

Инструкция по обеспечению непрерывности обслуживания

Отдел обеспечения непрерывности обслуживания плана Health Net помогает получать управляемое медицинское обслуживание без перерыва в покрытии, если у вас есть право на страховое покрытие непрерывности обслуживания.

Инструкция по подаче запроса

1 Чтобы запросить это покрытие, заполните форму запроса об обеспечении непрерывности обслуживания на странице 2.

- Для каждого поставщика услуг, в отношении которого подается запрос, необходимо заполнить отдельную форму запроса об обеспечении непрерывности обслуживания плана Health Net.
- Ваш поставщик услуг может сам заполнить форму запроса об обеспечении непрерывности обслуживания, чтобы помочь вам. **Примечание.** Запрос не будет одобрен, если вы не заполните форму запроса об обеспечении непрерывности обслуживания.

2 Отправьте форму по факсу или по почте.

Отправьте все формы по факсу в отдел обеспечения непрерывности обслуживания плана Health Net на номер 1-866-295-4780.

Или отправьте форму в приложенном конверте с предоплаченной доставкой по адресу:

Health Net Continuity of Care Dept.
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103

3 За помощью обращайтесь в отдел обслуживания участников плана Health Net.

Звоните, если у вас возникли проблемы с заполнением формы или вопросы о порядке подачи запроса. Отдел обслуживания участников плана Health Net: 1-800-675-6110 (TTY: 711). Звонки бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных.

После подачи запроса

Получив форму запроса об обеспечении непрерывности обслуживания, мы закрепим за вами медсестру — координатора обслуживания, которая изучит ваши потребности в медицинском обслуживании. После получения заполненной формы мы сообщим вам об этом по телефону и/или почте.

Каждый запрос об обеспечении непрерывности обслуживания рассматривается с учетом следующих факторов:

- страховое покрытие плана;
- применимые правила штата;
- наличие медицинских показаний;
- клинические потребности.

Форма запроса об обеспечении непрерывности обслуживания

Тип запроса: ☐ Неотложный ☐ Экстренный ☐ Стандартный

Отправьте заполненную форму по факсу: 1-866-295-4780

Сегодняшняя дата: _____

Необходимо заполнить все поля формы, чтобы избежать задержек в ее обработке. Заполняйте печатными буквами.

Пациент (фамилия, имя, инициал второго имени (MI)):	Телефон для связи с пациентом:	Идентификационный (ID) номер участника плана Health Net:
Адрес пациента (улица, город, почтовый индекс (ZIP)):		
Врач первичного обслуживания пациента:		Дата рождения пациента (мм/дд/гггг):

Вам могут разрешить продолжить пользоваться услугами вашего врача, не сотрудничающего с планом Health Net. Мы рассмотрим запрос с учетом вашего страхового покрытия непрерывности обслуживания.

Причины подачи запроса об обеспечении непрерывности обслуживания.	
Мои медицинские потребности включают следующее (отметьте все применимое):	
☐ Запланированная процедура/операция ☐ Острое состояние ☐ Тяжелое хроническое состояние ☐ Болезнь в терминальной стадии ☐ Беременность и послеродовой период	☐ Уход за новорожденным от рождения до достижения возраста 36 месяцев (не более 12 месяцев с начала действия страхового покрытия для нового зарегистрированного участника) ☐ Прием у специалиста ☐ Психологическая и психиатрическая помощь для матерей (не более 12 месяцев с постановки диагноза или окончания беременности в зависимости от того, что наступит раньше)
Имя и фамилия врача, услугами которого пациент желает продолжать пользоваться:	
Адрес врача (улица, город, почтовый индекс (ZIP)):	
Телефон врача: ()	

(продолжение на следующей странице)

Идентификационный номер (ID) налогоплательщика врача (если применимо):	Национальный идентификатор поставщика услуг (NPI) врача (если применимо):
Диагноз пациента:	Код услуги (CRT), необходимой пациенту:
Дата следующего назначенного приема:	Причина приема:
Пациент посещал врача не менее одного раза за прошедшие 12 месяцев? ☐ Да ☐ Нет	
Опишите, почему пациенту нужна помощь с текущим медицинским обслуживанием. Укажите виды услуг, о которых он просит.	
Подпись пациента или имя и фамилия сотрудника плана Health Net, принявшего запрос:	

Отправьте заполненную форму в план Health Net

Пациенты могут попросить врача внести их данные.

Почтовый адрес:

Health Net Continuity of Care Dept.
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103

Или отправьте по факсу:

1-866-295-4780

Звоните, если у вас есть вопросы

Если у вас есть вопросы, звоните в отдел обслуживания участников плана Health Net:

1-800-675-6110 (TTY: 711). Звонки бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных
www.healthnet.com

Health Community Solutions, Inc., 21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367

Компания Health Net Community Solutions, Inc., является дочерней организацией компаний Health Net, LLC, и Centene Corporation. Health Net — это зарегистрированный знак обслуживания компании Health Net, LLC. Все права защищены.

FRM1643301RC01w (7/24)

Компания Health Net соблюдает применимые законы штата и федеральное законодательство по защите гражданских прав и не допускает дискриминации, не отказывает в обслуживании и не меняет отношение к людям на основании расовой принадлежности, цвета кожи, страны происхождения, возраста, ограниченных психических и физических возможностей, пола (в том числе беременности, сексуальной ориентации и гендерной самоидентификации), религии, социального и этнического происхождения, заболеваний, генетической информации, семейного положения и гендера.

Компания Health Net:

- бесплатно предоставляет вспомогательные средства и услуги лицам с ограниченными возможностями для обеспечения эффективной коммуникации с нами, в том числе:
 - услуги квалифицированного сурдоперевода;
 - печатные материалы в других форматах (крупный шрифт, аудиозапись, специальные электронные форматы и т. д.);
- бесплатно предоставляет услуги перевода лицам, для которых английский язык не является родным, в том числе:
 - услуги квалифицированного устного перевода;
 - материалы в письменном виде на других языках.
 - Если вам нужны эти услуги, звоните в контактный центр для клиентов Health Net по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711) круглосуточно и без выходных.

По запросу этот документ можно получить напечатанным шрифтом Брайля, крупным шрифтом, на аудиокассете или в электронной форме. Чтобы получить его в одном из таких альтернативных форматов, звоните или пишите:

Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

Контактный центр для клиентов 1-800-675-6110 (TTY: 711)

Коммутаторная служба штата California 711

Если вы считаете, что компания Health Net не предоставила вам эти услуги или иным образом подвергла вас дискриминации по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, страны происхождения, возраста, пола (в том числе беременности, сексуальной ориентации и гендерной самоидентификации), ограниченных психических и физических возможностей, религии, социального и этнического происхождения, заболеваний, генетической информации, семейного положения либо гендера, вы можете подать претензию координатору по соблюдению требований Раздела 1557.

Вы можете подать претензию лично, по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь в подаче претензии, обратитесь к **координатору по соблюдению требований Раздела 1557**.

- По телефону. Звоните 855-577-8234 (TTY: 711)
- По факсу: 1-866-388-1769
- В письменной форме. Напишите и отправьте письмо по адресу: Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631

В электронной форме. Отправьте электронное письмо по адресу:

SM_Section1557Coord@centene.com Данное уведомление опубликовано на сайте Health Net: https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html

Кроме того, вы можете подать жалобу на нарушение гражданских прав в Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения штата California по телефону, в письменной или электронной форме:

- По телефону. Звоните 916-440-7370. Если у вас есть нарушения речи или слуха, звоните на номер 711.
- В письменной форме. Заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413.

Формы жалоб опубликованы по адресу:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- В электронной форме. Отправьте электронное письмо по адресу: CivilRights@dhcs.ca.gov

Кроме того, вы можете подать жалобу на нарушение гражданских прав в Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социального обеспечения США, в электронном виде через портал для подачи жалоб этого Управления <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, по почте или по телефону:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Формы жалоб опубликованы по адресу: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

English: If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم 1-800-675-6110 (TTY: 711) تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, զանգահարեք 1-800-675-6110 (TTY: 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារព្រឹត្តិការណ៍ខ្នាតធំៗមានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

Chinese: 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如无障碍 PDF 和大字版文档。这些服务免费为您提供。

Farsi: اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس‌پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

Hindi: यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

Japanese: ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໃດໆບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buatc Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian: Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

Tagalog: Kung ikaw o ang taong tinutulongan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyang ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

Ukrainian: Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1 800 675 6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.