста по проверке зрения, сотрудничающего с планом, а не через медицинскую группу, в которой лечитесь.

Договоритесь о ежегодной проверке зрения со специалистом по проверке зрения, сотрудничающим с планом. Чтобы найти специалиста по проверке зрения, звоните в отдел обслуживания плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. Или можете поискать такого специалиста на сайте www.healthnet.com/calmediconnect.

Вы можете купить очки и контактные линзы у того же специалиста по проверке зрения, который вам зрение проверял. Кроме того, магазины очков, расположенные рядом с вами, вы можете найти в списке поставщиков, сотрудничающих с планом. Очки и контактные линзы, приобретенные у продавцов, не сотрудничающих с планом, этот план не покрывает. Чтобы найти специалиста по очкам, сотрудничающего с планом, звоните в отдел обслуживания плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. Или можете поискать такого специалиста на сайте www.healthnet.com/calmediconnect.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Вы должны будете платить за услуги, которые мы не покрываем. Это могут быть, например, суммы, превышающие предел страхового покрытия на очки, косметические линзы, покрытие от царапин, прогрессивные линзы, дымчатые линзы и т. д. За не покрываемые услуги вы платите непосредственно специалисту по очкам или продавцу, сотрудничающему с планом.

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

Перечень видов обычной офтальмологической помощи, линз и очков, приведен в разделе E этой главы.



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).
- При необходимости дает вам направления к другим врачам.

Важно. Мы оплачиваем профилактический визит “Welcome to Medicare” только в первые 12 месяцев после включения вас в программу Medicare Part B. Когда вы договариваетесь с врачом о времени посещения, скажите ему, что хотели бы прийти на профилактический визит “Welcome to Medicare”.

Страховое покрытие в других странах мира

Страховое покрытие в других странах мира: Неотложная помощь, экстренная помощь и помощь после стабилизации экстренного состояния, полученная за пределами США.¹

- Ограничена только обслуживанием, которое рассматривалось бы в США как экстренная или неотложная помощь или как лечение после стабилизации экстренного состояния.¹
- Машину скорой помощи наш план покрывает, если попытка добраться до отделения экстренной помощи другим способом опасна для вашего здоровья.
- Иностранные налоги и сборы (включая в числе прочих комиссию за конвертацию валют и операционные сборы).

Страховое покрытие помощи, полученной за пределами США, не превышает \$50 000 в год.

¹Имеются в виду 50 штатов, Округ Колумбия, Пуэрто-Рико, Виргинские острова, Гуам, Северные Марианские острова и Американское Самоа.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Е. Страховые выплаты, покрываемые вне плана Health Net Cal MediConnect

Следующие услуги не покрываются планом Health Net Cal MediConnect, но их можно получать через программы Medicare и Medi-Cal.

Программа штата Калифорния по переходу на обслуживание по месту жительства (California Community Transitions, ССТ)

Программа штата Калифорния по переходу на обслуживание по месту жительства (California Community Transitions, ССТ) пользуется услугами ведущих местных организаций для оказания помощи пациентам, имеющим право на это от программы Medi-Cal. Это те, кто прожил в стационаре или учреждении до 90 дней подряд до возвращения назад и продолжают лечение в амбулаторных условиях. Программа ССТ 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 ССТ, которая обслуживает ваш округ. Список ведущих организаций ССТ и округов, которых они обслуживают, можно найти на сайте Департамента здравоохранения: www.medi-cal.ca.gov.

Услуги по координации перехода ССТ:

Программа Medi-Cal оплачивает услуги по координации перехода. Вы за это обслуживание ничего не платите.

Услуги, которые не связаны с переходом по программе ССТ:

Медик или медицинское учреждение счет за свои услуги выставляет плану Health Net Cal MediConnect. План Health Net Cal MediConnect оплачивает следующие за услуги, предоставляемые после вашего перехода. Вы за это обслуживание ничего не платите.

В то время как вы получаете услуги по координации перехода, Health Net Cal MediConnect оплачивает услуги, которые перечислены в Таблице сумм страховых покрытий в Разделе D этой Главы.

Нет каких-либо изменений по покрытию лекарстве плана Health Net Cal MediConnect:

Какие типы лекарств не покрываются программой ССТ? Вы будете и дальше получать нормальное страховое покрытие за лекарства через план Health Net Cal MediConnect. Подробнее см. в Главе 5.

Примечание: Если вам нужна помощь, не связанная с переходом по программе ССТ, свяжитесь со своим координатором обслуживания. Он организует оказание вам этой помощи. Помощь, оказываемая вне программы ССТ по переходу, является помощью, не связанной с вашим переходом из учреждения/центра. Чтобы обратиться к вашему координатору повоните в план Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию**



Программа Medi-Cal Dental

Определенные виды стоматологического обслуживания доступны через программу Medi-Cal Dental. Виды помощи:

- Первичное обследование, обычная и глубокая чистка зубов (снятие зубного камня и чистка корней).
- Рентгеновские и фотографические снимки зубов, профилактика и обработка зубов фторлаком.
- Пломбы из амальгамы и композитные пломбы.
- Коронки, готовые или специально изготовленные; из нержавеющей стали, композитные и с композитным окном.
- Лечение пульпита передних и задних зубов.
- Полные и частичные зубные протезы, в том числе временные протезы (устанавливаются сразу после удаления зубов).
- Полная коррекция протезов, их лечение и перебазировка

Лечение зубов покрывает программа Denti-Cal. Труд зубных врачей эта программа оплачивает по сдельному принципу. Чтобы получить подробную информацию или если хотите найти стоматолога, сотрудничающего с программой Denti-Cal, обращайтесь в Службу пациентов программы Denti-Cal по телефону 1-800-322-6384 (пользователям ТТУ звонить по телефону 1-800-735-2922). Звонки бесплатные. Можно обращаться за помощью к представителям стоматологической программы Medi-Cal с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера, с понедельника по пятницу. Кроме того, дополнительную информацию вы можете найти на сайте <http://www.denti-cal.ca.gov>.

Участники плана, живущие в Сакраменто или Лос-Анджелесе, могут пользоваться также стоматологическим планом. Если вам нужна подробная информация по лечению зубов и нуждается в помощи для идентификации своего плана, или хотите поменять стоматологический план, обращайтесь в Отдел выбора медицинских услуг по телефону 1-844-580-7272 (пользователям ТТУ/TDD звонить по телефону 1-800-430-7077). Линия работает с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера, с понедельника по пятницу. Звонки бесплатные.

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 диагноз вашей болезни окончательный, то вы имеете право выбирать хоспис. Это означает, что ваша болезнь неизлечима и вам осталось жить шесть месяцев или меньше. Врач, оказывающий участнику плана такую помощь, может быть как наш, так и из числа врачей, которые с нами не сотрудничают.

См. в Таблицу страховых выплат в Разделе D этого справочника чтобы получить дополнительную информацию о том, какую медицинскую помощь, которую вы получаете в хосписе, оплачивает план Health Net Cal MediConnect.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



За хосписное обслуживание и связанное с окончательным диагнозом обслуживание, покрываемое по программам Medicare Part A или B:

- Медик или медицинское учреждение, предоставляющее хосписную помощь, счет за свои услуги выставляет программе Medicare. Хосписное обслуживание, связанное с вашим окончательным диагнозом, оплачивает программа Medicare. Вы за это обслуживание ничего не платите.

За помощь, которую покрывает программа Medicare Part A или B и которая не связана с окончательным диагнозом (за исключением экстренной или неотложной помощи):

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

За лекарства, которые план Health Net Cal MediConnect покрывает по программе Medicare Part D:

- Программа хосписного обслуживания и наш план никогда не платят за лекарства одновременно. Подробнее см. в Главе 5.

Примечание: Если вам нужна помощь вне хосписа, свяжитесь со своим координатором обслуживания. Он организует оказание вам этой помощи. Помощь, оказываемая вне хосписа, является помощью, не связанной с вашим окончательным диагнозом. Чтобы обратиться к вашему координатору повоните в план Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

F. Суммы страховых выплат не покрываются планами Health Net Cal MediConnect, Medicare и Medi-Cal

В этом разделе говорится о том, какие услуги *«исключены»* из плана. Исключения — это обслуживание, которое мы не оплачиваем. 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 оплачиваем медицинские услуги, перечисленные в этом разделе (или указанные в другом месте этого *Справочника участника плана* как исключенные из страхового покрытия), за исключением перечисленных ниже условий. Если вы считаете, что мы должны платить за какое-то не покрываемое обслуживание, вы можете подать апелляцию. Информация о том, как подавать жалобы, приведена в Главе 9.

Помимо исключений и ограничений, приведенных в Таблице страховых выплат, мы не покрываем следующие принадлежности и услуги:

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Обслуживание, которое по стандартам программ Medicare и Medi-Cal признано необоснованным и не имеющим показаний, кроме случаев, когда такое обслуживание включено нашим планом в перечень покрываемых.
- Экспериментальные терапевтические и хирургические методы лечения, оборудование и лекарства, кроме случаев, когда их покрывает программа Medicare или когда исследование этого лечения, лекарства или оборудования утверждено программой Medicare или нашим планом. Подробнее о клинических исследованиях см. в Главе 3, стр. 56. Экспериментальными считаются лечение, лекарство или принадлежность, которые еще не были утверждены как стандарт медицинской помощи.
- Хирургическое лечение патологического ожирения, кроме случаев, когда для такого лечения есть медицинские показания и когда его оплачивает программа Medicare.
- Отдельная палата в больнице, кроме случаев, когда для нее есть медицинские показания.
- Персональные медицинские сестры.
- Предметы личного обихода у вас дома, в больнице или центре сестринского ухода (например, телефон или телевизор).
- 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, физических или умственных способностей, косметические процедуры, омоложение), кроме случаев, когда они нужны по медицинским показаниям.
- Косметические операции и процедуры, кроме случаев, когда такая помощь нужна после травмы или для улучшения вида уродливой 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 стопы.
- Хирургическое восстановление фертильности после стерилизации; контрацептивы, которые можно приобрести без рецепта.
- Услуги натуропатов (использование природных и альтернативных лечебных средств).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Обслуживание, предоставляемые 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.
- 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.
- Психологическая помощь и
- Нейропсихологическое тестирование, за исключением случаев, когда оно проводится лицензированным психологом с целью планирования лечения, обеспечения совместимости лекарств или уточнения диагноза. Особо исключаются все тесты на качество образования и подготовки и психологические тесты, предназначенные для оценки состояния больного или его готовности к хирургическому лечению. Кроме того, исключаются автоматические компьютерные отчеты.
- 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 компания Health Net считает экспериментальным или исследовательским.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- 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 компании Health Net.
- Электрошоковая терапия. Мы оплачиваем ее только в тех случаях, когда на ее проведение есть разрешение компании Health Net.
- 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 страховых выплат.

Обычная проверка и коррекция зрения, если мы не оплачиваем эти услуги, поскольку их не покрывает программа Medicare

- Радиальная кератомия, процедура LASIK, лечение нарушений зрения.
Свяжитесь с планом, для того чтобы узнать о скидках на процедуры LASIK.
- Ортооптическое лечение и упражнения для глаз; 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.
- Плоские линзы, плоские контактные линзы (линзы с коррекцией рефракции с менее чем + 0,50 диоптрий).
- Две пары очков вместо одной пары бифокальных .
- Очки и противосолнечные 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Терапевтическое или хирургическое лечение глаз (Покрываемые виды хирургического лечения см. выше в этой главе в таблице страховых выплат.)
- 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.
- Страховые полисы на контактные линзы и договоры на обслуживание.
- Услуги и принадлежности, полученные у медика или продавца, не сотрудничающего с планом.
- Страховое покрытие коррекции зрения не распространяется на лекарства по рецепту для амбулаторного применения и на лекарства без рецепта. Подробнее о покрываемых нашим планом лекарствах по рецепту для амбулаторного приема, см. выше в этой главе в таблице страховых выплат или в Главах 5 и 6.
- Средства коррекции зрения (кроме очков и контактных линз) или средства для коррекции слабовидения, указанные выше в Таблице страховых выплат 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



- 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 за травмы на рабочем месте или аналогичному закону. Услуги, получения которых требует какое-либо государственное агентство или программа: федеральное, штата или какое-то их подразделение.
- Обслуживание и приспособления, не указанные в этом *Справочнике участника плана*.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 5. Получение по нашему плану лекарств по рецепту

Содержание

Введение	111
Правила нашего плана, регулирующие предоставление страхового покрытия на лекарства для амбулаторного лечения	111
А. Получение лекарства по рецепту	112
Получайте лекарства по рецепту в сотрудничающей с планом аптеке	112
При получении лекарства по рецепту предъявляйте свою карточку участника плана.....	112
Что делать, если вы хотите пользоваться услугами другой сотрудничающей с планом аптеки?	112
Что делать, если аптека, в которой вы получаете лекарства, перестала с нами сотрудничать?	113
Что делать, если вам нужна специализированная аптека?	113
Можно ли получать лекарства по почте?	113
Можно ли получить запас лекарств на длительный срок?	114
Когда можно обращаться в аптеку, которая не сотрудничает с нашим планом?	115
Возмещает ли наш план ваши расходы на лекарства по рецепту?	115
В. Принятый в нашем плане Перечень лекарств	116
Какие лекарства включены в Перечень лекарств?	116
Как узнать, включено ли какое-то лекарство в Перечень лекарств?	116
Чего нет в Перечне лекарств?	116
Что такое уровни участия клиента плана в оплате лекарства?	117

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



С. Ограничения на страховое покрытие некоторых лекарств	118
Почему существуют ограничения на страховое покрытие некоторых лекарств?	118
Какие есть правила?	118
Распространяются какие-то из этих правил на ваши лекарства?	119
D. Почему может не быть страхового покрытия на ваше лекарство	119
Вы можете получить такое количество лекарства, которого хватит на некоторое время ..	119
E. Изменения в страховом покрытии лекарств	122
F. Страховое покрытие лекарств в особых ситуациях	123
Во время покрываемого планом пребывания в больнице или в центре квалифицированного сестринского ухода	123
Во время пребывания в учреждении по оказанию длительной помощи	123
Вы стали участником нашего плана в то время, когда находились в учреждении по оказанию длительной помощи	124
Во время получения помощи по хосписной программе, сертифицированной в программе Medicare	124
G. Программы по обеспечению безопасности лекарственного лечения и контролю лекарственного лечения	125
Программы, обеспечивающие безопасность лекарственного лечения	125
Программы контроля лекарственного лечения	125

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Введение

В этой главе говорится о том, как по нашему плану получать *лекарства по рецепту для амбулаторного лечения*. Это те лекарства, которые вам выписал ваш врач. Вы можете их получить в аптеке или по почте. В число таких лекарств входят те, страховое покрытие которых обеспечивается программой Medicare Part D или программой Medi-Cal. О том, сколько за эти лекарства платите вы сами, говорится в главе 6.

План Health Net Cal MediConnect оплачивает также следующие лекарства, хотя они не обсуждаются 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 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 лекарствах, покрываемых по программе Medicare Part B, см. в Таблице страховых выплат (Глава 4).

Правила нашего плана, регулирующие предоставление страхового покрытия на лекарства для амбулаторного лечения

1. Мы обычно покрываем ваши лекарства, если вы соблюдаете правила, приведенные в этом разделе. У вас должен быть рецепт от врача или другого медика. Часто это ваш врач первичного обслуживания (врач PCP). Это может быть также другой медик, если ваш врач PCP направил вас к нему на лечение.
2. В большинстве случаев получать лекарства по рецепту вы должны в аптеке, которая сотрудничает с нашим планом.
3. Ваше лекарство должно быть включено в действующий в нашем плане *Перечень покрываемых лекарств (List of Covered Drugs)*. Коротко мы его называем «Перечень лекарств».
 - Если лекарства нет в Перечне, мы можем предоставить его страховое покрытие, только если сделаем для вас исключение. Подробнее о том, как попросить нас сделать исключение, говорится на стр. 122.
4. Вы должны принимать лекарства по *установленным для них медицинским показаниям*. Это означает применение лекарства, утвержденное Федеральным управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств (Food and Drug Administration) или рекомендованное в определенных справочниках. Когда мы говорим о лекарствах, покрываемых по программе Medi-Cal, это относится ко всем случаям, когда эти лекарства нужны для спасения жизни, предупреждения серьезной болезни или инвалидности или для облегчения сильной боли посредством диагностики и лечения болезни или травмы.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



А. Получение лекарства по рецепту

Получайте лекарства по рецепту в сотрудничающей с планом аптеке

Обычно мы оплачиваем лекарства по рецепту, только если это лекарство приобретено в любой из сотрудничающих с нашим планом 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.

- ➔ Найти сотрудничающую с нами аптеку можно в *Указателе поставщиков и аптек*, на нашем сайте или позвонив в наш отдел обслуживания клиентов.

При получении лекарства по рецепту предъявляйте свою карточку участника плана

При получении лекарства по рецепту в сотрудничающей с нами аптеке, вы должны **показывать свою карточку участника плана**. После этого аптека отправляет нам счет на нашу часть в оплате покрываемого нами лекарства по рецепту. *При получении лекарства по рецепту* вам нужно платить аптеке доплату.

Если при получении лекарства по рецепту у вас не оказалось с собой идентификационной карточки участника, попросите аптекаря позвонить в наш план.

Если аптека не сможет получить необходимую информацию, *вам, возможно, придется при получении лекарства оплатить его полностью*. Вы можете затем попросить нас о том, чтобы мы возместили вам нашу часть в оплате лекарства. Если вы не можете оплатить лекарство, сразу свяжитесь с нашим отделом обслуживания участников плана. Мы сделаем все возможное, для того чтобы вам помочь.

- ➔ В этом справочнике о получении возмещения говорится в Главе 7.
- ➔ Если у вас возникли затруднения с получением лекарства по рецепту, свяжитесь с нашим отделом обслуживания.

Что делать, если вы хотите пользоваться услугами другой сотрудничающей с планом аптеки?

Если вы начнете пользоваться другой аптекой, то для того чтобы повторно получить лекарство по рецепту («рефил») вам нужно попросить у врача новый рецепт. Вместо этого вы можете попросить аптеку, в которой вы получали лекарства раньше, передать рецепт в новую аптеку.

- ➔ Если вы начали пользоваться другой аптекой и у вас возникли затруднения, свяжитесь с нашим отделом обслуживания.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Что делать, если аптека, в которой вы получаете лекарства, перестала с нами сотрудничать?

Если аптека, в которой вы получаете лекарства, перестала с нами сотрудничать, вам нужно найти аптеку, которая сотрудничает с нашим планом.

- ➔ Найти сотрудничающую с нами аптеку можно в *Указателе поставщиков и аптек*, на нашем сайте или позвонив в наш отдел обслуживания, найти сотрудничающую с нами аптеку можно в *Указателе поставщиков и аптек*, на нашем сайте или позвонив в наш отдел обслуживания клиентов.

Что делать, если вам нужна специализированная аптека?

Некоторые лекарства по рецепту нужно получать в *специализированных аптеках*. 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, центр сестринского ухода. Обычно в таких учреждениях есть свои собственные аптеки. Если вы проживаете в учреждении по оказанию длительной помощи, мы должны убедиться в том, что получаете нужные лекарства в аптеке данного учреждения. Если она не сотрудничает с нашим планом или у вас возникли трудности получить доступ к страховым выплатам на лекарства в медицинском учреждении, свяжитесь с нашим отделом обслуживания.
 - 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 специального обучения их применению.
- ➔ Найти специализированную аптеку можно в *Указателе поставщиков и аптек* на нашем сайте или позвонив в наш отдел обслуживания

Можно ли получать лекарства по почте?

Определенные лекарства вы можете получать через службу почтовой доставки, действующую в нашем плане. Обычно лекарства, которые можно получать по почте, — это лекарства, которые вы регулярно принимаете для лечения хронического или длительного состояния. Лекарства, которые можно получать через почтовые службы нашего плана, помечены в Перечне лекарств как «лекарства по почте» (“mail-order”).

Служба «лекарства по почте» нашего плана *позволяет* вам заказывать лекарства *для приема в течение 90 дней*. Доплата за количество, необходимое для приема в течение 90 дней, такая же, как предусмотренная для количества, которое вы принимаете в течение месяца.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Как получать лекарство по рецепту по почте?

Найти бланки заказов и узнать о том, как получать лекарства по рецепту по почте, можно на нашем сайте (www.healthnet.com/calmediconnect) или позвонив в наш отдел обслуживания (телефонные номера напечатаны в нижней части этой страницы).

Обычно заказанное лекарство вам присылают в течение 10 дней. Если произошла задержка, сообщите об этом в наш отдел обслуживания клиентов (номера телефонов напечатаны в нижней части этой страницы). Мы вам поможем.

Как почтовая служба работает с рецептами?

Почтовая служба по-разному работает с новыми рецептами, полученными от вас, с новыми рецептами, которые ей присылает ваш врач, и со старыми рецептами, по которым вы можете получать лекарство повторно («рефил»).

1. Новые рецепты, которые получает от вас аптека

Получив от вас новый рецепт, аптека сразу высылает вам нужное лекарство.

2. Новые рецепты, которые получает аптека от офиса вашего поставщика

После того как аптека получает рецепт от поставщика медицинских услуг, она свяжется с вами с целью узнать о том, нужны ли лекарства вам немедленно или позже. Это позволяет вам проверить, правильное ли лекарство вам собираются прислать (доза, количество, лекарственная форма) и, если нужно, остановить или отложить выполнение заказа до того, как вам выставят счет и отправят по почте лекарство. Всякий раз, когда с вами связывается аптека, обязательно отвечайте и сообщайте, что нужно делать с новым рецептом. Это позволит вам своевременно получать лекарство по почте.

3. Пополнение запаса лекарств по рецепту, заказывая по почте

Если вам нужно повторно получить по почте выписанное вам лекарство, свяжитесь с аптекой за 21 день до того, как у вас кончится лекарство, полученное в прошлый раз.

Прежде чем отправлять лекарство по почте, аптека обратится к вам за подтверждением заказа, поэтому сообщите аптеке, как лучше всего с вами связаться. Вы можете сообщать свою контактную информацию всякий раз, когда делаете заказ.

Можно ли получить запас лекарств на длительный срок?

Вы можете приобретать *лекарства для поддерживающего лечения* в количестве, которого хватает на долгое время (лекарства должны быть включены в наш Перечень лекарств). *Лекарства для поддерживающего лечения* — это лекарства, которые вы регулярно принимаете для лечения хронического или длительного состояния. Если вы приобретаете лекарство в количестве, необходимом для приема в течение длительного времени, доплата за лекарство может быть ниже.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Некоторые сотрудничающие с планом аптеки разрешают вам приобретать запас таких лекарств для длительного приема. Доплата за количество, необходимое для приема в течение 90 дней, такая же, как предусмотренная для количества, которое вы принимаете в течение месяца. Для того чтобы узнать, в каких аптеках можно получить запас лекарства на длительный срок, обратитесь к *Указателю поставщиков и аптек*. Кроме того, вы можете позвонить в наш отдел обслуживания.

Определенные лекарства для поддерживающего лечения в количествах, которых хватает на долгое время, вы можете получать через службу почтовой доставки, действующую в нашем плане. (См. выше в разделе о доставке лекарств по почте.)

Когда можно обращаться в аптеку, которая не сотрудничает с нашим планом?

Обычно мы оплачиваем лекарства, приобретенные в не сотрудничающих с нами аптеках, *только* если вы не можете обратиться в аптеку, которая с нами сотрудничает. Сотрудничающие с нами аптеки есть не только в нашей зоне обслуживания. Находясь в отъезде, участники нашего плана могут обращаться в эти сотрудничающие с нами аптеки.

За лекарства, полученные по рецепту в не сотрудничающих с нами аптеках, мы платим в следующих случаях:

- Если вы получили количество лекарства, необходимое для приема в течение не более 30 дней и
 - Если рядом с вами не было открытой аптеки, сотрудничающей с нашим планом, или
 - Если вам требуется лекарство, которое вы не можете получить в расположенной рядом с вами аптеке, сотрудничающей с нашим планом, или
 - Если лекарство требуется для экстренной или неотложной помощи, или
 - Вы были вынуждены покинуть свое жилье в связи с объявленным государственными органами национальным бедствием или в другой чрезвычайной ситуации.
- ➔ В приведенных выше ситуациях, вначале свяжитесь с нашим отделом обслуживания и выясните, нет ли поблизости от вас аптеки, которая с нами сотрудничает.

Возмещает ли наш план ваши расходы на лекарство по рецепту?

Когда вы вынуждены воспользоваться услугами не сотрудничающей с нами аптеки, вы обычно платите полную стоимость лекарства, а не доплату. Вы можете попросить нас возместить вам нашу долю в оплате лекарства.

- ➔ Подробнее см. в Главе 7.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



В. Принятый в нашем плане Перечень лекарств

В нашем плане действует *Перечень покрываемых лекарств*. Коротко мы его называем «Перечень лекарств».

Составлять этот перечень 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.

Какие лекарства включены в Перечень лекарств?

Перечень лекарств включает лекарства, покрываемые по программе Medicare Part D, и некоторые лекарства, продающиеся по рецепту или без него, если их покрывает программа Medi-Cal.

В Перечне лекарств указаны название фирменного лекарства и название его аналогов-*дженериков*. Лекарства-дженерики имеют такой же состав, как фирменные лекарства. Обычно они действуют так же хорошо, как фирменные лекарства, но стоят гораздо меньше.

Если вы соблюдаете приведенные в этой главе правила, мы обычно покрываем лекарства из Перечня лекарств.

Наш план покрывает также определенные лекарства и приспособления, *продаваемые без рецепта*. Некоторые лекарства, которые можно приобрести без рецепта, стоят меньше, чем лекарства по рецепту, но действуют так же хорошо. За дополнительной информацией обращайтесь в наш отдел обслуживания участников плана.

Как узнать, включено ли какое-то лекарство в Перечень лекарств?

Узнать, включено ли какое-то лекарство в Перечень лекарств, можно следующим образом:

- Воспользуйтесь самым последним Перечнем лекарств (мы прислали его в этом письме).
- Посетите сайт нашего плана (www.healthnet.com/calmediconnect). На этом сайте находится самая последняя версия Перечня лекарств.
- 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.

Чего *нет* в Перечне 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



За лекарства, о которых говорится в этом разделе, план Health Net Cal MediConnect *не* платит. Такие лекарства 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. (Подробнее о том, как подать апелляцию, говорится в Главе 9.)

В случае исключенных лекарств действуют три основных правила:

- Действующее в нашем плане страховое покрытие лекарств для амбулаторного приема (включая лекарства Part D and программы Medicaid) не распространяется на лекарства, которые покрываются по программе Medicare Part A или Part B. Лекарства, оплачиваемые по программам Medicare Part A и Part B, покрываются планом Health Net Cal MediConnect бесплатно, но они не входят в ваши амбулаторные медицинские льготы на лекарства.
- Наш план не может покрывать лекарства, приобретенные за пределами США и территорий, находящихся под управлением США.
- Применение лекарства для лечения вашего состояния должно быть утверждено Федеральным управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств (Food and Drug Administration) или быть рекомендовано в определенных справочниках. 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.
- Лекарства для улучшения полового влечения и эрекции (такие как Viagra®, Cialis®, Levitra® и Caverject®).
- Лекарства для амбулаторного приема, производители которых требуют, чтобы пациент проходил нужные для применения этих лекарств анализы или получал нужные при этом услуги только у самого производителя лекарства.

Что такое уровни участия клиента плана в оплате лекарства?

- Для каждого лекарства из нашего Перечня лекарств указан уровень вашего участия его оплате ("cost-sharing tiers"). Всего таких уровней 3. Как правило, уровень – это группа лекарств одного и того же типа (например, торговая марка, дженерик или лекарства, отпускаемые без рецепта). Обычно чем выше уровень, тем больше вы платите за лекарство. Лекарства, относящиеся к Уровню 1 имеют низкий уровень доплаты. Это лекарства-дженерики. Доплата составляет от \$0,00 до \$3,35. Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



- Для лекарств Уровня 2 предусмотрена более высокая доплата. Это фирменные лекарства. Доплата составляет от \$0,00 до \$8,35. Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.
- Для лекарств Уровня 3 предусмотрена доплата \$0,00. Это лекарства по рецепту и без рецепта, покрываемые по программе Medi-Cal.

Узнать, какой уровень установлен для вашего лекарства, можно из принятого в плане Перечню лекарств.

➔ Сколько вы платите за лекарства уровня вашего участия его оплате, объясняется в Главе 6.

С. Ограничения на страховое покрытие некоторых лекарств

Почему существуют ограничения на страховое покрытие некоторых лекарств?

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 стимулируют вас и врача использовать более дешевое лекарство, если оно так же безопасно и эффективно, как 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 о том, как попросить нас сделать исключение, см. в Главе 9.

Какие есть правила?

1. Ограничение на лечение фирменными лекарствами, если есть соответствующий дженерик

Обычно «дженериком» называется лекарство, которое действует так же, как фирменное, но обычно стоит меньше. В большинстве случаев, если у фирменного лекарства есть аналог-дженерик, наши аптеки выдают вам дженерик. Обычно мы не оплачиваем фирменное лекарство, для которого есть аналог-дженерик. Тем не менее, если ваш врач сообщит нам, почему дженерик вам не подходит, мы предоставим вам страховое покрытие фирменного лекарства. Доплата за фирменное лекарство может быть выше, чем в случае дженерика.

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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



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 лекарство А вам не поможет, мы начнем оплачивать лекарство Б. Это требование называется *поэтапное лечение*.

4. Количественные ограничения

Для некоторых лекарств мы ограничиваем количество, которое вы можете получать. Это разрешение называется «количественное ограничение». Например, мы можем ограничить количество лекарства, которое вы можете получить за один раз.

Распространяются какие-то из этих правил на ваши лекарства?

Если вы хотите выяснить, распространяются ли какие-то из этих правил на ваши лекарства, воспользуйтесь Перечнем лекарств. Получить последнюю информацию можно позвонив в наш отдел обслуживания или воспользовавшись нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.

D. Почему может не быть страхового покрытия на ваше лекарство

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. Другая ситуация: наш план покрывает дженерик, но не фирменное лекарство, которое вы хотите принимать. Лекарство может быть новым, поэтому мы не успели изучить данные о его безопасности и эффективности.
- **Наш план покрывает лекарство, но на страховое покрытие этого лекарства распространяются специальные правила и ограничения.** В предыдущем разделе объясняется, что страховое покрытие некоторых лекарств, покрываемых 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.

Вы можете получить такое количество лекарства, которого хватит на некоторое время

В некоторых случаях, если лекарство не содержится в Перечне или на него есть 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Для того чтобы получить временное покрытие лекарства, должны выполняться следующие два требования:

1. Лекарство, которое вы принимали:

- Было исключено из Перечня лекарств *или*
- Никогда не было в 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 и не проживаете в учреждении по оказанию длительной помощи:**

Мы временно покрываем лекарство в течение первых 90 дней календарного года. Количество лекарства, которое мы временно покрываем, достаточно для приема в течение 30 дней. Если рецепт вам выписан на меньшее число дней, мы разрешаем вам повторно получать лекарства по этому рецепту («рефил»). Общее количество лекарства не должно, однако, превышать необходимого для приема в течение 30 дней. Вы должны получить это лекарство по рецепту в сотрудничающей с планом аптеке.

- **Вы новый участник нашего плана и не проживаете в учреждении по оказанию длительной помощи.**

Мы временно покрываем лекарство **в течение первых 90 дней с момента включения вас** в план. Количество лекарства, которое мы временно покрываем, достаточно для приема в течение 30 дней. Если рецепт вам выписан на меньшее число дней, мы разрешаем вам повторно получать лекарства по этому рецепту («рефил»). Общее количество лекарства не должно, однако, превышать необходимого для приема в течение 30 дней. Вы должны получить это лекарство по рецепту в сотрудничающей с планом аптеке

- **Вы были участником плана в прошлом году и проживаете в учреждении по оказанию длительной помощи:**

Мы временно покрываем лекарство в течение первых 90 дней календарного года. Общий объем обеспечения лекарствами продолжится до 98 дней в зависимости от обеспечения по возрастающей. Если рецепт вам выписан на меньшее число дней, мы разрешаем вам повторно получать лекарства по этому рецепту («рефил»). Общее количество лекарства не должно, однако, превышать необходимого для приема в течение 98 дней. (Помните, что в аптеках учреждений по оказанию длительной помощи, могут за один раз выдавать меньшее количество лекарства. Это делается для того, чтобы снизить потери лекарств.)

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Вы новый участник нашего плана и проживаете в учреждении по оказанию длительной помощи.**

Мы временно покрываем лекарство в течение первых 90 дней с момента включения вас в план. Общий объем обеспечения лекарствами продолжится до 98 дней в зависимости от обеспечения по возрастающей. Если рецепт вам выписан на меньшее число дней, мы разрешаем вам повторно получать лекарства по этому рецепту («рефил»). Общее количество лекарства не должно, однако, превышать необходимого для приема в течение 98 дней. (Помните, что в аптеках учреждений по оказанию длительной помощи, могут за один раз выдавать меньшее количество лекарства. Это делается для того, чтобы снизить потери лекарств.)

- **Вы стали участником нашего плана более 90 дней назад, проживаете в учреждении по оказанию длительной помощи и нуждаются в лекарстве немедленно.**

Мы однократно покрываем количество лекарства, необходимое для приема в течение не более 31 дня. Идгу сщдцк количество может быть меньше, если рецепт вам выписан на меньшее число дней. Это количество мы покрываем дополнительно к тому, которое мы покрываем новым участникам плана, проживающим в учреждении по оказанию длительной помощи.

- **Вы участник плана давно, переезжаете из учреждения по оказанию длительной помощи или из больницы домой и немедленно нуждаетесь в лекарстве для обеспечения непрерывности лечения:**

Мы однократно покрываем количество лекарства, необходимое для приема в течение 30 дней. Количество может быть меньше, если рецепт вам выписан на меньшее число дней (в этом случае мы разрешаем вам повторно получать лекарства по этому рецепту («рефил»)). Общее количество лекарства не должно, однако, превышать необходимого для приема в течение 30 дней.

- **Вы участник плана, переезжаете из дома или из больницы в учреждение по оказанию длительной помощи и немедленно нуждаетесь в лекарстве для обеспечения непрерывности лечения:**

Мы однократно покрываем количество лекарства, необходимое для приема в течение 31 дня. Количество может быть меньше, если рецепт вам выписан на меньшее число дней (в этом случае мы разрешаем вам повторно получать лекарства по этому рецепту («рефил»)). Общее количество лекарства не должно, однако, превышать необходимого для приема в течение 31 дня.

- ➔ Для того чтобы попросить нас о временном покрытии лекарства, позвоните в наш отдел обслуживания.

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 и попросить список покрываемых лекарств от вашей болезни. Этот список поможет вашему врачу подобрать нужное лекарство.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



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 то что оно отсутствует в Перечне лекарств. Другой пример: вы можете попросить нас о том, чтобы мы 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.

- ➔ Подробнее о том, как попросить нас сделать исключение, см. в Главе 9.
- ➔ Если вы хотите подать нам просьбу о том, чтобы мы сделали исключение, и вам нужна помощь, свяжитесь с нашим отделом обслуживания.

Е. Изменения в страховом покрытии лекарств

Большинство изменений в страховом покрытии лекарств происходит 1 января. Мы можем, однако, вносить изменения в Перечень лекарств в течение года. Мы можем:

- Добавлять новые лекарства (в том числе дженерики), утвержденные государственными органами, и старые лекарства, утвержденные для нового применения.
- Удалять из Перечня лекарство, если производитель его отозвал или если появилось более дешевое, но такое же хорошее лекарство.
- Менять уровень вашего участия в оплате лекарства.
- Устанавливать и снимать ограничения на покрытие лекарства.
- Заменять фирменное лекарство дженериком.

Если в страховом покрытии вашего лекарства произойдут какие-то из приведенных ниже изменений, вы почувствуете их только с 1 января следующего года:

- Если мы повысим уровень вашего участия в оплате лекарства.
- Если мы наложим на лекарство новое ограничение.
- Если мы исключим лекарство из Перечня лекарств по причине другой, чем неожиданный отзыв лекарства или появление нового дженерика, заменяющего это лекарство.

Обычно мы не увеличиваем доплату, которую вы платите за лекарство, и не налагаем на лекарство новые ограничения до 1 января следующего года. Такие изменения затрагивают вас с 1 января следующего года.

Изменения по страховому покрытию *могут* затрагивать вас до 1 января в следующих случаях:

- Если мы заменим фирменное лекарство, которое вы принимаете, на новый дженерик; мы должны уведомить вас об этом изменении не менее чем за 60 дней.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Мы можем предоставить вам покрытие такого количества фирменного лекарства, которое необходимо для приема в течение 60 дней. Приобретать его нужно в сотрудничающей с нами аптеке.
 - В течение этих 60 дней вы должны совместно со своим врачом перейти на новое лекарство-дженерик или на другое лекарство, которое наш план покрывает.
 - Вы и ваш врач можете попросить нас по-прежнему покрывать фирменное лекарство. О том как это сделать, подробно говорится в Главе 9.
- Если лекарство будет отозвано из-за того, что оно оказалось небезопасным или по другим причинам, мы исключим его из Перечня лекарств. Если это случится, мы вам сразу об этом сообщим.
 - Ваш врач тоже будет знать об этом изменении. Вместе с вами он подберет другое лекарство для лечения вашего заболевания.
- ➔ Если страховое покрытие лекарства, которое вы принимаете, изменится, **мы пришлем вам уведомление**. Как правило, мы сообщим вам за 60 дней до вступлений изменения в силу.

F. Страховое покрытие лекарств в особых ситуациях

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 главе 6.

Во время пребывания в учреждении по оказанию длительной помощи

Обычно в таком учреждении (это может быть, например, центр сестринского ухода) 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 (Provider and Pharmacy Directory)*. Если аптека с нами не сотрудничает или если вам нужна дополнительная информация, свяжитесь с нашим отделом обслуживания.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Вы стали участником нашего плана в то время, когда находились в учреждении по оказанию длительной помощи

Если вам требуется лекарство, не включенное в наш Перечень лекарств, или такое, для которого наш план установил ограничения, наш план предоставит вам временное покрытие вашего лекарства в течение первых 90 дней с момента вашего включения в наш план. Количество лекарства, оплаченного нами за это время, не может превышать необходимого для приема в течение 98 дней. В первый раз оплаченное нами количество лекарства не может превышать необходимого для приема в течение 31 дня; количество может быть меньше, если рецепт вам выписан на меньшее число дней. При необходимости мы в течение первых 90 дней с момента включения вас в план покрываем повторные получения этого лекарства по рецепту («рефиллы»).

Если вы стали участником нашего плана больше 90 дней назад и нуждаетесь в лекарстве, не включенном в наш Перечень лекарств, мы однократно покроем количество лекарства, необходимое для приема в течение 31 дня. Мы покрываем количество лекарства, необходимое для приема в течение 31 дня, также в том случае, когда в нашем плане действует ограничение на страховое покрытие этого лекарства. Если рецепт вам выписан не на 31 день, а на меньшее число дней, мы оплатим меньшее количество лекарства.

Пока вы получаете временное покрытие лекарства, вы должны обсудить с лечащим вас врачом, что вы будете делать, когда временное покрытие закончится. Возможно, есть другое лекарство, которое будет вам помогать так же хорошо, но которое наш план покрывает. Кроме того, вы и ваш врач можете попросить план сделать для вас исключение и покрывать лекарство так, как вы этого хотели бы.

➔ Подробнее о том, как попросить нас сделать исключение, см. в Главе 9.

Во время получения помощи по хосписной программе, сертифицированной в программе Medicare

Программа хосписного обслуживания и наш план никогда не платят за лекарства одновременно. Лицу, получающему обслуживание по хосписной программе, сертифицированной в программе Medicare, могут понадобиться лекарства для лечения состояний, не связанных окончательным диагнозом 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 смертельной болезни. После этого наш план начнет оплачивать такие лекарства. 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 в этой главы.

➔ О страховом покрытии хосписного обслуживания подробно говорится в Главе 4.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Г. Программы по обеспечению безопасности лекарственного лечения и контролю лекарственного лечения

Программы, обеспечивающие безопасность лекарственного лечения

Мы проверяем ваше лекарственное лечение каждый раз, когда вы получаете лекарство по рецепту. Мы стараемся выявлять следующие возможные ошибки:

- Ошибки при назначении лекарства.
- Лекарства, которые могут быть вам не нужны, поскольку вы уже принимаете другое лекарство для лечения той же болезни.
- Лекарства, которые могут быть для вас опасны из-за вашего возраста или пола.
- Сочетания лекарств, которые могут вам повредить.
- Лекарства, содержащие вещества, на которые у вас есть аллергия.

Если мы обнаруживаем возможную ошибку, мы ее устраняем совместно с лечащим вас врачом.

Программы контроля лекарственного лечения

Если вы принимаете лекарства от нескольких болезней, вы можете бесплатно пользоваться услугами программы Контроля лекарственного лечения (Medication Therapy Management, MTM). Эта программа помогает вам и вашему врачу обеспечивать эффективность лекарственного лечения. Аптекарь или другой профессиональный медик 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 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. Этот документ будет содержать план улучшения лекарственного лечения, который позволит вам правильно их использовать. Вы также получите перечень всех лекарств, которые принимаете, с указанием того, почему они были вам назначены.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Мы советуем обсуждать лекарственное лечение перед ежегодным профилактическим визитом к врачу. Это позволит вам задать врачу все нужные вопросы о лекарственном лечении и о плане его улучшения. Всегда, когда вы собираетесь обсуждать свои лекарства с врачом, аптекарем или другим медиком, 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 идете в отделение 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 наш отдел обслуживания

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Глава 6. Сколько вы платите за лекарства по рецепту, покрываемые по программам Medicare и Medi-Cal

Содержание

Введение	129
A. Объяснение о страховых выплатах (ЕОВ)	129
B. Как следить за своими расходами на лекарства	130
1. Как пользоваться идентификационной карточкой участника плана.	130
2. Помогайте нам получать необходимую информацию.	130
3. Присылайте нам информацию о выплатах, сделанных за вас другими лицами.	131
4. Проверьте отчеты, которые мы вам присылаем.	131
C. Периоды страхового покрытия лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D	131
D. Период 1: Начальный период страхового покрытия	132
Виды аптек	132
Как получить запас лекарств на большой срок	132
Сколько вы платите?	133
Когда кончается начальный период страхового покрытия?	135
E. Период 2: Период покрытия в чрезвычайной ситуации	135
F. Сколько вы платите, если ваш врач выписывает лекарство на срок меньше месяца	135
G. Помощь в оплате лекарств от ВИЧ/СПИД	136
Что такое программа помощи в оплате лекарств от ВИЧ/СПИД (программа ADAP)?	136
Вы не включены в программу ADAP?	136
Вы уже включены в программу ADAP?	136

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Н. Прививки	136
Перед прививкой	137
Сколько вы платите за прививку по программе Medicare Part D	137

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



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 по рецепту, покрываемые по программе Part D и
- Лекарства и приспособления, покрываемые по программе Medi-Cal, и
- Лекарства и приспособления, покрываемые нашим планом дополнительно.

Поскольку вы имеете право на помощь по программе Medi-Cal, вы получаете по программе Medicare «Дополнительную помощь» (“Extra Help”). Дополнительная помощь помогает вам платить за лекарства по рецепту, покрываемые по программе Medicare Part D.

Подробно о лекарствах по рецепту говорится в следующих материалах:

- **Действующий в нашем плане *Перечень покрываемых лекарств*.** Коротко мы называем его «Перечень лекарств». Из него вы можете узнать:
 - » Какие лекарства мы оплачиваем.
 - » К какому из 3 уровней вашего участия в оплате принадлежит определенное лекарство.
 - » Предусмотрены ли для определенного лекарства какие-то ограничения.

Если вам нужен экземпляр Перечня лекарств, позвоните в наш отдел обслуживания. Кроме того, вы можете найти Перечень лекарств на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect. На этом сайте находится самая последняя версия Перечня лекарств.

- **Глава 5 этого *Справочника участников плана*.** Из Главы 5 вы узнаете, сколько вы платите в нашем плане за лекарства по рецепту для амбулаторных больных. Она содержит также правила, которые вам нужно соблюдать. Кроме того, в этой главе говорится о том, какие типы лекарств по рецепту наш план не покрывает.
- **Действующий в нашем плане *Указатель поставщиков и аптек*.** В большинстве случаев вам следует получать покрываемые нами 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. Подробнее о сотрудничающих с нами аптеках см. в Главе 5.

А. Объяснение о страховых выплатах (ЕОВ)

Наш план следит за расходами на лекарства по рецепту, которые вы принимаете. Мы следим за двумя типами выплат:

- *Ваши собственные расходы на лекарства.* Это суммы, которые за лекарства по рецепту платите вы или кто-то от вашего имени платит.
- *Общая стоимость лекарств.* Это суммы, которые за лекарства по рецепту платите вы или кто-то от вашего имени платит.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Если вы получаете лекарства по рецепту по нашему плану, мы присылаем вам ежемесячный отчет «Объяснение о страховых выплатах» (“Explanation of Benefits”, “EOB”). Коротко мы его называем EOB. Отчет EOB содержит следующую информацию:

- **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 за вас.
 - **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.
- ➔ Мы покрываем некоторые лекарства, которые программа Medicare не покрывает. Выплаты, сделанные за эти лекарства, не учитываются при расчете общей суммы ваших собственных расходов. Лекарства покрывает наш план, см. в Перечне лекарств.

В. Как следить за своими расходами 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. Вот как вы можете нам помочь:

1. Как пользоваться идентификационной карточкой 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 уплатили.

2. Помогайте нам получать необходимую информацию.

Предъявляйте нам копии квитанций за купленные лекарства. Вы можете попросить нас возместить вам ту часть стоимости лекарства, которую должен оплачивать наш план.

Вот некоторые примеры 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 страховых выплат нашего плана.
 - Вы платите доплату за лекарства, которые предоставляются их производителем по программе поддержки пациентов.
 - Вы приобретаете покрываемое нами лекарство в аптеке, которая с нами не сотрудничает.
 - Вы полностью оплатили лекарство по рецепту.
- ➔ О том как вы можете попросить нас возместить вам нашу часть в оплате лекарства, говорится в Главе 7.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



3. Присылайте нам информацию о выплатах, сделанных за вас другими лицами.

Выплаты, сделанные за вас другими лицами или организациями, учитываются при расчете общей потраченной вами суммы. Например, выплаты, сделанные за лекарства программой помощи в оплате лекарств от ВИЧ/СПИД, Службой здравоохранения для индейцев и большинством благотворительных фондов, учитываются при расчете общей потраченной вами суммы. Сообщая нам о таких выплатах вы приближаете наступление периода покрытия в чрезвычайной ситуации. С начала периода покрытия в чрезвычайной ситуации и до конца года план Health Net Cal MediConnect полностью оплачивает вам лекарства по программе Part D.

4. Проверяйте отчеты, которые мы вам присылаем.

Когда вы получите «Объяснение о страховых выплатах» по почте, убедитесь, что оно полно и правильно. Если вы считаете, что в отчете чего-то не хватает или что в нем что-то неправильно отражено или если у вас есть какие-то вопросы по отчету, позвоните в наш отдел обслуживания. Сохраняйте эти отчеты. Они содержат важную информацию о расходах на ваши лекарства.

С. Периоды страхового покрытия лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D

Предусмотрены два периода страхового покрытия лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D в плане Health Net Cal MediConnect. Сумма, которую вы платите за лекарство, зависит от того, в каком периоде страхового покрытия вы находитесь. Вот эти два периода:

Период 1: Начальный период страхового покрытия	Период 2: Период покрытия в чрезвычайной ситуации
<p>В течение этого периода мы платим свою часть, а вы платите свою. Ваша часть в оплате лекарства называется доплатой.</p> <p>Этот период начинается для вас с первого в новом году приобретения лекарства по рецепту.</p>	<p>Мы полностью оплачиваем ваши лекарства с начала этого периода и до 31 декабря 2018 г.</p> <p>Этот период начинается после того, как общая сумма ваших собственных расходов на лекарства достигнет определенного предела.</p>

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



D. Период 1: Начальный период страхового покрытия

В начальном периоде страхового покрытия план платит за лекарства 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, для которых предусмотрен один и тот же уровень вашего участия в их оплате, вы платите одинаковые доплаты. Для каждого лекарства из принятого в нашем плане Перечня лекарств предусмотрен один из 3 уровней вашего участия в оплате. Обычно чем выше уровень, тем больше вы платите за лекарство. Уровни вашего участия в оплате назначенных вам лекарств вы можете найти в Перечне лекарств.

- Для лекарств Уровня 1 предусмотрена низкая доплата. Это лекарства-дженерики. Доплата составляет от \$0,00 до \$3,35. Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.
- Для лекарств Уровня 2 предусмотрена более высокая доплата. Это фирменные лекарства. Доплата составляет от \$0,00 до \$8,35. Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.
- Для лекарств Уровня 3 предусмотрена доплата \$0,00. Это лекарства по рецепту и без рецепта, покрываемые по программе Medi-Cal..
- Виды аптек

Сколько вы платите за лекарство, зависит от того, где вы его приобретаете:

- В сотрудничающей с планом аптеке *или*
 - В не сотрудничающей с планом аптеке.
- ➔ Лекарства, приобретенные по рецепту в аптеке, которая с нами не сотрудничает, мы покрываем только в ограниченном числе случаев. Подробно о том, когда мы это делаем, см. в Главе 5.
- ➔ Подробнее об этих видах аптек говорится в главе 5 этого справочника и в нашем Указателе поставщиков и аптек (*Provider and Pharmacy Directory*).

Как получить запас лекарств на большой срок

Некоторые лекарства вы можете приобретать сразу в количествах, необходимых для приема в течение длительного времени. Длительное время — это срок до 90 дней. Доплата за это количество лекарства предусмотрена такая же, как за количество, необходимое для приема в течение месяца.

- ➔ Подробнее о том, где и как приобрести лекарство в количестве, необходимом для приема в течение долгого времени, см. в Главе 5 и в нашем Указателе поставщиков и аптек (*Provider and Pharmacy Directory*).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Сколько вы платите?

Во время начального периода страхового покрытия вы платите доплату всякий раз, когда вы 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 нашим отделом обслуживания.

Сколько вы платите за покрываемое нами количество лекарства по рецепту, необходимое для приема в течение месяца или в течение длительного времени:

	Сотрудничающая с планом аптека Количество на один месяц или до 90 дней	Почтовая служба нашего плана Количество на один месяц или до 90 дней	Сотрудничающая с планом по оказанию длительной помощи аптека при учреждении Количество на срок до 31 дня	Аптека, не сотрудничающая с планом Количество на срок до 30 дней. Страховое покрытие предоставляется только в определенных ситуациях. Подробнее см. в Главе 5.
Уровень вашего участия в оплате Уровень 1 (Лекарства-дженерики по программе Part D)	От \$0,00 до \$3,35 Это зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.	От \$0,00 до \$3,35 Это зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.	От \$0,00 до \$3,35 Это зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.	\$0,00 - \$3,35 Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



	Сотрудничающая с планом аптека Количество на один месяц или до 90 дней	Почтовая служба нашего плана Количество на один месяц или до 90 дней	Сотрудничающая с планом по оказанию длительной помощи аптека при учреждении Количество на срок до 31 дня	Аптека, не сотрудничающая с планом Количество на срок до 30 дней. Страховое покрытие предоставляется только в определенных ситуациях. Подробнее см. в Главе 5.
Уровень вашего участия в оплате Уровень 2 (Фирменные лекарства по программе Part D)	от \$0,00 до \$8,35 Это зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal	от \$0,00 до \$8,35 Это зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal	от \$0,00 до \$8,35 Это зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal	от \$0,00 до \$8,35 Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.
Уровень вашего участия в оплате Уровень 3 (Лекарства по рецепту и лекарства отпускаемые без рецепта, покрываемые программой Medi-Cal)	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00

➔ Для того чтобы узнать, в каких аптеках можно получить запас лекарства на длительный срок, обратитесь к *Указателю поставщиков и аптек*.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Когда кончается начальный период страхового покрытия?

Начальный период страхового покрытия заканчивается после того, как общая сумма ваших собственных расходов на лекарства достигнет \$5000. После этого начинается период покрытия в чрезвычайной ситуации (Catastrophic Coverage Stage). Мы полностью оплачиваем ваши лекарства с начала этого периода и до конца года.

Отчет «Объяснение о страховых выплатах» (Explanation of Benefits, EOB), который мы вам присылаем, помогает вам следить за тем, сколько вы тратите на лекарства в течение года. Если общая стоимость ваших лекарств достигнет \$5000, мы вам об этом сообщим. Большинство участников нашего плана не достигают этой суммы в течение года.

Е. Период 2: Период покрытия в чрезвычайной ситуации

Когда общая сумма ваших расходов на лекарства по рецепту достигает \$5000, начинается период покрытия в чрезвычайной ситуации. Этот период продолжается до конца календарного года. В течение этого периода план платит полностью оплачивает ваши лекарства.

Г. Сколько вы платите, если ваш врач выписывает лекарство на срок меньше месяца

В некоторых случаях, вы платите доплату за количество лекарства, которое будете принимать 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 доплаты зависит от числа дней, на которое вы приобретаете лекарство. Мы рассчитываем сумму, которую вы платите за количество лекарства, необходимое для приема в течение одного дня (“daily cost-sharing rate”). Затем мы умножаем ее на число дней.

- Пример: Пусть доплата за количество лекарства, необходимое для приема в течение месяца (30 дней), составляет \$1,20. Это значит, что в день вы тратите на лекарство \$0,04. Если врач выписал вам это лекарство на 7 дней, то ваша доплата составит сумму \$0,04, умноженную на 7 дней, т. е. \$0,28.

Расчет доплаты с использованием суммы, которую вы тратите на лекарство в день, позволяет вам убедиться в том, что лекарство вам подходит, и только потом приобретать лекарство на месяц. Вы можете попросить вашего врача выписать рецепт на лекарства на целый месяц с тем чтобы лучше планировать свое время и меньше ходить в аптеку за ними. Сумма, которую вы платите, зависит от того, за сколько дней получаете лекарства.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Г. Помощь в оплате лекарств от ВИЧ/СПИД

Что такое программа помощи в оплате лекарств от ВИЧ/СПИД (программа ADAP)?

Программа помощи в оплате лекарств от ВИЧ/СПИД (программа AIDS Drug Assistance Program, ADAP) помогает больным ВИЧ/СПИД, имеющим право на помощь по этой программе, оплачивать 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).

Вы не включены в программу ADAP?

Узнать о том, кто может получать помощь по этой программе, о покрываемых по ней лекарствах и о том, как стать ее участником, можно по телефону 1-844-421-7050. Кроме того, вы можете воспользоваться сайтом компании, управляющей страховым покрытием лекарств по программе ADAP. Компания называется Ramsell Public HealthRx, ее сайт расположен по адресу <http://www.cdph.ca.gov/programs/aids/Pages/OAMedPtDindiv.aspx>.

Вы уже включены в программу ADAP?

Если участник программы ADAP получает страховое покрытие по программе Medicare Part D, программа ADAP может по-прежнему покрывать лекарства, включенные в перечень лекарств, покрываемых этой программой. 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 нужно найти ближайшее отделение программы ADAP, в котором вас могут в нее включить и/или если вам нужно найти сотрудника, отвечающего за включение больных в эту программу, позвоните по телефону 1-844-421-7050 или воспользуйтесь сайтом программы (адрес сайта приведен выше).

Н. Прививки

Мы покрываем прививки по программе Medicare Part D. Страховое покрытие прививки по программе Medicare Part D состоит из двух частей:

1. Первая часть — это страховое покрытие **самой вакцины**. Вакцина — это лекарство, выдаваемое по рецепту.
2. Вторая часть — это **сам укол**. Например, иногда ваш врач может сделать вам прививку уколом.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Перед прививкой

Мы советуем вам каждый раз, когда вы собираетесь сделать прививку, звонить вначале в наш отдел обслуживания.

- Мы объясним, как наш план покрывает вашу прививку и сколько должны за нее платить вы.
- Мы расскажем вам, к каким сотрудничающим с нами медикам и в какие сотрудничающие с нами аптеки лучше обратиться, если вы хотите уменьшить свои расходы на прививку. *Сотрудничающие с планом аптеки — это аптеки, которые заключили с нами договор. Сотрудничающий с планом медик заключил с нашим планом договор. Если вы обращаетесь к сотрудничающему с планом Health Net Cal MediConnect медику, вам не нужно ничего платить перед вакцинацией, покрываемой по программе Part D.*

Сколько вы платите за прививку 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 страховых выплат (Глава 4).
- Другие вакцины считаются лекарствами. Их страховое покрытие предоставляется по программе Medicare Part D. Они приведены в принятом в нашем плане Перечне лекарств. Для вакцин, покрываемых по программе Medicare Part D, могут быть предусмотрены доплаты.

Ниже приведены три основные ситуации, в которых вам делают прививку по программе Medicare Part D.

1. Вы покупаете вакцину по программе Medicare Part D в сотрудничающей с нами аптеке, и там же вам делают укол.
 - Вы платите доплату за вакцину.
2. Прививку вам делают в кабинете вашего врача имеющейся у врача вакциной по программе Medicare Part D.
 - Вы платите доплату за вакцину.
 - За процесс вакцинации (укол) платит наш план.
 - В этой ситуации сотрудники врача должны позвонить в наш план. Мы им объясним, что вы платите только доплату 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 платите доплату за вакцину.
 - За процесс вакцинации (укол) платит наш план.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 7. Как попросить нас оплатить нашу часть по счету, полученному за покрываемые планом услуги или лекарства

Содержание

A. Когда вы можете просить нас об оплате обслуживания и лекарств	139
B. Как и куда прислать нам запрос на оплату	141
C. Мы примем решение о страховом покрытии	142
D. Вы можете подать апелляцию	143

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



А. Когда вы можете просить нас об оплате обслуживания и лекарств

Если мы покрываем какое-то обслуживание или лекарство, соответствующие счета сотрудничающие с нами медики и учреждения присылают непосредственно в наш план. *Сотрудничающий с планом медик* заключил с нашим планом договор.

Если вы получите счет на полную стоимость медицинской помощи или лекарства, пришлите этот счет нам. О том, как отправить нам счет, говорится на стр. 141.

- Если мы должны покрывать эти услуги или лекарства, мы уплатим непосредственно этому медику или учреждению.
 - Вы имеете право получать у нашего плана возмещение всегда, когда вы платите за покрываемые планом услуги или лекарства больше, чем предусмотрено правилами плана.
 - Если мы **не** покрываем эти услуги или лекарства, мы вам об этом сообщим.
- ➔ Если у вас есть какие-то вопросы, позвоните в наш отдел обслуживания. Если вы не знаете, сколько вам нужно было уплатить, или если вы 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 медика, который с нами не сотрудничает.

Попросите медика или учреждение прислать счет нам.

- Если вы полностью оплатили оказанную вам помощь, вы можете попросить нас возместить вам ее. Пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами выплаты.
- Иногда вы получаете от медика или медицинского учреждения счет, по которому вы, по вашему мнению, не должны платить.

Пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами выплаты.

- Если мы должны что-то уплатить медику или медицинскому учреждению, мы пришлем оплату непосредственно этому медику или учреждению.
- Если вы уже заплатили за это обслуживание, мы возместим вам это.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



2. Вы получили счет от медика или медицинского учреждения из числа сотрудничающих с нашим планом.

Сотрудничающие с нами медики и медицинские учреждения всегда должны присылать счета нам.

Предъявляйте свою идентификационную карточку участника плана Health Net Cal MediConnect, когда вы получаете обслуживание или лекарства по рецепту. Когда медик или медицинское учреждение взимает с вас больше, чем установленное планом, это считается неусметным или несоответствующим выставлением счета. Если вы получили непонятный счет, позвоните в наш отдел обслуживания.

- Вы ничего не должны доплачивать, так как план Health Net Cal MediConnect оплачивает полную стоимость обслуживания, получаемое вами. Медики или медицинское учреждения не должны выставлять ничего за это обслуживание
- Любой счет от врача или медицинского учреждения, сотрудничающего с планом, вы должны прислать нам. Мы свяжемся с медиком или учреждением, выставившим счет, и решим вопрос с оплатой.
- Если вы уже оплатили счет, выставленный вам сотрудничающим с планом медиком или учреждением, пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами выплаты. Мы возместим вам ваши расходы на покрываемое нашим планом обслуживание.

3. Когда вы получаете лекарства по рецепту в аптеке, на сотрудничающей с планом

Когда вы получаете лекарства в аптеке, не сотрудничающей с планом, то должны будете оплатить их полную стоимость.

- ➔ Лекарства, приобретенные по рецепту в аптеке, которая с нами не сотрудничает, мы покрываем только в ограниченном числе случаев. Пришлите нам копию квитанции об оплате вместе с запросом на возмещение вам нашей части в оплате лекарства. Подробнее о не сотрудничающих с нами аптеках говорится в Главе 5.

4. Когда вы платите полную стоимость за лекарства по рецепту, поскольку у вас не оказалось идентификационная карточка участника плана

Если у вас нет с собой карточки участника плана, попросите аптеку связаться с нашим планом или найти информацию о вашем включении в план. Если аптеке не удастся получить эту информацию, вам может понадобиться полностью оплатить лекарство по рецепту.

- Пришлите нам копию квитанции об оплате вместе с запросом на возмещение вам нашей части в оплате лекарства.

5. Другие ситуации, в которых вы полностью оплатили не покрываемое нами лекарство по рецепту

Вам придется оплачивать полную стоимость за лекарства по рецепту, поскольку они не покрываются планом.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Лекарство может отсутствовать в принятом в нашем плане *Перечне покрываемых лекарств (List of Covered Drugs)*; 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 уплатили за лекарство и считаете, что мы должны его покрывать, вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии (см. главу 9).
 - Если вы, ваш врач или другой медик, назначивший вам лекарство, считаете, что оно вам требуется немедленно, попросите нас принять решение о страховом покрытии в ускоренном порядке (см. главу 9).
- Пришлите нам копию квитанции об оплате вместе с запросом на возмещение вам ваших расходов. В некоторых случаях для того чтобы возместить вам нашу часть в оплате лекарства, нам может быть нужна дополнительная информация от вашего врача.

Получив ваш запрос на оплату, мы решим, должны ли мы покрывать эти услуги или лекарства. Это называется «решение о страховом покрытии». Если мы решим, что должны оплатить лекарство или обслуживание, мы возместим вам нашу часть в их оплате. Если мы решим вам отказать, вы можете подать апелляцию.

➔ О том как подать апелляцию, подробно говорится в Главе 9.

В. Как и куда прислать нам запрос на оплату

Пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами выплаты. Подтверждением сделанных выплат могут быть копия вашего чека или копия выданной медиком квитанции. Лучше сделать для себя копии счета и квитанций об оплате. За помощью вы можете обратиться к своему координатору медицинского обслуживания.

Для того чтобы быть уверенным в том, что вы сообщаете нам всю необходимую для принятия решения информацию, можно воспользоваться нашей формой страхового требования.

- Вы не обязаны использовать эту форму, но если вы ею воспользуетесь, это поможет нам рассмотреть ваш запрос быстрее.
- Скачать эту форму можно с нашего сайта (www.healthnet.com/calmediconnect). Кроме того, вы можете позвонить в наш отдел обслуживания и попросить, чтобы вам эту форму прислали.

Запрос на оплату медицинских услуг и соответствующие счета и квитанции присылайте нам по следующему адресу:

Страховые требования на оплату медицинского обслуживания:

For Cal MediConnect:
Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 14703
Lexington, KY 40512-4703

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обратите внимание, что с 1 января 2018 г. адрес приёма требований к оплате страховых требований на оплату медицинского обслуживания меняется:

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640-9030

Страховые требования на оплату лекарств:

Health Net Community Solutions, Inc.
Attn: Pharmacy Claims
PO Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741-9069

Такие запросы следует подавать не позднее одного календарного года (в случае медицинского обслуживания) или трех лет (в случае лекарств) со дня получения услуги, приспособления или лекарства.

С. Мы примем решение о страховом покрытии

Получив ваш запрос на возмещение расходов, мы принимаем *решение о страховом покрытии*. Это значит, что мы решаем, покрывает ли наш план полученное вами обслуживание или лекарство. Кроме того, мы решаем, сколько за обслуживание или лекарство должны уплатить вы.

- Если для рассмотрения вашего запроса нам потребуется дополнительная информация, мы вам об этом сообщим.
- Если мы решим, что наш план покрывает это обслуживание или лекарство и что вы соблюдали установленные правила их получения, мы выплатим нашу часть в оплате обслуживания или лекарства. Если вы уже уплатили за обслуживание или лекарство, мы возместим вам ту часть, которую должны были выплатить мы. Если вы еще не уплатили за это обслуживание или лекарство, мы уплатим непосредственно медику или учреждению.
- ➔ Правила, которые нужно соблюдать, для того чтобы мы покрывали получаемые вами медицинские услуги, рассматриваются в главе 3. Правила, которые нужно соблюдать, для того чтобы мы покрывали ваши лекарства по программе Medicare Part D, рассматриваются в главе 5.
- Если мы решим не оплачивать нашей части расходов за обслуживание или лекарство, то пришлем вам письмо с указанием причин данного решения. Из этого письма вы узнаете также о своем праве подать апелляцию на наше решение.
- ➔ Решения о страховом покрытии подробно рассматриваются в Главе 9.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



D. Вы можете подать апелляцию

Если вы считаете, что мы ошибочно ответили отказом на ваш запрос на оплату, вы можете обратиться к нам с просьбой пересмотреть принятое решение. Эта просьба называется *апелляцией*. Апелляцию вы можете подавать также в том случае, когда вы не согласны с суммой, которую мы решили уплатить.

- ➔ Для рассмотрения апелляции определены процедуры и сроки. Подробнее об апелляциях см. в Главе 9.
 - Если вы подаете апелляцию на решение о возмещении ваших расходов на медицинское обслуживание, вам нужна стр. 183.
 - Если вы подаете апелляцию на решение о возмещении ваших расходов на лекарство, вам нужна стр. 202.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 8. Ваши права и обязанности

Содержание

Введение	145
A. У вас есть право получать информацию в удобном для вас виде	145
B. Мы должны всегда относиться к вам справедливо и с уважением	158
C. Мы должны обеспечивать вам своевременный доступ к покрываемым планом услугам и лекарствам	159
D. Мы должны обеспечивать конфиденциальность вашей частной медицинской информации	160
Как мы защищаем вашу медицинскую информацию	160
У Вас есть право знакомиться со своей медицинской картой	160
E. Мы должны сообщать вам информацию о нашем плане, сотрудничающих с ним медиках и медицинских учреждениях и о покрываемых нами услугах	161
F. Сотрудничающие с планом медики и медицинские учреждения не могут выставлять счет непосредственно вам	162
G. Вы имеете право выйти из нашего плана Cal MediConnect в любое время	163
H. У вас есть право принимать решения о своем лечении	163
У вас есть право знать о возможных вариантах лечения и участвовать в принятии решений о лечении	163
У вас есть право сообщить о том, что нужно будет делать, когда вы не сможете принимать решения самостоятельно	164
Что делать, если ваши указания не выполняются	165
I. У вас есть право подавать жалобы и просить нас пересмотреть принятые нами решения	165
Что вы можете сделать, если, по вашему мнению, мы отнеслись к вам несправедливо или нарушили ваши права	165
Как вы можете больше узнать о своих правах	166
J. Обязанности участника нашего плана	166

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Введение

В этой главе говорится о правах и обязанностях участника нашего плана. Мы должны уважать ваши права.

А. У вас есть право получать информацию в удобном для вас виде

Об обслуживании, покрываемом планом, и о 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.

- ➔ Для того чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания. В нашем плане работают люди, которые могут отвечать на вопросы участников плана, говорящих на разных языках.
- ➔ Наш план предоставит вам материалы на других языках, кроме английского и в форматах в виде аудиозаписи или напечатанным крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Если вы хотите получать материалы участника плана Health Net Cal MediConnect в таких форматах, как шрифт Брайля или напечатанным крупным шрифтом, или на каком-либо другом языке, кроме английского, то обращайтесь в отдел обслуживания участников. Сообщите в отдел обслуживания участников о своем желании получать материалы в другом формате или на другом языке.

Кроме того, можно получить этот справочник бесплатно на следующих языках. Для этого вам необходимо просто позвонить в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

- арабский
- армянский
- камбоджийский
- китайский
- персидский
- корейский
- русский
- испанский
- тагальский
- вьетнамский

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Если языковой барьер или ваша инвалидность мешают вам получать информацию от нашего плана, вы можете пожаловаться в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). Эта линия работает круглосуточно (24 часа) и без выходных. Если вы пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-877-486-2048. Для получения информации о подаче жалобы на программу Medi-Cal, обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

يجب أن نخبرك عن مزايا الخطة وحقوقك بطريقة تتمكن من فهمها. ولا بد لنا أن نطلعك على حقوقك طالما أنك مشترك معنا في خطتنا سنوياً.

➔ وللحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. لدينا كادر يجيدون التحدث بلغات عدة حيث يوسعهم الإجابة على أسئلتك.

➔ بمقدور خطتنا إعطائك مواد أيضاً في لغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مثل أحرف طباعة كبيرة أو طريقة بريل أو تسجيل صوتي. إذا رغبت أن تقوم Health Net Cal MediConnect بإرسالك مواد خاصة بالأعضاء بصورة مستمرة بتنسيقات أخرى، كالبريل أو أحرف طباعة كبيرة، أو بلغة غير الإنجليزية، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. بإمكانك إخبار خدمات الأعضاء أنك تود أن تقدم طلباً للحصول دوماً على موادك بتنسيقات بديلة وأو لغة أخرى.

➔ يمكنك الحصول على هذا الدليل باللغات التالية مجاناً بمجرد الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الاثنين إلى الجمعة، 8:00 ص - 8:00 م:

- اللغة العربية
- اللغة الأرمنية
- اللغة الكمبودية
- اللغة الصينية
- اللغة الفارسية
- اللغة الكورية
- اللغة الروسية
- اللغة الإسبانية
- اللغة التاغالوغية
- اللغة الفيتنامية

➔ إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل اللغة أو العجز وترغب بتقديم شكوى، اتصل بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع. على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وللمزيد من المعلومات عن تقديم شكوى إلى Medi-Cal، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.

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 սպասարկում: Մեր ծրագիրը մարդիկ ունի, ովքեր կարող են հարցերի պատասխանել տարբեր լեզուներով:
- ➔ Մեր ծրագիրը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել *անգլերենից բացի այլ լեզուներով* և այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոռ տառատեսակը, Բրեյլը կամ ձայնագրությունը: Եթե ցանկանում եք խնդրել Health Net Cal MediConnect-ին, որ ձեզ միշտ ուղարկեն անդամի տեղեկատվական նյութերն այլընտրանքային ձևաչափով, ինչպես օրինակ՝ Բրեյլը կամ խոշոռ տառատեսակը, կամ անգլերենից բացի այլ լեզվով, խնդրում ենք դիմել Անդամների սպասարկում: Ասացեք Անդամների սպասարկմանը, որ ցանկանում եք մշտական խնդրանք ներկայացնել, որ միշտ ստանաք ձեր նյութերն այլ ձևաչափով կամ լեզվով:
- ➔ Կարող եք նաև անվճար ստանալ այս տեղեկագիրքը հետևյալ լեզուներով՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկում՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00 a.m. -ից 8:00 p.m.-ը:
 - o Արաբերեն
 - o Հայերեն
 - o Կամբոջերեն
 - o Չինարեն
 - o Պարսկերեն
 - o Կորեերեն
 - o Ռուսերեն
 - o Իսպաներեն
 - o Տազալոգ
 - o Վիետնամերեն
- ➔ Եթե խնդիրներ ունեք մեր ծրագրի մասին տեղեկություններ ստանալու հարցում լեզվի կամ հաշմանդամության պատճառով, ու ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Medi-Cal-ին բողոք ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք դիմել Անդամների

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



➔ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងមានបញ្ហាជាមួយការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់រៀបចំបណ្តឹង សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ អ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការធ្វើពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Medi-Cal សូមទំនាក់

ទំនាក់សេវាសមាជិកតាមលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711), ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ 8:00 យប់។

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



我們必須透過您能夠瞭解的方式告知您計畫的各項福利以及您的權利。在您參加本計畫期間，我們必須每年均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，請致電與會員服務部聯絡。本計畫備有可使用不同語言為您解答疑問的工作人員。
- ▶ 本計畫也可為您提供英文以外之其他語言版本以及如大字版、點字版或語音版等格式的資料。如果您想請 **Health Net Cal MediConnect** 持續寄其他格式（如點字版或大字版）或英文以外之其他語言版本的會員資料給您，請與會員服務部聯絡。請告知會員服務部您想提出長期申請，以取得其他格式或語言版本的會員資料。
- ▶ 您也可以免費取得本手冊的下列語言版本，您僅需於週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00 致電 1-855-464-3571 (TTY : 711) 與會員服務部聯絡即可。
 - 阿拉伯文
 - 亞美尼亞文
 - 柬埔寨文
 - 中文
 - 波斯文
 - 韓文
 - 俄文
 - 西班牙文
 - 塔加拉文
 - 越南語
- ▶ 如果您因為語言問題或殘障而無法透過本計畫取得資訊而您想提出投訴，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。您每週七天，每天 24 小時均可致電。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 8:00 至晚上 8:00 致電 1-855-464-3571 (TTY : 711) 與會員服務部聯絡。

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوئیم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هر سال حقوق قانونی که در برنامه درمانی ما دارید را به شما بگوئیم.

← برای دریافت اطلاعات به روشی که می توانید درک کنید با خدمات اعضا تماس بگیرید. برنامه درمانی ما اختصاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های مختلف پاسخ دهند.

← برنامه درمانی ما مطالب و نشریات را به زبان هایی به غیر از انگلیسی و به فرمت هایی از قبیل چاپ درشت، بریل یا صوتی نیز ارائه می کند. اگر می خواهید که Health Net Cal MediConnect مطالب و نشریات اطلاعاتی اعضا را به طور متداوم به سایر فرمت ها از قبیل بریل یا چاپ درشت، یا به زبانی به غیر از انگلیسی برای شما ارسال دارد، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. به خدمات اعضا بگوئید که می خواهید یک درخواست جاری را ارائه کنید تا مطالب و نشریات اطلاعاتی اعضا را به فرمت یا زبان دیگری دریافت کنید.

← توسط تماس با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه و بین ساعات 8:00 صبح تا 8:00 شب، می توانید این کتابچه را نیز به طور رایگان به زبان های زیر دریافت کنید:

- عربی
- ارمنی
- کامبوجی
- چینی
- فارسی
- کره ای
- روسی
- اسپانیایی
- تاگالوگ
- ویتنامی

← اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه ما با مشکلاتی مواجه هستید و می خواهید شکایتی را تسلیم کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. می توانید در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای اطلاعات مربوط به تسلیم شکایت به Medi-Cal، لطفاً از دوشنبه تا جمعه و بین ساعات 8:00 صبح تا 8:00 شب با خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) تماس بگیرید.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



당사는 반드시 귀하께서 이해하실 수 있는 방법으로 보험 플랜의 혜택 및 귀하의 권리를 알려드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- ▶ 귀하께서 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 회원서비스부로 전화해 주십시오. 여러 다른 언어로 질문에 답변해 드릴 수 있는 직원들이 근무하고 있습니다.
- ▶ 당사 플랜은 영어 이외의 *다른 언어 및 대형 인쇄체*, 점자 혹은 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. Health Net Cal MediConnect로 하여금 항상 회원 정보 자료를 점자, 대형 인쇄체, 혹은 영어 이외의 다른 언어로 된 대체 형식으로 우송해 드리길 원하시면 회원서비스부로 연락해 주십시오. 회원 정보 자료를 항상 대체 형식 또는 다른 언어로 받기 위한 지속 요청을 신청하고자 한다고 회원서비스부 담당자에게 밝혀주십시오.
- ▶ 주중(월-금) 오전 8:00시에서 오후 8:00시 사이에 회원서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 전화하여 본 안내서를 다음 언어로 받아보실 수도 있습니다.
 - 아라비아어
 - 아르메니아어
 - 캄보디아어
 - 중국어
 - 페르시아어
 - 한국어
 - 러시아어
 - 스페인어
 - 타갈로그어
 - 베트남어
- ▶ 언어 문제 또는 장애로 인해 당사 보험 플랜으로부터 정보를 얻는데 곤란을 겪고 있어 불만을 제기하고 싶으시면 Medicare 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. 연중무휴 24시간 항시 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. Medi-Cal에 불만을 제기하는 것에 대해 좀 더 알고 싶으시면 주중(월-금) 오전 8:00시에서 오후 8:00시 사이에 회원서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Об обслуживании, покрываемом планом, и о ваших правах мы должны сообщать вам в понятной вам форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- ➔ Для того чтобы получать эти сведения в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания. В нашем плане работают люди, которые могут отвечать на вопросы участников плана, говорящих на разных языках.
- ➔ Кроме того, вы можете получить материалы нашего плана *в переводе на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Если вы хотите, чтобы план Health Net Cal MediConnect всегда присылал вам свои материалы в переводе на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля, обратитесь в наш отдел обслуживания. Ответившему сотруднику отдела скажите, что вы хотите обратиться с просьбой (standing request) о том, чтобы материалы и письма вам всегда присылали в альтернативной форме или в переводе на выбранный вами язык.*
- ➔ Телефон нашего отдела обслуживания 1-855-464-3571 (TTY: 711), линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 утра до 8:00 вечера. Позвоните по этому телефону, и вам бесплатно пришлют этот справочник в переводе на выбранный вами язык из следующего списка:
 - Арабский.
 - Армянский.
 - Кхмерский.
 - Китайский.
 - Фарси.
 - Корейский.
 - Русский.
 - Испанский.
 - Тагальский.
 - Вьетнамский.
- ➔ Если из-за инвалидности или недостаточного знания английского языка вам трудно разбираться в информации, которую мы вам сообщаем, вы можете подать жалобу в программу Medicare. Телефон программы Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Звонить в программу Medicare можно круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь линией TTY, звоните по телефону 1-877-486-2048. Если вы хотите

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



узнать о том, как подать жалобу в программу Medi-Cal, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Le explicaremos los beneficios de su plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Haremos esto cada año de 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 a sus preguntas en varios idiomas.
- ➔ También podemos proporcionarle material en *otros idiomas, además del inglés*, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Si desea que Health Net Cal MediConnect siempre le envíe los materiales informativos para afiliados en otros formatos, como en braille o en letra grande, o en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. Dígale al representante que desea realizar una solicitud permanente para que siempre le envíen los materiales informativos para afiliados en otro formato o idioma.
- ➔ También puede obtener este manual en forma gratuita en los siguientes idiomas llamando 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:
 - Árabe
 - Armenio
 - Camboyano
 - Chino
 - Farsi
 - Coreano
 - Ruso
 - Español
 - Tagalo
 - Vietnamita
- ➔ Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea 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. Si desea información sobre cómo presentar una queja ante Medi-Cal, comuníquese

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



con el 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.

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo sa plan at ang iyong mga karapatan sa isang paraan na maiintindihan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na nasa plan ka namin.

- ➔ Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan mo, tawagan ang Member Services (Mga Serbisyo sa Miyembro). Ang aming plan ay mayroong mga tao na makakasagot sa iyong mga tanong sa iba't ibang mga wika.
- ➔ Mabibigyan ka rin ng aming plan ng mga materyales *na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio*. Kung gusto mong hilingin sa Health Net Cal MediConnect na patuloy kang padalhan ng mga materyales para sa miyembro na nasa iba pang mga format, tulad ng braille o malalaking letra, o nang nasa wika maliban sa Ingles, mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services. Sabihin sa Member Services na gusto mong maglagay ng patuloy na kahilingan para palaging makakuha ng mga materyales na nasa alternatibong format o wika.
- ➔ Maaari mo ring makuha ang handbook na ito sa mga sumusunod na wika nang libre sa pamamagitan lang ng pagtawag sa Member Services sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m.- 8:00 p.m:
 - Arabic
 - Armenian
 - Cambodian
 - Chinese
 - Farsi
 - Korean
 - Russian
 - Espanyol
 - Tagalog
 - Vietnamese
- ➔ Kung nagkakaproblema kang makakuha ng impormasyon mula sa aming plan dahil sa mga problema sa wika o isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag nang 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tawagan ng mga gumagamit ng TTY ang 1-877-486-2048. Para sa impormasyon sa paghahain ng reklamo sa Medi-Cal,

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các phúc 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 Thành 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 cung cấp cho quý vị tài liệu *bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh* và ở các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc bản âm thanh. Nếu quý vị muốn Health Net Cal MediConnect phải liên tục gửi cho quý vị các tài liệu dành cho thành viên bằng định dạng khác, như chữ nổi braille hoặc bản in khổ lớn hoặc bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, vui lòng liên lạc với Dịch Vụ Thành Viên. Cho Dịch Vụ Thành Viên biết quý vị muốn yêu cầu lâu dài rằng quý vị phải luôn nhận được tài liệu của quý vị bằng định dạng hoặc ngôn ngữ khác.
- ➔ Quý vị cũng có thể nhận sổ tay này miễn phí bằng các ngôn ngữ dưới đây chỉ cần gọi đến Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3571 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối:
 - Tiếng Ả Rập
 - Tiếng Armenia
 - Tiếng Campuchia
 - Tiếng Trung
 - Tiếng Ba Tư
 - Tiếng Hàn
 - Tiếng Nga
 - Tiếng Tây Ban Nha

C ~~вопросами~~ **вопросами** обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



- Tiếng Tagalog
 - Tiếng Việt
- ➔ 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 khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Để biết thông tin về cách nộp đơn khiếu nại cho Medi-Cal, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại 1-855-464-3571 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

C **вопросами** обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



В. Мы должны всегда относиться к вам справедливо и с уважением

Мы должны соблюдать законы, защищающие вас от дискриминации и несправедливости. **Мы не дискриминируем** участников нашего плана на основании:

- Возраста
- Апелляций
- Поведения или психических возможностей.
- Поданных участником исков
- Национальности
- Свидетельства о страховании помощи
- Генетической информации
- Гендерной идентичности
- Места жительства в пределах зоны обслуживания
- Состояния здоровья
- Медицинской истории
- Умственных способностей.
- Ограниченности физических
- Национального происхождения
- Расы
- Получения медицинской
- Религии
- Пола
- Сексуальной ориентации
- Использования обслуживания

У вас есть право на то, что вас не будут никак ограничивать или изолировать с целью принуждения, воспитания или наказания.

Мы не можем отказать вам в обслуживании или наказать вас за то, что вы используете свои права.

- ➔ Если вы хотите получить дополнительную информацию или пожаловаться на дискриминацию или несправедливость, позвоните в **Управление по вопросам гражданских прав** при Департаменте здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) по телефону 1-800-368-1019 (TDD 1-800-537-7697). Кроме того, дополнительную информацию вы можете найти на сайте <http://www.hhs.gov/ocr/office/>
- ➔ Кроме того, вы можете обратиться в местное управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights).
- ➔ Управление по вопросам гражданских прав
Министерство здравоохранения и социальных служб США
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Телефон: 1-800-368-1019
Факс 1-202-619-3818
TDD 1-800-537-7697
- ➔ Если в связи с ограниченностью ваших физических возможностей вам при получении обслуживания или обращении к врачу требуется помощь, позвоните в наш отдел обслуживания. Если вы хотите пожаловаться, например, на трудности доступа в медицинское учреждение лицам, использующим инвалидные коляски, наш отдел обслуживания сумеет вам помочь.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



С. Мы должны обеспечивать вам своевременный доступ к покрываемым планом услугам и лекарствам

Если у вас нет возможности получить покрываемое обслуживание вовремя и ваш врач хочет, чтобы вы долго не ждали приема специалистов, вы можете позвонить в отдел обслуживания плана Health Net's Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные и сотрудники отдела обслуживания помогут вам. Если вы не можете получить обслуживание в течение разумного времени, мы оплатим помощь, полученную у медика или в учреждении из числа не сотрудничающих с нашим планом.

Участник нашего плана имеет следующие права:

- Вы имеете право выбирать своего врача первичного обслуживания (врача PCP) из числа сотрудничающих с нашим планом. *Сотрудничающий с планом медик* заключил с нашим планом договор.
 - » Врачей, принимающих новых пациентов, можно найти в *Указателе поставщиков и аптек* или позвонив в наш отдел обслуживания.
- Женщины имеют право без направления обращаться к специалисту по женским заболеваниям (например, к гинекологу). *Направление* — это письменное назначение, оформленное вашим врачом первичного обслуживания.
- Вы имеете право на то, чтобы сотрудничающие с планом медики назначали вам прием в течение разумного времени.
 - » Это включает право на своевременное получение помощи специалистов.
- 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.
- Вы имеете право знать о том, когда вы можете обращаться к не сотрудничающему с нами медику или в не сотрудничающее с нами учреждение. О не сотрудничающих с нами медиках и учреждениях говорится в Главе 3.
- 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 том, как продолжить лечение у прежнего врача и сохранить прежние разрешения на получение обслуживания, см. в Главе 1.
- Вы имеете право самостоятельно управлять получаемой помощью. Работающий с вами координатор обслуживания и ваша группа медицинского обслуживания в этом вам помогут.

Если вы считаете, что медицинскую помощь или лекарства вы получаете со значительной задержкой, обратитесь к главе 9. В Главе 9 говорится о том, что делать, если мы отказались покрывать медицинскую помощь или лекарства, но вы не согласны с нашим решением.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



D. Мы должны обеспечивать конфиденциальность вашей частной медицинской информации

Мы защищаем эту информацию в соответствии с федеральными законами и законами штата.

- Частная медицинская информация включает информацию, которую вы сообщили нам при включении в план. Кроме того, в нее входят данные из вашей медицинской карты и другая медицинская информация.
- Вы имеете право получать имеющуюся у нас информацию и контролировать ее использование нашим планом. Мы присылаем вам письменное уведомление, которое рассказывает о ваших правах и о том, как мы защищаем конфиденциальность вашей медицинской информации. Этот документ называется «Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности» (“Notice of Privacy Practice”).

Как мы защищаем вашу медицинскую информацию

- Мы принимаем меры к тому, чтобы доступ к вашим медицинским документам имели только те сотрудники, которым это разрешено.
- В большинстве случаев мы не передаем вашу медицинскую информацию лицам, которые не лечат вас и не платят за ваше лечение. 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 законую
 - » Например, мы должны передавать вашу медицинскую информацию государственным органам, контролирующим качество медицинской помощи.
 - » Мы должны раскрывать вашу медицинскую информацию по решению суда.
 - » Мы должны сообщать сведения о вашем здоровье и ваших лекарствах программе Medicare. Если программа Medicare раскрывает вашу информацию для исследовательских или других целей, это делается в соответствии с федеральными законами. Если мы передаем вашу медицинскую информацию в программу Medi-Cal, это тоже делается в соответствии с федеральными законами и законами штата.

У Вас есть право знакомиться со своей медицинской картой

- 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- 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 о том, была ли раскрыта ваша медицинская информация и как это было сделано.

Если у вас есть вопросы или сомнения относительно конфиденциальности вашей частной медицинской информации, позвоните в наш отдел обслуживания.

Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности приводится в Главе 11, Раздел I.

Е. Мы должны сообщать вам информацию о нашем плане, сотрудничающих с ним медиках и медицинских учреждениях и о покрываемых нами услугах

Участники плана Health Net Cal MediConnect имеют право получать от нас информацию по ряду вопросов. Если вы плохо говорите по-английски, вам помогут наши устные переводчики. Они переведут вам ответы на любые ваши вопросы о нашем плане. Чтобы найти переводчика, вам необходимо позвонить по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Это обслуживание бесплатное. Этот справочник вы можете бесплатно получить в переводе на один из следующих языков:

- Арабский
- Армянский
- Камбоджийский
- Китайский
- Персидский
- Корейский
- Русский
- Испанский
- Тагальский
- Вьетнамский

Кроме того, мы можем присылать вам наши материалы напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля или в виде аудио-записей.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Если вам требуется информация по одному из приведенных ниже вопросов, позвоните в отдел обслуживания:

- **Информация о том, как выбрать или поменять свой план.**
- **Информация о нашем плане, в том числе следующая информация:**
 - » Финансовая информация
 - » Как участники нашего плана оценивают нашу работу
 - » Число апелляций, поданных участниками нашего плана
 - » Как выйти из нашего плана
- **Информация о сотрудничающих с нами медиках, медицинских учреждениях и аптеках, в том числе следующие сведения:**
 - » Как выбрать или поменять своего врача первичного обслуживания (врач PCP).
 - » Квалификация сотрудничающих с нашим планом медиков и фармацевтов.
 - » Как мы оплачиваем труд сотрудничающих с нами медиков и медицинских учреждений.
- **Информация о покрываемых планом услугах и лекарствах и о том, какие правила вам нужно соблюдать при их получении, в том числе следующие сведения:**
 - » Услуги и лекарства, покрываемые нашим планом.
 - » Ограничения на страховое покрытие и лекарства.
 - » Правила, которые вам нужно соблюдать при получении обслуживания и лекарств.
- **Информация о том, почему что-то мы не покрываем, и что вы можете сделать в таком случае, в том числе следующие сведения:**
 - » Как попросить нас о письменном объяснении причин, по которым мы что-то не покрываем.
 - » Как попросить нас изменить принятое решение.
 - » Как попросить нас оплатить нашу часть по полученному вами счету.

F. Сотрудничающие с планом медики и медицинские учреждения не могут выставлять счет непосредственно вам

Врачи, больницы и другие медики и медицинские учреждения, 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 медиком или учреждением стоимость обслуживания. О том что следует делать, если сотрудничающий с нами медик пытается получить с вас плату, говорится в главе 7.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



G. Вы имеете право выйти из нашего плана Cal MediConnect в любое время

Никто не может заставить вас оставаться в нашем плане, если вы этого не хотите. Вы можете выйти из нашего плана в любое время. Если вы выйдете из нашего плана, вы по-прежнему останетесь участником программ Medicare и Medi-Cal равно настолько, насколько имеете право. Вы имеете право получать большую часть медицинского обслуживания по обычной программе Medicare (Original Medicare, без всяких страховых планов) или по плану, действующему по программе Medicare Advantage. Страховое покрытие своих лекарств по программе Medicare Part D вы можете получать по фармацевтическому плану или по плану, действующему по программе Medicare Advantage. Страховое покрытие 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.

- **Подробнее о том, как выйти из нашего плана, см. в главе 10.**

H. У вас есть право принимать решения о своем лечении

У вас есть право знать о возможных вариантах лечения и участвовать в принятии решений о лечении

У вас есть право получать у врачей и других медиков полную информацию об оказываемой вам медицинской помощи. Лечащие вас медики должны объяснять вам состояние вашего здоровья и варианты лечения. Они должны это делать *в доступной для вас форме*.

- **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 можете получить второе врачебное 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Вы можете попросить нас о том, чтобы мы сообщили вам, почему врач отказал вам каком-либо лечению.** У вас есть право получить у нас объяснение причин, по которым вам отказано в медицинской помощи, которую вы, по вашему мнению, должны получать.
- **Вы можете попросить нас покрывать обслуживание или лекарство, которое мы обычно не покрываем или в страховом покрытии которого вам было отказано.** Это называется «решение о страховом покрытии». О том как попросить план принять решение о страховом покрытии, говорится в Главе 9.

У вас есть право сообщить о том, что нужно будет делать, когда вы не сможете принимать решения самостоятельно

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:

- **Заполните форму, дающую выбранному вами лицу законное право принимать за вас решения о вашем лечении в случае, если вы не сможете принимать такие решения самостоятельно.**
- **Дайте врачам письменные указания** о том, как им следует вас лечить, если вы не сможете принимать решения самостоятельно.

Для того чтобы заранее дать указания на случай подобных ситуаций, вы можете составить юридический документ, который называется *заблаговременные указания на случай недееспособности* (“*advance directives*”). 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 доктора, адвоката, социального работника, в агентстве по правовым услугам, также в организациях, информирующих людей о программах Medicare и Medi-Cal. Это может быть, например, Программа консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance and Counseling Advocacy Program, HICAP).
- **Заполните эту форму и подпишите.** 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



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, составлять заблаговременные указания или нет.

Что делать, если ваши указания не выполняются

Если вы подписали заблаговременное указание на случай недееспособности и считаете, что врач или больница не выполнили инструкции, можете подать жалобу в местное Управление по вопросам гражданских прав по следующему адресу:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Номер телефона: 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

I. У вас есть право подавать жалобы и просить нас пересмотреть принятые нами решения

Если у вас есть какие-то затруднения или сомнения, касающиеся покрываемых нами видов помощи и услуг, обратитесь к Главе 9 этого справочника. 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.

Что вы можете сделать, если, по вашему мнению, мы отнеслись к вам несправедливо или нарушили ваши права

Если вы считаете, что с вами обращались несправедливо — и это *не* является дискриминацией, виды которой перечислены на стр. 158 — можно получить помощь следующими способами:

- Вы можете **позвонить в отдел обслуживания.**
- Вы можете позвонить в местную **Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)**. Подробнее об этой организации и о том, как с ней связаться, говорится в Главе 2.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Вы можете **позвонить в отдел омбудсмана программы Cal MediConnect**. Подробнее об этой организации и о том, как с ней связаться, говорится в Главе 2.
- Вы можете **позвонить в программу Medicare** по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно (24 часа) и без выходных. Если вы пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-877-486-2048.

Как вы можете больше узнать о своих правах

Подробнее узнать о своих правах вы можете несколькими способами:

- Вы можете **позвонить в отдел обслуживания**.
- Вы можете позвонить в местную **Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)**. Подробнее об этой организации и о том, как с ней связаться, говорится в Главе 2.
- Вы можете **позвонить в отдел омбудсмана программы Cal MediConnect**. Подробнее об этой организации и о том, как с ней связаться, говорится в Главе 2.
- Вы можете **связаться с программой Medicare**.
 - » На сайте программы Medicare вы можете прочитать или скачать брошюру «Ваши права по программе Medicare и защита ваших прав» (“Your Medicare Rights & Protections”) (Адрес брошюры: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>.)
 - » Кроме того, вы можете позвонить в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает 24 часа в сутки 7 дней. Если вы пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-877-486-2048.

J. Обязанности участника нашего плана

Ниже перечислены обязанности участника нашего плана. Если у вас есть какие-то вопросы, позвоните в наш отдел обслуживания.

- **Прочитайте этот Справочник участника плана. Из него вы узнаете, что мы вам покрываем и какие правила вы должны соблюдать при получении покрываемых нами услуг.**
 - » Об обслуживании, которое наш план покрывает, подробно говорится в главах 3 и 4. В этих главах рассказывается о том, что мы покрываем, какие правила нужно соблюдать и о том, сколько вы платите.
 - » О лекарствах, которые наш план покрывает, говорится в Главах 5 и 6.
- **Сообщайте нам о любых медицинских и фармакологических страховках, которые у вас есть помимо нашего плана.** Мы должны обеспечивать использование всех имеющихся у вас страховок при получении вами покрываемых нашим планом услуг. Если у вас есть какие-то вопросы, позвоните в наш отдел обслуживания.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Сообщайте своему врачу и другим лечащим вас медикам о том, что вы участник нашего плана.** Предъявляйте свою идентификационную карточку участника плана всегда, когда вы получаете обслуживание или лекарства.
- **Помогайте своим врачам и другим медикам лечить вас как можно лучше.**
 - » 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 медикам обо всех лекарствах, которые вы принимаете. Сообщайте им о лекарствах по рецепту, лекарствах без рецепта, витаминах и биодобавках, которые принимаете.
 - » Если у вас есть вопросы, не стесняйтесь их задавать. Ваши врачи и другие медики должны давать вам понятные ответы и объяснения. Если вы не понимаете ответ на вопрос, спросите снова.
- **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.** Участник плана должен делать следующие выплаты:
 - » Стоимость страховок (страховые премии) по программам Medicare Part A и Medicare Part B. Большинству участников плана Health Net Cal MediConnect страховку по программам Part A и по программе Part B оплачивает программа Medi-Cal.
 - » Если программа Medi-Cal поможет вам оплатить расходы, то вы несете ответственность за уплату своей доли стоимости до того, как план Health Net Cal MediConnect оплатит ваши расходы, покрываемые программой Medi-Cal.
 - » Вы должны участвовать в оплате некоторых покрываемых планом лекарств. Это будет доплатой (фиксированная сумма) О том сколько вы платите за лекарства, говорится в Главе 6.
 - » Если наш план что-то не покрывает, вы должны полностью оплачивать это обслуживание или лекарство.
- ➔ **Если вы не согласны с нашим решением не покрывать услугу или лекарство, вы можете подать апелляцию. Подробно о том, как подать апелляцию, говорится в Главе 9.**
- **Сообщайте нам о переезде на новое место жительства.** Если вы собираетесь переезжать, сообщите нам об этом как можно скорее. Позвоните в наш отдел обслуживания.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- » **Если вы переезжаете за пределы нашей зоны обслуживания, вы не можете оставаться участником нашего плана.** Только лица, проживающие в нашей зоне обслуживания могут стать участником плана Health Net Cal MediConnect. О нашей зоне обслуживания говорится в Главе 1. Мы готовы помочь вам выяснить, находится ли ваше новое место жительства за пределами зоны обслуживания нашего плана. В течение специального периода включения в планы по программе Medicare, вы можете перейти в обычную программу Medicare (Original Medicare) или стать участником работающего по этой программе медицинского или фармацевтического страхового плана, действующего 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. Телефоны программ Medicare и Medi-Cal см. в Главе 2.
- » **Если ваше новое место жительства находится *внутри* нашей зоны обслуживания, мы все равно должны знать о вашем переезде.** Это позволит нам обновить ваши данные и связаться с вами в случае необходимости.
- **Если у вас есть вопросы или сомнения, звоните в наш отдел обслуживания.**

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Глава 9. Что делать, если у вас возникли сложности или претензии (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

О чем говорится в этой главе

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, которое план принял относительно вашего медицинского обслуживания.
- Вы считаете, что страховое покрытие вашего обслуживания заканчивается слишком скоро.
- Вы недовольны работой служб длительного обслуживания или хотите на них пожаловаться. Это могут быть Службы помощи взрослым по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS), Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) и Учреждения сестринского ухода (Nursing Facilities, NF).

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

Вы получаете медицинское обслуживание, лекарства и длительное обслуживание, которые ваш врач и другие медики считают необходимым элементом вашего плана лечения. **Если вы недовольны медицинским обслуживанием, вы можете обратиться за помощью в отдел омбудсмана программы Cal MediConnect, телефон 1-855-501-3077.** В этой главе объясняется, как вы можете решить различные затруднения, но вы всегда можете позвонить в отдел омбудсмана программы Cal MediConnect. По этому телефону вам дадут полезные советы о том, что делать в возникшей ситуации.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Содержание

О чем говорится в этой главе	169
Если у вас возникли сложности с медицинским обслуживанием или длительным обслуживанием	169
Раздел 1: Введение	173
Раздел 1.1: Что делать, если у вас возникло затруднение	173
Раздел 1.2: Юридическая терминология.....	173
Раздел 2: Куда звонить	173
Раздел 2.1: Где можно получить информацию и помощь.....	173
Раздел 3: Трудности с покрываемыми услугами	175
Раздел 3.1: Используете ли процедуру для получения решения о страховом покрытии или апелляции? Или вы хотите подать жалобу?	175
Раздел 4: Решения о страховом покрытии и апелляции	175
Раздел 4.1: Обзор решений о страховом покрытии и апелляциях	175
Раздел 4.2: Как получить помощь в случае решений о страховом покрытии и апелляциях	176
Раздел 4.3: В каком разделе этой главы подробно описана ваша ситуация?	177
Раздел 5: Трудности, связанные с обслуживанием, приспособлениями или лекарствами (кроме лекарств по программе Part D)	179
Раздел 5.1: В каких случаях вам нужен этот раздел	179
Раздел 5.2: Как подать запрос на решение о страховом покрытии	180
Раздел 5.3: Апелляция 1-го уровня по поводу обслуживания, приспособлений или лекарств (кроме лекарств по программе Part D)	183
Раздел 5.4: Апелляция 2-го уровня по поводу обслуживания, приспособлений или лекарств (кроме лекарств по программе Part D).....	188
Раздел 5.5: Трудности с оплатой	194

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Раздел 6: Лекарства по программе Part D	196
Раздел 6.1: Что делать, если у вас возникли сложности с получением страхового покрытия лекарства по программе Part D или если вы хотите, чтобы мы возместили вам расходы на лекарство по программе Part D	196
Раздел 6.2: Что такое исключение?	198
Раздел 6.3: Что важно знать, обращаясь к нам с просьбой сделать исключение	199
Раздел 6.4: Как подать запрос на решение о страховом покрытии лекарства по программе Part D или на возмещение расходов на лекарство по программе Part D, в том числе как попросить сделать исключение, включая исключение «Что делать»	200
Раздел 6.5: Апелляция 1-го уровня по поводу лекарств по программе Part D.....	204
Раздел 6.6: Апелляция 2-го уровня по поводу лекарств по программе Part D.....	207
Раздел 7: Как попросить нас о том, чтобы мы покрывали более длительное пребывание в больнице	209
Раздел 7.1: Ваши права как участника программы Medicare	209
Раздел 7.2: Апелляция 1-го уровня об изменении даты выписки из больницы	210
Раздел 7.3: Апелляция 2-го уровня об изменении даты выписки из больницы	213
Раздел 7.4: Что произойдет, если я пропущу установленный срок подачи апелляции?	214
Раздел 8: 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	217
Раздел 8.1: Мы заранее сообщаем о том, когда закончится ваше страховое покрытие	218
Раздел 8.2: Апелляция 1-го уровня по поводу продолжения медицинского обслуживания	218
Раздел 8.3: Апелляция 2-го уровня по поводу продолжения медицинского обслуживания	221
Раздел 8.4: Что будет, если вы пропустите срок подачи апелляции 1-го уровня?	222

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 9: Апелляции уровней выше 2-го	225
Раздел 9.1: Что можно предпринять дальше в случае обслуживания и приспособлений, покрываемых по программе Medicare	225
Раздел 9.2: Что можно предпринять дальше в случае обслуживания и приспособлений, покрываемых по программе Medi-Cal	226
Раздел 10: Как подать жалобу	227
Раздел 10.1: Внутренние жалобы	229
Раздел 10.2: Внешние жалобы.....	231

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 1: Введение

Раздел 1.1: Что делать, если у вас возникло затруднение

В этой главе объясняется, что делать, если у вас возникли трудности 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.

Раздел 1.2: Юридическая терминология

Для многих 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» (“making a complaint”) вместо «обратиться с претензией» (“filing a grievance”).
- Мы говорим «решение о страховом покрытии» (“Coverage decision”) вместо «постановление страховой организации» (“organization determination”), «постановление о страховом покрытии» (“coverage determination”) или «постановление о страховом покрытии».
- Мы говорим «ускоренное принятие решения о страховом покрытии» (“Fast coverage decision”) вместо «постановление страховой организации, принятое в ускоренном порядке» (“expedited determination”).

Вам, однако, стоит знать также юридические термины. Если вы их будете использовать, нам будет проще вас понять. Вот почему мы приводим здесь официальные юридические термины.

Раздел 2: Куда звонить

Раздел 2.1: Где можно получить информацию и помощь

Иногда бывает сложно начать процесс рассмотрения возникших трудностей или участвовать в этом процессе. Это особенно часто бывает с больными и слабыми людьми. Иногда вам не хватает знаний для того, чтобы сделать следующий шаг.

За помощью вы можете обратиться в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect.

Если вам нужна помощь, позвоните в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program). Сотрудники отдела ответят на ваши вопросы и помогут понять, как справиться с возникшими затруднениями. Омбудсмен программы Cal MediConnect не связан ни с нами, ни с любой другой страховой компанией или страховым планом. Они помогут вам понять, какую процедуру вам нужно использовать. Телефон отдела омбудсмена программы Cal MediConnect 1-855-501-3077 (TTY: 1-855-847-7914). Эти услуги предоставляются бесплатно.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Вам могут помочь в Программе консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (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 любой другой страховой компанией или страховым планом. У программы HICAP есть квалифицированные консультанты в каждом округе и их услуги бесплатные. 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. Вот два способа получить помощь от программы Medicare:

- Позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает 24 часа в сутки и 7 дней в неделю. ТТУ: 1-877-486-2048. Звонки бесплатные.
- Воспользуйтесь сайтом программы Medicare (<http://www.medicare.gov>).

Вы можете получить помощь в Департаменте управляемого медицинского обслуживания (DMHC)

Следующий абзац содержит информацию, добавить которую мы обязаны в соответствии с Кодексом законов штата Калифорния о здравоохранении, Раздел 1368.02(b). В этом абзаце под термином «претензия» подразумевается апелляция или жалоба по поводу обслуживания, покрываемого по программе Medi-Cal.

Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) штата Калифорния регулирует работу медицинских страховых планов. Если у вас есть жалоба на ваш страховой план, перед обращением в DMHC позвоните в свой страховой план по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711). Линия работает с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. Можно воспользоваться процедурой жалоб медицинского страхового плана до того, как связаться с департаментом. Использование процедуры подачи и рассмотрения жалоб, предусмотренной вашим страховым планом, не лишает Вас ни ваших законных прав, ни имеющихся у Вас средств правовой защиты. Если Вам нужна помощь по поводу жалобы, касающейся экстренной ситуации; жалобы, которая не была удовлетворительно разрешена вашим страховым планом, или жалобы, на которую план не ответил в течение более 30 дней, Вы можете обратиться за помощью в Департамент. Кроме того, у Вас, возможно, есть право на независимую медицинскую экспертизу (Independent Medical Review, IMR). Если по поводу вашего случая разрешается проводить IMR, то эта экспертиза позволит вам получить независимую оценку решений о страховом покрытии, принятых вашим планом: решения о наличии медицинских показаний для спорного лечения, решения об оплате экспериментального или исследовательского лечения и решения об оплате планом экстренной или неотложной помощи. В Департамент можно позвонить по телефону для бесплатных звонков **(1-888-НМО-2219)**. Если Вы страдаете нарушениями речи или слуха, Вы можете воспользоваться линией TDD, телефон **(1-877-688-9891)**. На сайте Департамента <http://www.hmohelp.ca.gov> есть бланки жалоб, формы заявок на проведение независимой медицинской экспертизы и необходимые инструкции.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 3: Трудности с покрываемыми услугами

Раздел 3.1: Используете ли процедуру для получения решения о страховом покрытии или апелляции? Или вы хотите подать жалобу?

Вам нужны только определенные разделы этой главы. Какие именно, зависит от вашей ситуации. Приведенная ниже таблица поможет вам найти нужный вам раздел этой главы.

Трудности связаны с покрываемым обслуживанием (бенефитами) или страховым покрытием?

(Это включает разногласия относительно того, покрывает ли вам план конкретные виды медицинского обслуживания, лекарства по рецепту и длительное обслуживание; относительно того как именно вам их покрывают; сложности с оплатой медицинского обслуживания и лекарств по рецепту.)

Да.

Мое затруднение связано с бенефитами или страховым покрытием.

Перейдите к следующему разделу этой главы, **Раздел 4, «Решения о страховом покрытии и апелляции»** на стр. 175.

Нет.

Мое затруднение не связано с ни бенефитами, ни со страховым покрытием.

Перейдите к **Разделу 10: «Как подать жалобу»** на стр. 227.

Раздел 4: Решения о страховом покрытии и апелляции

Раздел 4.1: Обзор решений о страховом покрытии и апелляции

Процедуры подачи запроса на получение *решения о страховом покрытии* и подачи апелляции используются, если у вас возникли затруднения, связанные с получением покрываемых медицинских услуг или со страховым покрытием таких услуг. 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



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 программа Medicare не покрывает или больше не покрывает 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.

Раздел 4.2: Как получить помощь в случае решений о страховом покрытии и апелляциях

Куда я могу обратиться за помощью в связи с подачей запроса на решение о страховом покрытии или в связи с подачей апелляции?

Ниже приведены телефоны и адреса, по которым вы можете обратиться за помощью:

- Звоните в **отдел обслуживания** по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.
- Вы можете обратиться за бесплатной помощью в **отдел омбудсмена программы Cal MediConnect**. Отдел омбудсмена программы Cal MediConnect работает с участниками планов, действующих по программе Cal MediConnect. Он помогает им решать вопросы с обслуживанием и счетами. Телефон 1-855-501-3077.
- Вы можете обратиться за бесплатной помощью в **Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)**. Программа HICAP никак не связана со страховыми компаниями и планами. Она не связана с нашим страховым планом. Телефон 1-800-434-0222.
- Вам бесплатно помогут в **центре по работе с населением (Help Center) при Департаменте управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC)**. Департамент DMHC регулирует работу медицинских страховых планов. Департамент DMHC помогает людям, которые включены в планы, действующие по программе Cal MediConnect, подавать апелляции по поводу обслуживания, покрываемого по программе Medi-Cal. Звоните по телефону 1-888-466-2219. Если вы страдаете нарушениями речи или слуха, вы можете воспользоваться линией TDD, телефон 1-877-688-9891. Звонки бесплатные.
- Поговорите со своим **врачом или другим медиком**. Ваш врач может от вашего имени просить о решениях о страховом покрытии и подавать апелляции.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Поговорите с **другом или членом семьи**. Вы можете попросить его 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 наш отдел обслуживания и попросите форму «Назначение представителя» (“Appointment of Representative”). Эту форму можно найти также на сайте программы Medicare по адресу <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> или на нашем сайте https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action. Заполненная и подписанная форма позволяет вашему представителю 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 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».

Вам, однако, **не обязательно нанимать адвоката**, для того чтобы попросить нас принять решение о страховом покрытии или подать апелляцию.

Раздел 4.3: В каком разделе этой главы подробно 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 нужен только тот раздел, в котором говорится о вашей ситуации:

- **В Разделе 5 на стр. 179** говорится о том, что нужно делать, если у вас возникли трудности, связанные с обслуживанием, приспособлениями или лекарствами (кроме лекарств по программе Part D). 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:** Если у вас возникли сложности со страховым покрытием лекарств, раздел 5 вам подходит, только если эти лекарства покрываются **не** по программе Part D. В *Перечне покрываемых лекарств* лекарства, **не** покрываемые по программе D, помечены «NT». Из раздела 6 на стр. 196 вы узнаете о возмещении ваших расходов на лекарства.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Вы получили медицинскую помощь, которую наш план должен, по вашему мнению, покрывать, но мы сказали, что платить за эту помощь не будем.
- Вы уже получили и оплатили медицинское обслуживание или приспособление, о которых вы думали, что мы их покрываем. Теперь вам хочется, чтобы мы возместили вам ваши расходы.
- 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), вам нужен другой раздел этой главы, поскольку в этих случаях действуют другие правила. См. Разделы 7 и 8 на стр. 209 и 217.
- **Из раздела 6 на стр. 196** вы узнаете о лекарствах по программе Part D. Примеры ситуаций, в которых вам может понадобиться этот раздел:
 - Вы хотите, чтобы мы сделали для вас исключение и покрывали лекарство по программе Part D, не включенное в наш *Перечень покрываемых лекарств* (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 медик, выписавший вам лекарство, считаете, что мы приняли неправильное решение.
 - Вы хотите, чтобы мы возместили вам расходы на лекарство, которое вы уже купили. (Это называется запросом на принятие решения о страховом покрытии в связи с оплатой, coverage decision about payment).
- **Из Раздела 7 на стр. 209** вы узнаете о том, как попросить нас о продлении страхового покрытия стационарного лечения в больнице, если вы считаете, что врач выписывает вас слишком рано. Примеры ситуаций, в которых вам может понадобиться этот раздел:
 - Вы находитесь в больнице и считаете, что врач собирается вас выписать слишком рано.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



- **Из раздела 8 на стр. 217** вы узнаете о том, что делать, если вам кажется, что медицинская помощь на дому, квалифицированная сестринская помощь или помощь в центре комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) заканчивается слишком скоро.

Если вы не уверены о том, в какой именно отдел обратиться, позвоните в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

Если вам нужна помощь или информация, позвоните в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program) по телефону 1-855-501-3077.

Раздел 5: Трудности, связанные с обслуживанием, приспособлениями или лекарствами (кроме лекарств по программе Part D)

Раздел 5.1: 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 или с покрытием длительного обслуживания (long-term services and supports, LTSS). Если у вас возникли сложности со страховым покрытием лекарств, этот раздел вам подходит, только если эти лекарства покрываются не по программе Part D. В Перечне покрываемых лекарств лекарства, не покрываемые по программе D, помечены "NT". Об апелляциях по поводу лекарств, покрываемых по программе Part D, говорится в Разделе 6.

В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в одной из следующих ситуаций:

- 1. Вы считаете, что план покрывает нужную вам медицинскую, психологическую, психиатрическую или наркологическую помощь или нужное вам длительное обслуживание (LTSS), но вы эту помощь или это обслуживание не получаете.**

Что вы можете сделать: Вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии. О том, как подать запрос на решение о страховом покрытии, говорится в Разделе 5.2 на стр 180.

- 2. Мы не утвердили (не разрешили) медицинское обслуживание, хотя ваш врач считает, что оно вам требуется, а вы думаете, что план должен его покрывать.**

Что вы можете сделать: Вы можете подать апелляцию на решение плана не утверждать вам это обслуживание. О том, как подать апелляцию, говорится в Разделе 5.3 на стр. 183.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



3. Вы получили помощь или приспособление, которое, по вашему мнению, план покрывает, но план отказывается платить.

Что вы можете сделать: Вы можете подать апелляцию на решение плана не платить. О том, как подать апелляцию, говорится в Разделе 5.3 на стр. 183.

4. Вы уже получили и оплатили медицинское обслуживание или приспособление, о которых вы думали, что мы их покрываем. Теперь вам хочется, чтобы мы возместили вам ваши расходы.

Что вы можете сделать: Вы можете попросить нас уплатить вам возмещение. О том, как подать запрос на оплату, говорится в Разделе 5.5 на стр. 194.

5. Страховое покрытие определенного обслуживания было прекращено или уменьшено.

Что вы можете сделать: Вы можете подать апелляцию наше решение уменьшить или прекратить страховое покрытие этого обслуживания. О том, как подать апелляцию, говорится в Разделе 5.3 на стр. 183.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если план намерен прекратить страховое покрытие медицинского обслуживания в больнице, на дому, в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), действуют другие правила. В этом случае вам нужен Раздел 7 или 8 на стр. 209 и 217.

Раздел 5.2: Как подать запрос на решение о страховом покрытии

Как подать запрос на решение о страховом покрытии медицинской, психологической, психиатрической или наркологической помощи или длительного обслуживания (программы MSSP и CBAS, центр сестринского ухода)

Для того чтобы попросить нас принять решение о страховом покрытии, напишите, позвоните или пришлите нам факс. Вы можете это сделать сами или попросить об этом своего представителя или врача.

- Позвонить нам можно по телефону 1-855-464-357 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.
- Кроме того, вы можете прислать нам факс по номеру 1-800-281-2999

Можно написать письмо по адресу:
Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Сколько времени мы принимаем решение о страховом покрытии?

Обычно это занимает до 14 календарных дней с момента запроса. Если в течение 14 календарных дней вы решение не получили, вы можете подать апелляцию.

- ➔ **Иногда нам требуется дополнительное время. В этом случае мы присылаем вам письмо, в котором говорится, что нам требуется до 14 дополнительных календарных дней. Если нам требуется дополнительное время, мы сообщаем Вам об этом письмом. В этом же письме объясняется, зачем нам потребовалось дополнительное время.**

Могу ли я получить решение о страховом покрытии быстрее?

Да. Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, вам нужно подать нам запрос на ускоренное принятие решения о страховом покрытии (“fast coverage decision”). Если мы согласимся, мы сообщим вам наше решение **в течение 72 часов**.

Нам, однако, может иногда потребоваться дополнительное время. В этом случае мы присылаем вам письмо, в котором говорится, что нам требуется до 14 дополнительных календарных дней. Если нам требуется дополнительное время, мы сообщаем Вам об этом письмом. В этом же письме объясняется, зачем нам потребовалось дополнительное время.

*Юридический термин для «ускоренного принятия решения о страховом покрытии» (“fast coverage decision”) — это «**постановление страховой организации, принятое в ускоренном порядке**» (“**expedited determination**”).*

Как попросить об ускоренном принятии решения о страховом покрытии:

- Если вы просите нас принять решение о страховом покрытии в ускоренном порядке, вначале позвоните нам или пришлите в наш план факс с просьбой предоставить вам страховое покрытие нужного вам обслуживания.
- Звоните нам по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. Еще можете отправить нам факсограмму по номеру 1-800-281-2999. Подробнее о том, как с нами связаться, говорится в Главе 2.
- Это можете сделать вы, ваш врач или ваш представитель.

Подаявая нам просьбу об ускоренном принятии решения о страховом покрытии, соблюдайте следующие правила:

Для того чтобы получить решение о страховом покрытии в ускоренном порядке, вы должны отвечать двум требованиям:

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



1. Получить решение о страховом покрытии в ускоренном порядке вы можете, *только* если ваш запрос касается обслуживания или приспособления, *которое вы еще не получили*. (Мы не принимаем в ускоренном порядке решение о страховом покрытии обслуживания или приспособления, которое вы уже получили.)
2. Получить решение о страховом покрытии в ускоренном порядке вы можете, *только* если рассмотрение вашего запроса в стандартные сроки (14 календарных дней) *может серьезно повредить вашему здоровью или вашим физическим или психическим возможностям*.
 - ➔ **Если ваш врач сообщит нам о том, что вам требуется ускоренное принятие решения о страховом покрытии, мы автоматически согласимся провести ускоренное рассмотрение вашего запроса.**
 - ➔ Если вы сами, без врача, просите нас принять решение о страховом покрытии в ускоренном порядке, мы сами решаем, будем ли мы рассматривать ваш запрос в ускоренном порядке.
 - 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).
 - В этом письме будет сказано о том, что если ваш врач сообщит нам о том, что вам требуется ускоренное принятие решения о страховом покрытии, мы автоматически согласимся провести ускоренное рассмотрение вашего запроса.
 - В письме будет сказано также о том, как вы можете подать «быструю» жалобу (“fast complaint”) на наше решение провести рассмотрение запроса в стандартные сроки. Подробнее о подаче жалоб, в том числе «быстрых» жалоб, говорится в Разделе 10 на стр. 227.

Если решение о страховом покрытии *положительное*, когда я могу получить запрошенное обслуживание или приспособление?

Наш план одобрит (предоставит возможность заранее) получить обслуживание или приспособление не позднее 14 календарных дней (при стандартном сроке рассмотрения) или не позднее 72 часов (при ускоренном рассмотрении) после того, как вы попросили нас принять решение. Если мы продлили срок рассмотрения вашего запроса на решение о страховом покрытии, мы одобрим покрытие к концу продленного срока.

Если решение о страховом покрытии *отрицательное*, как я об этом узнаю?

Если наш ответ **отрицательный**, мы присылаем письмо, объясняющее, *почему мы так решили*.

- В случае **отрицательного** ответа на ваш запрос, вы имеете право попросить нас пересмотреть принятое решение (т. е. вы можете подать апелляцию). Апелляция — это способ попросить нас о пересмотре нашего прежнего отрицательного решения.
- Если вы решили подать апелляцию, вам нужно использовать процедуру подачи апелляции 1-го уровня (подробнее см. следующий раздел).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 5.3: Апелляция 1-го уровня по поводу обслуживания, приспособлений 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 медик не согласны с нашим решением, вы можете подать апелляцию.

В большинстве случаев вам нужно начинать с апелляции 1-го уровня. Если вы не хотите подавать в план апелляцию первого уровня на качество обслуживания программы Medi-Cal, в некоторых случаях вы можете потребовать проведения независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review). Подробнее см. на стр. 188.

Если потребуется помощь в процессе подачи апелляции, вы можете позвонить омбудсмену программы Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077. Омбудсмен программы Cal MediConnect не связан ни с нами, ни с любой другой страховой компанией или страховым планом.

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 проверяем, 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.

Если по результатам ее рассмотрения мы решаем, что не будем покрывать спорное обслуживание или лекарство, ваша апелляция переходит на 2-й уровень рассмотрения.

Вкратце: 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.*

- Подавать апелляцию нужно **в течение 60 календарных дней** со дня, которым датировано решение, с которым вы не согласны. Если этот срок вы пропустили по уважительной причине, вы можете подать ее позже (см. стр. 183).
- Если вы подаете жалобу за наше предупреждение о том, что получаемое вами обслуживание в настоящее время поменяется или прекратится, и хотите получать данное обслуживание в то время, когда будет рассматриваться ваша апелляция, **у вас будет несколько дней на подачу апелляции** (см. стр. 183).
- ➔ О крайнем сроке подачи апелляции можно узнать в этом разделе.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Как подать апелляцию 1-го уровня?

- Связаться с нами и подать апелляцию можете вы, ваш врач или ваш представитель. Звоните нам по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. Подробнее о том, как связаться с нами для подачи апелляции, см. В главе 2.
- Вы можете попросить нас о том, чтобы мы рассматривали вашу апелляцию в стандартные сроки или чтобы мы это сделали 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.
P.O. Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422
 - Подать заявку можно через Интернет по следующему адресу:
https://www.healthnet.com/portal/member/content/iwc/member/unprotected/health_plan/content/file_ag_duals.action
 - Кроме того, вы можете подать апелляцию по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.
- В течение 5 календарных дней мы сообщим вам письмом о том, что мы получили вашу апелляцию.

Юридический термин для «ускоренного рассмотрения апелляции» (“fast appeal”) — это «пересмотр решения, проводимый в ускоренном порядке» (“expedited reconsideration”).

Может ли кто-нибудь подать апелляцию за меня?

Да. Подать апелляцию за вас может ваш врач или другой медик. 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Получить форму «Назначение представителя» можно позвонив в наш отдел обслуживания. Кроме того, ее можно найти на сайте программы Medicare по адресу <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> или на нашем сайте https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action

- ➔ Если апелляцию подаете не вы и не ваш врач или другой лечащий вас медик, то до начала рассмотрения апелляции мы должны получить заполненную форму «Назначение представителя».

Сроки подачи апелляции

Срок подачи апелляции составляет **60 календарных дней** со дня, которым датировано письмо, уведомляющее вас о нашем решении относительно страхового покрытия.

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.

- ➔ **ПРИМЕЧАНИЕ:** Если вы подаете жалобу за наше предупреждение о том, что получаемое вами обслуживание в настоящее время поменяется или прекратится, и хотите получать данное обслуживание в то время, когда будет рассматриваться ваша апелляция, **у вас будет несколько дней на подачу апелляции**. Подробнее о том, «*Сохраняется ли страховое покрытие в период рассмотрения апелляция 1-го уровня?*» см. на стр. 186.

Могу ли я получить копии документов из своего дела?

Да. Попросите копию документов, позвонив в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

Может ли мой врач сообщить вам дополнительную информацию по моей апелляции?

Да, вы или ваш врач можете сообщить нам дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

Как план принимает решение по апелляции?

Мы тщательно изучаем всю информацию о запросе на страховое покрытие медицинской помощи. Мы проверяем, все ли правила мы соблюдали, когда давали **отрицательный** ответ на ваш запрос. Рассматривает апелляцию человек, который не участвовал в принятии решения о страховом покрытии.

Мы можем связаться с вами или с вашим врачом для получения дополнительной информации.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



В какие сроки принимается решение по апелляции, рассматриваемой в стандартные сроки?

Мы должны дать вам ответ в течение 30 календарных дней с момента получения вашей апелляции. Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

- Мы можем, однако, добавить еще до 14 календарных дней, если вы просите о дополнительном времени или если нам нужна дополнительная информация. Если мы решим, что для принятия решения нам нужны еще несколько дней, мы сообщим вам об этом письмом.
 - Если вы считаете, что мы не должны использовать дополнительные дни, вы можете подать «быструю жалобу» (“fast complaint”) на наше решение использовать дополнительные дни. Мы отвечаем на такую жалобу в течение 24 часов с момента ее получения. Подробнее о подаче жалоб, в том числе «быстрых» жалоб, говорится в Разделе 10 на стр. 227.
 - Если на апелляцию по поводу обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medicare, мы не даем ответ в течение 30 календарных дней или к концу продленного срока (если нам понадобились дополнительные дни), мы должны автоматически переслать апелляцию на 2-й уровень рассмотрения в том случае, когда ваши затруднения касаются страхового покрытия обслуживания или приспособления программы Medicare. Если это случится, вам об этом сообщат. Если ваши сложности связаны с покрытием обслуживания или приспособления, покрываемого программой Medi-Cal, апелляцию 2-го уровня вам нужно подавать самостоятельно. Подробнее об апелляциях 2-го уровня см. в Разделе 5.4 на стр. 188.
- ➔ **Если наше решение по всей апелляции или ее части положительное**, мы должны в течение 30 календарных дней с момента получения вашей апелляции утвердить или предоставить страховое покрытие.
- ➔ **Если наше решение по всей апелляции или ее части отрицательное**, мы сообщим вам об этом письмом. Если предметом апелляции было страховое покрытие обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medicare, то из этого письма вы узнаете, что ваше дело мы передали в Независимую экспертную организацию (Independent Review Entity) на 2-й уровень рассмотрения. Если предметом апелляции было страховое покрытие обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medi-Cal, то из письма вы узнаете, как подать апелляцию 2-го уровня. Подробнее об апелляциях 2-го уровня см. в Разделе 5.4 на стр. 188.

В какие сроки принимается решение по апелляции, рассматриваемой срочно?

Если вы просите рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке, мы сообщаем вам свое решение в течение 72 часов с момента ее получения. Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

- Мы можем, однако, добавить еще до 14 календарных дней, если вы просите о дополнительном времени или если нам нужна дополнительная информация. Если мы решим, что для принятия решения нам нужны еще несколько дней, мы сообщим вам об этом письмом.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Если вы считаете, что мы не должны использовать дополнительные дни, вы можете подать «быструю» жалобу (“fast complaint”) на наше решение использовать дополнительные дни. Мы отвечаем на такую жалобу в течение 24 часов с момента ее получения. О подаче жалоб, в том числе «быстрых» жалоб, подробно говорится в Разделе 10 на стр. 227.
- Если на апелляцию по поводу обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medicare, мы не даем ответ в течение 72 часов или к концу продленного срока (если нам понадобились дополнительные дни), мы должны автоматически переслать апелляцию на 2-й уровень рассмотрения в том случае, когда ваши затруднения касаются страхового покрытия обслуживания или приспособления программы Medicare. Если это случится, вам об этом сообщат. Если ваши сложности связаны с покрытием обслуживания или приспособления, покрываемого программой Medi-Cal, апелляцию 2-го уровня вам нужно подавать самостоятельно. Подробнее об апелляциях 2-го уровня см. в Разделе 5.4 на стр. 188.
- ➔ Если наше решение по всей апелляции или ее части положительное, мы должны в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции утвердить или предоставить страховое покрытие.
- ➔ Если наше решение по всей апелляции или ее части отрицательное, мы сообщим вам об этом письмом. Если предметом апелляции было страховое покрытие обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medicare, то из этого письма вы узнаете, что ваше дело мы передали в Независимую экспертную организацию (Independent Review Entity) на 2-й уровень рассмотрения. Если предметом апелляции было страховое покрытие обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medi-Cal, то из письма вы узнаете, как подать апелляцию 2-го уровня. Подробнее об апелляциях 2-го уровня см. в Разделе 5.4 на стр. 188.

Сохраняется ли страховое покрытие спорного обслуживания или приспособления в период рассмотрения апелляция 1-го уровня?

Если мы принимаем решение о ранее утвержденном изменении или прекращении обслуживания или приспособления, мы пришлем вам уведомление до того, как предпримем какие-то шаги. Если вы не согласны с таким решением, можете подать апелляцию 1-го уровня и попросить нас о продолжении страхового покрытия обслуживания или приспособления. Вам необходимо **сделать запрос заранее или позже о следующем** чтобы и дальше получали страховое покрытие:

- В течение 10 дней после даты получения уведомления о принятом решении по почте или
- О предполагаемой дате принятия решения.

Если уложите в этот срок, будете получать спорное обслуживание или приспособление, пока ваша апелляция на стадии рассмотрения. Если страхование нашего плана продолжает покрывать ваше обслуживание или приспособление и инстанция, рассматривающая апелляцию, поддержит наше решение, мы имеем право взыскать с вас стоимость обслуживания или приспособления, предоставленного вам в процессе рассмотрения апелляции.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 5.4: Апелляция 2-го уровня по поводу обслуживания, приспособлений или лекарств (кроме лекарств по программе Part D)

На 1-м уровне рассмотрения план дал отрицательный ответ. Что дальше?

- Если наше решение по всей апелляции 1-го уровня или ее части отрицательное, мы сообщим вам об этом письмом. Из этого письма вы узнаете, какая программа (Medi-Cal или Medicare) обычно покрывает спорное обслуживание или приспособление.
- Если предметом апелляции было страховое покрытие обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medicare, то после завершения рассмотрения апелляции на 1-м уровне мы автоматически передаем вашу апелляцию в Независимую экспертную организацию (Independent Review Entity) на 2-й уровень рассмотрения.
- Если предметом апелляции было страховое покрытие обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medi-Cal, апелляцию 2-го уровня вам нужно подавать самостоятельно. В нашем письме будет сказано, как это сделать. В письме, которое вы читаете, тоже есть полезные сведения (см. ниже).

Что такое апелляция 2-го уровня?

На 2-м уровне апелляцию рассматривает независимая, т. е. не связанная с нами, организация.

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) Независимая медицинская экспертиза (Independent Medical Review) или 2) слушание органами штата (State Hearing).

1) Независимая медицинская экспертиза

Запрос на проведение «Независимой медицинской экспертизы» (“Independent Medical Review”, IMR) следует подавать в центр по работе с населением (Help Center) при Департаменте управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC). Потребовать проведения IMR вы можете по поводу любого медицинского обслуживания или медицинского устройства. Экспертизу проводят врачи, не сотрудничающие с нашим страховым планом. Если решение по IMR будет в вашу пользу, мы должны предоставить вам запрошенное обслуживание или приспособление. Независимая экспертиза проводится бесплатно.

Вы можете подать заявку на проведение IMR, если наш план:

- Отказал Вам в предоставлении обслуживания или лечения по программе Medi-Cal, или изменил, или ограничил такое обслуживание или лечение на том основании, что наш план считает его предоставление не необходимым с медицинской точки зрения.
- 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- 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.

Потребовать проведения IMR вы можете, даже если вы уже подали запрос на проведение слушания органами штата. Однако если по этому вопросу уже было проведено слушание органами штата, прибегнуть к независимой медицинской экспертизе вы не можете.

В большинстве случаев прежде чем требовать проведения экспертизы IMR, вы должны подать нам апелляцию. Подробнее о нашем процессе подачи и рассмотрения апелляций 1-го уровня, говорится на стр. 183. Если вы не согласны с нашим решением, вы можете обратиться в центр по работе с населением (Help Center) при Департаменте управляемого медицинского обслуживания (DMHC) с требованием провести независимую медицинскую экспертизу (IMR).

- ➔ Если вам было отказано в страховом покрытии лечения на том основании, что оно является экспериментальным или исследовательским, вам не нужно принимать участие в процессе нашей апелляции, прежде чем Вы подадите запрос на проведение IMR.
- ➔ Если возникшее у вас затруднение требует неотложного решения и связано с непосредственной или серьезной угрозой вашему здоровью, вы можете сразу обратиться в департамент DMHC. В исключительных и очевидных случаях департамент DMHC может отменять требование, согласно которому вам нужно вначале пройти процесс рассмотрения нашей апелляции.

Запрос на проведение IMR следует подавать в течение 6 месяцев с того дня, которым датировано письменное решение по вашей апелляции. Департамент DMHC может принять вашу заявку позднее чем через 6 месяцев, если согласится с тем, что подать заявку в срок вам помешали объективные обстоятельства.

Как попросить о проведении независимой медицинской экспертизы (IMR)

- Заполните «Форму жалобы/заявки на проведение независимой медицинской экспертизы» (Independent Medical Review/Complaint Form). Ее можно найти по адресу <http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx>. Кроме того, вы можете позвонить в центр по работе с населением Департамента управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (DMHC Help Center) по телефону 1-888-466-2219. Если Вы пользуетесь телефоном для слабослышащих (TDD), звоните по номеру 1-877-688-9891.
- Приложите копии писем и других документов, касающихся обслуживания или приспособления, в страховом покрытии которого мы вам отказали, если такие документы у вас есть. Это может ускорить проведение экспертизы. Присылайте копии документов, а не их оригиналы. Центр по работе с населением документы не возвращает.
- Если кто-то помогает Вам составлять заявку на проведение IMR, заполните форму назначения уполномоченного помощника (Authorized Assistant Form). Найти ее можно по адресу [http://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/FileAComplaint/IMRForms/20160AAF English.pdf](http://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/FileAComplaint/IMRForms/20160AAF%20English.pdf). Кроме того, вы можете позвонить в центр по работе с населением Департамента управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (DMHC Help Center) по телефону 1-888-466-2219. Если Вы пользуетесь телефоном для слабослышащих (TDD), звоните по номеру 1-877-688-9891.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Пришлите заполненную форму и все приложения к ней почтой или факсом по следующему адресу:

Help Center
California Department of Managed Health Care
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

Если ваш случай не срочный и касается обслуживания, покрываемого по программе Medi-Cal, департамент DMHC пришлет вам решение экспертизы IMR в течение 30 дней с момента получения вашей заявки и подтверждающих документов. В срочных случаях, связанных с непосредственной или серьезной угрозой вашему здоровью, вы получаете решение по IMR в течение 3 – 7 дней.

Если вы недовольны результатами проведенной экспертизы IMR, вы можете потребовать проведения слушания органами штата (State Hearing).

Если департамент DMHC решит, что ваша в ситуации IMR проводить не следует, DMHC рассмотрит ваш случай в соответствии с обычными своими процедурами рассмотрения жалоб.

-2) Слушание органами штата

Вы можете потребовать проведения Слушания органами штата по обслуживанию и приспособлениям, покрываемым программой Medi-Cal. Если предоставить вам обслуживание или приспособление, которое мы отказались покрывать или покрытие которого решили прекратить, о чем просит ваш врач или другой лечащий вас медик и мы сказали «нет» вашей апелляции 1-го уровня, у вас есть право потребовать слушания органами штата.

В большинстве случаев **подавать запрос на проведение слушания органами штата вам следует в течение 120 дней** со дня, которым датировано присланное вам уведомление о вашем праве на проведение слушания ("Your Hearing Rights").

- ➔ **ПРИМЕЧАНИЕ:** Если вы просите проведение слушания органами штата после того, как мы предупредили вас о том, что получаемое вами обслуживание в настоящее время поменяется или прекратится, и хотите получать данное обслуживание в то время, когда ваша апелляция рассматривается, **у вас будет несколько дней на подачу апелляции.** Подробнее о том, «*Сохраняется ли страховое покрытие спорного обслуживания или приспособления в период рассмотрения апелляция 2-го уровня?*» см. на стр. 192.

Вот два способа подать запрос на проведение слушания органами штата:

1. Заполните «Запрос на проведение слушания органами штата» ("Request for State Fair Hearing»), напечатанный на обороте уведомления о предпринятых действиях. 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:

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- В отдел социального обеспечения (welfare department) вашего округа по адресу, указанному на уведомлении.
- В Департамент социальных служб (Department of Social Services) штата Калифорния:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

- В отдел слушаний, проводимых органами штата, (State Hearings Division) по факсу 916-651-5210 или 916-651-2789.
2. Вы можете позвонить в Департамент социальных служб (Department of Social Services) штата Калифорния по телефону 1-800-952-5253. Если вы пользуетесь линией TDD, позвоните по телефону 1-800-952-8349. Если Вы решите попросить о проведении слушания органов 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 (Independent Review Entity) тщательно изучает решение, принятое на 1-м уровне рассмотрения апелляции и решает, нужно ли это решение 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 — это организация, нанятая программой Medicare и никак не связанная с планом.
 - Попросите копию вашего дела, позвонив в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.
- ➔ Независимая экспертная организация должна дать ответ на апелляцию 2-го уровня в течение 30 календарных дней с момента получения ею вашей апелляции. Это правило действует, если вы подали апелляцию по поводу еще не полученного медицинского обслуживания или приспособления.
- » Независимая экспертная организация может, однако, продлить рассмотрение на срок до 14 календарных дней, если ей нужно собрать дополнительную информацию, которая способна помочь вам получить положительное решение. Если организация решит, что для принятия решения ей нужны еще несколько дней, она сообщит вам об этом письмом.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась в ускоренном порядке, на 2-м уровне рассмотрения она тоже будет рассматриваться в ускоренном порядке. В этом случае экспертная организация должна дать ответ в течение 72 часов с момента получения ею вашей апелляции.
 - » Независимая экспертная организация может, однако, продлить рассмотрение на срок до 14 календарных дней, если ей нужно собрать дополнительную информацию, которая способна помочь вам получить положительное решение. Если организация решит, что для принятия решения ей нужны еще несколько дней, она сообщит вам об этом письмом.

Сохраняется ли страховое покрытие спорного обслуживания или приспособления в период рассмотрения апелляция 2-го уровня?

Если ваша апелляция касается страхового покрытия для обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medicare, страховое покрытие этого обслуживания или приспособления во время рассмотрения апелляции 2-го уровня Независимой экспертной организацией **не** предоставляется.

Если ваша апелляция касается страхового покрытия для обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medi-Cal и если вы просите о проведении слушания органами штата (State Fair Hearing), страховое покрытие этого обслуживания или приспособления сохраняется до получения решения по результатам слушания. Вы должны просить о проведении слушания **заранее или позже о следующем** чтобы и дальше получали страховое покрытие:

- В течение 10 дней после даты получения уведомления о принятом решении по почте о том, что неблагоприятное постановление о страховом покрытии (решение апелляции 1-го уровня) было поддержано или
- О предполагаемой дате принятия решения.

Если уложите в этот срок, будете получать спорное обслуживание или приспособление, пока решение об апелляции о проведении слушания не принято. Если страховое покрытие нашего плана продолжает покрывать ваше обслуживание или приспособление и инстанция, рассматривающая апелляцию, поддержит наше решение, мы имеем право взыскать с вас стоимость обслуживания или приспособления, предоставленного вам в процессе рассмотрения апелляции.

Как я узнаю о принятом решении?

Если на 2-м уровне рассмотрения вашей апелляции проводилась Независимая медицинская экспертиза (Independent Medical Review), вы получите письмо от Департамента управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC). В этом письме вы найдете объяснение того, почему врачи, рассматривавшие вашу апелляцию, приняли это решение.

- ➔ Если по результатам Независимой медицинской экспертизы принято **положительное решение** по всей апелляции или ее части, мы должны выполнить это решение.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Если по результатам экспертизы принято **отрицательное решение** по всей апелляции или ее части, это значит, что решение экспертиза согласна с решением по апелляции 1-го уровня. Вы можете, однако, потребовать проведения слушания органами штата (State Hearing). О том как подать запрос на проведение слушания органами штата, говорится на стр. 190.

Если на 2-м уровне рассмотрения вашей апелляции проводилось слушание органами штата (State Hearing), вы получите письмо от Департамента социальных служб штата Калифорния (Department of Social Services). В этом письме вы найдете объяснение принятого решения.

- ➔ Если по результатам слушания органами штата принято **положительное решение** по всей апелляции или ее части, мы должны выполнить это решение. Мы должны предпринять действия, предусмотренные этим решением, в течение 30 календарных дней с момента его получения.
- ➔ Если по результатам слушания принято **отрицательное решение** по всей апелляции или ее части, это значит, что решение по апелляции 1-го уровня остается в силе. Мы можем прекратить страховое покрытие любого спорного обслуживания.

Если на 2-м уровне вашу апелляцию рассматривала Независимая экспертная организация, нанятая программой Medicare (Medicare Independent Review Entity, IRE), вы получите письмо от этой организации. В этом письме вы найдете объяснение принятого решения.

- ➔ Если решение Независимой экспертной организации по вашей просьбе о рассмотрении вашей апелляции в стандартные сроки положительное, мы должны предоставить страховое покрытие медицинского обслуживания в течение 72 часов или предоставить вам это обслуживание или приспособление в течение 14 календарных дней с момента получения нами решения Независимой экспертной организации. Если вы с просили рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке, мы должны предоставить страховое покрытие медицинского обслуживания в течение 72 часов с момента получения нами решения Независимой экспертной организации.
- ➔ Если по результатам экспертизы принято отрицательное решение по всей апелляции или ее части, это значит, что решение по апелляции 1-го уровня остается в силе. 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 (Independent Medical Review), вы можете потребовать проведения слушания органами штата (State Hearing). О том, как подать запрос на проведение слушания органами штата, говорится на стр. 190.

Если на 2-м уровне рассмотрения вашей апелляции проводилось слушание органами штата (State Hearing), вы можете в течение 30 дней после получения решения потребовать повторного слушания. Кроме того, вы можете потребовать юридической экспертизы отрицательного ответа, принятого по результатам слушания органами штата (State Hearing). Для этого нужно подать заявление в Верховный суд (Superior Court) (согласно Кодексу гражданского процессуального права, Code of Civil Procedure Section 1094.5). Вы можете это сделать в течение одного года с момента получения решения. Если слушание органами штата уже было проведено, вы не можете прибегнуть к независимой медицинской экспертизе.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Если на 2-м уровне апелляция рассматривалась Независимой экспертной организацией, нанятой программой Medicare (Medicare Independent Review Entity, IRE), вы можете подать апелляцию, только если стоимость обслуживания или приспособления превышает определенный минимум. В письме, которое вы получите от Независимой экспертной организации, будут объяснены права, которые у вас могут быть на дополнительные апелляции.

О дополнительных уровнях рассмотрения апелляции см. Раздел 9 на стр. 225.

Раздел 5.5: Трудности с оплатой

Мы не позволяем медикам и медицинским учреждениям, сотрудничающим с планом, взимать с вас плату за покрываемое обслуживание. Это правило действует даже тогда, когда мы платим медикам или учреждениям меньше, чем установленная ими стоимость обслуживания или приспособления. Мы никогда не просим вас оплачивать баланс какого бы то ни было счета. Единственная сумма, которую вас попросят заплатить, это доплата за лекарства Уровня 1 и/или Уровня 2.

Если вам пришлют счет, в котором сумма денег больше, чем ваша доплата за обслуживание и приспособления, просим переслать счет нам. **Сами по счету не платите.** Мы свяжемся с медиком или учреждением, выставившим счет, и решим вопрос с оплатой.

Подробнее читайте в Главе 7. *Как попросить нас оплатить нашу часть по счету, полученному за покрываемые планом услуги или лекарства.* В главе 7 разобраны ситуации, в которых вам может быть нужно попросить нас о возмещении или попросить нас уплатить по счету, полученному от медика или медицинского учреждения. Кроме того, там рассказывается, как прислать нам необходимые документы, если вы просите нас об оплате.

Как попросить план о том, чтобы он возместил мне ту часть этой суммы, которую должен платить план?

Помните, если вам пришлют счет, в котором сумма денег больше, чем ваша доплата за обслуживание и приспособления, вы сами не должны оплачивать счет. Если вы оплатили счет, следуя правилам о получении обслуживания и приспособлений, то эти ваши расходы возмещаются.

Когда вы просите нас о возмещении, вы просите нас принять решение о страховом покрытии. Мы выясняем, покрывает ли наш план это обслуживание или приспособление и соблюдали ли вы все правила использования страхового покрытия.

- Если оплаченное вами обслуживание или приспособление мы покрываем и если вы соблюдали все правила, то мы возместим вам нашу часть в оплате за обслуживание или приспособление. Это будет сделано в течение 60 календарных дней с момента получения вашего запроса.

Если же вы еще не уплатили за обслуживание или приспособление, мы пришлем оплату непосредственно медику или в медицинское учреждение. (Если мы присылаем сумму оплаты, это означает, что по вашему запросу принято *положительное* решение.)

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Если мы решим, что наш план *не* покрывает обслуживание или приспособление или что вы *не* соблюдали все правила, мы деньги не пришлем. Вместо денег мы вам пришлем письмо, содержащее наш отказ платить за полученное вами обслуживание или приспособление и объяснение причин нашего решения.

Если мы ответим, что не будем платить и

Если вы не согласны с нашим решением, **вы можете подать апелляцию**. Процедура подачи и рассмотрения апелляции приведена в Разделе 5.3 на стр. 183. Когда вы соблюдаете эти инструкции, помните:

- Если вы подаете апелляцию по поводу нашего решения о возмещении ваших расходов, мы должны вам ответить в течение 60 календарных дней с момента получения нами вашей апелляции.
 - Если вы просите нас возместить ваши расходы на уже полученное и оплаченное обслуживание или приспособление, то ваша просьба рассматривается только в стандартные сроки.
- ➔ Если спорное обслуживание или приспособление обычно покрывается по программе Medicare, то в случае **отрицательного решения** по вашей апелляции мы автоматически пересылаем ее на рассмотрение Независимой экспертной организации (Independent Review Entity, IRE). Если это произойдет, мы уведомим вас письмом.
- Если Независимая экспертная организация отменит наше решение об отказе в оплате, мы должны прислать запрошенную вами сумму вам или лечащему вас медику (или учреждению) 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 медику (или учреждению) в течение 60 календарных дней.
 - Если Независимая экспертная организация принимает **отрицательное решение** по вашей апелляции, это значит, что она согласна с нашим решением. (Это называется «поддержать решение» (“upholding the decision”). Другое выражение «отклонить апелляцию» (“turning down your appeal”). В письме, которое вы получите, будут объяснены права, которые у вас могут быть на дополнительные апелляции. Вы можете снова подать апелляцию, только если стоимость обслуживания или приспособления превышает определенный минимум. О дополнительных уровнях рассмотрения апелляции см. Раздел 9 на стр. 225.
- ➔ Если спорное обслуживание или приспособление обычно покрывается по программе Medi-Cal, то в случае **отрицательного решения** по вашей апелляции, вы можете самостоятельно подать апелляцию 2-го уровня (см. раздел 5.4 на стр. 188).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 6: Лекарства по программе Part D

Раздел 6.1: Что делать, если у вас возникли сложности с получением страхового покрытия 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, покрываемым по программе Part D.**

- В *Перечне покрываемых лекарств (The List of Covered Drugs)* некоторые лекарства имеют пометку "NT". Страховое покрытие этих лекарств предоставляется не по программе Part D. Если вы хотите подать апелляцию или запрос на решение о страховом покрытии лекарства, помеченного "NT", вам нужен **Раздел 5** на стр. 179.

Могу ли я подать апелляцию или запрос на решение о страховом покрытии по поводу лекарства, покрываемого по программе Part D?

Да. Ниже приведены некоторые примеры случаев, когда вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии лекарств по программе Part D.

- Вы просите нас сделать исключение. Вот некоторые примеры:
 - » Вы просите нас предоставить страховое покрытие лекарства по программе Part D, не включенного в *Перечень покрываемых лекарств* нашего плана.
 - » Вы просите нас отменить ограничение на страховое покрытие лекарства нашим планом (например, ограничение на количество лекарства, которое вы можете получить).
- Вы хотите узнать, покрываем ли мы лекарство в вашем случае (например, лекарство включено в *Перечень покрываемых лекарств*, но мы требуем от вас получить вначале 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 принятие решения о страховом покрытии.

Юридический термин для решения о страховом покрытии лекарства по программе Part D — «coverage determination».

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Если вы не согласны с нашим решением о страховом покрытии, вы можете подать на наше решение апелляцию. В этом разделе объясняется, как подать запрос на решение о страховом покрытии и как подать апелляцию в случае несогласия с нашим решением.

Для того чтобы решить, в каком разделе приведена информация, которая нужна в вашей ситуации, воспользуйтесь приведенной ниже таблицей:

В какой ситуации вы оказались?			
<p>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?</p> <p>Вы можете попросить нас сделать исключение. (Это один из видов решений о страховом покрытии.)</p> <p>Начните с Раздела 6.2 на стр. 198. Кроме того, изучите Разделы 6.3 и 6.4 на стр. 199 и 200.</p>	<p>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?</p> <p>Вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии.</p> <p>Перейдите к Разделу 6.4 на стр. 200.</p>	<p>Вы хотите попросить нас о возмещении ваших расходов на лекарство, которое вы уже получили и уже оплатили?</p> <p>Вы можете попросить нас уплатить вам возмещение. (Это один из видов решений о страховом покрытии.)</p> <p>Перейдите к Разделу 6.4 на стр. 200.</p>	<p>Мы уже сообщили вам, что не будем покрывать лекарство или платить возмещение так, как вам хотелось бы?</p> <p>Вы можете подать апелляцию (Это означает, что вы просите нас пересмотреть принятое решение.)</p> <p>Перейдите к Разделу 6.5 на стр. 204.</p>

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 6.2: Что такое исключение?

Исключение — это разрешение на получение страхового покрытия лекарства, которое не включено в наш *Перечень покрываемых лекарств* или отмена определенных правил и ограничений, действующих в случае этого лекарства. Если лекарство отсутствует в нашем *Перечне покрываемых лекарств* или если для лекарства не предусмотрено такое страховое покрытие, которое вам хотелось бы получить, вы можете попросить нас сделать исключение.

Если вы просите нас сделать исключение, ваш врач или другой медик, выписавший вам лекарство, должен объяснить, какие медицинские соображения делают исключение необходимым.

Ниже приведены примеры исключений, о которых вы, ваш врач или другой медик, выписывающий вам лекарство, можете нас просить:

1. Страховое покрытие лекарства по программе Part D, отсутствующего в нашем *Перечне покрываемых лекарств (List of Covered Drugs)*.
 - Если мы соглашаемся сделать исключение и предоставить страховое покрытие лекарства, отсутствующего в Перечне лекарств, вы должны платить за это лекарство доплату, предусмотренную для лекарств с уровнем 2 участия клиента плана в оплате (фирменные лекарства) или с уровнем участия 1 (дженерики). Вы не можете просить нас изменить доплату за такое лекарство.
2. Снятие ограничения на страховое покрытие. Для некоторых лекарств из нашего Перечня покрываемых лекарств существуют дополнительные правила и ограничения (подробнее см. в Главе 5).
 - Эти дополнительные правила и ограничения на страховое покрытие включают:
 - » Требование использовать лекарства-дженерики вместо фирменных лекарств.
 - » Требование заранее получать разрешение плана, для того чтобы мы покрывали лекарство. (Иногда это называется «предварительное разрешение» (“prior authorization”).)
 - » Требование попробовать лечение другими лекарствами, прежде чем мы согласимся покрывать лекарство, которым вы хотите лечиться. (Иногда это называется «поэтапное лечение» (“step therapy”).)
 - » Ограничения на количество. Для некоторых лекарств мы ограничиваем количество, которое вы можете получить.
 - » Если мы согласимся сделать для вас исключение и снять ограничение, вы можете просить нас изменить доплату, предусмотренную за такое лекарство.

Юридический термин для просьбы снять ограничение на страховое покрытие лекарства — это просьба об «исключении» (“formulary exception”).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Раздел 6.3: Что важно знать, обращаясь к нам с просьбой сделать исключение

Ваш врач или другой медик, выписывающий вам лекарство, должен сообщить нам, какие медицинские соображения делают исключение необходимым.

Ваш врач или другой медик, выписывающий вам лекарство, должен представить 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 и если альтернативное лекарство не вызывает дополнительные побочные эффекты и другие нежелательные явления, мы, скорее всего, *не* сделаем для вас исключение.

На вашу просьбу сделать исключение мы дадим *положительный* или *отрицательный* ответ

- 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 наш ответ на вашу просьбу сделать исключение **отрицательный**, вы можете попросить нас пересмотреть принятое решение. Для этого нужно подать апелляцию. О том, как подавать апелляцию в случае нашего **отрицательного** решения, говорится в Разделе 6.5 на стр. 204.

В следующем разделе речь идет о том, как вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии, и в том числе об исключении.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Раздел 6.4: Как подать запрос на решение о страховом покрытии лекарства по программе Part D или на возмещение расходов на лекарство по программе Part D, в том числе как попросить сделать исключение, включая исключение «Что делать»

Что нужно 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 медик, выписывающий вам лекарство) или ваш представитель. Звоните нам по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.
- С просьбой о принятии нами решения о страховом покрытии можете обратиться вы, ваш врач или кто-то, кто действует от вашего имени. Действовать от вашего имени вы можете попросить также адвоката.

Вкратце: 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 говорится о сроках принятия решения.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



О том, как дать кому-либо письменное разрешение действовать в качестве вашего представителя, говорится в Разделе 4 на стр. 175.

- ➔ Письменное разрешение действовать от вашего имени не требуется, если от вашего имени выступает ваш врач или другой медик, выписывающий вам лекарство.
 - Если вы хотите попросить нас о возмещении ваших расходов на лекарство, вам нужна Глава 7 этого справочника, в Главе 7 разобраны ситуации, в которых вам может понадобиться попросить нас 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 медик, 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 медик, 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 вашего запроса.
- **Ускоренный срок принятия решения о страховом покрытии** составляет не более 24 часов с момента получения от вашего врача обоснования вашего запроса.
 - » 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 можете получить решение о страховом покрытии в ускоренном порядке, *только* если рассмотрение вашего запроса в стандартные сроки может *серьезно повредить вашему здоровью или вашим физическим или психическим возможностям*.
 - » Если ваш врач или другой медик, выписавший вам лекарство, сообщит нам о том, что вам требуется ускоренное принятие решения о страховом покрытии, мы автоматически согласимся провести ускоренное рассмотрение вашего запроса. Об этом вы узнаете из нашего письма.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Если вы сами, без врача или другого выписавшего лекарство медика, попросите нас в ускоренном порядке принять решение о страховом покрытии, мы сами решим, требуется ли это при вашем состоянии здоровья.

Если мы решим, что вам не требуется ускоренное рассмотрение запроса на решение о страховом покрытии, 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. Это называется «быстрая» жалоба (“fast complaint”). Ответ на такую жалобу приходит в течение 24 часов. О подаче жалоб, в том числе «быстрых» жалоб, подробно говорится в Разделе 10 на стр. 227.

Юридический термин «ускоренный срок принятия решения о страховом покрытии» – это «ускоренное решение о страховом покрытии».

Сроки ускоренного принятия решения о страховом покрытии

- 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 о том, чтобы для вас сделали исключение, ответ вы получите в течение 24 часов с момента получения от вашего врача обоснования вашего запроса. 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 (Independent Review Entity).
- ➔ **Если наше решение по всему вашему запросу или его части положительное**, мы должны утвердить или предоставить страховое покрытие в течение 24 часов с момента получения вашего запроса или составленного вашим врачом обоснования.
- ➔ **Если наше решение по всему вашему запросу или его части отрицательное**, мы пришлем вам письмо. Из него вы узнаете, почему мы приняли **такое решение**. Кроме того, в нем будет написано, 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 после того, как получим его в стандартные сроки, мы должны дать ответ в течение 72 часов. Если же вы просите о том, чтобы для вас сделали исключение после получения обоснования от вашего врача или медика, выписывающего 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 (Independent Review Entity).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ **Если наше решение по всему вашему запросу или его части положительное,** мы должны в течение 72 календарных часов с момента его получения утвердить или предоставить вам страховое покрытие. Если вы просите сделать для вас исключение, мы должны это сделать за этот же срок после получения от врача или другого медика, выписавшего лекарство, обоснования вашего запроса.
- ➔ **Если наше решение по всему вашему запросу или его части отрицательное,** мы пришлем вам письмо. Из него вы узнаете, почему мы приняли такое решение. Кроме того, в нем будет написано, как вы можете подать апелляцию на наше решение.

Стандартные сроки для принятия решения о страховом покрытии, 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 (Independent Review Entity).
- ➔ **Если наше решение по всему вашему запросу или его части положительное,** мы должны уплатить вам в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса.
- ➔ **Если наше решение по всему вашему запросу или его части отрицательное,** мы пришлем вам письмо. Из него вы узнаете, почему мы приняли **такое решение**. Кроме того, в нем будет написано, как вы можете подать апелляцию на наше решение.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Раздел 6.5: Апелляция 1-го уровня по поводу лекарств по программе Part D

- Подать апелляцию можете вы, ваш врач, медик, выписывающий лекарство или ваш представитель.
- Если вы просите о рассмотрении вашей апелляции в стандартные сроки, вы можете подать ее в письменном виде. Кроме того, вы можете подать апелляцию по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.
- Если вы хотите, чтобы мы рассматривали вашу апелляцию в ускоренном порядке, вы можете подать апелляцию в письменном виде или по телефону.
- Срок подачи апелляции составляет 60 календарных дней со дня, которым датировано письмо, уведомляющее вас о нашем решении. 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.

Вкратце: Как подать апелляцию 1-го уровня

Подать апелляцию можете вы, ваш врач или другой медик, выписавший вам лекарство. Прислать апелляцию можно по почте или факсом. Кроме того, вы можете подать апелляцию по телефону.

- Подавать апелляцию нужно в течение 60 календарных дней со дня, которым датировано решение, с которым вы не согласны. Если этот срок вы пропустили по уважительной причине, вы можете подать ее позже.
 - Попросить нас о быстром рассмотрении апелляции можете вы, медик, выписывающий вам лекарство 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 говорится о сроках принятия решения.

Юридический термин для апелляции по поводу решения о страховом покрытии лекарства по программе Part D: «просьба о пересмотре» (“redetermination”).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



- У вас есть право попросить у нас копии документов, имеющих отношение к вашей апелляции. Можно попросить копию, позвонив в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.
- » Вы, ваш врач или другой медик, выписывающий вам 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, которое мы приняли о страховом покрытии лекарства, которое вы еще не получили, вы и ваш врач или другой медик, выписавший вам лекарство, решаете, требуется ли вам ускоренное рассмотрение апелляции.
- Апелляция может быть рассмотрена в ускоренном порядке, если выполняются те же условия, которые были описаны для ускоренного принятия решения о страховом покрытии (см. Раздел 6.4 на стр. 200).

Юридический термин для «ускоренного рассмотрения апелляции» (“fast appeal”) — это «пересмотр решения, проводимый в ускоренном порядке» (“expedited reconsideration”).

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, все ли правила мы соблюдали, когда давали **отрицательный ответ** на ваш запрос. Мы можем связаться с вами, вашим врачом или медиком, выписавшим вам лекарство, для получения дополнительной информации. Рассматривает апелляцию человек, который не участвовал в принятии спорного решения о страховом покрытии.

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 (Independent Review Entity).
- ➔ **Если наше решение по всей апелляции или ее части положительное**, мы должны в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции предоставить вам страховое покрытие.
- ➔ **Если наше решение по всему вашему запросу или его части отрицательное**, мы сообщим вам об этом письмом. Из него вы узнаете, почему мы так **решили**.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Стандартные сроки рассмотрения апелляции

- Если мы рассматриваем апелляцию в стандартные сроки, мы должны дать ответ в течение 7 календарных дней с момента получения апелляции. Мы можем ответить быстрее, если этого требует состояние вашего здоровья. Если вы считаете, что состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите нас провести ускоренное рассмотрение вашей апелляции (“fast appeal”).
 - Если мы не укладываемся в 7 календарных дней, мы пересылаем ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. На 2-м уровне ваша апелляция рассматривается Независимой экспертной организацией (Independent Review Entity).
- ➔ **Если наше решение положительное** по всему вашему запросу или его части:
- » Если наше решение о страховом покрытии положительное, мы должны предоставить страховое покрытие. Мы должны это сделать так быстро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее 7 календарных дней с момента получения вашей апелляции.
 - » Если мы придем к положительному решению по поводу возмещения вам расходов на уже купленное лекарство, мы должны прислать вам деньги в течение 30 календарных дней с момента получения вашей апелляции.
- ➔ **Если наше решение отрицательное** по всему вашему запросу или его части, мы сообщим вам об этом письмом. Из него вы узнаете, почему мы сказали **Нет**.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Раздел 6.6: Апелляция 2-го уровня по поводу лекарств по программе Part D

Если мы приняли по вашей апелляции **отрицательное решение**, вы можете выбрать, согласиться ли с нашим решением или подать еще одну апелляцию. Если вы решите подать апелляцию 2-го уровня, наше решение проверит Независимая экспертная организация (Independent Review Entity, IRE).

- Если вы хотите, чтобы Независимая экспертная организация 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 подаете апелляцию на рассмотрение в Независимой экспертной организации, мы пересылаем в эту организацию все документы по вашей апелляции. Вы имеете право попросить копию вашего дела, позвонив в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.
- Вы можете представить в Независимую экспертную организацию дополнительные материалы в поддержку апелляции.
- Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая программой Medicare. Она не связана с нашим планом и не является государственным органом.
- Рассматривающие ваше дело сотрудники Независимой экспертной организации тщательно ознакомятся со всей информацией, имеющей отношение к вашей апелляции. О своем решении и об основаниях для его принятия организация сообщит вам письмом.

Вкратце: как подать апелляцию 2-го уровня

Если вы хотите, чтобы Независимая экспертная организация рассмотрела ваше дело, апелляцию нужно подавать в письменном виде.

Подавать апелляцию нужно **в течение 60 календарных дней** со дня, которым датировано решение, с которым вы не согласны. 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 говорится о сроках принятия решения.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Юридический термин для апелляции в Независимую экспертную организацию по поводу решения о страховом покрытии лекарства по программе Part D: «просьба о пересмотре» (“redetermination”).

Сроки ускоренного рассмотрения апелляции 2-го уровня

- Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите Независимую экспертную организацию (Independent Review Entity, IRE) провести ускоренное рассмотрение вашей апелляции.
- Если Независимая экспертная организация согласится рассмотреть ваше апелляцию в ускоренном порядке, она должна дать ответ на вашу апелляцию 2-го уровня в течение 72 часов с момента ее получения.
- Если решение Независимой экспертной организации по всей апелляции или ее части положительное, мы должны в течение 24 часов с момента получения этого решения предоставить страховое покрытие лекарства.

Стандартные сроки рассмотрения апелляции 2-го уровня

- Если ваша апелляция 2-го уровня рассматривается в стандартные сроки, Независимая экспертная организация (Independent Review Entity, IRE) должна ответить вам в течение 7 календарных дней с момента получения вашей апелляции 2-го уровня.
 - » Если решение Независимой экспертной организации по всей апелляции или ее части **положительное**, мы должны в течение 72 часов с момента получения этого решения предоставить страховое покрытие лекарства.
 - » Если Независимая экспертная организация (Independent Review Entity, IRE) решает, что мы должны возместить ваши расходы на уже купленное лекарство, мы должны прислать вам возмещение в течение 30 календарных дней с того момента, когда мы получаем это решение.

Что делать, если на 2-м уровне рассмотрения апелляции независимая экспертная организация принимает отрицательное решение?

Если Независимая экспертная организация (Independent Review Entity, IRE) приняла отрицательное решение по вашей апелляции, это значит, что она согласна с нашим решением. 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 величине спорной суммы страхового покрытия вы можете продолжить апелляционный процесс.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 7: Как попросить нас о том, чтобы мы покрывали более длительное пребывание в больнице

В больнице у вас есть право на получение покрываемых планом видов больничной помощи, 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 говорится о том, как об это сделать.

Раздел 7.1: Ваши права как участника программы Medicare

В первые два дня вашего пребывания в больнице сотрудник больницы или медицинская сестра выдадут вам уведомление «Важное сообщение от программы Medicare о ваших правах» (*An Important Message from Medicare about Your Rights*). Если вы не получили уведомление, попросите его у любого сотрудника больницы. Если вам нужна помощь, звоните в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. 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 линией TTY, звоните по телефону 1-877-486-2048.

Внимательно прочтите это уведомление и задайте вопросы, если вам что-то непонятно. В уведомлении говорится о ваших правах как пациента больницы, включая ваше право:

- 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, что 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, о которой вам мог сообщить врач или сотрудник больницы.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Сохраните свой экземпляр подписанного уведомления. Оно содержит информацию, которая может вам понадобиться.

- Чтобы посмотреть копию этого уведомления заранее, звоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. 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 линией TTY, звоните по телефону 1-877-486-2048. Звонки бесплатные.

Уведомление есть также в Интернете по адресу <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

- ➔ Если вам что-то не понятно, позвоните в наш отдел обслуживания или в программу Medicare по нижеприведенным телефонным номерам.

Раздел 7.2: Апелляция 1-го уровня об изменении 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. В штате Калифорния Организация повышения качества называется Livanta.

Подавать апелляцию с просьбой изменить день выписки следует в компанию Livanta по телефону: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Звоните как можно раньше!

Позвонить в Организацию повышения качества обслуживания нужно **до того, как вы** покинете больницу и не позднее запланированной даты выписки. О том как связаться с этой организацией, говорится в уведомлении *«Важное сообщение от программы Medicare о Ваших правах» (An Important Message from Medicare about Your Rights)*.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



- Если вы позвонили до выписки, вы можете оставаться в больнице *после* назначенного дня выписки, пока вы ожидаете решения Организации повышения качества обслуживания по вашей апелляции. Вам *не нужно будет платить* за эти дополнительные дни.
- Если вы *не позвонили*, для того чтобы подать апелляцию, но решили остаться в больнице после запланированного дня выписки, вам, *возможно, придется полностью оплатить пребывание в больнице* после запланированного дня выписки.

Вкратце: Как подать апелляцию 1-го уровня об изменении даты выписки из больницы

Позвоните в Организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) своего штата по телефону 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) и попросите о проведении быстрого рассмотрения апелляции (“fast review”)

Позвонить нужно до того, как вы покинете больницу и до запланированного дня выписки.

- ➔ Если вы пропустили срок подачи апелляции в Организацию повышения качества обслуживания, вы можете вместо этого подать ее непосредственно в наш план. Подробнее см. ниже в Разделе 7.4 на стр. 214.
- ➔ Если Организация повышения качества обслуживания не рассматривает ваш запрос о дальнейшем пребывании в больнице, можете обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) штата Калифорния с просьбой провести Независимую медицинскую экспертизу (Independent Medical Review). Чтобы узнать о том, как попросить DMHC о проведении независимой медицинской экспертизы, см. Раздел 5.4 на стр. 188.

Мы хотим, чтобы вы понимали сроки и процедуры.

- Если вам нужна помощь, обращайтесь. Если есть вопросы или вам нужна помощь в любое время, звоните в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. Вы можете позвонить также в Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) по телефону 1-800-434-0222. Вы можете позвонить в отдел омбудсмена программы 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 медиков. 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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



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.

Юридический термин для «ускоренного рассмотрения» (“fast review”) — это «неотложное рассмотрение» (“immediate review”).

Что происходит во время ускоренного рассмотрения?

- Специалисты из Организации повышения качества обслуживания выясняют у вас или у 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 уведомления о выписке — «**Подробное уведомление о выписке из больницы**» (“Detailed Notice of Discharge”). Звоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. 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 линией TTY, звоните по телефону 1-877-486-2048. Кроме того, образец уведомления есть в Интернете по адресу <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Что происходит, если решение положительное?

- Если Организация повышения качества обслуживания принимает **положительное решение** по вашей апелляции, мы должны продлить страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице до тех пор, пока это обслуживание остается необходимым по медицинским показаниям.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Что происходит, если решение отрицательное?

- Если Организация повышения качества обслуживания принимает **отрицательное решение** по вашей апелляции, это означает, что запланированная дата вашей выписки из больницы обоснована 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 мы получили от Организации повышения качества обслуживания решение по вашей апелляции.
- Если вы останетесь в больнице, несмотря на **отрицательное решение** Организации повышения качества обслуживания, вам, возможно, придется полностью оплачивать пребывание в больнице. Стоимость пребывания в больнице, которую вам, возможно, придется полностью оплачивать, начнется после полудня дня, *следующего* за тем, в который вы получили от Организации повышения качества обслуживания решение по вашей апелляции.
- Если Организация повышения качества обслуживания отклонила вашу апелляцию *и* если вы остались в больнице после запланированной даты вашей выписки, вы можете подать апелляцию 2-го уровня.

Раздел 7.3: Апелляция 2-го уровня об изменении даты выписки из больницы

Если Организация повышения качества обслуживания отклонила вашу апелляцию *и* если вы остались в больнице после запланированной даты вашей выписки, вы можете подать апелляцию 2-го уровня. Вы снова связываетесь с Организацией повышения качества обслуживания и просите провести еще одно рассмотрение.

Просить о 2-м уровне рассмотрения вашей апелляции 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.

В штате Калифорния Организация повышения качества называется Livanta. Связаться с компанией Livanta можно по телефону **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)**.

- Эксперты из Организации повышения качества обслуживания заново тщательно изучают 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 принимают решение по вашей апелляции.

Вкратце: Как подать апелляцию 2-го уровня об изменении даты выписки из больницы

Позвоните в Организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) своего штата по телефону 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) и попросите о проведении другого рассмотрения апелляции (“fast review”)

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Что происходит, если решение положительное?

- Мы должны возместить вам нашу часть в оплате периода вашего пребывания в больнице, который начался с полудня дня, следующего за днем, в который Организация повышения качества отклонила вашу первую апелляцию. Мы должны продлить страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице до тех пор, пока это лечение остается необходимым по медицинским показаниям.
- Вы должны по-прежнему участвовать в оплате лечения; могут действовать ограничения на страховое покрытие.

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 полную стоимость за свое пребывание в больнице после дня запланированной выписки.

Или вы можете обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) штата Калифорния с просьбой провести Независимую медицинскую экспертизу (Independent Medical Review) для вашего дальнейшего пребывания в больнице. Чтобы узнать о том, как попросить DMHC о проведении независимой медицинской экспертизы, см. Раздел 5.4 на стр. 188.

Раздел 7.4: Что произойдет, если я пропущу установленный срок подачи апелляции?

Если вы пропустите сроки подачи апелляций, вы сможете подать апелляции 1-го и 2-го уровней иначе: вы сможете подать альтернативные апелляции. В этом случае, однако, *первые два уровня рассмотрения апелляции отличаются*.

Альтернативная апелляция 1-го уровня об изменении даты выписки из больницы

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.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- В ходе этого рассмотрения наш план заново тщательно изучает 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 сообщаем вам свое решение в течение 72 часов после получения вашего запроса на проведение быстрого рассмотрения апелляции.
- **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.

Кроме того, положительный ответ означает, что мы согласны возместить вам нашу часть в оплате услуг, которые вы получили с того дня, в который страховое покрытие должно было закончиться согласно нашему прежнему решению.

- **Если мы принимаем отрицательное решение по результатам ускоренного рассмотрения вашей апелляции**, это означает, что запланированная дата вашей выписки из больницы была, по нашему мнению, 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.
- ➔ Для того чтобы убедиться в том, что мы соблюдали все правила, принимая **отрицательное решение** по результатам быстрого рассмотрения вашей апелляции, мы должны передать вашу апелляцию в Независимую экспертную организацию (Independent Review Organization). Когда мы это делаем, это означает, что ваша апелляция автоматически переходит на 2-й уровень рассмотрения.

Вкратце: Как подать альтернативную апелляцию 1-го уровня

Позвоните в наш отдел обслуживания и попросите об ускоренном рассмотрении пересмотре (“fast review”) прежнего решения

с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение и попросить рассмотреть вашу апелляцию о дате выписки из больницы.

Мы сообщим вам о своем решении в течение 72 часов.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Юридический термин для «ускоренного рассмотрения» (“fast review”), или «ускоренного рассмотрения апелляции» (“fast appeal”), — это «рассмотрение апелляции, проводимое в ускоренном порядке» (“expedited appeal”).

Альтернативная апелляция 2-го уровня об изменении даты выписки из больницы

В течение 24 часов после того, как мы сообщаем вам о своем отрицательном решении по апелляции 1-го уровня, мы пересылаем вашу апелляцию в Независимую экспертную организацию (Independent Review Entity, IRE) для проведения 2-го уровня рассмотрения. Если вы считаете, что мы не уложились в этот срок или не соблюли какие-то другие сроки, вы можете подать жалобу. «Как подать жалобу» в Разделе 10 на стр. 227.

На 2-м уровне рассмотрения апелляции наше **отрицательное решение**, принятое по результатам ускоренного рассмотрения вашей апелляции, проверяет Независимая экспертная организация (Independent Review Organization). Эта организация решает, нужно ли менять наше решение.

- Независимая экспертная организация (Independent Review Entity, IRE) в ускоренном порядке изучает вашу апелляцию. Обычно эксперты дают ответ в течение 72 часов.
- Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая программой Medicare. Она не связана с нашим планом и не является государственным органом.
- Рассматривающие ваше дело сотрудники Независимой экспертной организации тщательно ознакомятся со всей информацией, имеющей отношение к вашей апелляции о выписки из больницы.
- Если Независимая экспертная организация принимает **положительное решение** по вашей апелляции, мы должны возместить вам нашу часть в оплате лечения в больнице, которое вы получили в период, начавшийся со дня планировавшейся ранее 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 принимает **отрицательное решение** по вашей апелляции, это значит, что она согласна с нашим решением о том, что запланированная дата выписки медицински обоснована.

Вкратце: Как подать альтернативную апелляцию 2-го уровня

Делать вам ничего не нужно. План автоматически пересылает вашу апелляцию на рассмотрение Независимой экспертной организации.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Вы получите письменное уведомление об этом решении Независимой экспертной организации. 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).

Или вы можете обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) штата Калифорния с просьбой провести Независимую медицинскую экспертизу (Independent Medical Review) для вашего дальнейшего пребывания в больнице. Чтобы узнать о том, как попросить DMHC о проведении независимой медицинской экспертизы, см. Раздел 5.4 на стр. 188. Вы можете попросить независимую медицинскую экспертизу в дополнение или вместо апелляции 3-го уровня.

Раздел 8: 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

В этом разделе говорится *только* о следующих видах обслуживания:

- Медицинская помощь на дому (Home health care services).
- Помощь в центре квалифицированного сестринского ухода (Skilled nursing care).
- Реабилитация, которую вы проходите амбулаторно в утвержденном 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 прекращения 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 говорится о том, как подать апелляцию.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 8.1: Мы заранее сообщаем о том, когда закончится ваше страховое покрытие

- Вы получите уведомление не позднее чем за два дня до того, как мы перестанем платить. Это называется «Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare» (*Notice of Medicare Non-Coverage*).
- Из этого письменного уведомления вы узнаете дату, начиная с которой страховое покрытие прекращается.
- Там же говорится о том, как подать апелляцию на наше решение о страховом покрытии.

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 уведомления **не** означает, что вы согласны с мнением плана о том, что пора прекратить страховое покрытие получаемой вами помощи.

После прекращения страхового покрытия мы перестаем платить за это обслуживание.

Раздел 8.2: Апелляция 1-го уровня по поводу продолжения медицинского обслуживания

Если вы считаете, что мы собираемся прекратить страховое покрытие слишком рано, вы можете подать апелляцию на наше решение. В этом разделе говорится о том, как подать апелляцию.

Прежде чем начать процедуру подачи апелляции, разберитесь, что нужно делать и каковы сроки подачи и рассмотрения таких апелляций.

- **Помните о сроках.** Соблюдать сроки очень важно. Разберитесь со сроками. Не нарушайте их. Кроме того, есть сроки, установленные для нашего плана. (Если вы считаете, что мы не уложились в установленные для нас сроки, вы можете подать жалобу. Порядок подачи жалобы описан в Разделе 10 на стр. 227.)
- **Если вам нужна помощь, обращайтесь.** Если есть вопросы или вам нужна помощь в любое время, звоните в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. Кроме того, вы можете позвонить в Программу штата по содействию получателям программы Medicare (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) по телефону (213) 383-4519. В округе Лос-Анджелес звоните по телефону 1-800-824-0780 в округе Лос-Анджелес: TTY (213) 251-7920.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Вашу апелляцию 1-го уровня рассматривает Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization). Эта организация решает, нужно ли менять решение, принятое нашим планом. В штате Калифорния Организация повышения качества называется Livanta. Связаться с компанией Livanta можно по телефону 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Информацию о подаче апелляции в Организацию повышения качества также можно найти в *Уведомлении о прекращении страхового покрытия по программе Medicare*. Это уведомление, которое вы получили с предупреждением о том, что мы прекращаем покрытие вашего лечения.

Вкратце: Как подать апелляцию 1-го уровня по поводу продолжения медицинского обслуживания

Позвоните в Организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) своего штата по телефону 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) и попросите об ускоренной апелляции (“fast-track appeal”).

Позвонить нужно, пока обслуживающее вас агентство или организация еще вас обслуживает, и до того как мы перестанем покрывать это обслуживание.

Что такое Организация повышения качества обслуживания?

Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO) — это группа врачей и других медиков. 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 того дня, который следует за днем получения вами письменного уведомления о прекращении нами страхового покрытия получаемого вами обслуживания.*
- Если вы пропустили срок подачи апелляции в Организацию повышения качества обслуживания, вы можете вместо этого подать ее непосредственно нам. Подробнее об этом способе подачи апелляции говорится в разделе 8.4 на стр. 222.
- Если Организация повышения качества обслуживания не рассматривает ваш запрос о дальнейшем покрытии оказываемых вам медицинских услуг, можете обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) штата Калифорния с просьбой провести Независимую медицинскую экспертизу (Independent Medical Review). Чтобы узнать о том, как попросить DMHC о проведении независимой медицинской экспертизы, см. Раздел 5.4 на стр. 188.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Юридический термин или письменное уведомление о прекращении страхового покрытия – это «Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare» (Notice of Medicare Non-Coverage). Чтобы получить образец экземпляра, позвоните в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня или по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает 24 часа в сутки и 7 дней в неделю. Если вы пользуетесь линией TTY, звоните по телефону 1-877-486-2048. Кроме того, образец можно найти в Интернете по адресу <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

Что происходит в Организации повышения качества обслуживания во время рассмотрения апелляции?

- Специалисты из Организации повышения качества обслуживания выясняют у вас или у 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 (Quality Improvement Organization) с объяснением того, почему нужно прекратить спорное обслуживание.
- Эксперты изучают также медицинскую карту, беседуют с вашим врачом и изучают информацию, которую им предоставил 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.

Юридическое название письма, объясняющего, почему ваше обслуживание должно прекратиться, «Подробное объяснение прекращения страхового покрытия» (“Detailed Explanation of Non-Coverage”).

Что будет, если эксперты примут положительное решение по вашей апелляции?

- Если эксперты принимают **положительное решение** по вашей апелляции, мы должны предоставлять вам страховое покрытие получаемого вами обслуживания до тех пор, пока оно остается необходимым по медицинским показаниям.

Что будет, если эксперты примут отрицательное решение по вашей апелляции?

- Если эксперты примут **отрицательное решение** по вашей апелляции, страховое покрытие спорного обслуживания прекратится в день, указанный в решении нашего плана. Мы перестанем платить за это обслуживание.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Если вы решите по-прежнему получать медицинскую помощь на дому, помощь в центре квалифицированного сестринского ухода или помощь в центре комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) после дня прекращения страхового покрытия, вы должны будете полностью оплачивать эту помощь сами.

Раздел 8.3: Апелляция 2-го уровня по поводу продолжения медицинского обслуживания

Если Организация повышения качества обслуживания дала **отрицательный ответ** на вашу апелляцию **и** вы решили по-прежнему получать помощь после прекращения ее страхового покрытия, вы можете подать апелляцию 2-го уровня.

В процессе подачи апелляции 2-го уровня Организация повышения качества обслуживания пересмотрит решение, которое она приняла по вашей апелляции 1-го уровня. Если Организация повышения качества обслуживания подтвердит свой отрицательный ответ вашей апелляции 1-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить медицинскую помощь на дому, помощь в центре квалифицированного сестринского ухода или помощь в учреждении комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), полученную *после* даты прекращения страхового покрытия, которую мы вам сообщили.

В штате Калифорния Организация повышения качества называется Livanta. Связаться с компанией Livanta можно по телефону 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Просить о 2-м уровне рассмотрения вашей апелляции 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 изучают всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.
- В течение 14 календарных Организация повышения качества обслуживания принимает решение по вашей апелляции.

Вкратце: Как подать апелляцию 2-го уровня о продлении срока покрытия получаемой вами медицинской помощи

Позвоните в Организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) своего штата по телефону 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) и попросите о проведении другого рассмотрения апелляции.

Позвонить нужно, пока обслуживающее вас агентство или организация еще вас обслуживает, и до того как мы перестанем покрывать это обслуживание.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Что будет, если экспертная организация придет к положительному решению?

- Мы должны возместить вам нашу часть в оплате услуг, которые вы получили с того дня, в который страховое покрытие должно было закончиться согласно нашему прежнему решению. Мы должны 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. Там же будет содержаться подробная информация о том, как перейти на 3-й уровень рассмотрения апелляции (на этом уровне ее рассматривает судья).
- Или вы можете обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) штата Калифорния с просьбой провести Независимую медицинскую экспертизу (Independent Medical Review) для дальнейшего покрытия оказываемых вам медицинских услуг. Чтобы узнать о том, как попросить DMHC о проведении независимой медицинской экспертизы, см. Раздел 5.4 на стр. 188. Вы можете попросить независимую медицинскую экспертизу в дополнение или вместо апелляции 3-го уровня.

Раздел 8.4: Что будет, если вы пропустите срок подачи апелляции 1-го уровня?

Если вы пропустите сроки подачи апелляций, вы сможете подать апелляции 1-го и 2-го уровней иначе: вы сможете подать альтернативные апелляции. В этом случае, однако, *первые два уровня рассмотрения апелляции отличаются.*

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Альтернативная апелляция 1-го уровня по поводу продолжения обслуживания

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 наш план заново тщательно изучает всю информацию о вашем медицинском обслуживании на дому, в центре квалифицированного сестринского ухода или об обслуживании, получаемым вами в Учреждении комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). Мы проверяем, было ли решение прекратить страховое покрытие спорного 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.

Кроме того, положительный ответ означает, что мы согласны возместить вам нашу часть в оплате услуг, которые вы получили с того дня, в который страховое покрытие должно было закончиться согласно нашему прежнему решению.

- **Если мы принимаем отрицательное решение по результатам ускоренного рассмотрения вашей апелляции**, это означает, что решение прекратить страховое покрытие спорного обслуживания было обоснованным с медицинской точки зрения. Мы прекращаем страховое покрытие в тот день, который мы указали прежде.
 - » Если вы получали обслуживание после сообщенной вам даты прекращения страхового покрытия, вам, **возможно, придется полностью оплатить полученное обслуживание.**

Вкратце: Как подать альтернативную апелляцию 1-го уровня

Позвоните в наш отдел обслуживания с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Можете попросить «об ускоренном рассмотрении даты вашей выписки из больницы».

Мы сообщим вам о своем решении в течение 72 часов.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Для того чтобы убедиться в том, что мы соблюдали все правила, принимая **отрицательное решение** по результатам быстрого рассмотрения вашей апелляции, мы должны передать вашу апелляцию в Независимую экспертную организацию (Independent Review Organization). Когда мы это делаем, это означает, что ваша апелляция автоматически переходит на 2-й уровень рассмотрения.

Юридический термин для «ускоренного рассмотрения» (“fast review”), или «ускоренного рассмотрения апелляции» (“fast appeal”), — это «**рассмотрение апелляции, проводимое в ускоренном порядке**» (“expedited appeal”).

Альтернативная апелляция 2-го уровня по поводу продолжения медицинского обслуживания

В течение 24 часов после того, как мы сообщаем вам о своем отрицательном решении по апелляции 1-го уровня, мы пересылаем вашу апелляцию в Независимую экспертную организацию (Independent Review Entity, IRE) для проведения 2-го уровня рассмотрения. Если вы считаете, что мы не уложились в этот срок или не соблюдали какие-то другие сроки, вы можете подать жалобу. Порядок подачи жалобы описан в Разделе 10 на стр. 227.

На 2-м уровне рассмотрения апелляции наше **отрицательное решение**, принятое по результатам ускоренного рассмотрения вашей апелляции, проверяет **Независимая экспертная организация (Independent Review Organization)**. Эта организация решает, нужно ли менять наше решение.

- Независимая экспертная организация (Independent Review Entity, IRE) в ускоренном порядке изучает вашу апелляцию. Обычно эксперты дают ответ в течение 72 часов.
- Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая программой Medicare. Она не связана с нашим планом и не является государственным органом.
- Рассматривающие ваше дело сотрудники Независимой экспертной организации тщательно ознакомятся со всей информацией, имеющей отношение к вашей апелляции.
- **Если эта организация принимает положительное решение по вашей апелляции**, мы должны возместить вам нашу долю в оплате услуг. Мы должны продлить наше страховое покрытие вашего обслуживания до тех пор, пока это лечение остается необходимым по медицинским показаниям.

Вкратце: Как подать апелляцию 2-го уровня о продлении срока покрытия получаемой вами медицинской помощи

Делать вам ничего не нужно. План автоматически пересылает вашу апелляцию на рассмотрение Независимой экспертной организации.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Если эта организация 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. 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).

Или вы можете обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) штата Калифорния с просьбой провести Независимую медицинскую экспертизу (Independent Medical Review) для дальнейшего покрытия оказываемых вам медицинских услуг. Чтобы узнать о том, как попросить DMHC о проведении независимой медицинской экспертизы, см. Раздел 5.4 на стр. 188. Вы можете попросить независимую медицинскую экспертизу в дополнение или вместо апелляции 3-го уровня.

Раздел 9: Апелляции уровней выше 2-го

Раздел 9.1: Что можно предпринять дальше в случае обслуживания и приспособлений, 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.

На 3-м уровне рассмотрение апелляции представляет собой слушание, которое проводится судьей по административным делам. Если вы хотите, чтобы судья по административным делам рассмотрел ваше дело, приспособление или медицинское обслуживание, о котором вы просите, не должно превышать определенный минимум. Если эта стоимость ниже установленного минимума, вы не можете подавать дополнительные апелляции. Если же стоимость достаточно высока, вы можете потребовать рассмотрения вашего дела судьей по административным делам.

Если вы не согласитесь с решением судьи, у вас будет возможность обратиться в Апелляционный совет программы Medicare (Medicare Appeals Council). После этого вы сможете обратиться с апелляцией в федеральный суд.

На любом этапе процесса рассмотрения вашей апелляции вы можете обращаться за помощью в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 9.2: Что можно предпринять дальше в случае обслуживания и приспособлений, покрываемых по программе Medi-Cal

У вас есть дополнительные возможности подать апелляцию также по поводу обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medi-Cal. Если вы не согласны с решением, принятым по результатам Независимого слушания органами штата, и хотите, чтобы вашу апелляцию рассмотрели заново, вы можете попросить проведение еще одного слушания и/или обратиться в суд.

Письменная просьба на проведение повторного слушания нужно отправить по адресу:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Послать это письмо нужно в течение 30 дней после того, как вы получили наше решение. Если у вас уважительная причина опоздания, этот окончательный срок может быть продлен до 180 дней.

В запросе нужно указать день, в который вы получили решение и основания для проведения повторного слушания. Если вы хотите представить дополнительные документы и соображения в поддержку своего запроса, нужно привести эти доводы и объяснить, почему они не были представлены раньше и почему они могут повлиять на решение по вашей апелляции. Вы можете обращаться за помощью к юристам.

Для того чтобы передать дело в суд, нужно подать заявление в Верховный суд (Superior Court) (согласно Кодексу гражданского процессуального права, Code of Civil Procedure Section 1094.5). Вы можете это сделать 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 слушание было проведено, но вы по-прежнему не согласны с решением, принятым по его результатам, вы можете обратиться в суд, но не можете требовать еще одного слушания.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Раздел 10: Как подать жалобу

В случае каких затруднений можно подавать жалобы?

Процедура подачи и рассмотрения жалоб используется только в определенных случаях. К их числу недостаточное качество помощи, время ожидания и плохое обслуживание вас как клиента плана. Ниже приведены примеры затруднений, в случае которых можно использовать процедуру подачи и рассмотрения жалоб.

Вкратце: 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 или пришлите нам жалобу письмом.

Есть различные организации, занимающиеся рассмотрением внешних жалоб. Подробнее см. в Разделе 10.2 на стр. 231.

Жалобы на качество

- Вам не нравится качество обслуживания, которое вы получили, например, в больнице.

Жалобы на соблюдение конфиденциальности

- Вы считаете, что кто-то не соблюдал ваше право на конфиденциальность или раскрыл информацию о вас, которая, по вашему мнению, должна быть конфиденциальной.

Жалобы на плохое обслуживание

- Медик 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 ограниченную доступность медицинского учреждения для лиц с ограниченными возможностями

- 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, как, например, переводчика Американского языка жестов.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Жалобы на времена ожидания

- Вам трудно договориться о времени приема у врача или вам приходится слишком долго ждать, пока вам назначат время приема.
- Врачи, аптекари, другие медики или сотрудники отдела обслуживания участников нашего плана заставили вас ждать слишком долго.

Жалобы на грязь

- Поликлиника, больница или кабинет врача кажутся вам недостаточно чистыми.

Жалобы на языковые трудности

- Во время посещения своего врача или другого лечащего вас медика вам не была предоставлена помощь переводчика.

Жалобы на трудности общения с нашим планом

- 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 выполнения планом действий, связанных с решениями о страховом покрытии или апелляциями

- Вы считаете, что мы не соблюдаем установленные сроки принятия решения о страховом покрытии или решения по апелляции.
- 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 «подать жалобу» (“making a complaint”) — это «обратиться с претензией» (“filing a grievance”).

Другие жалобы

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 ее. Если вам нужна подать внутреннюю или внешнюю жалобу, вы можете позвонить в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 10.1: Внутренние жалобы

Для того чтобы сделать внутреннюю жалобу, позвоните в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. Если ваша жалоба не касается лекарства Part D, вы можете подать ее в любое время. Жалобу нужно подавать **в течение 60 календарных дней** с момента возникновения оснований для жалобы.

- Если нужно сделать еще что-то, сотрудники отдела обслуживания вам об этом сообщат.
- 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 или если мы не укладываемся в 30-дневный срок, 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, в случае жалобы по поводу обслуживания, покрываемого по программе Medicare, мы сообщаем вам о том, что срок рассмотрения жалобы может быть продлен не более чем на 14 календарных дней. В определенных случаях у вас может быть право попросить нас 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 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 ваш случай требует срочного решения и связан с непосредственной или серьезной угрозой вашему здоровью.
- Жалобу по поводу лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D, нужно подавать в течение 60 календарных дней с момента возникновения оснований для жалобы. Срок подачи других жалоб нам, медику или учреждению составляет 180 календарных дней со дня события или действия, вызвавшего ваше недовольство.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- 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 «быстрой» 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» (“fast complaint”) — это «**рассмотрение претензии, проводимое в ускоренном порядке**» (“expedited grievance”).

Мы стараемся отвечать на жалобы незамедлительно. Если вы жалуетесь по телефону, мы можем иногда 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 принимаем решения в течение 30 календарных дней и нам нужна дополнительная информация, мы сообщаем вам об этом в письменном виде. Мы сообщаем 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 «быстрой» жалобы и рассматривается в ускоренном порядке; ответ вы получаете в течение 24 часов.
- Если вы жалуетесь на то, что мы взяли дополнительное время для рассмотрения запроса на решение о страховом покрытии, или на отказ в ускоренном рассмотрении апелляции, ваша жалоба автоматически получает статус «быстрой» жалобы и рассматривается в ускоренном порядке; ответ вы получаете в течение 24 часов.

Если мы не согласны со всей вашей жалобой или ее частью, мы вам об этом сообщим и укажем основания для нашего решения. Согласны мы с вашей жалобой или нет, мы в любом случае должны вам ответить.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Раздел 10.2: Внешние жалобы

Вы можете сообщить о своей жалобе в программу Medicare

Вы можете послать свою жалобу в программу Medicare. Бланк для жалоб в программу Medicare (Medicare Complaint Form) есть в Интернете: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Программа Medicare серьезно относится к вашим жалобам. Сообщенная вами информация будет использована для повышения качества работы программы Medicare.

Если вы хотите сообщить программе свое мнение или поставить ее в известность о своих сомнениях или если вы считаете, что наш план не решает ваши проблемы, звоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи TTY/TDD могут звонить по телефону 1-877-486-2048. Звонки бесплатные.

Вы можете сообщить о своей жалобе в программу Medi-Cal

Отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program) следит за тем, чтобы участники нашего плана получали все виды покрываемого обслуживания, которым мы должны 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 страховым планом.

Телефон отдела омбудсмена программы Cal MediConnect: 1-855-501-3077. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Вы можете сообщить о своей жалобе в Департамент управляемого медицинского обслуживания

Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) штата Калифорния регулирует работу медицинских страховых планов. Если вам нужна помощь в связи с жалобой по поводу обслуживания, покрываемого по программе Medi-Cal, вы можете позвонить в центр по работе с населением при этом департаменте (DMHC Help Center). Обратиться в департамент DMHC вы можете, если вам нужна помощь в связи с жалобой, имеющей отношение к экстренному состоянию; если вы не согласны с решением, которое план Health Net Cal MediConnect принял по вашей жалобе; если план Health Net Cal MediConnect не принял решение по вашей жалобе в течение 30 календарных дней.

Вот два способа обратиться в Help Center:

- Позвоните по телефону 1-888-HMO-2219. Если вы страдаете нарушениями речи или слуха, вы можете воспользоваться линией TDD, телефон 1-877-688-9891. Звонки бесплатные.
- Воспользуйтесь сайтом Департамента управляемого медицинского обслуживания, расположенным по адресу (<http://www.hmohelp.ca.gov>).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Вы можете подать жалобу в Отдел 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 несправдливо. 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. Если вы пользуетесь линией TDD, звоните по телефону 1-800-537-7697. Кроме того, дополнительную информацию вы можете найти на сайте <http://www.hhs.gov/ocr/office/>.

Кроме того, вы можете обратиться в местное отделение Управления по гражданским правам 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
Phone Number 1-800-368-1019
FAX 1-202-619-3818
TDD 1-800-537-7697

Кроме того, у вас могут быть права по Закону об американцах-инвалидах (The Americans with Disabilities Act) и можете обращаться к омбудсмену программы Cal MediConnect согласно Закону Унру о гражданских правах (Unruh Civil Rights Act). Телефон 1-855-501-3077.

Вы можете подать жалобу в Организацию повышения качества

Если вы жалуетесь на *качество медицинской помощи*, у вас есть еще две дополнительные возможности:

- § Вы можете, если захотите, подать жалобу по поводу качества полученной вами медицинской помощи непосредственно в Организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization), не подавая жалобу нам.
- Вы можете подать жалобу одновременно нам и в Организацию повышения качества обслуживания. Если вы подаете жалобу в эту организацию, мы будем сотрудничать с нею в процессе принятия решения по вашей жалобе.

Организация повышения качества обслуживания представляет собой группу практикующих врачей и других специалистов-медиков. Их работа оплачивается федеральным правительством. Они проверяют качество помощи лицам, имеющим программу Medicare, и способствуют повышению ее качества.

В штате Калифорния Организация повышения качества называется Livanta. Номер телефона Livanta: **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)**.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 10. Выход из нашего страхового плана, действующего по программе Cal MediConnect

Содержание

Введение	234
A. Когда вы можете выйти из нашего страхового плана, действующего по программе Cal MediConnect?	234
B. Как выйти из нашего страхового плана, действующего по программе Cal MediConnect?	235
C. Как стать участником другого плана, действующего по программе Cal MediConnect?	235
D. Вы вышли из нашего плана и не хотите быть участником другого плана, действующего по программе Cal MediConnect. Как получить обслуживание по программам Medicare и Medi-Cal?	236
Как получить обслуживание по программе Medicare	236
Как получить обслуживание по программе Medi-Cal	239
E. Пока вы остаетесь участником нашего плана по программе Cal MediConnect, вы должны получать медицинское обслуживание и лекарства через наш план	240
F. В определенных случаях вы можете быть исключены из нашего страхового плана, действующего по программе Cal MediConnect	241
G. Мы не можем просить вас выйти из нашего плана Cal MediConnect по причинам, связанным с вашим здоровьем	242
H. Если мы исключим вас из нашего плана, вы имеете право подать жалобу	243
I. Где можно найти дополнительную информацию о выходе из плана?	243

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



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 выйдете из нашего плана, вы по-прежнему останетесь участником программ Medicare и Medi-Cal равно настолько, насколько имеете право.

А. Когда вы можете выйти из нашего страхового плана, действующего по программе Cal MediConnect?

Вы можете выйти из нашего плана в любое время. 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 страховое покрытие начинает действовать в первый день следующего месяца.

Когда вы перестаете быть участником нашего плана и не выберете другой план Cal MediConnect, вы будете зачислены в план медицинского обслуживания, действующий по программе Medi-Cal, исходя из вашего выбора услуг, предоставляемых программой Medi-Cal. Существует несколько вариантов страхового покрытия по программе Medicare, которые вы можете выбрать, если решили выйти из нашего плана.

- ➔ Информация об услугах Medicare, доступных после выхода из нашего плана Cal MediConnect, приводится в таблице на стр. 236.
- ➔ Информация об услугах Medi-Cal, доступных вам после выхода из нашего плана Cal MediConnect, приводится на стр. 239.

Узнать о том, как выйти из нашего плана, можно следующим образом:

- Звоните в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.
- Позвоните в отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options) по телефону 1-844-580-7272. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Если вы пользуетесь линией для слабослышащих TTY/TDD, звоните по телефону 1-800-430-7077.
- Звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов штата Калифорния (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) по телефону 800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Подробнее или для того чтобы найти местное отделение HICAP, см. <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- Звоните в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program) по телефону 1-855-501-3077 с понедельника по пятницу с 9:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Если вы пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-855-847-7914.
- Позвоните в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (линия работает круглосуточно (24 часа) и без выходных). Если вы пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-877-486-2048.

В. Как выйти из нашего страхового плана, действующего по программе 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 отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options) по телефону 1-844-580-7272. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Если вы пользуетесь линией ТТУ/ТДД, звоните по телефону 1-800-430-7077 или
- Позвоните в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (линия работает круглосуточно (24 часа) и без выходных). Если вы страдаете нарушениями речи или слуха и пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-877-486-2048. По телефону 1-800-MEDICARE вы можете договориться также о включении в другой план медицинского или фармацевтического страхования по программе Medicare. Подробнее о том, как после выхода из нашего плана пользоваться вашими услугами Medicare, говорится в таблице, приведенной на стр. 236.

С. Как стать участником другого плана, действующего по программе 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:

- Позвоните в отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options) по телефону 1-844-580-7272. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Если вы пользуетесь линией ТТУ/ТДД, звоните по телефону 1-800-430-7077 или Скажите, что вы хотите перейти из плана Health Net Cal MediConnect в другой план, действующий по программе Cal MediConnect. Если вы не знаете, в какой план можно перейти, вам скажут, какие планы действуют там, где вы живете.

План Health Net Cal MediConnect перестанет покрывать ваше медицинское обслуживание в последний день того месяца, в который мы получили ваш запрос на переход в другой план.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



D. Вы вышли из нашего плана и не хотите быть участником другого плана, действующего по программе Cal MediConnect. Как получить обслуживание по программам Medicare и Medi-Cal?

Если вы вышли из нашего плана 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.

Как получить обслуживание по программе 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 выходите из нашего страхового плана, действующего по программе Cal MediConnect.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



1. Вы можете перейти

В страховой план по программе Medicare, например в план по программе Medicare Advantage или в Программу комплексной помощи престарелым (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), если вы имеете право на обслуживание и живете в зоне обслуживания.

Вот как это сделать:

Позвоните в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (линия работает круглосуточно (24 часа) и без выходных). Если вы пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-877-486-2048. Скажите, что вы хотите перейти в план, действующий только по программе Medicare.

Если у вас есть вопросы по Программе комплексной помощи престарелым, позвоните по телефону 1-855-921-PACE (7223).

Если вам нужна помощь или требуется дополнительная информация:

- Звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов штата Калифорния (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Подробнее или для того чтобы найти местное отделение HICAP, см. <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Вы будете автоматически исключены из плана Health Net Cal MediConnect, как только страховое покрытие начнет вам предоставлять ваш новый план.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



<p>2. Вы можете перейти</p> <p>Непосредственно в программу Medicare (обычная программа Medicare, Original Medicare) с отдельным фармацевтическим планом по программе Medicare.</p>	<p>Вот как это сделать:</p> <p>Позвоните в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (линия работает круглосуточно (24 часа) и без выходных). Если вы пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-877-486-2048.</p> <p>Если вам нужна помощь или требуется дополнительная информация:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов штата Калифорния (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Подробнее или для того чтобы найти местное отделение HICAP, см. http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Вы будете автоматически исключены из плана Health Net Cal MediConnect, как только страховое покрытие начнет вам предоставлять программа Original Medicare.</p>
--	---

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



3. Вы можете перейти

Непосредственно в программу Medicare (обычная программа Medicare, Original Medicare) без отдельного фармацевтического плана по программе Medicare.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы переходите в программу Original Medicare и не становитесь участником отдельного фармацевтического плана, действующего по программе Medicare, программа Medicare может включить вас в такой план самостоятельно. Она это не сделает, если вы откажетесь от автоматического включения в такой план.

Отказываться от фармацевтической страховки можно, только если эта страховка у вас есть от работодателя или из другого источника. Если у вас имеются вопросы о том, нуждаетесь ли в страховом покрытии лекарств, звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов штата Калифорния (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Подробнее или для того чтобы найти местное отделение HICAP, см. <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Вот как это сделать:

Позвоните в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (линия работает круглосуточно (24 часа) и без выходных). Если вы пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-877-486-2048.

Если вам нужна помощь или требуется дополнительная информация:

- Звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов штата Калифорния (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Подробнее или для того чтобы найти местное отделение HICAP, см. <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

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

Как получить обслуживание по программе Medi-Cal

После того как вы выйдете из нашего плана Cal MediConnect, вы будете зачислены в план медицинского обслуживания, действующий по программ Medi-Cal, исходя из вашего выбора. Программа Medi-Cal включает в себя долгосрочное обслуживание, поддержку и психологическую и психиатрическую помощь.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Когда вы просите о прекращении вашего участия в нашем плане Cal MediConnect, вы должны сообщить в отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options) о том, к какому плану медицинского обслуживания, действующему по программе Medi-Cal, хотите присоединиться.

- Позвоните в отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options) по телефону 1-844-580-7272. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Если вы пользуетесь линией ТТУ/TDD, звоните по телефону 1-800-430-7077 или скажите, что вы хотите перейти из плана Health Net Cal MediConnect в план, действующий по программе Medi-Cal. Если вы не знаете, в какой план можно перейти, вам скажут, какие планы действуют там, где вы живете.

После того как вы выйдете из нашего плана, вы получите идентификационную карточку участника вашего нового плана, действующего по программе Cal MediConnect, новый *Справочник участника плана* и новый *Указатель поставщиков и аптек*.

Е. Пока вы остаетесь участником нашего плана по программе Cal MediConnect, вы должны получать медицинское обслуживание и лекарства через наш план

Если вы решите выйти из плана Health Net Cal MediConnect, выход из него и начало нового страхового покрытия по программе Medicare могут занять некоторое время. Подробнее см. стр. 236. Пока вы остаетесь участником нашего плана, вы должны получать медицинское обслуживание и лекарства через наш план.

До выхода из нашего плана вы должны по-прежнему получать лекарства по рецепту в сотрудничающих с нами аптеках. *Обычно мы покрываем лекарства по рецепту, только если они приобретены в сотрудничающей с нами аптеке или через нашу службу почтовой доставки лекарств.*

Если вы госпитализированы в день вашего выхода из нашего плана, ваше пребывание в больнице до выписки обычно покрывает наш план. (даже если вас выпишут после того, как страховое покрытие медицинской помощи начнет вам предоставлять ваша новая страховка).

Г. В определенных случаях вы можете быть исключены из

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



нашего страхового плана, действующего по программе Cal MediConnect

В следующих случаях план Health Net Cal MediConnect должен исключить вас из числа своих участников:

- 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 Plan. После этого вашей медицинской страховкой станет обычная программа Medicare (Original Medicare). Если вы получаете Дополнительную помощь (Extra Help) для оплаты лекарств по программе Medicare Part D, Центры служб программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) автоматически включают вас в фармацевтический план по программе Medicare. Если позже вы снова получите право на участие в программе Medi-Cal и хотите зарегистрироваться в программе Health Net Cal MediConnect, вам нужно будет позвонить в отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options) по телефону 1-844-580-7272. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Если вы пользуетесь линией для слабослышащих TTY/TDD, звоните по телефону 1-800-430-7077. Скажите, что вы хотите вновь стать участником программы Health Net Cal MediConnect.
- Вы переезжаете из нашей зоны обслуживания.
- Вы уехали из нашей зоны обслуживания на срок, превышающий 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 на этих основаниях, центры программ Medicare и Medicaid по оказанию услуг уведомят нас об этом. Если вы не отвечаете этим требованиям, мы должны исключить вас из списка участников плана.

Если у вас нет права оставаться участником в программе Medi-Cal дальше или обстоятельства

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



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 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, придется вас исключить 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 (Inspector General).

G. Мы не можем просить вас выйти из нашего плана Cal MediConnect по причинам, связанным с вашим здоровьем

Если вам кажется, что вас попросили выйти из нашего плана по причине, связанной с состоянием вашего здоровья, вам нужно позвонить в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Если вы пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-877-486-2048. Линия работает круглосуточно (24 часа) и без выходных.

- Вам следует позвонить также в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program) по телефону 1-855-501-3077. с понедельника по пятницу с 9:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Если вы пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-855-847-7914.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Н. Если мы исключим вас из нашего плана, вы имеете право подать жалобу

Если мы исключим вас из нашего плана, мы должны будем в письменном виде сообщить вам причины этого своего решения. Кроме того, мы должны будем объяснить, как вы можете подать жалобу на наше решение об исключении вас из нашего плана. О том как подать жалобу, говорится в главе 9 этого справочника.

I. Где можно найти дополнительную информацию о выходе из плана?

Если у вас есть вопросы или если вам нужна дополнительная информация о том, когда мы можем исключить вас из плана:

- Звоните в отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.
- Позвоните в отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options) по телефону 1-844-580-7272. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Если вы пользуетесь линией TTY/TDD, звоните по телефону 1-800-430-7077 или
- Звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов штата Калифорния (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) по телефону 1- 800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Подробнее или для того чтобы найти местное отделение HICAP, см. <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- Звоните в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program) по телефону 1-855-501-3077 с понедельника по пятницу с 9:00 часов утра до 5:00 часов вечера. Если вы пользуетесь линией TTY, звоните по телефону 1-855-847-7914.(TTY: 1-855-847-7914).
- Позвоните в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (линия работает круглосуточно (24 часа) и без выходных). Если вы пользуетесь линией TTY, звоните по телефону 1-877-486-2048.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 11. Предусмотренные законом уведомления

Содержание

A. Уведомление о применимом законодательстве	245
B. Уведомление о недопущении дискриминации	245
C. Уведомление о том, что программа Medicare платит второй, а программа Medi-Cal платит последней	246
D. Уведомление о предпринятых действиях	246
E. Ответственность третьей стороны	247
F. Независимость сотрудничающих с планом медиков и учреждений	247
G. Мошенничество в отношении медицинского страхового плана	247
H. Действия плана Health Net в форс-мажорных обстоятельствах	248
I. Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности	248

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



А. Уведомление о применимом законодательстве

Этот *Справочник участника плана* составлен в соответствии с 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. Никто не имеет права обращаться к вам по-другому из-за вашего возраста, практики выплаты страхового покрытия, цвета кожи, вероисповедания, этнической принадлежности, доказательств страховой приемлимости, пола, генетической информации, географического положения, состояния здоровья, истории болезни, умственной или физической недееспособности, национального происхождения, расы, религии или секса. Если вы хотите пожаловаться на дискриминацию, позвоните в Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights), телефон 1-800-368-1019. Если вы пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-800-537-7697. Кроме того, дополнительную информацию вы можете найти на сайте <http://www.hhs.gov/ocr>.

Все компании и агентства, сотрудничающие с программами Medicare и Medi-Cal должны соблюдать законы. Никто не имеет права обращаться к вам по-другому из-за вашего возраста, практики выплаты страхового покрытия, цвета кожи, вероисповедания, этнической принадлежности, доказательств страховой приемлимости, пола, генетической информации, географического положения, состояния здоровья, истории болезни, умственной или физической недееспособности, национального происхождения, расы, религии или секса

Health Net Cal MediConnect:

- Предоставляет бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями для эффективного общения с нами, например, с помощью опытных переводчиков кинетической речи или письменной информации других форматов (крупная печать, доступные электронные или другие форматы).
- Предоставляет бесплатное языковое обслуживание с помощью квалифицированных переводчиков и переводом информации, написанной на других языках тем, чей основной язык не является английским.

Если вы нуждаетесь в этих услугах, обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



Если вы считаете, что сотрудники программы Health Net Cal MediConnect не смогли предоставить вам этих видов обслуживания или подвергли вас дискриминации, например, за вашу расу, цвет кожи, национальное происхождение, возраст, ограниченные возможности или пол, вы имеете право подать на них жалобу. Для подачи жалобы вы можете позвонить вышеприведенным номерам телефонов и попросить о помощи. Центр помощи клиентам программы Health Net Cal MediConnect всегда к вашим услугам.

Кроме того, вы можете подать жалобу о нарушении своих гражданских прав в Министерство здравоохранения и социальных служб США или в Управление по вопросам гражданских прав в электронном виде через портал по подаче жалоб Управления по вопросам гражданских прав о нарушении гражданских прав: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> или 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).

Формы для подачи жалоб можно найти на сайте <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.htm>

С. Уведомление о том, что программа Medicare платит второй, а программа Medi-Cal платит последней

В некоторых случаях за покрываемое нами обслуживание должен платить другой человек или другая организация. 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 оплату медицинского обслуживания потерпевших. Мы предпринимаем все возможные усилия к тому, чтобы программа Medi-Cal была последним плательщиком, покрывающим ваше медицинское обслуживание.

D. Уведомление о предпринятых действиях

Мы должны сообщать вам об отказе в страховом покрытии определенного обслуживания, о его прекращении или изменении. В этих случаях мы должны присылать вам Уведомление о предпринятых действиях (Notice of Action, NOA). Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать в наш план апелляцию. В случае обслуживания, покрываемого по программе Medi-Cal, вы можете одновременно потребовать проведения слушания органами штата (State Hearing). Если вы хотите проведения Независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR), вам в большинстве случаев нужно вначале подать апелляцию в наш план. Всеми этими способами разрешения конфликтов с планом вы пользуетесь бесплатно.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Е. Ответственность третьей стороны

Необходимость в медицинском обслуживании может возникнуть в связи с действиями третьей стороны. В таких случаях третья сторона может нести ответственность за свои действия и выплачивать определенные суммы. Эти суммы могут быть деликтной ответственностью третьей стороны, выплатой по страховке от несчастных случаев, компенсацией пострадавшим на рабочем месте или страховой защитой от незастрахованных автомобилистов. План Health Net не требует от пострадавших от действий третьей стороны возмещать из таких выплат расходы плана на медицинское обслуживание. План Health Net сообщает, однако, о таких случаях в Департамент здравоохранения (DHCS) и помогает департаменту добиваться соблюдения права штата на возмещение. Участники плана обязаны помогать плану Health Net и департаменту DHCS добиваться необходимого возмещения.

Ф. Независимость сотрудничающих с планом медиков и учреждений

Отношения компании Health Net с любым медиком или медицинским учреждением представляют собой отношения с независимым подрядчиком. Сотрудничающие с компанией медики и медицинские учреждения не являются ни сотрудниками, ни представителями компании Health Net. Компания Health Net и ее сотрудники не являются ни сотрудниками, ни представителями сотрудничающего с планом медика или медицинского учреждения. Ни при каких обстоятельствах компания Health Net не несет ответственность за халатность, ошибки и невнимательность как сотрудничающих, так и не сотрудничающих с ней медиков и медицинских учреждений. Отношения врач-пациент с участником плана поддерживают сотрудничающие с компанией Health Net медики, но не сама компания. Компания Health Net не оказывает медицинскую помощь.

Г. Мошенничество в отношении медицинского страхового плана

Мошенничество в отношении медицинского страхового плана определяется как злонамеренный обман плана или введение его в заблуждение поставщиком медицинских услуг, клиентом, сотрудником или любым лицом, действующим от их имени. Мошенничество преследуется как уголовное преступление. Любое лицо, сознательно и преднамеренно участвующее в совершении любых действий, направленных на совершение мошенничества по отношению к медицинскому страховому плану путем подачи страхового требования, содержащего ложные или искаженные сведения, виновно в мошенничестве по отношению к медицинскому страховому плану.

Если у вас вызывают сомнения позиции в счете или в Объяснении страхового покрытия (Explanation of Benefits), если вам известно о чьей-либо незаконной деятельности или вы подозреваете кого-либо, позвоните нам по горячей линии для сообщений о мошенничествах, телефон 1-800-977-3565. Горячая линия для сообщений о мошенничествах работает круглосуточно (24 часа) и без выходных. Все звонки строго конфиденциальны. 1-800-977-3565. Горячая линия для сообщений о мошенничествах работает круглосуточно (24 часа) и без выходных. Все звонки строго конфиденциальны.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Н. Действия плана Health Net в форс-мажорных обстоятельствах

Если стихийные бедствия, войны, беспорядки, акции гражданского неповиновения, эпидемии, полное или частичное разрушение медицинских учреждений, ядерные взрывы и другие случаи неконтролируемого высвобождения ядерной энергии, болезнь значительной части медиков или другие подобные форс-мажорные обстоятельства приводят к неспособности сотрудничающих с компанией Health Net учреждений и сотрудников оказывать услуги или предоставлять страховое покрытие, предусмотренные *этим справочником*, обязательства компании Health Net по предоставлению таких услуг и видов страхового покрытия ограничиваются требованием того, чтобы компания Health Net прилагала надлежащие усилия для выполнения таких обязательств с учетом имеющихся ограничений на доступность медицинских учреждений и их сотрудников.

I. Уведомление о правилах соблюдения 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 ВНИМАТЕЛЬНО.

Действительно с 14 августа 2017 г.

Настоящее Уведомление объясняет вам, каким образом компания Health Net** (ниже “мы” или “План”) может собирать, использовать и раскрывать защищенную информацию о вашем здоровье, и то, какие права есть у вас в отношении защищенной информации о вашем здоровье и лечении. “Защищенная медицинская информация” — это информация о вас, включающая демографические сведения, относительно которых есть основания полагать, что они могут быть использованы 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.

**Это Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности распространяется также на участников, застрахованных в любых компаниях, являющимися дочерними предприятиями компании Health Net:

Health Net of California, Inc., Health Net Life Insurance Company, Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Managed Health Network, LLC, and Health Net Community Solutions, Inc. Rev. 06/05/2017

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Обязанности поставщиков медицинского обслуживания:

Компания Health Net является поставщиком медицинского обслуживания и ее деятельность регулируется Законом об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), принятым в 1996 г. В соответствии с законом от компании Health Net требуется обеспечение конфиденциальности вашей защищенной медицинской информации (PHI), предоставить вам это Уведомление о наших юридических обязанностях и правилах конфиденциальности, связанных с вашей PHI, соблюдать условия Уведомления, имеющее в настоящее время юридическую силу, сообщать вам о нарушении конфиденциальности вашей медицинской информации.

В Уведомлении приводится описание того, как мы можем использовать и раскрывать защищенную информацию о вашем здоровье. Кроме того, в нем описаны ваши права на доступ, изменение и управление вашим PHI и способы осуществления 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.

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 своевременно пересматривает это Уведомление и рассылает новый его вариант участникам плана всегда, когда существенно меняется характер использования или раскрытия информации, ваши прав или наши обязанности, другие правила соблюдения конфиденциальности, приведенные в этом уведомлении. Самый последний вариант Уведомления можно найти на сайте компании Health Net.

Внутренняя защита устной, письменной и электронной медицинской информации (PHI):

План Health Net защищает информацию о вашем здоровье (PHI). У нас достаточно способов обеспечения 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 защиту информации 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 технологию, которая не позволяет случайным людям получить доступ к информации о вашем здоровье.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Допустимое использование и раскрытие информации о вашем PHI:

Ниже приводится список того, как мы можем использовать или раскрывать информацию о вашем PHI без вашего разрешения:

- **Лечение** - Мы можем использовать или раскрывать информацию о вашем PHI врачу или другому представителю здравоохранения, лечащему вас. Это нам необходимо для координации вашего лечения между медиками и медицинскими учреждениями и принятия предварительных решений относительно вашего страхового покрытия.
- **Оплата** - Мы можем использовать или раскрывать информацию о вашей PHI для того чтобы производить страховые выплаты за медицинское обслуживание, оказываемое вам. Мы можем использовать или раскрывать информацию о вашей PHI представителям медицинского страхового плана или другому поставщику услуг, соблюдающему федеральные правила конфиденциальности для достижения своих целей по платежам. Виды деятельности, связанные с оплатой, включают в себя обработку претензий, определение приемлемости или страховое покрытие за претензии, выдачу счетов за страховые премии, обзор услуг по медицинской необходимости и оценку рассматриваемых претензий.
- **Взаимные расчеты в сфере здравоохранения** - Мы можем использовать или раскрывать информацию о вашем PHI в ходе выполнения взаимных расчетов в сфере здравоохранения. Эти виды деятельности включают в себя обслуживание клиентов, ответы на жалобы и апелляции, управление делом и координация медицинской помощи, анализ претензий с точки зрения медицины и другие виды деятельности по оценке и улучшению качества. Кроме того, в процессе взаимных расчетов мы можем раскрыть вашу конфиденциальную медицинскую информацию (PHI) своим деловым партнерам, так как у нас есть с ними соглашения, содержащие условия для защиты конфиденциальности вашей PHI. Мы можем раскрыть информацию о вашей PHI другому поставщику услуг, соблюдающему федеральные правила конфиденциальности, который сотрудничает с вами в сфере здравоохранения, по оценке и улучшению оказываемых услуг, обзору компетенции или квалификации медицинских работников, управлению делом и координации медицинского обслуживания, обнаружению или предотвращению мошенничества и злоупотреблений в области здравоохранения.
- **Групповой медицинский страховой план/ Раскрытие планом информации о PHI спонсорам** – Мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию спонсору коллективного плана медицинского страхования, например, вашему работодателю или другому юридическому лицу, предоставляющему вам медицинское страхование в том случае, если спонсор согласится на определенные ограничения по использованию или раскрытию конфиденциальной медицинской информации (например, согласие на неиспользование конфиденциальной медицинской информации для действий или решений, связанных с занятостью.)

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Другие случаи разрешенного или обязательного раскрытия информации о вашей PHI:

- **Поиски финансирования** – Мы можем использовать и раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию для поиска финансирования, например, благотворительными и аналогичными организациями. Если мы свяжемся с вами по поводу использования вашей информации для поиска финансирования, мы дадим вам возможность запретить или прекратить такие сообщения в будущем.
- **Решение вопросов страхования** – Мы можем использовать и раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию для решения вопросов страхования, например, для принятия решений по применимости страхования или по запросам на страхование. Когда мы используем вашу конфиденциальную медицинскую информацию для решения вопросов страхования, нам запрещено использовать или раскрывать такую защищенную медицинскую информацию, как генетическая информация.
- **Напоминание о назначениях / Альтернативы лечения** - Мы можем использовать и раскрыть вашу конфиденциальную медицинскую информацию для того чтобы напомнить вам о назначении лечения и медицинском обслуживании в рамках нашего плана или предоставить вам информацию относительно альтернативах лечения или других льгот, связанных с вашим здоровьем (например, информация о том, как бросить курить или потерять здоровье).
- **Требования законодательства** - Если федеральные законы, законы штата и/или местные законы требуют использования или раскрытия вашей конфиденциальной медицинской информации до той степени, в которой использование или раскрытие информации соответствует таким законам и ограничивается требованиями этих законов. Если два или более законов или правил, регулирующих одно и то же использование или раскрытие информации, противоречат друг другу, мы будем соблюдать законы или правила, которые имеют сравнительно большую ограничительную силу.
- **Деятельность органов общественного здравоохранения** - Мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию органам общественного здравоохранения, если она необходима им для предупреждения или контроля заболеваний, травм, случаев инвалидности и т. п. Мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию представителям Управления по контролю за продуктами и лекарствами (Food and Drug Administration, FDA) для того чтобы обеспечить качество, безопасность или эффективность продуктов или услуг, производимых или оказываемых под юрисдикцией Управления по контролю за продуктами и лекарствами.
- **Жертвы жестокого обращения и халатности** - Мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию представителям местного или федерального государственно органа или государственно органа штата, включая социальные службы или службы охраны личной безопасности. Законы дают им право получать такую информацию, если у нас есть достаточно оснований полагать, что в семье есть случаи злоупотребления, халатности и насилия.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Судебное и административное разбирательство** -Мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию в процессе судебного или административного разбирательства, а также в ответ на постановление суда, административного трибунала или в ответ на вызов в суд, ордер, запрос на выдачу документов или аналогичный юридический запрос.
- **Правоприменительные органы** - Мы можем раскрывать вашу соответствующую конфиденциальную медицинскую информацию представителям правоприменительных органов, когда это требуется в ответ постановление суда, судебный ордер, повестку в суд или повестку, выданную судебным чиновником, или повестку в суд большого жюри. Кроме того, мы можем раскрывать вашу соответствующую конфиденциальную медицинскую информацию с целью идентификации или обнаружения подозреваемого, беглого и важного свидетеля или человека пропавшего без вести.
- **Коронеры, судебно-медицинские эксперты и уполномоченные похоронных бюро**
 - Мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию коронеру
 - следователю, ведущему дело о насильственной или внезапной смерти или судебно-медицинскому эксперту. Возможно, это пригодится для установления причины смерти.Мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию коронерам и директорам похоронных бюро в той мере, в которой это необходимо им для выполнения своих обязанностей.
- **Доноры органов, глаз и тканей** -Мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию представителям организаций или предприятий, занимающихся закупкой, консервацией или трансплантацией трупных органов, глаз или тканей.
- **Угрозы здоровью и безопасности** -Мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию, если считаем с благими намерениями, что использование или раскрытие информации необходимо для того чтобы предотвратить или уменьшить серьезную или непосредственную угрозу здоровью или безопасности человека или общественности.
- **Специальные функции правительства**- Если вы служите в рядах Вооруженных Сил США, мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию по требованию военного командования. Кроме того, мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию уполномоченным официальным лицам федеральной национальной безопасности и разведки, Государственного департамента. Это делается для определения медицинской пригодности и для службы личной безопасности президента или других уполномоченных лиц.
- **Компенсация за травмы и заболевания, полученные на работе (Workers' compensation)** -Мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию для того чтобы соблюдать законы, касающиеся компенсаций за травмы и заболевания, полученных на работе или другие аналогичные программы, предусмотренные законодательством. Они обеспечивают страховое покрытие для травм или болезней, связанных с работой вне зависимости от того, виновен ли рабочий или нет.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Экстренное состояние (Emergency Situations)** – Мы можем раскрывать вашу конфиденциальную медицинскую информацию в чрезвычайной ситуации или в том случае, если вы недееспособны или ваша семья, близкий друг, уполномоченный агентства по оказанию помощи в случае стихийных бедствий или любое другое лицо, которого вы указали своим близким человеком, не могут найти вас. Мы используем профессиональные суждения и навыки для того чтобы определить, соответствует ли раскрытие информации вашим наилучшим интересам. Если раскрытие информации отвечает вашим наилучшим интересам, мы можем раскрывать только ту часть вашей конфиденциальной медицинской информации, которая имеет непосредственное отношение к участию врача в вашем лечении.
- **Заключенные** - Если вы являетесь заключенным исправительного учреждения или находитесь под опекой должностного лица правоприменительных органов, мы можем отправить вашу конфиденциальную медицинскую информацию в исправительное учреждение или должностному лицу правоприменительных органов. Эта информация будет полезна для того чтобы учреждение могло предоставлять вам медицинское обслуживание и защищало ваше здоровье и обеспечивало вашу безопасность, или здоровье и безопасность других, или безопасность исправительного учреждения.
- **Исследования** - При определенных обстоятельствах мы можем вашу конфиденциальную медицинскую информацию исследователям, когда их клинические исследования одобрены и где обеспечение конфиденциальности и защиты вашей информации гарантируется.

Использование и раскрытие информации о вашей PHI, требующее письменного предоставления права на доступ

За исключением редких случаев, мы обязаны получать у вас письменное разрешение для использования вашей защищенной медицинской информации в следующих целях:

Продажа защищенной медицинской информации –Мы запрашиваем ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей защищенной медицинской информации перед любым ее раскрытием, которое может рассматриваться как продажа такой информации. Это значит, что раскрытую информацию нам оплачивают.

Маркетинг–Мы запрашиваем ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей защищенной медицинской информации для маркетинга. Существует ограниченное число исключений, таких как, например, личное общение с вами по вопросам маркетинга или предложение вам рекламных образцов по номинальной цене.

Заметки психотерапевта – Мы запрашиваем ваше письменное разрешение на использование или раскрытие любых заметок вашего психотерапевта. Существует ограниченное число исключений, таких как, например, раскрытие содержания этих заметок для определенного лечения, оплаты услуги или для управления медицинской деятельностью.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Права участников плана

Вы имеете следующие права относительно вашей конфиденциальной медицинской информации: Если вы хотите воспользоваться любым из следующих прав, обращайтесь к нам, пользуясь информацией в конце этого Уведомления.

- **Право на отмену авторизации** - Вы имеете право отменить свою авторизацию в любое время. Авторизацию можно отменить только в письменном виде. Аннулирование войдет в силу немедленно за исключением случаев, когда мы уже приняли меры в зависимости от авторизации до получения от вас отзыва в письменном виде.
- **Право требовать ограничения** - У вас есть право на требование ограничений на использование и раскрытие вашей защищенной медицинской информации для лечения, оплаты или взаимных расчетов за медицинское обслуживание, а также для ее раскрытия членам вашей семьи или близким друзьям, принимающим участие в вашем лечении или оплате вашего лечения. В своем запросе вы должны четко указать, к кому именно 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 для вашего экстренного лечения. Однако мы будем ограничивать использование или раскрытие вашей защищенной медицинской информации для платежей или взаимных расчетов за медицинское обслуживание с медицинским страховым планом после того, как вы полностью оплатили обслуживание или приспособление из своего кармана.
- **Право на требование конфиденциальной связи** - У вас есть право требовать от нас обмениваться информацией по поводу вашей PHI альтернативными способами или на альтернативных местах. Это право применяется только в случае, если информация может поставить вашу жизнь под угрозу и если она не передается альтернативными методами или на альтернативном месте, как вы хотите. Вы не обязаны объяснять причину вашего запроса, но вы должны заявить, что эта информация может угрожать вашей жизни, если средства связи или место ее обмена не изменится. Мы должны удовлетворить вашу просьбу в том случае, если она разумна и есть возможность найти альтернативные способы или место, куда ваша конфиденциальная медицинская информация должна быть доставлена.
- **Право на доступ и получение копии вашей PHI** - Вы имеете право посмотреть или получить копию вашей конфиденциальной медицинской информации, содержащейся в определенном наборе записей. Для этого могут быть определенные исключения. Вы можете потребовать от нас выдать копии в других форматах, нежели фотокопии. Мы предоставим запрошенный вами формат даже в том случае, если у нас нет возможности сделать этого. Вы должны прислать нам письменный запрос для того чтобы получить доступ к вашей конфиденциальной медицинской информации. Если на ваш запрос мы ответим отказом, вы получите письменное объяснение его причин. В письме будет указано также, можно ли пересмотреть наше решение, и как нас попросить о пересмотре.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Право вносить поправки или изменения в вашу конфиденциальную медицинскую информацию (PHI)** -Вы имеете право потребовать от нас внесения поправок или изменений в вашу конфиденциальную медицинскую информацию, если вы считаете, что она содержит неправильную информацию. Ваш запрос должен оформлен письменно и в письме должно быть разъяснено, почему в эту информацию следует вносить поправки. Мы можем отклонить ваш запрос по тем причинам, что, например, мы не внесли еще в память компьютера ту информацию, в которую вы хотите вносить поправки или тот наш сотрудник, кто создал 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 в письме с нашим решением, и мы приложим ваше заявление к вашей конфиденциальной медицинской информации (PHI), к которому вы просите внести изменения. Если вы примем ваш запрос о внесении поправок в информацию, мы проинформируем других, в том числе людей, которых вы называете, об этих поправках и об их включении в информацию, которая будут раскрываться в будущем.
- **Право на получение отчетов о случаях раскрытия информации** -Вы имеете право получить список случаев раскрытия нами или нашими бизнес-партнерами информации о вашей PHI за последние 6 лет. Это не распространяется на раскрытие информации в целях лечения, оплаты, взаимных расчетов за медицинское обслуживание или раскрытия информации, которое вы разрешили и на некоторые другие виды деятельности. Если просите отчет более одного раза за 12-месячный период, мы можем взимать с вас плату с учетом затрат за наш ответ на эти дополнительные запросы. Мы предоставим Вам более подробную информацию о наших тарифах на момент вашего запроса.
- **Право на получение копии данного уведомления** -вы можете потребовать в любое время копии нашего Уведомления, пользуясь списком контактной информации в конце Уведомления. Если вы получите это Уведомление на нашем сайте или электронной почтой (имейл), вы имеете право также потребовать бумажную копию этого Уведомления.
- **Право на подачу жалобы** - Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность нарушены, или что мы нарушили, можете подать жалобу на нас письменно или по телефону, пользуясь контактной информацией в конце Уведомления. Кроме того, участники программы Medi-Cal могут обратиться с жалобой в Департамент здравоохранения штата Калифорния (Department of Health Care Services), адрес которого приводится в следующем разделе.

Кроме того, вы можете подать жалобу в письменном виде министру здравоохранения и социальных служб США или в Управление по вопросам гражданских прав по следующему адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 или позвонив по телефону: 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989), или через портал www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



ЗА ОБРАЩЕНИЕ С ЖАЛОБОЙ МЫ НЕ ПРИМЕМ ПРОТИВ ВАС НИКАКИЕ МЕРЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ.

Важная информация.

Если у вас возникнут вопросы по этому Уведомлению, нашей практике по обеспечению конфиденциальности или о том, как пользоваться вашими правами, можете обращаться нам письменно, по телефону, пользуясь контактной информацией в конце Уведомления.

Отдел по обеспечению конфиденциальности программы Health Net

Attn: Privacy Official

Box 9103

Van Nuys, CA 91409

Телефон: 1-800-522-0088

Факс: Факс: 1-818-676-8314 P.O.

Электронная почта: Privacy@healthnet.com

Если вы считаете, что мы не защитили вашу конфиденциальность как участника программы Medi-Cal и хотите подать жалобу, вы можете сделать это, позвонив или написав по адресу:

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 (TTY:TDD: 1-877-735-2929)

Эл. почта: Privacyofficer@dhcs.ca.gov

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ФИНАНСОВОЙ ИНФОРМАЦИИ

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ, КАКИМ ОБРАЗОМ ВАША **ФИНАНСОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ** МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ИЛИ РАСКРЫТА И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОЧИТАЙТЕ ВНИМАТЕЛЬНО.

Мы стремимся хранить конфиденциальность вашей личной финансовой информации. В этом Уведомлении “персональная информация” означает информацию об участнике плана или кандидата на получение страхового покрытия за медицинское обслуживание. 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:

- Мы получаем из текстов заявлений или других форм такую информацию, как ваше имя, адрес, возраст, медицинская информация и номер карточки социального обеспечения;
- Информация о ваших банковских операциях с нашим планом, дочерними предприятиями и другими лицами например, по выплате страховой премии, истории претензий, а также
- Информации из отчетов о клиентах.

Порядок раскрытия информации: Мы не раскрываем персональную финансовую информацию о участниках или бывших получателях плана какой бы то ни было третьей стороне за исключением тех случаях, требуемых или разрешаемых 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 неаффилированным 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 неаффилированным компаниям, выполняющим наши заказы, включая отправку рекламных сообщений от имени нашей компании.

Конфиденциальность и безопасность: Мы обеспечиваем физические, электронные и процедурные гарантии в соответствии с применимыми стандартами штата и федеральными стандартами для того чтобы защитить вашу личную финансовую информацию от таких рисков, как потеря, уничтожение или неправильное 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 об этом уведомлении:

Звоните по бесплатному телефону на обратной стороне вашей идентификационной карточки или обращайтесь в программу Health Net по телефону 1-800-522-0088.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 12. Определения важных терминов

Повседневная деятельность (Activities of daily living, ADL). Действия, которые люди обычно выполняют в течение дня, например, еда, использование туалета, одевание, мытье, чистка зубов.

Оплата обслуживания в период ожидания (Aid paid pending). Вы можете получать покрываемое спорное обслуживание в то время, когда вы ожидаете решения по вашей апелляции 1-го уровня или решения по результатам слушания органами штата (State Hearing) (см. Главу 9). Страховое покрытие этого обслуживания называется оплатой обслуживания в период ожидания (Aid paid pending).

Амбулаторный хирургический центр (Ambulatory surgical center). Учреждение, в котором пациентам, не нуждающимся в больничном лечении и в лечении длительностью больше 24 часов, делают амбулаторные операции.

Апелляция: Способ подать возражение на предпринятое нами действие, если оно кажется вам ошибочным. Апелляция — это способ попросить нас поменять свое решение о страховом покрытии. Подробно об апелляциях и о том, как их подавать, см. в Главе 9.

Психическое здоровье: Общий термин, включающий психические нарушения и лекарственную или наркотическую зависимость.

Фирменное лекарство (Brand name drug). Лекарство по рецепту, которое производится и продается фармацевтической компанией, проводившей разработку и исследования этого лекарства. Фирменные лекарства имеют тот же состав, что и аналоги-дженерики этого лекарства. Лекарства-дженерики изготавливаются другими компаниями.

Программа Cal MediConnect. Программа, позволяющая одному плану предоставлять страховое покрытие одновременно по программам Medicare и Medi-Cal. Участникам планов, действующих по этой программе, нужна только одна идентификационная карточка участника для всех льгот.

Координатор медицинского обслуживания (Care coordinator). Координатор медицинского обслуживания — это человек, который совместно с вами, страховым планом и лечащими вас медиками работает над тем, чтобы вы получали нужные вам лечение и уход.

Дополнительные услуги по плану медицинского обслуживания (Care Plan Optional Services, CPO Services). Дополнительные услуги, которые вы можете при необходимости получить по своему индивидуальному плану медицинского обслуживания (Individualized Care Plan, ICP). Эти услуги не заменяют длительное обслуживание, покрываемое по программе Medi-Cal, которое было утверждено в вашем случае.

План медицинского обслуживания (Care plan). См. «Индивидуальный план медицинского обслуживания».

Группа медицинского обслуживания (Care team). См. «Группа комплексного медицинского обслуживания».

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Период покрытия в чрезвычайной ситуации (Catastrophic coverage stage). Период в страховом покрытии лекарств по программе Part D, во время которого план полностью оплачивает ваши лекарства. Этот период начинается после того, как общая сумма ваших собственных расходов на лекарства достигнет \$5000 и продолжается до конца года.

Центры служб программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Федеральное агентство, управляющее деятельностью программы Medicare. В Главе 2 объясняется, как вы можете связаться с CMS.

Службы помощи взрослым по месту жительства (CBAS). Программа амбулаторной помощи в учреждениях, совмещающих квалифицированный сестринский уход, социальное обслуживание, лечение, уход, обучение семьи больного или ухаживающего за ним лица, диетологические услуги, транспортные и другие услуги. Получать обслуживание по этой программе могут лица, соответствующие определенным критериям.

Жалоба. исьменное или устное заявление о том, что у вас возникло затруднение или сомнение в покрываемом обслуживании. Это включает сомнения относительно качества помощи и качества работы сотрудничающих с нами медиков, медицинских учреждений и аптек. Официальным термином для «подачи жалобы» является «обращение с претензией» (“filing a grievance”).

Центр комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF). Учреждение, которое главным образом проводит реабилитацию пациентов после болезни, несчастного случая или серьезной операции. Помимо прочих, к числу таких услуг относятся физиотерапия, лечебная физкультура, социальная и психологическая реабилитация, дыхательная терапия, эрготерапия (восстановление двигательных навыков), лечение речевых нарушений и оценка соответствия жилья потребностям пациента.

Доплата (Copayment или Copay). Фиксированная сумма, которую вы платите всякий раз, когда получаете лекарства по рецепту. Например, вам может быть нужно доплатить за лекарство по рецепту \$2 или \$5.

Участие в оплате (Cost sharing). Сумма, которую вы должны платить, когда получаете определенные лекарства по рецепту. Один из вариантов участия в оплате — это доплата.

Уровень участия в оплате (Cost sharing tier): Уровень участия в оплате определяет размер доплаты за лекарство. Для каждого лекарства из *Перечня покрываемых лекарств* определен один из трех уровней вашего участия в оплате.

Решение о страховом покрытии (Coverage decision). Решение о том, какие покрываемые услуги («benefits») мы будем покрывать. Это могут быть решения о покрываемых лекарствах и услугах и о сумме, которую мы готовы уплатить за определенное обслуживание. В главе 9 объясняется, как вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии.

Покрываемые лекарства: Термин, который мы используем для обозначения всех лекарств по рецепту, для которых наш план предоставляет страховое покрытие.

Покрываемое обслуживание: Общий термин, который мы используем для обозначения всех покрываемых нашим планом медицинских услуг, длительного обслуживания, принадлежностей, приспособлений и лекарств по рецепту и без рецепта.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Суточное участие в оплате (Daily cost sharing rate). Эта величина, которая используется для расчета доплаты за лекарство, выписанное на срок менее месяца. Суточное участие клиента плана в оплате лекарства рассчитывается как месячная доплата за лекарство, разделенная на число дней, на которое лекарство выписано. Пример: Пусть доплата за количество лекарства, необходимое для приема в течение месяца составляет \$1,20. В месяце 30 дней. Тогда ваше суточное участие в оплате лекарства составляет \$0,04. Это значит, что, получая лекарство в аптеке, вы платите по \$0,04 за количество лекарства, которое принимаете в течение одного дня.

Департамент здравоохранения штата Калифорния (Department of Health Care Services, DHCS): Департамент правительства штата Калифорния, который руководит работой программы Medicaid (в Калифорнии она называется программа Medi-Cal) в штате Калифорния. В этом справочнике название этого департамента часто заменяется на слово «штат».

Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC): Государственный департамент штата Калифорния, регулирующий работу медицинских страховых планов. Департамент DMHC помогает людям, включенным в программу Cal MediConnect, с апелляциями и жалобами по поводу обслуживания, покрываемого по программе Medi-Cal. Кроме того, департамент DMHC проводит независимые медицинские экспертизы (Independent Medical Review, IMR).

Исключение из плана (Disenrollment): Процесс вашего выхода из нашего плана. Выход из страхового плана может быть добровольным (по вашему решению) или принудительным (независимо от вашего решения).

Медицинское оборудование длительного пользования (Durable medical equipment, DME). Определенные приспособления, которые ваш врач выписывает вам для использования в собственном доме. К таким приспособлениям относятся: инвалидные коляски, костыли, ортопедические матрасы, диабетические принадлежности, больничные койки, заказанные поставщиком для использования в домашних условиях, инфузионные насосы IV, устройства для речевой генерации, кислородное оборудование и принадлежности, ингаляторы и ходунки.

Экстренное состояние (Emergency). Состояние, при котором вы или любой разумный человек, не имеющий медицинского образования, имеет основания считать, что ваши симптомы требуют немедленной медицинской помощи и что в противном случае возможны смерть, потеря части тела или потеря функции части тела. Это может быть серьезная травма или сильная боль.

Экстренная помощь (Emergency care). Покрываемое обслуживание оказанное в экстренном физическом или психическом состоянии медиком или медицинским учреждением, имеющим право оказывать экстренную помощь.

Исключение (Exception). Разрешение на получение страхового покрытия лекарства, которое мы обычно не покрываем, или отмена определенных правил и ограничений, действующих в случае какого-то лекарства.

Дополнительная помощь (“Extra Help”). Программа, которая входит в программу Medicare. Помогает людям с ограниченными средствами и доходами платить за лекарства по рецепту, покрываемые по программе Medicare Part D. Другое название этой программы «Субсидия для лиц с низким доходом» (“Low-Income Subsidy,” LIS).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Лекарство-дженерик (Generic drug). Лекарство по рецепту, которое федеральное правительство разрешило использовать вместо фирменного лекарства. Лекарства-дженерики имеют тот же состав, что и фирменные лекарства. Обычно они действуют так же хорошо, как фирменные лекарства, но стоят меньше.

Претензия (Grievance). Жалоба на сотрудничающего с нами медика или на сотрудничающую с нами аптеку. Обратиться с претензией можно также на качество помощи.

Программа консультирования и защиты прав клиентов медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) (программа SHIP штата Калифорния). Программа, которая предоставляет бесплатные объективные консультации по вопросам, касающимся программы Medicare. В Главе 2 объясняется, как вы можете связаться с программой HICAP.

Страховой план. Организация, работающая с врачами; больницами; аптеками; организациями, предоставляющими длительное обслуживание; психологами и психиатрами и другими медиками и поставщиками. Кроме того, в нем есть координаторы медицинского обслуживания, помогающие организовывать все ваше медицинское обслуживание. Они совместно работают над тем, чтобы вы получали нужную вам помощь.

Оценка состояния здоровья (Health risk assessment). Анкета, позволяющая узнать о предшествующих заболеваниях пациента и о его текущем состоянии. Она используется для того, чтобы узнать, каково состояние здоровья участника плана и как оно может измениться в будущем.

Медицинская сиделка (Home health aide). Лицо, предоставляющее помощь, для оказания которой не требуются навыки лицензированной медицинской сестры или врача. Это может быть, например, уход (купание, походы в туалет, одевание, помощь в выполнении назначенных вам упражнений и т. д.). У сиделки нет лицензии медицинской сестры; она не лечит.

Хоспис. Программа обслуживания и поддержки, предназначенная для облегчения жизни смертельно больных людей. Окончательный диагноз означает, что ваша болезнь неизлечима и вам осталось жить шесть месяцев или меньше. Выбрать хосписное обслуживание может участник плана, у которого окончательный диагноз и ему осталось жить не более шести месяцев. 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 учреждений, оказывающих хосписную помощь неподалеку от места его проживания.

Неуместное или несоответствующее выставление счета. Когда медик или медицинское учреждение взимает с вас больше, чем установленное планом, это считается неуместным или несоответствующим выставлением счета. Предъявляйте свою идентификационную карточку участника плана Health Net Cal MediConnect, когда вы получаете обслуживание или лекарства по рецепту. Если вы получили непонятный счет, позвоните в наш отдел обслуживания.

Вы ничего не должны доплачивать, так как план Health Net Cal MediConnect оплачивает полную стоимость обслуживания, получаемое вами. Медики или медицинское учреждения не должны выставлять ничего за это обслуживание.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Независимая медицинская экспертиза (Independent Medical Review, IMR). Если мы отказали вам в медицинском обслуживании или лечении, вы можете направить нам апелляцию. В случае несогласия с нашим решением вы можете попросить Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care) штата Калифорния провести независимую медицинскую экспертизу. Экспертизу проводят врачи, не сотрудничающие с нашим страховым планом. Если решение по IMR будет в вашу пользу, мы должны предоставить вам, обслуживание или лечение, которое вы просите. Независимая экспертиза проводится бесплатно.

Индивидуальный план медицинского обслуживания (Individualized Care Plan, ICP, или «план медицинского обслуживания»). План обслуживания, которое вы будете получать, и то, каким образом вы его будете получать. Ваш план обслуживания может включать медицинское обслуживание, психиатрическую, психологическую или наркологическую помощь и длительное обслуживание.

Начальный период страхового покрытия (Initial coverage stage). Период, когда расходы на лекарства Part D достигают \$5,000. При расчете ваших расходов учитываются суммы, которые вы уплатили; суммы, уплаченные за вас и субсидия лицам с низким доходом. Этот период начинается для вас с первого в новом году приобретения лекарства по рецепту. В течение этого периода мы платим за лекарства свою часть, а вы платите свою.

Стационарное лечение (Inpatient). Лечение в больнице, если вы были официально приняты в больницу для получения квалифицированной медицинской помощи. Если вы не были официально приняты в больницу в качестве стационарного пациента, вы можете считаться амбулаторным пациентом, даже если вы провели в больнице ночь.

Группа комплексного медицинского обслуживания (Interdisciplinary Care Team, ICT, или группа медицинского обслуживания). Группа, включающая ваших врачей и медицинских сестер, консультантов и других медиков, оказывающих вам помощь. Кроме того, группа медицинского обслуживания вместе с вами составляет план медицинского обслуживания.

Перечень покрываемых лекарств (List of Covered Drugs, Drug List). Перечень лекарств по рецепту, для которых наш план предоставляет страховое покрытие. Составлять этот перечень плану помогают врачи и фармацевты. Из Перечня лекарств можно узнать, распространяются ли на ваши лекарства какие-то правила. Перечень лекарств иногда называется по-английски «formulary».

Длительное обслуживание (Long-term services and supports, LTSS). Длительное обслуживание включает услуги, которые позволяют облегчить хроническое состояние. Большинство этих услуг призваны помочь вам жить дома, вместо того чтобы ложиться в больницу или в центр сестринского ухода. В предоставлении длительного обслуживания участвуют Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multi-Purpose Senior Services Program, MSSP), Службы помощи взрослым по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS), учреждения сестринского ухода (Nursing Facilities, NF) и учреждения для лечения подострых состояний (Sub-Acute Care Facilities, SCF).

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Субсидия лицам с низким доходом (Low-income subsidy, LIS). См. «Дополнительная помощь» (“Extra Help”).

Программа Medi-Cal. 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 и длительное обслуживание. Эта программа оплачивает услуги и лекарства, не покрываемые по программе Medicare. О том как связаться с программой Medi-Cal, говорится в Главе 2.

Планы по программе Medi-Cal. Планы, которые покрывают только то обслуживание («бенефиты»), страховое покрытие которых предоставляется по программе Medi-Cal. К числу таких льгот относятся, например, длительное обслуживание, медицинское оборудование и транспорт. Обслуживание, покрываемое по программе Medicare, отличается от того, которое покрывается по программе Medi-Cal.

Медицинская группа (Medical Group). Медицинская группа — группа работающих вместе врачей первичного обслуживания (врачей PCP), врачей-специалистов и других медиков, которые заключили договор для сотрудничества с нашим планом.

По медицинским показаниям (Medically necessary). Это значит, что обслуживание, приспособления или лекарства нужны вам для предупреждения, диагностики или лечения болезни или для того, чтобы предотвратить ухудшение вашего состояния. Обслуживание, принадлежности и лекарства должны отвечать требованиям стандартов медицинской помощи. Когда мы говорим о наличии медицинских показаний, это относится ко всем покрываемым видам обслуживания, необходимым для спасения жизни, предупреждения серьезной болезни или инвалидности или 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 в последней стадии почечной недостаточности (обычно это необратимая потеря функции почек, при которой требуется проведение диализа или пересадка почки). Люди, имеющие программу Medicare, могут получать страховое покрытие медицинских услуг по программе Medicare различными способами: по обычной программе Medicare (Original Medicare, т. е. без страхового плана) или по плану управляемого медицинского обслуживания (см. «Страховой план»).

Обслуживание, покрываемое по программе Medicare. Услуги, страховое покрытие которых предоставляется по программам Medicare Part A и Part B. Все медицинские страховые планы, действующие по программе Medicare, в том числе наш план, должны предоставлять страховое покрытие всех услуг, покрываемых по программам Medicare Part A и B.

Участник программ Medicare-Medi-Cal (Medicare-Medi-Cal enrollee или Dual Eligible). Лицо, имеющее право на страховое покрытие по программам Medicare и Medicaid одновременно. Людей, получающих страховое покрытие по программам Medicare и Medi-Cal одновременно иногда называют «лицами, имеющими право на обе программы» (“dual eligible beneficiary”).

Программа Medicare Part A. Программа, действующая в рамках программы Medicare и покрывающая большую часть обслуживания в больнице, центре квалифицированного сестринского ухода, медицинское обслуживание на дому и хосписное обслуживание.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Программа Medicare Part B. Программа, действующая в рамках программы Medicare и покрывающая обслуживание (такое как анализы, операции и посещения врача) и приспособления (например, инвалидные коляски и ходунки). Страховое покрытие предоставляется только при наличии медицинских показаний. Кроме того, программа Medicare Part B покрывает многие виды профилактического обслуживания и диспансеризации.

Программа Medicare Part C. Программа, действующая в рамках программы Medicare и позволяющая страховой компании предоставлять страховое покрытие по программе Medicare в форме плана Medicare Advantage.

Программа Medicare Part D. Программа, действующая в рамках программы Medicare и предоставляющая страховое покрытие лекарств по рецепту. (Коротко 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 и Medicare Part B и Medi-Cal. Страховое покрытие по плану Health Net Cal MediConnect включает страховое покрытие по программе Medicare Part D.

Лекарства по программе Part D. Лекарства, покрываемые по программе Part D. Некоторые группы 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, у которого есть 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Справочник участника плана и условия предоставления страхового покрытия (Member Handbook and Disclosure Information). Тот документ вместе с вашей формой участника плана, который вы сейчас читаете, и любые дополнения и приложения к нему. Этот документ определяет ваше страховое покрытие, что должны делать мы, каковы ваши права и что вы должны делать как клиент нашего плана.

Отдел обслуживания клиентов. Отдел нашего плана, который отвечает за работу с участниками плана и отвечает на вопросы участников плана об их статусе, покрываемых услугах, жалобах и апелляциях. О том как связаться с нашим отделом обслуживания клиентов, говорится в Главе 2.

Концепция обслуживания (Model of care). Концепция обслуживания включает много разных элементов. Она определяет схему управления медицинской помощью. Она позволяет вашей группе медицинского обслуживания предоставлять вам именно ту помощь, в которой вы нуждаетесь. Концепция обслуживания включает участников вашей группы медицинского обслуживания. В нее входят также методы, помогающие им работать. В число методов входит анкетирование. Анкеты содержат вопросы о вашем здоровье. Ваши ответы помогают вашей группе медицинского обслуживания совместно с вами составлять ваш индивидуальный план медицинского обслуживания и устанавливать вам совместно с вашей группой медицинского обслуживания задачи вашего индивидуального плана медицинского обслуживания, составленного вами совместно с вашей группой медицинского обслуживания. Эти задачи помогают вам поддерживать свое здоровье в как можно лучшем состоянии. Кроме того, вы и ваша группа медицинского обслуживания изучаете ход выполнения поставленных задач.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP). Программа, предоставляющая обслуживание на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Services, HCBS) в качестве альтернативы госпитализации в центр сестринского ухода. Право на обслуживание по этой программе имеют лица, которым уже исполнилось 65 лет, имеющие инвалидность и включенные программу Medi-Cal.

Сотрудничающая с планом аптека (Network pharmacy). Аптеки, которые согласились 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 медик или медицинское учреждение (Network provider): Врачи, медицинские сестры и другие люди, оказывающие вам медицинскую помощь. Это также больницы, агентства ухода на дому, поликлиники и другие учреждения, в которых медики оказывают медицинскую, психиатрическую и психологическую помощь. Кроме того, к ним относятся поставщики медицинского оборудования и организации, в которых можно получить длительное обслуживание. У этих медиков и учреждений есть сертификат программы Medicare и штата на оказание медицинских услуг. Когда мы говорим, что медики или учреждения сотрудничают с планом, мы имеем в виду, что они согласились с нами сотрудничать, принимают нашу оплату их труда и не берут с участников нашего плана дополнительную плату. Покрываемое планом обслуживание следует получать у тех медиков и у тех медицинских учреждений, которые с нами сотрудничают. Медики или учреждения, сотрудничающие с планом также «поставщика плана» (“plan providers”).

Центр сестринского ухода (Nursing home or facility). Учреждение, в котором ухаживают за людьми, не нуждающимся в лечении в больнице, но не способными лечиться дома.

Омбудсмен (Ombudsman). Учреждение, действующее в вашем штате и помогающее вам решать проблемы с нашим планом. Помощь омбудсмана предоставляется бесплатно.

Решение о страховом покрытии обслуживания (Organization determination). Решение плана о страховом покрытии, т. е. о том, предоставит ли она страховое покрытие обслуживания или сколько за покрываемые услуги или принадлежности будете платить вы. В английской версии этого документа решение о страховом покрытии обслуживания называется "coverage decision". В Главе 9 объясняется, как вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии.

Программа Original Medicare (обычная программа Medicare (traditional Medicare), или программа Medicare со сдельным способом оплаты труда медиков (fee-for-service Medicare)). Программу Original Medicare вы получаете непосредственно от государства, без участия страхового плана. По программе Original Medicare, услуги по программе Medicare оплачиваются врачам, больницам и другим медикам и медицинским учреждениям по расценкам, установленным Конгрессом. Вы можете обращаться к любому врачу и к любому другому медику, в любую больницу и в любое другое медицинское учреждение, если такой медик или учреждение принимает оплату по программе 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 вам не нравится наш план, вы можете перейти в программу Original Medicare.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Не сотрудничающая с планом аптека (Out-of-network pharmacy). Аптека, у которой нет с нашим планом договора о предоставлении участникам нашего плана покрываемых планом лекарств. Обычно мы не оплачиваем лекарства, приобретенные в не сотрудничающих с нами аптеках. Исключения возможны только при определенных условиях.

Не сотрудничающий с планом медик (Out-of-network provider) или Не сотрудничающее с планом медицинское учреждение (Out-of-network facility). Медики и медицинские учреждения из числа не сотрудничающих с планом не являются работниками плана, не принадлежат ему, не находятся под его руководством и не имеют с планом договора о предоставлении участникам плана покрываемых этим планом услуг. Об использовании услуг медиков и медицинских учреждений, не сотрудничающих с планом, говорится в Главе 3 этого справочника.

Ваши собственные расходы (Out-of-pocket costs). Ваша часть в оплате обслуживания и лекарств. См. выше определение термина «участие в оплате».

Программа Part A. См. «Программа Medicare Part A».

Программа Part B. См. «Программа Medicare Part B».

Программа Part C. См. «Программа Medicare Part C».

Программа Part D. См. «Программа Medicare Part D».

Лекарства по программе Part D. См. «Лекарства по программе Part D».

Врач первичного обслуживания (врач PCP): Врач или другой медик или учреждение, который лечит вас от большинства болезней. Он следит за тем, чтобы вы получали помощь, которая поможет вам сохранить здоровье. Он может обсуждать ваше лечение с другими врачами и медиками и давать вам направление к другим медикам. Во многих планах, действующих по программе Medicare, вы должны получить направление у своего врача первичного обслуживания, прежде чем обращаться к любому другому медику. О том как получать помощь у своего врача первичного обслуживания, см. в Главе 3.

Предварительное разрешение (Prior authorization). Разрешение, которое нужно получать, прежде чем мы начнем покрывать определенные виды обслуживания или определенные лекарства. Страховое покрытие некоторых медицинских услуг, оказываемых сотрудничающими с планом медиками, предоставляется, только если ваш врач или другой медик получит перед их оказанием разрешение нашего плана. Покрываемые услуги, для получения которых требуется вначале получить наше разрешение, отмечены в Таблице страховых выплат, приведенной в главе 4. Страховое покрытие некоторых лекарств предоставляется, только если вы вначале получили наше разрешение. Покрываемые лекарства, перед получением которых нужно обращаться за разрешением плана, отмечены в *Перечне покрываемых лекарств*.

Комплексная программа медицинского обслуживания престарелых (Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Plans). Программа, по которой людям в возрасте 55 лет и старше, нуждающимся для проживания дома в высоком уровне помощи, предоставляется страховое покрытие одновременно по программам Medicare и Medi-Cal.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Протезы и ортопедические стельки Ваш врач или другой поставщик услуг в сфере здравоохранения заказывает эти медицинские устройства. К категории покрываемых приспособлений относятся: ручные, спинные и шейные ортезы; протезы; искусственные глаза и устройства, необходимые для замены внутренней части тела или функции, включая приспособления для стомы, энтеральное и парентеральное лечебное питание, но ими не ограничивается.

Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO). Это группа врачей и других медиков. Задача организации состоит в повышении качества медицинской помощи людям, имеющим программу Medicare. Их работу оплачивает федеральное правительство. Они проверяют качество помощи лицам, имеющим программу Medicare, и способствуют повышению качества обслуживания. О том как связаться с Организацией повышения качества обслуживания (QI) вашего штата, говорится в Главе 2.

Количественные ограничения Для некоторых лекарств мы ограничиваем количество, которое вы можете получать. Ограничения могут распространяться на количество лекарства, которое мы покрываем по одному рецепту.

Реабилитация. Лечение, позволяющее вам восстановиться после болезни, несчастного случая или серьезной операции. О реабилитации говорится в Главе 4.

Услуга Географическая зона, в пределах которой должны проживать клиенты плана, если план этого требует. В случае планов, которые требуют от своих клиентов обращаться только к определенным врачам и в определенные больницы, зона обслуживания обычно совпадает с зоной, в пределах которой вы получаете обычную (не экстренную) помощь. Только лица, проживающие в нашей зоне обслуживания, могут стать участником плана Health Net Cal MediConnect.

Участие в оплате. Ваша часть в оплате медицинского обслуживания. Эти выплаты вам может быть нужно делать каждый месяц до начала страхового покрытия по программе Cal MediConnect. Размер вашего участия в оплате обслуживания зависит от вашего дохода и ваших средств.

Центр квалифицированного сестринского ухода (Skilled nursing facility, SNF). Центр сестринского ухода, в котором квалификация сотрудников и имеющееся оборудование позволяют оказывать квалифицированную сестринскую помощь. Кроме того, в таких центрах оказывают также квалифицированную реабилитационную помощь и другое связанное с квалифицированным уходом медицинское обслуживание.

Помощь в центрах квалифицированного сестринского ухода Квалифицированная сестринская помощь и реабилитация, непрерывно и ежедневно предоставляемые в центре квалифицированного сестринского ухода. К числу услуг, предоставляемых в таких центрах, относятся, помимо прочих, физиотерапия, лечебная физкультура и внутривенные инъекции, которые может делать только дипломированная медицинская сестра или врач.

Специалист. Врач, который лечит определенные болезни или определенный орган.

Долгосрочный запрос: Ваш запрос о получении информационных материалов как участника плана в определенном формате (например, крупная печать или доступный ПДФ-формат) или на языке, на котором вы говорите, с тем, чтобы дальше не беспокоить программу Health Net Cal MediConnect с запросами или телефонными звонками. Ваш долгосрочный запрос сохранится в вашей записи до тех пор, пока не вы не попросите изменить его.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.



Слушание органами штата Если ваш врач или другой лечащий вас медик просит предоставить вам обслуживание или приспособление по программе Medi-Cal, которое мы отказались покрывать или покрытие которого решили прекратить, вы можете потребовать слушания органами штата. Если решение по результатам слушания органами штата будет в вашу пользу, мы должны предоставить вам запрошенное обслуживание.

Поэтапное лечение (Step therapy). Правило, требующее от больного, прежде чем мы начнем покрывать лекарство, которое он хочет принимать, вначале попробовать лечиться другим лекарством.

Дополнительный доход по социальному обеспечению (Supplemental Security Income, SSI). Сумма (льгота), которую Департамент социального обеспечения (Social Security) ежемесячно выплачивает инвалидам, слепым и лицам в возрасте 65 лет и старше, имеющим ограниченные средства и доходы. Льготы SSI — это не то же самое, что льготы социального обеспечения.

Неотложная помощь. Помощь, необходимая при внезапно развившейся болезни, травме или состоянии, если экстренная помощь не требуется, но нужно как можно скорее обратиться к врачу. Если обратиться к медиками или в учреждения, которые с нами сотрудничают, временно невозможно, эту помощь можно получать у медиков и в учреждениях, которые с нами не сотрудничают.

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmedicconnect.



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).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល 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).

СПРАВОЧНИК УЧАСТНИКА ПЛАНА Health Net Cal MediConnect

ЗВОНИТЕ	1-855-464-3571 Звонки по этому телефону бесплатные. Сотрудники отвечают на звонки с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Тем, у кого английский не родной язык, в отделе обслуживания предоставляются бесплатные услуги устных переводчиков.
TTY	711 (Коммутаторная служба США). Звонки по этому телефону бесплатные. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование. Эта линия предназначена только для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Звонки по этому телефону бесплатные с 8 часов утра до 8 часов вечера, с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня.
ФАКС	1-800-281-2999
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422
САЙТ	www.healthnet.com/calmediconnect

С вопросами обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8 часов утра до 8 часов вечера с понедельника по пятницу. После работы, в выходные или праздничные дни вы можете оставить сообщение. На ваш звонок ответят в течение следующего рабочего дня. Звонки бесплатные. **Дополнительную информацию** можно найти на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.

