

Исправления к документу

Справочник участника плана/Объем страховой ответственности плана
Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
2017 г.

Ноябрь 2017 г.

Уважаемый участник плана!

Это важные сведения об изменениях в страховом покрытии по плану Health Net Cal MediConnect Plan.

Мы уже прислали Вам «Справочник участника плана» («Объем страховой ответственности плана», ЕОС). В нем объясняется, какое страховое покрытие есть у участников нашего плана. Сейчас вы читаете исправления к этому справочнику. Из них Вы узнаете об изменениях в страховом покрытии, которое получают участники плана Health Net Cal MediConnect Plan. Эти изменения приведены ниже. **Сохраните это письмо: оно может Вам понадобиться в будущем.**

Изменения в ЕОС/«Справочнике участника плана»

Где в «Справочнике участника плана» на 2017 г. находится исправленный текст	Было	Стало	Что это значит для Вас
Глава 4, стр. 85, раздел D, «Таблица покрываемого обслуживания», подзаголовок «Немедицинский транспорт»	Страховое покрытие немедицинского транспорта предоставляется, если поездка нужна для получения необходимой медицинской помощи. Этот транспорт включает: легковой автомобиль, такси и другие виды общественного и частного транспорта.	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. Покрываемый транспорт включает: легковой автомобиль, такси и	Это изменение уточняет, какие транспортные услуги мы сейчас покрываем. Кроме того, на некоторые виды обслуживания бывает нужно заранее получать разрешение.

	<p>Страховое покрытие ограничено неограниченными бесплатными поездками в одну сторону за год.</p>	<p>другие виды общественного и частного транспорта.</p> <p>Число покрываемых поездок туда и обратно не ограничено. В зависимости от обслуживания может быть нужно заранее получить разрешение.</p>	
<p>Глава 4, стр. 100, раздел E, «Обслуживание, покрываемое помимо плана Health Net Cal MediConnect», обслуживание, покрываемое стоматологической программой Medi-Cal Dental Program</p>	<p>Расходы за лечение зубов покрываются страховыми выплатами программы Denti-Cal. 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 программы Denti-Cal с платными услугами, вы можете получать страховые выплаты за лечение своих зубов через план по лечению зубов.</p>	<p>Страховое покрытие стоматологической помощи предоставляется по принципу fee-for-service (система оплачивает работу медиков по сделному принципу); система страхового покрытия стоматологического обслуживания называется Denti-Cal. Узнать подробности и найти зубного врача, принимающего страховку Denti-Cal, можно по линии обслуживания клиентов системы Denti-Cal, телефон 1-800-322-6384 (если вы пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-800-735-2922). Звонки бесплатные. Представители стоматологической программы, действующей по программе Medi-Cal, отвечают на вопросы с</p>	<p>Это изменение уточняет сведения о системе Denti-Cal. Кроме того, изменение поясняет, что участники нашего плана, проживающие в округе Сакраменто или Лос-Анджелес, могут получать страховое покрытие также по планам управляемого стоматологического обслуживания.</p>

	<p>Кроме программы Denti-Cal с платными услугами, вы можете получать страховые выплаты за лечение своих зубов через план по лечению зубов. Планы по лечению зубов доступны в округе Лос-Анджелес. Узнать о стоматологических планах, найти подходящий вам план или поменять план можно в отделе выбора медицинской страховки (Health Care Options), телефон 1-844-580-7272 (если вы пользуетесь линией ТТУ/TDD, звоните по телефону 1-800-430-7077). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки бесплатные.</p>	<p>понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Кроме того, подробности есть на сайте программы Denti-Cal, расположенном по адресу http://www.denti-cal.ca.gov.</p> <p>Если вы живете в округе Сакраменто или Лос-Анджелес, то можете получать страховое покрытие также по планам управляемого стоматологического обслуживания. Узнать о стоматологических планах, найти подходящий вам план или поменять план можно в отделе выбора медицинской страховки (Health Care Options), телефон 1-800-430-4263 (если вы пользуетесь линией TDD, звоните по телефону 1-800-430-7077). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки бесплатные.</p>	
--	---	---	--

Вам ничего не нужно делать в связи с этим письмом, но мы советуем вам его сохранить. Оно может вам понадобиться в будущем. С вопросами обращайтесь к нам по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711). Линия работает 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.

План Health Net Community Solutions, Inc. действует по договорам с программами Medicare и Medi-Cal. Страхование покрытие медицинского обслуживания участники плана получают по обеим программам.

You can get this information for free in other languages. Call 1-855-464-3571 (TTY: 711), Monday through Friday, 8:00 a.m. to 8:00 p.m. The call is free.

بإمكانك الحصول على هذه المعلومات مجاناً بلغات أخرى. الرجاء الاتصال على 1-855-464-3571 (الهاتف النصي (TTY: 711)، وذلك من الإثنين إلى الجمعة، من 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً. هذه المكالمات مجانية.

Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս տեղեկությունն այլ լեզուներով: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00 a.m.-ից 8:00 p.m.-ը: Չանգն անվճար է:

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងភាសាផ្សេងទៀតនេះ។ ហៅទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រវេលាម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8:00 ល្ងាចហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

您可免費獲得本資訊的其他語言版本。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00。上述電話均為免費。

این اطلاعات را میتوانید بطور مجانی به زبانهای دیگر دریافت کنید. به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) مابین دوشنبه تا جمعه، مابین ساعات 8:00 صبح تا 8:00 عصر تلفن کنید. این تلفن رایگان است.

본 정보를 무료로 다른 언어로 받을 수 있습니다. 주중(월-금) 오전 8:00 시에서 오후 8:00 시 사이에 1-855-464-3571 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 통화는 무료입니다

Эти сведения вы можете бесплатно получить в переводе на другие языки. Позвоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Puede obtener esta información en otros idiomas en forma gratuita. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Maaari ninyong makuha nang libre ang impormasyong ito sa iba pang mga wika. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag.

Quý vị có thể nhận thông tin này miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. Xin gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711), thứ Hai đến thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối. Cuộc gọi miễn phí.

План Health Net Cal MediConnect соблюдает применимые федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, страны происхождения, возраста, инвалидности и пола. Отношение плана Health Net Cal MediConnect к своим участникам не зависит от их расы, цвета кожи, страны происхождения, возраста, инвалидности и пола.

План Health Net Cal MediConnect:

- Людям с ограниченными возможностями бесплатно помогает общаться с планом, например предоставляет помощь переводчиков на язык знаков и документы в удобных для инвалида формах (крупный шрифт, удобный электронный формат и т. д.).
- Людям, недостаточно хорошо знающим английский язык, бесплатно предоставляет помощь устных переводчиков и письменные переводы материалов плана.

Если Вам нужна такого рода помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711), линия работает 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.

Если вы считаете, что план Health Net Cal MediConnect не предоставил вам такую помощь или дискриминировал вас по признаку расы, цвета вашей кожи, страны происхождения, вашего возраста, пола или инвалидности, вы можете на это пожаловаться. Для этого позвоните по приведенному выше телефону и скажите, что хотите подать жалобу. Отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect готов вам помочь.

Кроме того, можно пожаловаться в отдел по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) при федеральном Департаменте здравоохранения и социального обеспечения (U.S. Department of Health and Human Services). Жалобу можно подать с сайта отдела по вопросам гражданских прав: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Подать ее можно также по телефону или письмом: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, ННН Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697).

Бланки жалоб есть на сайте <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Перечень исправлений
плана Health Net Cal MediConnect Plan (план по программам Medicare-
Medicaid)

2017

Границы страховой ответственности (ЕОС)/Справочник участника
плана

Октябрь 2017 г.

Уважаемый участник плана!

Этот документ содержит важную информацию об изменениях, внесенных в ваш план покрытия Health Net Cal MediConnect Plan.

Ранее мы отправляли вам документ «Границы страховой ответственности (ЕОС)/Справочник участника плана» с информацией о том, какое покрытие вам предоставляется в рамках этого плана. Это обновление ЕОС/Справочника участника плана отражает изменения в процессе апелляции и подачи жалоб, внесенные в план Health Net Cal MediConnect Plan. Ниже приведены изменения и их описания. **Сохраните эту информацию для дальнейшего использования.**

Изменения, внесенные в ЕОС/Справочник участника плана

Где в ЕОС/Справочнике участника плана за 2017 год находится измененная часть	Исходная информация	Исправленная информация	Что это значит для вас?
В главе 9	Независимое слушание органами штата (State Fair Hearing)	Слушание органами штата (State Hearing)	Это означает, что было изменено название. Независимое слушание органами штата теперь называется слушанием органами штата. Это изменение внесено в текст главы 9.
Глава 9, страница 181, раздел 5.3, «Апелляция 1-го	В большинстве случаев вам нужно начинать с апелляции	В большинстве случаев вам нужно начинать с апелляции 1-го уровня.	Это значит, что апелляцию по поводу обслуживания,

<p>уровня по поводу обслуживания, приспособлений или лекарств (кроме лекарств по программе Part D)»</p>	<p>1-го уровня. Однако вам не обязательно начинать с апелляции 1-го уровня в случае услуг по программе Medi-Cal. Если вы не хотите подавать в план апелляцию первого уровня по поводу обслуживания, покрываемого по программе Medi-Cal, вы можете потребовать независимого слушания органами штата (State Fair Hearing). В некоторых случаях вы можете потребовать проведения независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review).</p>	<p>Если вы не хотите подавать в план апелляцию первого уровня по поводу обслуживания, покрываемого по программе Medi-Cal, в некоторых случаях вы можете потребовать проведения независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review).</p>	<p>покрываемого по программе Medi-Cal, нужно начинать с 1-го уровня. Если вы не хотите подавать в план апелляцию первого уровня по поводу обслуживания, покрываемого по программе Medi-Cal, вы можете только потребовать проведения независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review).</p>
<p>Глава 9, страница 181, раздел 5.3, «<i>Вкратце:</i> как подать апелляцию 1-го уровня»</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Подавать апелляцию нужно в течение 90 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). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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). 	<p>Это изменение означает, что вы можете подать апелляцию в течение 60 календарных дней.</p>
<p>Глава 9, страница 183, раздел 5.3, «Апелляция 1-го уровня по поводу обслуживания, приспособлений или</p>	<p>Сроки подачи апелляции</p> <p>Срок подачи апелляции составляет 90 календарных дней со</p>	<p>Сроки подачи апелляции</p> <p>Срок подачи апелляции составляет 60 календарных дней</p>	<p>Это изменение означает, что вы можете подать апелляцию в течение 60 календарных дней.</p>

<p>лекарств (кроме лекарств по программе Part D)»</p>	<p>дня, которым датировано письмо, уведомляющее вас о нашем решении относительно страхового покрытия.</p>	<p>со дня, которым датировано письмо, уведомляющее вас о нашем решении относительно страхового покрытия.</p>	
<p>Глава 9, страница 188, раздел 5.4, «Апелляция 2-го уровня по поводу обслуживания, приспособлений или лекарств (кроме лекарств по программе Part D)»</p>	<p>2) Независимое слушание органами штата</p> <p>Запрос на проведение независимого слушания органами штата (State Fair Hearing) по поводу покрываемых программой Medi-Cal услуг и приспособлений (включая услуги по программе IHSS) вы можете подать в любое время. Если предоставить вам обслуживание или приспособление, которое мы отказались покрывать или покрытие которого решили прекратить, просит ваш врач или другой лечащий вас медик, у вас есть право потребовать независимого слушания органами штата (State Fair Hearing).</p> <p>В большинстве случаев подавать запрос на проведение независимого слушания вам следует в течение 90 дней со дня, которым датировано присланное вам уведомление о вашем праве на проведение слушания (Your Hearing Rights).</p>	<p>2) Слушание органами штата</p> <p>Вы можете потребовать проведения слушания органами штата по обслуживанию и приспособлениям, покрываемым программой Medi-Cal (включая услуги по программе IHSS). Если предоставить вам обслуживание или приспособление, которое мы отказались покрывать или покрытие которого решили прекратить, 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.</p> <p>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).</p>	<p>Это значит, что если 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).</p>

<p>Глава 9, страница 189, раздел 5.4, «Апелляция 2-го уровня по поводу обслуживания, приспособлений или лекарств (кроме лекарств по программе Part D)»</p>	<p>Если ваша апелляция касается страхового покрытия для обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medi-Cal, и если вы просите о проведении независимого 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 не позднее, чем настанет более поздний срок из следующих, чтобы и дальше получать страховое покрытие: 10 дней после даты отправки уведомления о принятом решении по почте; или предполагаемая дата принятия решения.</p>	<p>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 Hearing), страховое покрытие этого обслуживания или приспособления сохраняется до получения решения по результатам слушания. Вы должны просить о проведении слушания не позднее, чем настанет более поздний срок из следующих, чтобы и дальше получать страховое покрытие: 10 дней после даты отправки уведомления о том, что на апелляции 1-го уровня поддержали предыдущее решение; или предполагаемая дата принятия решения.</p>	<p>Это изменение означает, что вы можете просить о проведении слушания в течение 10 дней после даты отправки уведомления о том, что на апелляции 1-го уровня поддержали предыдущее решение, или до предполагаемой даты принятия решения.</p>
<p>Глава 9, страница 221, раздел 10.1, «Внутренние жалобы»</p>	<p>Чтобы подать внутреннюю жалобу, позвоните в наш отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3572 (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 утра до</p>	<p>Чтобы подать внутреннюю жалобу, позвоните в наш отдел обслуживания по телефону 1855-464-3571 (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 утра до</p>	<p>Это изменение означает, что срок подачи жалобы изменен и теперь вы можете подать жалобу не в течение 180 календарных дней, а в любое время. Жалобу по вопросам лекарств,</p>

مايبن(711: TTY) 1-855-464-3571 اين اطلاعات را ميتوانيد بطور مجاني به زبانهاى ديگر دريافت كنيد. به شماره عصر تلفن كنيد. اين تلفن را يگان است 8:00 صبح تا 8:00 دوشنبه تا جمعه، مابين ساعات

본 정보를 무료로 다른 언어로 받을 수 있습니다. 주중(월-금) 오전 8:00 시에서 오후 8:00 시 사이에 1-855-464-3571 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 통화는 무료입니다

Эти сведения вы можете бесплатно получить в переводе на другие языки. Позвоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Puede obtener esta información en otros idiomas en forma gratuita. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Maaari ninyong makuha nang libre ang impormasyong ito sa iba pang mga wika. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag.

Quý vị có thể nhận thông tin này miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. Xin gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711), thứ Hai đến thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối. Cuộc gọi miễn phí.

Health Net Cal MediConnect соблюдает требования применимых федеральных законов о гражданских правах и не дискриминирует участников на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола. Health Net Cal MediConnect не отказывает в страховой поддержке участникам и не относится к одним иначе, чем к другим, из-за их расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола.

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).
- Обеспечивает бесплатное языковое обслуживание, предоставляя квалифицированных переводчиков и версии документов, написанные на других языках, тем, чей основной язык — не английский.

Если вы нуждаетесь в этих услугах, обращайтесь к представителям программы Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), с 8:00 утра до 8:00 вечера.

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 по 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 Управление по вопросам гражданских прав Министерства здравоохранения и социальных служб США в электронном виде через портал <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.html>

План Health Net Cal MediConnect (план Medicare-Medicaid)

Справочник участника плана

1 января 2017 г.– 31 декабря 2017 г.

Страховое покрытие медицинского обслуживания и лекарств по плану Health Net Cal MediConnect

В этом справочнике говорится о страховом покрытии, которое план Health Net Cal MediConnect будет вам предоставлять до 31 декабря 2017 г. Здесь рассказано о медицинской помощи, помощи при психических нарушениях, о наркологической помощи, о страховом покрытии лекарств по рецепту и о длительном обслуживании. Длительное обслуживание (long-term services and supports) — это помощь и поддержка, которые позволяют вам жить дома, а не в больнице и не в центре сестринского ухода. В предоставлении длительного обслуживания участвуют Обслуживание взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS), Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), 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 вам предлагает компания Health Net Community Solutions, Inc. В этом *Справочнике участника плана* слова «мы», «нас», «наш» означают компанию Health Net Community Solutions, Inc. Слова «план», «страховой план», «наш план» означают страховой план Health Net Cal MediConnect (план Medicare-Medicaid).

Этот документ можно бесплатно получить в переводе на другие языки. Позвоните по телефону 1-855-464-3571. (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

بإمكانك الحصول على هذه المعلومات مجاناً بلغات أخرى. الرجاء الاتصال على 1-855-464-3571 (الهاتف النصي (TTY: 711)). وذلك من الإثنين إلى الجمعة، من 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً. هذه المكالمات مجانية.

Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս տեղեկությունն այլ լեզուներով: Ձանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY 711) հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00 a.m.-ից 8:00 p.m.-ը: Ձանգն անվճար է:

អនុអាចទទួលបានព័ត៌មានដោយឥតគិតថ្លៃលក្ខណៈភាសាផ្សេងទៀតនេះ។ ហៅទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្ររាល់ម៉ោង 8:00 រឺក៏ដល់ម៉ោង 8:00 លាងចេញទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ

513762

EOC009891R000

H3237-001

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



您可免費獲得本資訊的其他語言版本。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00。上述電話均為免費。

را ميتوانيد بطور مجاني به زبان های ديگر دريافت كنيد. به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) اين اطالعات دوشنبه تا جمعه، مابين ساعات 8:00 صبح تا 8:00 عصر تلفن كنيد. اين تلفن رایگان است.

본 정정정 무무무 다다 언언무 받받 수 있있었다. 주주(월-금) 오오 8:00시시시 오오 8:00시 사사시 1-855-464-3571 (TTY: 711)번번무 오전전 주주시오. 통전통 무무무있다

Эти сведения вы можете бесплатно получить в переводе на другие языки. Позвоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Puede obtener esta información en otros idiomas en forma gratuita. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Maaari ninyong makuha nang libre ang impormasyong ito sa iba pang mga wika. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag.

Quý vị có thể nhận thông tin này miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. Xin gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711), thứ Hai đến thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối. Cuộc gọi miễn phí.

Этот документ можно бесплатно получить также в других формах, например напечатанным крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Позвоните по телефону 1-855-464-3571. (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Если вы хотите, чтобы план Health Net Cal MediConnect всегда присылал вам свои материалы в переводе на другой язык или в другой форме, 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.

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.

План может накладывать ограничения на виды покрываемой помощи и размер страхового покрытия, а также требовать доплат за покрываемую планом помощь. За подробностями обращайтесь в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect. Полезные сведения есть также в *Справочнике участника плана Health Net Cal MediConnect*.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Когда мы говорим об ограничениях, это значит, что за некоторые виды обслуживания вам, возможно, придется платить и что для получения страхового покрытия вам нужно соблюдать определенные правила, действующие в плане Health Net Cal MediConnect.

Перечень покрываемых лекарств и сотрудничающие с планом аптеки, медики и медицинские учреждения могут время от времени меняться в течение года.

Об изменениях, которые могут затронуть вас, мы заранее сообщаем вам письмом.

Покрываемое планом обслуживание («бенефиты») и/или доплаты могут меняться 1 января каждого года.

Доплаты за лекарства по рецепту зависят от размера получаемой вами Дополнительной помощи (Extra Help). За подробностями обращайтесь в наш план.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 1. Для новых участников нашего плана

Содержание

Глава 1. Для новых участников нашего плана	4
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. Достоинства 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	8
G. Что такое группа обслуживания и план обслуживания?	10
Группа обслуживания	10
План обслуживания	10
H. Нужно ли ежемесячно платить плану Health Net Cal MediConnect за страховку?	10
I. Что такое Справочник участника плана	10
J. Какие еще материалы мы будем вам присылать?	11
Ваша идентификационная карточка участника плана Health Net Cal MediConnect	11
Указатель медиков, учреждений и аптек	11
Перечень покрываемых лекарств	13
Отчет о страховом покрытии лекарств	13
K. Как сделать так, чтобы мы всегда имели о вас точную информацию?	14
Сохраняем ли мы вашу медицинскую информацию в тайне?	14

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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; специалистов по психическим нарушениям и других медиков. Кроме того, в таком плане предусмотрены координаторы обслуживания и группы обслуживания. Они помогают участникам плана координировать работу разных врачей и необходимую помощь. Координатор и члены группы совместно работают над тем, чтобы вы получали всю необходимую 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 пилотная программа штата Калифорния и федерального правительства. Она призвана улучшить помощь людям, включенным одновременно в программы Medicare и Medi-Cal. Штат и федеральное правительство надеются, что эта программа позволит улучшить обслуживание по программам Medicare и Medi-Cal.

Вы можете рассчитывать на наш опыт

Вы стали участником план, на который можно положиться.

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

- Мы гордимся качеством обслуживания: индивидуальным подходом, внимательными сотрудниками и доброжелательным отношением к каждому участнику нашего плана. Позвоните в наш отдела обслуживания — вам сразу ответит опытный сотрудник. Многие сотрудники отдела знают иностранные языки — общаться с ними можно без переводчика. Разобраться в системе страхового покрытия и покрываемом обслуживании вам, скорее всего, поможет первый же ответивший сотрудник отдела. Мы относимся к вам, как к близким людям. На вопросы о медицинской помощи мы отвечаем быстро и по существу.
- Уже почти 25 лет мы постоянно ищем и привлекаем к сотрудничеству самых лучших врачей. Врачи и специалисты, сотрудничающие с нашим планом Cal MediConnect, объединены в медицинские группы. Это позволяет вам получать медицинскую помощь сразу, как только она вам понадобится.
- 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 профилактические мероприятия на местах или работаем в местных общественных центрах.
 - У нас есть бесплатные группы медицинского просвещения.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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 с определенными видами инвалидности.
- Люди, находящиеся в терминальной стадии почечной недостаточности (отказ почек).

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. Она 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. Получать по нашему плану обслуживание, покрываемое по программам Medicare и Medi-Cal, вы можете, если выполняются следующие условия:

- У нашей компании есть такой план.
- Программа Medicare и штат Калифорния по-прежнему разрешают нам предлагать обслуживание по этому плану.

Даже если наш план когда-нибудь перестанет действовать, права на страховое покрытие по программам Medicare и Medi-Cal вы все равно не потеряете.

С. Достоинства нашего плана

Теперь услуги и лекарства, покрываемые по программам Medicare и Medi-Cal, вы получаете по плану Health Net Cal MediConnect. Включение в план не приведет к дополнительным расходам.

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

- У вас будет своя собственная группа обслуживания. Вы сможете участвовать в ее формировании. В эту группу входите вы и ухаживающие за вами люди, ваши врачи, медицинские сестры, консультанты и другие медики.
- С вами будет работать координатор обслуживания. Координатор помогает вам совместно с планом Health Net Cal MediConnect и группой обслуживания составлять план обслуживания.
- Вы сможете сами руководить необходимой вам помощью. В этом вам будут помогать координатор и группа обслуживания.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Они помогут вам составить индивидуальный план медицинского обслуживания. Группа обслуживания помогает вам координировать необходимую помощь. Вот только некоторые примеры:
 - » Группа обслуживания следит за тем, чтобы все ваши врачи знали обо всех лекарствах, которые вы принимаете. Это позволяет врачам назначать вам лекарства, которые вам помогают и не вызывают побочных явлений.
 - » Группа обслуживания следит за тем, чтобы все ваши врачи получали результаты ваших обследований.

D. Зона обслуживания плана Health Net Cal MediConnect

Мы обслуживаем следующий округ штата Калифорния: 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, отвечающим за определение ваших прав:

ТЕЛЕФОН	<p><u>Телефон для местных бесплатных звонков:</u></p> <p>1-877-597-4777</p> <p>Звонки бесплатные.</p> <p>С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00, кроме праздников.</p>
TTY	<p><u>Телефон для местных бесплатных звонков:</u></p> <p>1-800-660-4026</p> <p>Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.</p>
САЙТ	<p>http://dpss.lacounty.gov/dpss/health/default.cfm</p>

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Е. Кто может стать участником нашего плана?

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

- Вы живете в нашей зоне обслуживания. -И-
- Ко времени включения в план вам уже исполнился 21 год. -И-
- Вы включены в программы Medicare Part A и Medicare Part B. -И-
- В настоящее время вы имеете право на помощь по программе Medi-Cal и получаете полное страховое покрытие по этой программе. В число таких людей входят, например, следующие:
 - Люди, 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:
 - Люди, проживающие в центрах сестринского ухода и частично оплачивающие это обслуживание.
 - Люди, включенные в Многоцелевую программу обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) и частично оплачивающие это обслуживание.
 - Люди, получающие обслуживание по программе Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), если получатель этих услуг выплатил свою часть в оплате обслуживания к первому дню четвертого и к первому дню пятого месяца, предшествующих дате их автоматического включения в этот пилотный план.
- Вы гражданин США или проживаете в США на законных основаниях.

В вашем округе могут действовать дополнительные правила, регулирующие права на включение в наш план. За подробностями обращайтесь в наш отдел обслуживания.

Ф. Что происходит, когда вы впервые становитесь участником плана

Через 45 - 90 дней после того как вы станете участником нашего плана, 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 анкеты HRA разрабатывается индивидуальный план обслуживания (Individual Care Plan, ICP). Анкета HRA включает вопросы, позволяющие выяснить, в какой медицинской помощи и помощи при психических нарушениях вы нуждаетесь, какое длительное обслуживание (long-term services and supports, LTSS) вам требуется и какая помощь вам нужна в повседневной жизни.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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

Мы вышлем вам дополнительную информацию об анкете HRA.

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

- Вы, ваш представитель или лечащий вас врач должны обратиться к нам с просьбой о продолжении лечения у прежнего врача.
- Дать вам разрешение мы должны, если ко времени включения в наш план вы уже лечитесь у своего врача первичного обслуживания или у врача-специалиста. Существуют некоторые ограничения. Когда мы говорим, что к моменту включения в план вы *«уже лечитесь»* у не сотрудничающего с нами врача, мы имеем в виду, что вы обращались к нему не менее двух раз за 12 месяцев, предшествующих включению в план Health Net Cal MediConnect. Эти обращения не должны быть связаны с экстренными состояниями.
 - Лечитесь ли в настоящее время вы у этого врача, решаем мы. Это делается на основании имеющихся у нас сведений о вашем здоровье и лечении или тех сведений, которые сообщаете нам вы.
 - На то чтобы ответить на вашу просьбу, у нас есть 30 дней. Вы можете попросить нас принять решение в ускоренном порядке. В этом случае мы должны ответить в течение 15 дней.
 - Просьба о продолжении лечения у прежнего врача должна сопровождаться документами, подтверждающими, что вы у него лечитесь. Документы представляете вы или ваш врач. Кроме того, вам и вашему врачу нужно согласиться на определенные условия.

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

После того как переходный период закончится, вам нужно будет обращаться к врачам и в учреждения, которые сотрудничают с планом Health Net Cal MediConnect и с медицинской группой вашего врача первичного обслуживания (primary care provider, врач PCP). Исключение может быть сделано, только если не сотрудничавший с нами врач, у которого вы лечились прежде, заключит с нами договор. Сотрудничающие с планом медики и учреждения заключили с нашим планом договор. При включении в наш план вы выбираете имеющую с нами договор медицинскую группу. Кроме того, вы выбираете себе врача первичного обслуживания (врач PCP), работающего в этой медицинской группе. Если вы выбираете себе медицинскую группу и врача PCP сами, мы делаем это за вас. Подробнее о получении помощи см. в главе 3.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Г. Что такое группа обслуживания и план обслуживания?

Группа обслуживания

Вам нужна помощь в получении необходимого обслуживания? Вам поможет ваша группа обслуживания. В группу обслуживания (care team) могут входить ваш врач, координатор обслуживания или другой выбранный вами медик. Координатор обслуживания (care coordinator) — это человек, который специально обучен тому, как организовывать необходимую вам помощь. Координатора обслуживания вы выбираете или вам назначают при включении в план Health Net Cal MediConnect. Если вам нужна какая-то помощь, которую план Health Net Cal MediConnect не предоставляет, координатор направит вас в соответствующие учреждения и службы вашего округа. С вопросами о группе обслуживания обращайтесь по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

План обслуживания

Вместе с вами группа обслуживания составляет для вас индивидуальный план обслуживания (care plan). Из этого плана вы и ваши врачи узнаете, какое обслуживание вам требуется и каким образом вы его будете получать. В план входят медицинская помощь, помощь при психических нарушениях и длительное обслуживание. Это индивидуальный план, он учитывает именно ваше состояние здоровья.

План обслуживания включает:

- Задачи, которые план призван решить.
- График оказания необходимой помощи.

После проведения оценки вашего здоровья, с вами встречается ваша группа обслуживания. Ее участники обсуждают с вами необходимую вам помощь. Кроме того, они рассказывают вам об обслуживании, которое вы, возможно, захотите получать. Это индивидуальный план, он учитывает именно вашу потребность в помощи. Не реже раза в год ваша группа медицинского обслуживания вместе с вами обновляет этот план.

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

Нет.

И. Что такое Справочник участника плана

Этот *Справочник участника плана* представляет собой часть нашего с вами договора. Это значит, что мы должны соблюдать все правила, содержащиеся в этом документе. Если вы решите, что мы нарушили какое-то правило, вы сможете подать апелляцию на наше действие, то есть его оспорить. О том как подавать апелляции, говорится в главе 9. Кроме того, об этом можно узнать по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Наш с вами договор действителен с 1 января 2017 г. по 31 декабря 2017 г., пока вы остаетесь участником плана Health Net Cal MediConnect.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.

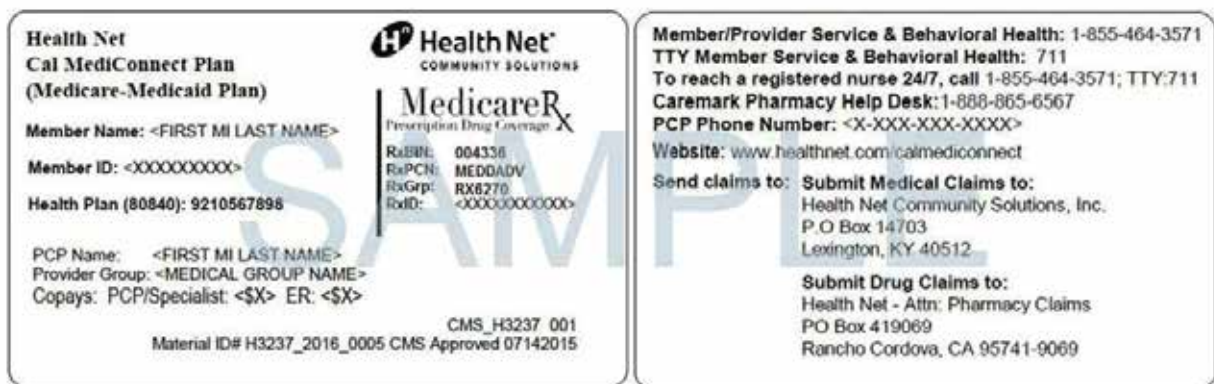


J. Какие еще материалы мы будем вам присылать?

Вы уже должны были получить идентификационную карточку участника плана Health Net Cal MediConnect и сведения о том, как пользоваться *Указателем медиков, учреждений и аптек*, сотрудничающих с нашим планом, и *Перечнем покрываемых лекарств*.

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 (long-term services and supports), определенных видов помощи при психических нарушениях и лекарств по рецепту. Предъявляйте эту карточку всегда, когда вы обращаетесь за помощью или получаете по рецепту лекарства. Вот как выглядит карточка участника плана:



Если ваша карточка повреждена, если вы ее потеряли или у вас ее украли, позвоните в наш отдел обслуживания. Мы пришлем вам новую карточку. Телефон отдела обслуживания 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Пока вы остаетесь участником нашего плана, вам не нужны ни красно-бело-синяя карточка программы Medicare, ни карточка программы Medi-Cal, для того чтобы получать обслуживание, покрываемое по программе Cal MediConnect. Храните эти карточки в надежном месте. Они могут вам понадобиться в дальнейшем.

- ➔ Если вам когда-нибудь понадобится помощь специалистов по психическим нарушениям, вы сможете ее получить по действующему в вашем округе плану помощи при психических нарушениях (mental health plan, МНР). Для этого вам потребуется карточка программы Medi-Cal.

Указатель медиков, учреждений и аптек

Указатель медиков, учреждений и аптек содержит имена и названия медиков, учреждений и аптек, сотрудничающих с планом Health Net Cal MediConnect. Покрываемое планом обслуживание следует получать у тех медиков и в тех учреждениях, которые с нами сотрудничают. Если вы только что стали участником нашего плана, возможны некоторые исключения (см. стр. 8).

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



➔ Для того чтобы получить *Указатель медиков, учреждений и аптек* на текущий год, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Кроме того, *Указатель* можно посмотреть или скачать на сайте www.healthnet.com/calmediconnect.

О самых последних изменениях в Указателе сотрудничающих с нами медиков, учреждений и аптек можно узнать в нашем отделе обслуживания и на нашем сайте. В Указателе приведены медики: врачи, фельдшеры («практикующая медицинская сестра», nurse practitioner), психологи и т. д. Там же вы найдете больницы и поликлиники и организации, оказывающие вспомогательные услуги (например, обслуживание на дому или центры дневного пребывания). Участники плана Health Net Cal MediConnect должны обращаться к медикам и в учреждения, чьи имена и названия приведены в Указателе. Кроме того, в Указателе вы найдете аптеки, в которых вы можете получать лекарства по рецепту. В Указателе приведены обычные (розничные) аптеки (Retail); аптеки, присылающие заказы по почте (Mail Order); аптеки, в которых можно получить лекарства для внутривенных инъекций и капельниц на дому (Home Infusion); аптеки, где выдаются лекарства для длительного лечения (Long-Term Care, LTC); аптеки, работающие со службами здравоохранения для индейцев / племенными службами здравоохранения/ городской программой здравоохранения для индейцев (Indian Tribal Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program, I/T/U), и специальные аптеки (Specialty).

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

- Медики и учреждения, сотрудничающие с нашим планом:
 - Врачи, медицинские сестры и другие медицинские работники, к которым могут обращаться участники плана.
 - Поликлиники, больницы, центры сестринского ухода и другие учреждения, помогающие участникам плана.
 - Учреждения, предоставляющие длительное обслуживание (LTSS), те которые оказывают помощь при психических нарушениях, и учреждения, поставляющие медицинское оборудование длительного пользования. Кроме того, в их число входят учреждения, в которых можно получить другие приспособления или услуги, покрываемые по программе Medicare или Medi-Cal.
 - Сотрудничающие с нами медики и медицинские учреждения согласились в качестве полной оплаты своего труда принимать выплаты по действующим в плане расценкам.
- ➔ **Обратите внимание.** Организации, предоставляющие обслуживание по программе Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), вы можете выбирать любые. Проверять, сотрудничает ли с нами такая организация, не нужно.

Что такое «аптеки, сотрудничающие с нашим планом»?

- Сотрудничающие с планом аптеки — это аптеки, которые согласились выдавать участникам нашего плана лекарства по рецепту. По *Указателю медиков, учреждений и аптек* выберите сотрудничающую с нами аптеку, в которой хотите получать лекарства.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Лекарства по рецепту вы должны получать только в одной из сотрудничающих с нами аптек, иначе мы не будем их оплачивать. Исключения возможны только в экстренных ситуациях.

За дополнительными сведениями обращайтесь в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. О самых последних изменениях в перечне сотрудничающих с нами медиков, учреждений и аптек можно узнать в отделе обслуживания и на нашем сайте.

Перечень покрываемых лекарств

В нашем плане действует *Перечень покрываемых лекарств (List of Covered Drugs)*. Коротко «Перечень лекарств». В нем приведены те 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.

Перечень лекарств мы присылаем вам каждый год, но некоторые изменения можем вносить в него в течение года. Самую последнюю информацию о том, какие лекарства мы покрываем, можно найти на нашем сайте или позвонив нам по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Отчет о страховом покрытии лекарств

Если страховое покрытие лекарств по рецепту вы получаете по программе Part D, мы присылаем вам сводный отчет по сделанным платежам. Он помогает вам следить за суммами, уплаченными за лекарства по рецепту, покрываемые по программе Part D. Этот отчет называется *Отчет о страховом покрытии лекарств (Explanation of Benefits, EOB)*.

Из *Отчета о страховом покрытии лекарств* вы узнаете, сколько всего вы потратили за месяц на лекарства по рецепту по программе Part D, и общую сумму, которую уплатили за эти лекарства в течение месяца мы. Подробнее об *Отчете о страховом покрытии лекарств* и том как он помогает вам следить за страховым покрытием лекарств, см. в главе 6.

Отчет о страховом покрытии лекарств мы присылаем также по запросу. Для этого позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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

Своевременно сообщайте нам о необходимости изменить имеющуюся о вас информацию.

Сотрудничающие с планом медики, учреждения и аптеки должны иметь о вас правильную информацию. **Она нужна им для того, чтобы знать, какое обслуживание и какие лекарства вы получаете и сколько вы за это платите.** Вот почему очень важно, чтобы вы своевременно сообщали нам о следующих событиях и изменениях:

- Изменение имени, адреса или телефона.
- Изменения, касающиеся любой другой вашей медицинской страховки (например, страховка, предоставляемая работодателем или работодателем супруга; компенсация пострадавшим на рабочем месте (workers' compensation) и т. д.).
- Вы подали иск в связи с нанесенным вам ущербом (например, если вы стали жертвой ДТП).
- Вы были госпитализированы в центр сестринского ухода или в больницу.
- Вам оказывают помощь в отделении экстренной помощи или в больнице.
- Поменялся человек, ухаживающий за вами или отвечающий за вас.
- Вы участвуете в клиническом исследовании.

Если произошло какое-то из перечисленных изменений, сообщите о нем в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

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

Сохраняем ли мы вашу медицинскую информацию в тайне?

Да. Законодательство штата и федеральные законы требуют, чтобы мы соблюдали конфиденциальность медицинских карт и частной медицинской информации. Мы защищаем тайну вашей медицинской информации. Подробнее о том, как мы защищаем вашу конфиденциальность, см. в главе 11.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 2. Важные телефоны. Куда обращаться.

Содержание

A. Как связаться с отделом обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect (план Medicare-Medicaid)	17
В отдел обслуживания обращайтесь по следующим вопросам:	17
▪ Вопросы о плане	17
▪ Вопросы о страховых требованиях, счетах и карточке участника плана	17
▪ Решения о страховом покрытии медицинского обслуживания	17
▪ Апелляции по поводу медицинского обслуживания	18
▪ Жалобы на медицинское обслуживание	18
▪ Решения о страховом покрытии лекарств.....	18
▪ Апелляции по поводу лекарств	18
▪ Жалобы по поводу лекарств.....	19
▪ Возмещение ваших расходов на медицинское обслуживание или лекарства	19
B. Как связаться с координатором обслуживания	20
К координатору обслуживания обращайтесь по следующим вопросам:	20
▪ Вопросы о медицинской помощи.	20
▪ Вопросы о получении помощи при психических нарушениях (психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь).	20
▪ Вопросы о транспорте.	21
▪ Вопросы о длительном обслуживании (Long-Term Services and Supports, LTSS).	21
C. Как позвонить по линии сестринских консультаций	23
По линии сестринских консультаций обращайтесь по следующим вопросам:	24
▪ Вопросы о медицинской помощи.....	24

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



D. Как позвонить по линии психологической помощи в кризисных ситуациях	25
По линии психологической помощи в кризисных ситуациях обращайтесь по следующим вопросам:	25
▪ Вопросы о психологической, психиатрической и наркологической помощи	25
E. Как связаться с Программой консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (NICAP)	26
В программу NICAP обращайтесь по следующим вопросам:	26
▪ Вопросы о вашем плане Cal MediConnect	26
F. Как связаться с организацией повышения качества обслуживания (QIO)	27
В организацию Livanta обращайтесь по следующим вопросам:	27
▪ Вопросы о медицинской помощи.....	27
G. Как связаться с программой Medicare	28
H. Как связаться с отделом выбора медицинской страховки (Health Care Options) программы Medi-Cal	29
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 помощи при психических нарушениях	33
В действующий в вашем округе план специальной помощи при психических нарушениях обращайтесь по следующим вопросам:	33
▪ Вопросы о том, какую помощь при психических нарушениях предоставляет ваш округ.	33
L. Как связаться с Департаментом управляемого медицинского обслуживания (DMHC) штата Калифорния	33
M. Другие полезные адреса и телефоны	34

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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

ТЕЛЕФОН	1-855-464-3571. Звонки бесплатные. Сотрудники отдела отвечают на звонки с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. На выходных, во время федеральных праздников и в нерабочее время можно оставить голосовое сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Если вы плохо говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши переводчики.
TTY	711 (коммутаторная служба США). Звонки бесплатные. Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. На выходных, во время федеральных праздников и в нерабочее время можно оставить голосовое сообщение.
ФАКС	1-800-281-2999 или 1-866-461-6876
АДРЕС	Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422
САЙТ	www.healthnet.com/calmediconnect

В отдел обслуживания обращайтесь по следующим вопросам:

- Вопросы о плане
- Вопросы о страховых требованиях, счетах и карточке участника плана
- Решения о страховом покрытии медицинского обслуживания

Решение о страховом покрытии медицинского обслуживания — это решение, принятое планом по следующим вопросам:

- » Будем ли мы покрывать вам какое-то обслуживание. **-ИЛИ-**
- » Сколько мы будем платить за обслуживание.

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

➔ Решения о страховом покрытии подробно рассматриваются в главе 9.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



■ Апелляции по поводу медицинского обслуживания

Апелляция — это способ официально попросить нас о том, чтобы мы пересмотрели свое 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 жаловаться на нас и на медиков и учреждения, которые с нами сотрудничают (или не сотрудничают). Сотрудничающие с планом медики и учреждения заключили с нашим планом договор. Жалобу на качество обслуживания вы можете подать нам или в организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization). Подробнее об этой организации см. в разделе F.

➔ Вы можете объяснить нам суть своей жалобы по телефону. Позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

➔ Если вы недовольны решением о страховом покрытии, вам нужно подать апелляцию (см. предыдущий раздел).

➔ На план Health Net Cal MediConnect можно пожаловаться программе Medicare. Вы можете сделать это на сайте <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.asp>

➔ Жалобу на план Health Net Cal MediConnect можно подать также омбудсмену программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program), телефон 1-855-501-3077 (TTY: 1-855-847-7914); линия работает с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00.

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

■ Решения о страховом покрытии лекарств

Решение о страховом покрытии лекарств — это решение, принятое по следующим вопросам:

» Будем ли мы покрывать вам какое-то лекарство. **-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.

➔ Решения о страховом покрытии лекарств по рецепту подробно рассматриваются в главе 9.

■ Апелляции по поводу лекарств

Апелляция — это способ официально попросить нас о том, чтобы мы пересмотрели свое решения о страховом покрытии.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



О том как подать апелляцию по поводу страхового покрытия лекарства по рецепту, вам расскажут в отделе обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

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

■ Жалобы по поводу лекарств

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

Если вы недовольны решением о страховом покрытии лекарства, вам нужно подать апелляцию (См. выше.)

На план Health Net Cal MediConnect можно пожаловаться программе Medicare. Сделать это можно на сайте <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Кроме того, за помощью можно обратиться в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

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

■ Возмещение ваших расходов на медицинское обслуживание или лекарства

➔ 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 счет, 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



В. Как связаться с координатором обслуживания

Координатор обслуживания (care coordinator) — 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.

О том как связаться со своим координатором обслуживания, можно узнать в отделе обслуживания. Координатор обслуживания помогает организовывать необходимое вам обслуживание. Вместе с вами он составляет ваш план обслуживания. Он помогает вам решать, кто будет включен в вашу группу обслуживания (care team). От него вы узнаете информацию, которая позволяет вам контролировать процесс лечения и ухода. Кроме того, он помогает вам принимать правильные решения. Если вам нужна помощь, для того чтобы связаться со своим координатором обслуживания, позвоните в наш отдел обслуживания.

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

Вы можете позвонить координатору обслуживания прежде, чем он сам с вами свяжется. Позвоните по приведенному ниже телефону и скажите, что хотели бы поговорить со своим координатором обслуживания.

ТЕЛЕФОН	<p>1-855-464-3571. Звонки бесплатные.</p> <p>Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. На выходных, во время федеральных праздников и в нерабочее время можно оставить голосовое сообщение.</p> <p>Если вы плохо говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши переводчики.</p>
TTY	<p>711 (коммутаторная служба США). 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>Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. На выходных, во время федеральных праздников и в нерабочее время можно оставить голосовое сообщение.</p>
АДРЕС	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>

К координатору обслуживания обращайтесь по следующим вопросам:

- **Вопросы о медицинской помощи.**
- **Вопросы о получении помощи при психических нарушениях (психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь).**

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Вопросы о транспорте.**
- **Вопросы о длительном обслуживании (Long-Term Services and Supports, LTSS).**

В предоставлении длительного обслуживания (long-term services and supports, LTSS) участвуют программа Обслуживание взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS), Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) и учреждения сестринского ухода (Nursing Facilities, NF).

В некоторых случаях вы можете получать помощь, облегчающую вам проведение ежедневных медицинских процедур или повседневную деятельность. Вы, возможно, сможете пользоваться какими-то из следующих служб:

- » Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS).
- » Обслуживание взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS).
- » Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP).
- » Квалифицированный сестринский уход.
- » Физиотерапия и лечебная физкультура.
- » Эрготерапия (восстановление двигательных навыков).
- » Лечение речевых нарушений (логопедическое лечение).
- » Медицинское социальное обслуживание.
- » Медицинское обслуживание на дому.

Условия предоставления длительного обслуживания (LTSS):

Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS): Для того чтобы иметь право на обслуживание по программе IHSS, участник программы Medi-Cal должен отвечать всем следующим требованиям:

- Постоянно проживать в Калифорнии, быть гражданином США и жить у себя дома.
- Быть не моложе 65 лет или быть официально признанным слепым или инвалидом.
- Уже получать или иметь право на получение дополнительного социального дохода по социальному обеспечению/пособия от штата (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment, SSI/SSP).
- Получить у лицензированного медика форму сертификации медицинской помощи (Health Care Certification form, форма SOC 873). В этой форме должно быть сказано, что участник плана не может самостоятельно выполнять некоторые повседневные действия и что без помощи по программе IHSS ему, скорее всего, придется переехать из дому в центр сестринского ухода или в аналогичное учреждение.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS).

Обслуживание взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS) предназначены для людей старше 18 лет, включенных в программу Medi-Cal, 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:

- Требуется помощь, соответствующая уровню не ниже уровня А (NF-A) в центре сестринского ухода.
- Имеются умеренные или тяжелые когнитивные нарушения. Это может быть, например, болезнь Альцгеймера или другая деменция умеренной или тяжелой степени.
- Инвалидность, вызванная нарушениями развития.

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

- | | |
|----------------------------|---|
| ○ Принятие ванны. | ○ Ходьба. |
| ○ Одевание. | ○ Перемещение (например, со стула в кровать). |
| ○ Самостоятельное питание. | ○ Прием лекарств. |
| ○ Посещение туалета. | ○ Гигиена. |

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

- | | |
|----------------------------|---|
| ○ Принятие ванны. | ○ Посещение туалета. |
| ○ Одевание. | ○ Ходьба. |
| ○ Самостоятельное питание. | ○ Перемещение (например, со стула в кровать). |

Требуется 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.
- Поездки.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Существует обоснованное ожидание того, что профилактическая помощь позволит поддержать или улучшить возможности больного (например, после повреждения мозга в результате травмы или инфекции).
- Есть 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 программе MSSP, участник программы Medi-Cal должен 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).
- 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 лечение (Long-term care, LTC) или на госпитализацию в центр квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility, SNF), участник плана должен нуждаться в назначенной врачом круглосуточной кратко- или долгосрочной медицинской помощи.

С. Как позвонить по линии сестринских консультаций

По действующей в плане Health Net Cal MediConnect линии сестринских консультаций (Nurse Advice Line) можно получить совет опытной медсестры. Линия работает круглосуточно и без выходных, звонки бесплатные. Если вы чувствуете себе плохо, но не уверены, насколько опасно ваше состояние, позвоните по этой линии. Ответившая медсестра обсудит с вами симптомы и посоветует, что делать. У наших медсестер можно получить индивидуальную телефонную консультацию, им можно задавать вопросы о своем здоровье и симптомах. Их советы помогают участникам плана принимать разумные решения о своем лечении. Для того чтобы поговорить с медсестрой, позвоните в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect (он приведен на обороте вашей карточки участника плана).

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



ТЕЛЕФОН	<p>1-855-464-3571</p> <p>Звонки бесплатные. Опытные медсестры дают консультации и полезные советы круглосуточно и без выходных.</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>Опытные медсестры дают консультации и полезные советы круглосуточно и без выходных.</p>

По линии сестринских консультаций обращайтесь по следующим вопросам:

- **Вопросы о медицинской помощи**
- **Линия сестринских консультаций работает круглосуточно и без выходных. По этой линии можно сразу получить медицинский совет или ответ на вопрос. Медицинские сестры могут дать полезный совет, например, в следующих случаях:**
 - Вы хотите узнать, что делать при незначительной травме или несерьезной болезни.
 - Вы хотите проверить, нужна ли вам экстренная помощь.
 - Вам нужно принять разумные решения о своем лечении.
- **Индивидуальные консультации с опытной медсестрой. У всех сестер, отвечающих на звонки по круглосуточной линии, есть большой опыт, позволяющий разобраться в вашем основном недомогании и учесть, как оно может повлиять на другие ваши болезни.**
- **Ответы на вопросы о здоровье — круглосуточно. Тем не менее всегда, когда вашей жизни угрожает опасность, сразу звоните по телефону 9-1-1 или отправляйтесь в отделение экстренной помощи.**

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



D. Как позвонить по линии психологической помощи в кризисных ситуациях

ТЕЛЕФОН	<p>1-855-464-3571. Звонки бесплатные.</p> <p>Лицензированные специалисты по психическим нарушениям отвечают на звонки круглосуточно и без выходных.</p> <p>Если вы плохо говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши переводчики.</p>
TTY	<p>711 (коммутаторная служба США). 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>Лицензированные специалисты по психическим нарушениям отвечают на звонки круглосуточно и без выходных.</p>

По линии психологической помощи в кризисных ситуациях обращайтесь по следующим вопросам:

■ **Вопросы о психологической, психиатрической и наркологической помощи**

В плане Health Net Cal MediConnect получить медицинский совет можно в любое время суток. На вопросы позвонивших участников плана отвечают специалисты по вопросам психического здоровья. Если вам нужна неотложная, но не экстренная помощь, вы можете позвонить по нашей линии психологической помощи в кризисных ситуациях (Behavioral Health Crisis Line). Ее сотрудники круглосуточно и без выходных отвечают на вопросы о психическом здоровье.

О специальных действующих в вашем округе специальных службах помощи при психических нарушениях см. на стр. 33.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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

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

Программа НІСАР никак не связана ни с какими страховыми компаниями и планами.

ТЕЛЕФОН	1-213-383-4519 В округе Лос-Анджелес: 1-800-824-0780 С понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00.
ТТУ	В округе Лос-Анджелес: 1-213-251-7920 Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.
АДРЕС	НІСАР 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
САЙТ	http://www.aging.ca.gov/НІСАР/

В программу НІСАР обращайтесь по следующим вопросам:

■ Вопросы о вашем плане Cal MediConnect

Консультанты из программы НІСАР:

- » Помогут разобраться в своих правах.
- » Помогут разобраться в разных планах медицинского страхования.
- » Ответят на вопросы о переходе в другой план.
- » Помогут подать жалобу на медицинское обслуживание или лечение.
- » Помогут решить вопросы с полученными счетами.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



В. Как связаться с организацией повышения качества обслуживания (QIO)

В нашем штате есть организация Livanta. Это группа врачей и других медиков. Задача организации состоит в повышении качества медицинской помощи людям, включенным в программу Medicare. Организация Livanta никак не связана с нашим страховым планом.

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

В организацию Livanta обращайтесь по следующим вопросам:

■ Вопросы о медицинской помощи

Пожаловаться на качество полученной помощи вы можете в следующих случаях:

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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Г. 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 конечной 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).

ТЕЛЕФОН	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Линия работает круглосуточно и без выходных. Звонки бесплатные.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048. Звонки 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 есть сведения о больницах; центрах сестринского ухода; врачах; агентствах, предоставляющих помощь на дому; 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 пройдите по ссылке «Телефоны и сайты» (“Phone numbers & websites”).</p> <p>На сайте программы Medicare есть система поиска, позволяющая найти страховые планы, действующие по месту вашего жительства:</p> <p>Поиск планов по программе Medicare (Medicare Plan Finder). Эта система позволяет найти сведения о действующих по месту вашего жительства медицинских и фармацевтических планах по программе Medicare и о частных планах, предоставляющих дополнительное к программе Medicare страхование (Medigar, 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, какие сведения вам нужны (номера телефонов приведены выше). Сотрудники программы найдут на сайте нужную вам информацию, распечатают ее и пришлют обычной почтой.</p>

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Н. Как связаться с отделом выбора медицинской страховки (Health Care Options) программы Medi-Cal

Отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options) действует в составе программы Medi-Cal. Сотрудники отдела ответят вам на вопросы, связанные с выбором плана, действующего по программе Cal MediConnect, и на другие вопросы о включении в страховые планы. 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, включенных в программу Medicare, см. в разделе Е.

ТЕЛЕФОН	1-844-580-7272 Отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options) работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
TTY	1-800-430-7077 Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.
АДРЕС	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
САЙТ	http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/hcocsp/HCO_Program/Contact_us.aspx

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



I. Как связаться с омбудсменом программы Cal MediConnect

В отделе омбудсмана программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program) вам помогут, 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.

Сотрудники отдела никак не связаны ни с нами, ни с любой другой страховой компанией или страховым планом.

ТЕЛЕФОН	1-855-501-3077. Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00, кроме праздников; по средам перерыв с 14:00 до 16:00.
TTY	1-855-847-7914 Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.
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 Telstar Avenue El Monte, CA 91731
САЙТ	www.healthconsumer.org

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Ж. Как связаться с социальной службой округа

Если у вас возникли затруднения с программой Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), свяжитесь с отделом социальных служб вашего округа.

Программа IHSS предоставляет обслуживание на дому пожилым людям и инвалидам. Это обслуживание позволяет им жить дома без опасности для здоровья и оставаться как можно более независимыми. Обслуживание по программе IHSS включает, например, следующее:

- Помощь по дому и связанные с ней услуги (уборка, приготовление пищи, мытье посуды, стирка, покупка продуктов).
- Личная гигиена (мытьё, одевание, уход за внешностью).
- Простое медицинское обслуживание (уход за раной, уход за катетером, уколы).
- Обучение семьи и лиц, ухаживающих за больным.
- Сопровождающий во время поездки к врачу.
- Присмотр за психически больными людьми.

К числу участников плана, которые могут пользоваться услугами по программе IHSS, относятся люди, страдающие сложными хроническими нарушениями физического или психического характера или имеющие ограниченные возможности. Состояние здоровья такого человека требует постоянного контроля. Кроме того, ему требуется социальная поддержка. Услуги по программе IHSS позволяют такому больному избежать десоциализации, частых обращений в отделение экстренной помощи и госпитализаций в больницу или в центр сестринского ухода, предназначенный для кратковременного или длительного пребывания.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



ТЕЛЕФОН	<p>Единый номер:</p> <p>Горячая линия для заявок на включение в программу IHSS: 1-888-944-4477</p> <p>Районные отделения:</p> <p>Район 01 – Чатворт: 1-888-822-9622</p> <p>Район 19 – Помона: 1-866-465-0905</p> <p>Район 35 – Ланкастер: 1-866-514-9911</p> <p>Район 47 – Метро: 1-866-512-2857</p> <p>Район 73 – Бёрбанк: 1-866-544-9048</p> <p>Район 74 – Эль Монте: 1-888-322-2204</p> <p>Район 75 – Ранчо Домингес: 1-888-896-0044</p> <p>Район 77 – Хоторн: 1-866-512-2856</p> <p>Звонки бесплатные. С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00, кроме праздников.</p>
TTY	<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>
АДРЕС	<p>Район 01 – Чатворт: 21415-21615 Plummer St., Chatsworth, CA 91311</p> <p>Район 19 – Помона: 360 E. Mission Blvd., Pomona, CA 91766</p> <p>Район 35 – Ланкастер: 335-C East Ave. K-6, Lancaster, CA 93535</p> <p>Район 47 – Метро: 2707 S. Grand Ave., Los Angeles, CA 90007</p> <p>Район 73 – Бёрбанк: 3307 N. Glenoaks Blvd., Burbank, CA 91504</p> <p>Район 74 – Эль Монте: 3400 Aerojet Ave., El Monte, CA 91731</p> <p>Район 75 – Ранчо Домингес: 17600 "D" Santa Fe Ave., Rancho Dominguez, CA 90221</p> <p>Район 77 – Хоторн: 12000 S. Hawthorne Blvd., Hawthorne, CA 90250</p>
САЙТ	<p>http://dpss.lacounty.gov/wps/portal/dpss/main/programs-and-services/in-home-supportive-services/</p>

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



К. Как связаться с действующим в вашем округе планом специальной помощи при психических нарушениях

Если у вас есть медицинские показания для специальных видов помощи, предоставляемых по программе Medi-Cal при психических нарушениях, то получать эту помощь можно по плану помощи при психических нарушениях (mental health plan, МНР), действующему в Вашем округе.

ТЕЛЕФОН	<p>Горячая линия Департамента психического здоровья округа Лос-Анджелес (Los Angeles County Department of Mental Health, DMH): 1-800-854-7771. Звонки бесплатные.</p> <p>Линия работает круглосуточно и без выходных.</p> <p>Если вы плохо говорите по-английски, вам бесплатно помогут наши переводчики.</p>
TTY	<p>711 (коммутаторная служба США). 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>Линия работает круглосуточно и без выходных.</p>

В действующий в вашем округе план специальной помощи при психических нарушениях обращайтесь по следующим вопросам:

- Вопросы о том, какую помощь при психических нарушениях предоставляет ваш округ.

Позвонив по горячей линии Департамента психического здоровья округа Лос-Анджелес (Department of Mental Health), можно бесплатно и конфиденциально получить информацию о психическом здоровье, получить направление к специалисту по психическим нарушениям или пройти консультацию в кризисной ситуации.

Л. 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.

ТЕЛЕФОН	<p>1-888-466-2219</p> <p>Сотрудники департамента DMHC работают с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.</p>
----------------	---

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



ТТУ	ТТУ: 1-877-688-9891 Эта линия предназначена для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование.
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	www.healthconsumer.org

М. Другие полезные адреса и телефоны

Местные агентства по делам престарелых

В местном агентстве по делам престарелых (Area Agency on Aging) вам расскажут об обслуживании, предоставляемом пожилым людям, и помогут координировать эти услуги.

ТЕЛЕФОН	1-888-202-4248 1-213-738-2600 Только в округе Лос-Анджелес: 1-800-510-2020 Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00, кроме выходных.
ТТУ	711 (коммутаторная служба США)
АДРЕС	Los Angeles County Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010
САЙТ	http://css.lacounty.gov/

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Департамент здравоохранения штата Калифорния

Участники нашего плана получают страховое покрытие как по программе Medicare, так и по программе Medi-Cal (Medicaid). Medi-Cal (Medicaid) — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, помогающая некоторым людям с ограниченными средствами и доходами оплачивать медицинское обслуживание. С вопросами о том, какую помощь можно получить по программе Medi-Cal (Medicaid), обращайтесь в Департамент здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS).

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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Управление социального обеспечения

Управление социального обеспечения (Social Security) отвечает за определение ваших прав на программу Medicare и за включение вас в эту программу. Право страховку по программе Medicare имеют отвечающие определенным требованиям граждане США, которым уже исполнилось 65 лет или которые имеют определенные виды инвалидности или находятся в конечной 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, нужно позвонить в Управление социального обеспечения или зайти в 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 из Управления социального обеспечения вы получили письмо, в котором говорится, что вы должны платить больше; если у вас есть вопросы о повышенной оплате или если в вашей жизни произошли серьезные изменения, из-за которых ваш доход уменьшился, позвоните в Управление социального обеспечения и попросите пересмотреть принятое решение.

Обязательно сообщайте в Управление социального обеспечения о переезде или изменении почтового адреса.

ТЕЛЕФОН	<p>1-800-772-1213</p> <p>Звонки бесплатные.</p> <p>Сотрудники отвечают с 7:00 до 19:00 с понедельника по пятницу по восточному времени. Круглосуточно и без выходных можно прослушивать записанную информацию и пользоваться автоматическими службами.</p> <p>Круглосуточная автоматическая телефонная служба Управления социального обеспечения позволяет 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 бесплатные.</p> <p>С понедельника по пятницу с 7:00 до 19:00.</p>
САЙТ	<p>http://www.ssa.gov</p>

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 3. Использование предоставляемого планом страхового покрытия медицинской помощи и другого обслуживания

Содержание

A. Что такое «обслуживание», «покрываемое обслуживание», «медики и учреждения» и «медики и учреждения, сотрудничающие с планом»	39
B. Правила получения покрываемой планом медицинской помощи, помощи при психических нарушениях и длительного обслуживания	39
C. Ваш координатор обслуживания	41
D. Получение помощи у врачей первичного обслуживания, у специалистов и у медиков и в медицинских учреждениях, сотрудничающих или не сотрудничающих с планом	41
Врач первичного обслуживания	41
Специалисты и другие медики, сотрудничающие с нашим планом	45
Что делать, если врач прекратил сотрудничество с нашим планом?	46
Медики и медицинские учреждения, не сотрудничающие с нашим планом	46
E. Как получить длительное обслуживание (LTSS)	47
F. Как получить психологическую, психиатрическую или наркологическую помощь	48
Покрываемая по программе Medi-Cal помощь при психических нарушениях, которую 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 получать транспортные услуги	51
H. Как получать страховое покрытие обслуживания в экстренных и неотложных ситуациях и во время стихийных бедствий	52
Экстренная помощь	52
Неотложная помощь	54
Помощь во время стихийных бедствий	55

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).
 Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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

Обслуживание — это медицинская помощь; длительное обслуживание; медицинские приспособления; помощь при психических нарушениях; лекарства по рецепту и без рецепта; медицинское оборудование и другие услуги. **Покрываемое обслуживание** — это любое обслуживание, за которое наш план платит. Покрываемые планом услуги (медицинская помощь, помощь при психических нарушениях, длительное обслуживание и т. д.) приведены в таблице покрываемого обслуживания в главе 4.

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

Сотрудничающие с планом медики и учреждения заключили с нашим планом договор. Такие медики и учреждения согласились в качестве полной оплаты своего труда принимать выплаты по действующим в плане расценкам. Счет за оказанную вам помощь такие медики и медицинские учреждения направляют непосредственно нам. Обычно вы ничего не платите за покрываемую планом помощь, если она оказана сотрудничающим с планом медиком или медицинским учреждением.

➔ **Обратите внимание.** Организации, предоставляющие обслуживание по программе Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), вы можете выбирать любые. Проверять, сотрудничает ли с нами такая организация, не нужно.

В. Правила получения покрываемой планом медицинской помощи, помощи при психических нарушениях и длительного обслуживания

План Health Net Cal MediConnect покрывает все виды обслуживания, которые покрываются по программам Medicare и Medi-Cal. К их числу относятся медицинская помощь, помощь при психических нарушениях, длительное обслуживание (long-term services and supports, 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 **бенефитом** нашего плана). Это значит, что оно должно быть включено в таблицу покрываемого обслуживания. (См. таблицу в главе 4 этого справочника)
- Обслуживание должно быть **признано необходимым**. Это значит, что обслуживание требуется для предупреждения, диагностики или лечения болезни или для того чтобы предотвратить ухудшение состояния больного. К такому обслуживанию относится также

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



помощь, позволяющая избежать госпитализации в больницу или в центр сестринского ухода. Кроме того, обслуживание, принадлежности и лекарства должны отвечать требованиям стандартов медицинской помощи.

- Медицинское обслуживание должно быть назначено сотрудничающим с планом врачом первичного обслуживания (**primary care provider, врач PCP**) или специалистом, к которому врач PCP вас направил. Став участником 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» (referral). О направлениях подробно говорится на стр. 44.
 - » Врач PCP входит в свою медицинскую группу. Выбрав врача PCP, вы одновременно выбираете его медицинскую группу. Это значит, что ваш врач PCP будет направлять вас к тем врачам-специалистам и в те службы и учреждения, которые связаны с его медицинской группой. Медицинская группа — группа работающих вместе врачей первичного обслуживания (врачей PCP), врачей-специалистов и других медиков. Сотрудничающая с нами медицинская группа заключила с нашим планом договор о сотрудничестве.
 - » На экстренную, неотложную и гинекологическую помощь направление врача PCP получать *не* нужно. Существуют также некоторые другие услуги, которые можно получать без направления от своего врача первичного обслуживания (врач PCP). Об этом подробно говорится на стр. 44.
- О том как выбрать врача первичного обслуживания (врач PCP) говорится на стр. 43.
- **За помощью вам следует обращаться к медикам и в учреждения, которые сотрудничают с медицинской группой вашего врача первичного обслуживания.** Наш план обычно не оплачивает помощь, полученную у медиков или в учреждениях, не сотрудничающих с планом или медицинской группой вашего врача первичного обслуживания (primary care provider, врач PCP). Существует несколько исключений из этого правила:
 - » Экстренную помощь и неотложную помощь, полученную в учреждении, которое 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 помощь, которую наш план покрывает, но сотрудничающие с нами медики или учреждения не оказывают, вы можете обратиться к медику или в учреждение из числа тех, которые с нами не сотрудничают. Прежде чем обращаться к медику или в учреждение из числа тех, которые с нами не сотрудничают, нужно получить на это разрешение. Когда мы даем вам такое разрешение, мы сообщаем об этом врачу, который рекомендовал направить вас к не сотрудничающему с нами специалисту, и специалисту, к которому вам нужно обратиться. В подобной ситуации мы полностью покрываем оказанную

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



вам помощь. О том как получить разрешение на обращение к врачу, 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 можно получать в диализном центре, сертифицированном программой Medicare.
- » Если вы стали участником нашего плана недавно, вы можете обратиться к нам с просьбой о продолжении лечения у прежних врачей. Дать вам разрешение мы должны, если к моменту включения в наш план вы лечитесь у этого медика. Действуют некоторые ограничения (см. главу 1, стр. 9). Если на ваш запрос мы даем положительный ответ, вы можете по-прежнему обращаться к этому медику в течение не более 12 месяцев. За это время ваш координатор обслуживания свяжется с вами и поможет найти медиков или учреждения, которые сотрудничают с нами и с медицинской группой вашего врача первичного обслуживания (врач РСР). Через 12 месяцев мы прекращаем страховое покрытие обслуживания, которое вы получаете у медиков, не сотрудничающих с нашим планом и медицинской группой вашего врача РСР.

С. Ваш координатор обслуживания

Координатор обслуживания (care coordinator) — 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.

О том как связаться со своим координатором обслуживания, можно узнать в отделе обслуживания. Координатор обслуживания помогает организовывать необходимое вам обслуживание. Вместе с вами он составляет план обслуживания (care plan). Он помогает вам решать, кто будет включен в вашу группу обслуживания (care team). От него вы узнаете информацию, которая позволяет вам управлять получаемой помощью. Кроме того, он помогает вам принимать правильные решения. Если вам нужна помощь, для того чтобы связаться со своим координатором обслуживания, позвоните в наш отдел 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). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

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

Врач первичного обслуживания

Вам нужно выбрать врача первичного обслуживания (primary care provider, врач РСР). Этот врач оказывает вам помощь и организует ваше лечение. Врач РСР входит в свою медицинскую группу. Выбрав врача РСР, вы одновременно выбираете его медицинскую группу.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Что такое врач первичного обслуживания и что он делает?

Участник нашего плана должен выбрать сотрудничающего с нами 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 медиками могут быть врачи общей практики, семейные врачи и врачи по внутренним болезням. Женщины могут выбрать своим основным лечащим врачом гинеколога.

Обычную медицинскую помощь вы получаете у своего врача первичного обслуживания (врач РСР). Кроме того, ваш врач РСР организует и координирует получение вами другого покрываемого планом обслуживания. Это может быть, например, такое обслуживание:

- рентгеновские обследования,
- анализы,
- различные виды лечения,
- помощь врачей-специалистов,
- госпитализация в больницу,
- лечение после выписки из больницы.

«Координация» покрываемой планом помощи включает обсуждение с другими медиками оказываемой вам помощи и состояния вашего здоровья. Прежде чем получать определенные виды покрываемых нами услуг, лекарств и принадлежностей нужно, получить у своего врача РСР соответствующее разрешение (например, направление к специалисту). В некоторых случаях ваш врач РСР должен вначале получить разрешение нашего плана. Если прежде чем оказывать вам какую-то помощь, на это нужно получить наше разрешение, ваш основной лечащий врач (врач РСР) просит наш план или свою медицинскую группу выдать такое разрешение. Поскольку ваш врач РСР вас лечит и координирует оказание вам медицинской помощи, обязательно передайте ему свою медицинскую карту и сведения о прежних болезнях и лечении.

Выше мы уже объясняли, что обычную медицинскую помощь вы получаете у своего врача первичного обслуживания (РСР). Если 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. Без разрешения своего врача РСР вы можете получать только некоторые виды помощи. Речь о них пойдет ниже.

У каждого участника нашего плана есть свой врач первичного обслуживания (primary care provider, врач РСР). Таким врачом может быть даже поликлиника. Женщина может выбрать своим врачом РСР акушера-гинеколога или клинику по планированию семьи.

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 РСР такого медика, то вы будете приписаны к курирующему его работу врачу, но лечить вас будет выбранный вами медик. Участники нашего плана могут поменять выбранного медика; для этого нужно поменять курирующего его работу врача первичного обслуживания (врач РСР). На вашей

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



идентификационной карточке участника плана напечатано имя врача первичного обслуживания, курирующего работу выбранного вами медика. В качестве врача первичного обслуживания (врач РСР) можно выбрать также врача-специалиста, если этот специалист согласен и может оказывать вам необходимую помощь.

Федеральный медицинский центр (FQHC) и сельская поликлиника (RHC)

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

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

Как выбрать своего врача первичного обслуживания?

При включении в наш план вы выбираете имеющую с нами договор медицинскую группу. Медицинская группа — группа работающих вместе врачей первичного обслуживания (primary care provider, врач РСР), врачей-специалистов и других медиков. Сотрудничающая с нами медицинская группа заключила с нашим планом договор о сотрудничестве. Кроме того, вы выбираете себе врача первичного обслуживания (врач РСР), работающего в этой медицинской группе. Врач РСР должен входить в медицинскую группу, расположенную не дальше 30 миль или 30 минут езды от вашего дома или работы. Медицинские группы (и сотрудничающие с ними врачи первичного обслуживания и больницы) приведены в *Указателе медиков и медицинских учреждений*. Кроме того, вы можете воспользоваться сайтом www.healthnet.com/calmediconnect. Выяснить, принимает ли врач новых пациентов, и узнать подробности о конкретном враче РСР вы можете, позвонив в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Каждая медицинская группа и каждый врач РСР дают направления к тем специалистам и в те больницы, с которыми эта группа или этот РСР 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 первичного обслуживания (врач РСР) и с медицинской группой, в которой вы лечитесь. Имя вашего врача РСР и телефон его кабинета приведены на вашей карточке участника плана.

Если вы не выберете медицинскую группу и врача первичного обслуживания (врач РСР) сами или если вы выберете медицинскую группу или врача РСР, у которых нельзя лечиться по нашему плану, мы сами выберем их для вас. Мы найдем для вас медицинскую группу и врача, которые принимают недалеко от вашего дома.

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

Как поменять своего врача первичного обслуживания

Поменять врача первичного обслуживания (primary care provider, врач РСР) вы можете в любое время и по любой причине. Кроме того, врачи иногда перестают сотрудничать с нашим планом. Если ваш врач РСР перестает с нами сотрудничать, мы помогаем вам найти нового врача РСР из числа сотрудничающих с нами.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Вы можете лечиться у нового врача РСР с первого дня месяца, следующего за тем, в который план получил ваш запрос на переход к этому врачу. Для того чтобы поменять своего врача РСР, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711); линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Кроме того, вы можете подать запрос на нашем сайте.

Когда вы обращаетесь к нам, обязательно сообщайте, лечитесь ли вы у специалиста и получаете ли другое покрываемое планом обслуживание, на которое нужно получать разрешение или направление от врача РСР (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 ко времени перехода к другому врачу РСР. Кроме того, сотрудники отдела проверят, принимает ли новых пациентов тот врач РСР, к которому вы хотите перейти. Наш отдел обслуживания поменяет указанное в вашем деле имя врача первичного обслуживания (врач РСР) и сообщит вам, когда вы сможете начать лечиться у своего нового врача РСР.

Вам пришлют новую карточку участника нашего плана. На этой карточке будут указаны имя и номер телефона нового врача РСР.

Помните о том, что врач РСР входит в свою медицинскую группу. Если вы перешли к другому врачу РСР, вам, возможно, придется поменять свою медицинскую группу. Обращаясь в отдел обслуживания с просьбой поменять врача РСР, не забудьте сообщить ответившему сотруднику, лечитесь ли вы у врача-специалиста и получаете ли другое покрываемое обслуживание, на которое нужно получать разрешение врача РСР. Отдел обслуживания позаботится о том, чтобы вы могли по-прежнему лечиться у этого специалиста и получать обслуживание, которое вы получали ко времени перехода к новому врачу РСР.

Обслуживание, которое можно получить без направления от врача первичного обслуживания

В большинстве случаев, прежде чем обратиться к врачу или в медицинское учреждение, нужно получать на это разрешение своего врача первичного обслуживания (врач РСР). Это разрешение называется **направление**. Обслуживание, на которое направление от врача РСР получать не нужно:

- Экстренная помощь, оказываемая сотрудничающими или не сотрудничающими с нами учреждениями.
- Неотложная помощь, оказываемая сотрудничающими с нами медиками или учреждениями.
- Если обратиться к медикам или в учреждения, которые с нами сотрудничают, невозможно (например, если вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания), то неотложную помощь можно получать у медиков и в учреждениях, которые с нами не сотрудничают.
- Диализ в диализном центре, сертифицированном программой Medicare, если вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания. (Перед поездками за пределы зоны обслуживания звоните в наш отдел обслуживания. Мы поможем вам найти диализные центры, куда вы сможете обращаться во время поездки.)
- Прививки от гриппа и пневмонии у сотрудничающих с нами медиков.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Обычная гинекологическая помощь и планирование семьи. Это обслуживание включает: осмотр груди, профилактические маммографии (рентген груди), мазок по Папаниколау, гинекологическое обследование. Получать эту помощь следует у сотрудничающих с нами медиков.
- Кроме того, без направления можно обращаться к медикам, которые лечат индейцев (если вы имеете на это право).
- Помощь в планировании семьи, оказанная сотрудничающими или не сотрудничающими с нами медиками и медицинскими учреждениями.
- Ведение неосложненной беременности и анализы на ВИЧ и другие болезни, передающиеся половым путем.

Специалисты и другие медики, сотрудничающие с нашим планом

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

- *Онколог* лечит рак.
- *Кардиолог* лечит болезни сердца.
- *Ортопед* лечит определенные заболевания костей, суставов и мышц.

Прежде чем обратиться к специалисту, вы обычно должны получить у своего врача первичного обслуживания (primary care provider, врач РСР) направление. Получать это направление очень важно. Оно не требуется только в некоторых случаях (например, для получения обычной гинекологической помощи). Если вы обратились к врачу-специалисту, не получив вначале направление, то за полученную помощь вам, возможно, придется платить самостоятельно. Специалист может решить, что вам следует прийти к нему несколько раз. В этом случае вначале проверьте позволяет ли выданное вашим врачом РСР направление обращаться к специалисту несколько раз.

Каждая медицинская группа и каждый врач РСР дают направления к тем специалистам и в те больницы, с которыми эта группа или этот РСР сотрудничает. Таким образом, к каким специалистам и в какие больницы вы можете обращаться, зависит от того, какую медицинскую группу и какого врача РСР вы выбрали. 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 хотите обратиться к сотрудничающему с нами специалисту или в сотрудничающую с нами больницу, к которым ваш врач РСР направить вас не может. О том как поменять врача РСР, говорится в этой главе в подразделе “Как поменять своего врача первичного обслуживания”.

На некоторые виды обслуживания нужно вначале получать разрешение нашего плана или медицинской группы, в которой вы лечитесь (называется “prior authorization”, «предварительное разрешение»). Разрешение нужно получать, прежде чем обращаться за определенными видами обслуживания. Если на необходимую вам помощь нужно вначале получать разрешение, ваш врач РСР или другой сотрудничающий с нами медик подает нам или в вашу медицинскую группу запрос на получение такого разрешения. План или ваша медицинская группа изучает этот запрос

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



и присылает свое решение (organization determination, решение о страховом покрытии) вам и вашему врачу. На какое обслуживание нужно получить разрешение, можно узнать из таблицы покрываемого обслуживания, см. главу 4 этого справочника.

Что делать, если врач прекратил сотрудничество с нашим планом?

Сотрудничающие с нами медики и учреждения иногда могут 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 отказываться от сотрудничества с планом, мы должны обеспечивать бесперебойное обслуживание участников плана квалифицированными медиками.
- О том что врач прекращает с нами сотрудничать, мы стараемся сообщить вам письмом не менее чем за 30 дней. За это время вы можете найти нового врача.
- Мы помогаем вам искать нового врача, имеющего необходимую квалификацию.
- Если вы лечитесь, у вас есть право потребовать, чтобы это лечение не прерывалось. Мы сделаем все возможное, для того чтобы обеспечить непрерывность лечения.
- Если вы считаете, что мы не нашли достойную замену вашему прежнему врачу или что ваше лечение не было организовано должным образом, вы можете подать на наше решение апелляцию.

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 организуем дальнейшее обслуживание. Для этого позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Медики и медицинские учреждения, не сотрудничающие с нашим планом

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

Очень важно получать разрешения до обращения 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.

О страховом покрытии экстренной и неотложной помощи, полученной в учреждении, которое с нами не сотрудничает, см. в разделе Н этой главы.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ **Обратите внимание.** К не сотрудничающим с нами медиками и в не сотрудничающие с нами медицинские учреждения можно обращаться, только если они имеют право сотрудничать 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. Медики и учреждения, не имеющие права работать по программе Medicare, должны вам об этом сообщать.

Е. Как получить длительное обслуживание (LTSS)

В предоставлении длительного обслуживания (Long-term services and supports, LTSS) участвуют Обслуживание взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS), Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) и учреждения сестринского ухода (Nursing Facilities, NF). Это обслуживание можно получать дома, по месту жительства или в медицинском учреждении. Ниже объясняются разные виды длительного обслуживания:

- **Обслуживание взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS).** Программа амбулаторной помощи в учреждениях, совмещающих квалифицированную сестринскую помощь, социальное обслуживание, лечение речевых нарушений, эрготерапию (восстановление двигательных навыков), уход, обучение семьи больного или ухаживающего за ним лица, диетологические, транспортные и другие услуги. Получать обслуживание по этой программе могут люди, соответствующие определенным критериям.
- **Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS).** Программа, позволяющая вам выбрать, кто будет вам помогать дома, если для вас опасно оставаться дома без посторонней помощи. Услуги по программе IHSS могут включать, например, следующие: уборка дома, приготовление пищи, стирка, покупка продуктов, личная гигиена, сопровождение во время похода к врачу и т. д. Это обслуживание предоставляется людям, которым уже исполнилось 65 лет, слепым и инвалидам, доход которых низок настолько, что они имеют право на дополнительный социальный доход по социальному обеспечению/пособие от штата (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment, SSI/SSP).
- **Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP).** Программа штата Калифорния. По этой программе предоставляются услуги на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Services, HCBS). Эти услуги предназначены для пожилых людей, могут быть помещены в центр сестринского ухода, но хотят жить у себя дома. В программу могут быть включены инвалиды, которым уже исполнилось 65 лет и которые имеют право на страховое покрытие по программе Medi-Cal. Программа MSSP представляет собой альтернативу проживанию в центре сестринского ухода. Услуги, предоставляемые по этой программе, могут включать, например, следующие: Центр дневного пребывания для взрослых, модификация жилья (например, установка вспомогательных устройств), работы по дому, личная гигиена, присмотр, координация обслуживания и т. д.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Учреждение сестринского ухода (Nursing Facility, NF).** Учреждение, в котором ухаживают за людьми, которым не нужно лечиться в больнице, но чье состояние здоровья не позволяет им проживать дома.

Ваш координатор обслуживания поможет вам разобраться во всех этих программах. Об этих программах вам расскажут в нашем отделе обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Г. Как получить психологическую, психиатрическую или наркологическую помощь

Участники нашего плана могут получать необходимую по медицинским показаниям психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь, покрываемую по программам Medicare и Medi-Cal. План Health Net Cal MediConnect оплачивает эту помощь, если ее покрывает программа Medicare. Психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь по программе Medi-Cal план Health Net Cal MediConnect не покрывает. Получить ее можно в следующих организациях: *Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес (Los Angeles County 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).*

Покрываемая по программе Medi-Cal помощь при психических нарушениях, которую 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)

Программа Medi-Cal установила критерии наличия медицинских показаний для специальных видов помощи при психических нарушениях. Если вы отвечаете этим критериям, то программа Medi-Cal покрывает вам такую помощь по действующему в вашем округе плану помощи при психических нарушениях (mental health plan, MHP). Помощь при психических нарушениях, которую можно получить через Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес (DMH) и Департамент общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес (профилактика и лечение лекарственных и наркотических зависимостей) (DPH/SAPC), включает:

- Помощь при психических нарушениях (обследование, лечение, реабилитация, работа с близкими больного, разработка плана обслуживания).
- Поддержка больных, получающих лекарственное лечение.
- Интенсивное лечение в дневном стационаре.
- Реабилитация в центре дневного пребывания.
- Вмешательство в критических ситуациях.
- Стабилизация психического состояния в критических ситуациях.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- 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.

Программа Medi-Cal установила критерии наличия медицинских показаний для наркологического лечения. Если вы отвечаете этим критериям, то программа Medi-Cal покрывает вам такую помощь. Получать ее нужно 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.
- Амбулаторные службы помощи лицам, решившим отказаться от наркотиков.
- Наркологическое лечение.
- Лечение опиоидной зависимости налтрексоном.

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

Участники нашего плана могут получать также необходимую по медицинским показаниям помощь при психических нарушениях, покрываемую по программам Medicare и предоставляемую по нашему плану. Эту помощь можно получить у сотрудничающих с планом Health Net Cal MediConnect специалистов по психическим нарушениям. Покрываемое обслуживание включает, например, следующее:

- Амбулаторное обслуживание: амбулаторное кризисное вмешательство, краткосрочный курс оценки состояния и лечение, 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 программой Medicare.
- Дезинтоксикация: интенсивная дезинтоксикация в стационаре и лечение острых состояний, связанных со злоупотреблением наркотиками.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Экстренная помощь: обследование больного и оценка его состояния с целью выяснить, находится ли больной в экстренном психическом состоянии; экстренное психиатрическое лечение для облегчения состояния или излечения больного.

О медиках и медицинских учреждениях см. в *Указателе медиков, учреждений и аптек (Provider and Pharmacy Directory)*. Кроме того, вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711) (линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00), или воспользоваться нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.

Исключения и ограничения, действующие в случае страхового покрытия помощи при психических нарушениях

Перечень исключений и ограничений, действующих в случае страхового покрытия помощи при психических нарушениях, приведен в главе 4, раздел F («Какое обслуживание наш план *не* покрывает»).

Как определяется наличие медицинских показаний для помощи при психических нарушениях

Страховое покрытие помощи при психических нарушениях предоставляется при условии, что наш план дал на нее разрешение. Об обслуживании, на которое нужно вначале получить разрешение плана, см. в главе 4. Если вам нужно получить такое разрешение, звоните в отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Мы направим вас к сотрудничающему с нами специалисту по психическим нарушениям. Мы найдем специалиста, который принимает больных недалеко от вашего дома. Этот специалист вас обследует и решит, требуется ли вам лечение. Если лечение вам требуется, 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 же мы не утвердим план лечения, то 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 психического здоровья вашего округа.

Как план Health Net Cal MediConnect выдает направления на лечение, предоставляемое Департаментом 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 помощи при психических нарушениях, покрываемой по плану Health Net Cal MediConnect, можно получить разными способами, в том числе у следующих лиц: психологи, психиатры и наркологи округа; сотрудники администрации округа, ведущие личные дела больных; 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. Компания Health Net изучает запрос и при необходимости разрешает запрошенную помощь.

Компания Health Net работает над выдачей направлений 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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Координация обслуживания состоит в согласовании ваших пожеланий и действий следующих лиц: врач РСР; работающие в округе специалисты по психическим нарушениям; сотрудник округа, ведущий ваше дело; ваша семья и ухаживающие за вами лица.

Что делать, если у вас возникли сложности или претензии к помощи по поводу психического нарушения

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)»).

Непрерывность обслуживания новых участников плана, уже получающих помощь по поводу психических нарушений

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 или специалисту. Дать такое разрешение мы должны, если вы можете доказать, что на протяжении 12 месяцев, предшествующих включению в наш план, вы постоянно лечились у этого медика или специалиста. Если на ваш запрос мы даем положительный ответ, вы можете по-прежнему обращаться к этому медику или специалисту в течение не более 12 месяцев. Через 12 месяцев мы можем прекратить страховое покрытие обслуживания, которое вы получаете у медиков и специалистов, не сотрудничающих с нашим планом. Если для составления запроса вам нужна помощь, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Б. Как получать транспортные услуги

Участникам плана Health Net Cal MediConnect транспортные услуги предоставляет компания LogistiCare Solutions, LLC (LogistiCare). Это могут быть неэкстренные поездки на медицинском транспорте (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) и 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 — это поездки по медицинским надобностям на легковом автомобиле, такси или других видах общественного или частного транспорта. Учреждения, предоставляющие это обслуживание, не зарегистрированы как сотрудничающие с программой Medi-Cal.

К поездкам на немедицинском транспорте не относятся перевозки больных и травмированных людей, 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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Страховое покрытие поездок на немедицинском транспорте включает:

- Неограниченное число бесплатных поездок в одну сторону.
- Помощь с передвижением «от тротуара до тротуара» и «от дверей до дверей» (в зависимости от вашего состояния).
- Поездки на такси, обычном легковом автомобиле, миниавтобусе.
- 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.
- По дороге от врача вы можете попросить водителя остановиться для посещения аптеки или лаборатории или для рентгенологического обследования. Это не считается отдельной поездкой.

Для того чтобы заказать перечисленные выше транспортные услуги, позвоните в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Заказывать транспорт нужно 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 получать страховое покрытие обслуживания в экстренных и неотложных ситуациях и во время стихийных бедствий

Экстренная помощь

Что такое «экстренное состояние»?

Экстренное состояние — это состояние с такими симптомами, как например сильная боль или серьезная травма. Симптомы должны быть настолько серьезными, чтобы даже средний разумный человек без медицинского образования имел основания считать, что отсутствие немедленной медицинской помощи может привести к следующему:

- Создать серьезную опасность для здоровья больного. **-ИЛИ-**
- Серьезно нарушить работу организма. **-ИЛИ-**
- Серьезно нарушить работу органа или части тела. **-ИЛИ-**
- В случае беременной женщины таким симптомом может быть активная фаза родов, т. е. период, когда может произойти следующее:

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- » Перевозка в другую больницу может оказаться небезопасной.
- » Поездка может поставить под угрозу здоровье или жизнь женщины или ее будущего ребенка.

Что делать в экстренной ситуации?

Если вы находитесь в экстренном состоянии:

- **Как можно скорее обратитесь за помощью.** 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 (primary care provider, врач PCP) *не* нужно.
- **Как можно скорее позаботьтесь о том, чтобы наш план узнал о вашем состоянии.** Нам нужно следить за оказанием вам экстренной помощи. Вы или кто-то другой должны позвонить нам и сообщить о том, что вы получаете экстренную помощь. Обычно это нужно сделать в течение 48 часов. Тем не менее вам не нужно будет платить за полученную экстренную помощь, даже если мы узнаем о ней позже, чем нужно. Звоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Что мы покрываем в случае экстренной ситуации?

Мы оплачиваем экстренную помощь, полученную в любое время в любом месте США и территорий, находящихся под управлением США. Если для того чтобы добраться до отделения экстренной помощи понадобилась машина скорой помощи, наш план ее оплатит. Подробнее см. в таблице покрываемого обслуживания (глава 4).

Мы можем покрыть экстренную помощь, оказанную вам за пределами США. Это покрытие ограничено \$50 000 в год. Подробнее см. в таблице покрываемого обслуживания, приведенной в главе 4 этого справочника, подраздел «Страховое покрытие экстренной и неотложной помощи за границей». Кроме того, вы можете позвонить в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

После того как экстренное состояние закончится, вам может потребоваться последующее лечение. 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, экстренное состояние 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.

Тем не менее после того как врач скажет, что ваше состояние *не* экстренное, мы покрываем дополнительную помощь, *только* если выполняется одно из следующих условий:

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Вы обращаетесь к сотрудничающему с нами медику или в сотрудничающее с нами учреждение. **-ИЛИ-**
- Полученная вами помощь считается неотложной и при ее получении вы соблюдали 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. Это может быть, например, 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 вы не можете обратиться к сотрудничающим с нами медикам и в сотрудничающие с нами учреждения, мы покрываем неотложную помощь, полученную у медиков, которые с нашим планом не сотрудничают.

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

Если состояние не настолько тяжелое: позвоните своему врачу первичного обслуживания (врач РСР) или в свою медицинскую группу. Если вы не можете дозвониться или если помощь нужна немедленно, идите в ближайший медицинский центр, центр неотложной помощи или больницу.

Если вы не уверены, нужна ли вам экстренная помощь, позвоните своему врачу РСР или в свою медицинскую группу.

Ваша медицинская группа, скорее всего, круглосуточно и без выходных отвечает на звонки, касающиеся срочной медицинской помощи. В группе оценят вашу ситуацию и скажут, куда вам нужно обратиться.

Если вы не уверены, нужна вам экстренная помощь или неотложная, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711), и попросите соединить со службой сестринских консультаций. Участники плана Health Net Cal MediConnect могут круглосуточно и без выходных пользоваться услугами по быстрому определению наличия и серьезности заболевания.

Неотложная помощь вне зоны обслуживания нашего плана

За пределами нашей зоны обслуживания может быть сложно найти сотрудничающего с нами врача. В этой ситуации наш план оплачивает неотложную помощь, оказанную любым медиком или медицинским учреждением.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Неотложная помощь, полученная за пределами США, может рассматриваться как экстренная помощь. Страховое покрытие предоставляется в соответствии с бенефитом «Страховое покрытие экстренной и неотложной помощи за границей». Подробнее см. в таблице покрываемого обслуживания, приведенной в главе 4 этого справочника, подраздел «Страховое покрытие экстренной и неотложной помощи за границей».

Помощь во время стихийных бедствий

Помощь по плану Health Net Cal MediConnect вы можете получать, даже если губернатор вашего штата, федеральный секретарь по вопросам здравоохранения и социальных служб или президент США объявляет о национальной катастрофе или стихийном бедствии на территории вашего проживания.

О том как получать необходимую помощь во время объявленного стихийного бедствия, говорится на нашем сайте www.healthnet.com/calmediconnect.

Если во время стихийного бедствия вы не можете обращаться к медикам и в учреждения, которые с нами сотрудничают, мы разрешаем вам бесплатно получать помощь у медиков и в учреждениях, не сотрудничающих с планом. Если во время объявленного стихийного бедствия вы не можете обратиться в сотрудничающую с нами аптеку, то выписанные вам лекарства вы можете получать в не сотрудничающей с нами аптеке. 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 уплатить по счету нашу долю.

- ➔ Сами по счету не платите. Если вы оплатите счет, план может оказаться 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. **-И-**
 - Эта помощь приведена в таблице покрываемого обслуживания (глава 4). **-И-**
 - Вы получаете эту помощь в соответствии с установленными планом правилами.
- ➔ Если какое-то обслуживание наш план не покрывает, вам нужно самостоятельно оплачивать его в полном размере.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Если вы хотите узнать, оплатим ли мы какое-то медицинское обслуживание, вы всегда можете нас об этом спросить. Вы можете спросить об этом в письменном виде. Если мы ответим, что не будем платить за какое-то обслуживание, вы имеете право подать на наш отказ апелляцию.

О том что нужно делать, если вы хотите, чтобы мы оплатили какое-то обслуживание или приспособление, говорится в главе 9. Там же говорится о том, как подать апелляцию на наше решение о страховом покрытии. Кроме того, о своих правах на апелляцию вы можете узнать, позвонив в наш отдел обслуживания.

Некоторые виды обслуживания мы оплачиваем только в определенных пределах. Если вы превысили этот предел, то продолжение такого обслуживания вам придется оплачивать полностью. Узнать о таком пределе и о том, насколько вы к нему близки, можно в нашем отделе 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 выяснить, насколько хорошо и безопасно действует новое лечение или новое лекарство.

После того как программа Medicare утверждает исследование, в котором вы хотите участвовать, с вами связывается один из специалистов, проводящих исследование. Он рассказывает вам об исследовании и выясняет, можете ли вы в нем участвовать. Для того чтобы участвовать в исследовании, вы должны отвечать 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 позволяет вам получать страховое покрытие обслуживания, не имеющего отношения к исследованию.

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

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

Это нужно делать по следующим причинам:

- Мы сообщим вам, утверждено ли исследование программой Medicare.
- Мы сообщим вам, какое обслуживание вы будете получать не по нашему плану, а у врачей, проводящих исследование.

Если вы собираетесь участвовать в клиническом исследовании, вы или ваш координатор обслуживания должны связаться с отделом обслуживания.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Кто оплачивает что, когда вы участвуете в клиническом исследовании?

Если вы участвуете в клиническом исследовании, утвержденном программой Medicare, вы ничего не платите за покрываемую помощь, полученную в рамках исследования. За эту помощь и за обычную медицинскую помощь платит программа Medicare. Участникам клинического исследования, утвержденного программой Medicare, предоставляется страховое покрытие большинства относящихся к исследованию приспособлений и услуг. Это может быть, например, такое обслуживание:

- Палата и питание во время госпитализации, которые программа Medicare покрывала бы, даже если бы вы не участвовали в исследовании.
- Операция или другая медицинская процедура, относящаяся к исследованию.
- Лечение любых осложнений исследуемого лечения и побочных явлений.

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

Об участии в клинических исследованиях подробно рассказано в публикации «Программа Medicare и клинические исследования» (“Medicare and Clinical Research Studies”). Найти ее можно на сайте программы Medicare (<http://www.medicare.gov/pubs/pdf/02226.pdf>).

Кроме того, можно позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (линия работает круглосуточно и без выходных). Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 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 предоставляем такому человеку страховое покрытие помощи, оказываемой в религиозном немедицинском учреждении для обслуживания больных. За медицинской помощью такой больной может обратиться в любое время и по любой причине. Это покрытие мы предоставляем только для стационарного обслуживания по программе Medicare Part A (немедицинская помощь больным). Программа Medicare оплачивает не всю помощь, оказываемую в религиозном немедицинском учреждении для обслуживания больных, а только немедицинскую.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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, то есть 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.

Если вы отвечаете приведенным выше требованиям, наш план покрывает такое обслуживание неограниченно.

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. Вот некоторые примеры: кислородное оборудование и принадлежности, инвалидные коляски, трости, костыли, ходунки, больничные кровати.

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

В программе Medicare больные, арендующие определенные виды медицинского оборудования

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



длительного пользования, получают его в собственность через 13 месяцев. Участник нашего плана может получить арендуемое оборудование длительного пользования в свою собственность, если по медицинским показаниям оно требуется ему на длительное время. Кроме того, на такое оборудование должно быть получено разрешение, а его приобретение должно быть согласовано врачом первичного обслуживания (врач РСР), медицинской группой и/или компанией Health Net. С вопросами об аренде и получении в собственность оборудования длительного пользования и о необходимых для этого документах, звоните в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает понедельник по пятницу с 8:00 до 20:00.

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

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

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

Если вы платили за оборудование длительного пользования по программе Original Medicare, а затем стали участником нашего плана, предшествующие выплаты программе Original Medicare не учитываются при расчете этих 13 выплат. Для того чтобы получить оборудование в собственность, вам нужно заново сделать программе Original Medicare 13 выплат подряд.

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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 4. Таблица покрываемого обслуживания

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 покрываемого обслуживания	62
D. Таблица покрываемого обслуживания	63
E. Обслуживание, покрываемое помимо плана Health Net Cal MediConnect	100
Проект штата Калифорния «Возвращение домой после длительной госпитализации»	100
Стоматологическая программа Medi-Cal Dental Program	101
Хосписное обслуживание	101
F. Какое обслуживание план Health Net Cal MediConnect и программы Medicare и Medi-Cal не покрывают	102

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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 наш план не покрывает. О страховом покрытии лекарств говорится в главе 5. *Кроме того, в главе, которую вы сейчас читаете, объясняются ограничения на страховое покрытие некоторых услуг.*

Поскольку вы получаете помощь по программе Medi-Cal, платить за покрываемое обслуживание вам ничего не нужно, 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 наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

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

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

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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.




С. О таблице покрываемого обслуживания

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

Услуги, включенные в таблицу покрываемого обслуживания, мы покрываем, только если вы соблюдаете приведенные ниже правила. Если вы их соблюдаете, то не платите ничего.

- *Услуги, которые покрываются по программам Medicare и Medi-Cal, должны предоставляться в соответствии с правилами, установленными этими программами.*
- Обслуживание (включая медицинскую помощь, помощь при психических нарушениях, длительное обслуживание, принадлежности, оборудование и лекарства) должно быть необходимо по медицинским показаниям. «По медицинским показаниям» означает, что обслуживание требуется для предотвращения, диагностики или лечения болезни. Требование о наличии медицинских показаний 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.
- Вы получаете помощь у сотрудничающего с нами медика или в сотрудничающем с нами учреждении. Сотрудничающие с нами медики и учреждения заключили с нашим планом договор. В большинстве случаев мы не покрываем обслуживание, полученное у медиков и в учреждениях, которые с нами не сотрудничают. О том как пользоваться услугами сотрудничающих и не сотрудничающих с нами медиков и учреждений, см. в главе 3.
- Помощь вам оказывает и координирует врач первичного обслуживания (primary care provider, врач РСР) или ваша группа медицинского обслуживания. В большинстве случаев прежде, чем обращаться к другому сотрудничающему с нами врачу или в другое сотрудничающее с нами учреждение, вы должны получить у своего врача первичного обслуживания (врач РСР) направление (referral). О том как получать направления и о случаях, когда оно не требуется, см. в главе 3.
- За помощью вам следует обращаться к медикам и в учреждения, которые сотрудничают с медицинской группой, в которую входит ваш врач РСР. Подробнее см. в главе 3.
- Некоторые услуги, приведенные в таблице покрываемого обслуживания, мы оплачиваем только при условии, что ваш врач или другой сотрудничающий с нами медик заранее получил наше разрешение на оказание вам этой помощи. Его еще называют «предварительное разрешение» (prior authorization). Услуги, на которые нужно вначале получать наши разрешения, напечатаны в таблице курсивом.

Все виды профилактической помощи предоставляются бесплатно. В таблице покрываемого обслуживания это яблоко  стоит рядом с профилактическими видами помощи.



С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



D. Таблица покрываемого обслуживания

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 если вы получили на него направление врача, ассистента врача (physician assistant), фельдшера («практикующая медсестра», nurse practitioner) или специалиста по клинической сестринской помощи (clinical nurse specialist).</p> <p><i>Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение.</i></p>
	<p>Иглоукальвание.</p> <p>Мы оплачиваем сеанса за любой календарный месяц, но можем оплачивать более частные сеансы, если для них есть медицинские показания.</p>
	<p>Диспансеризация и консультирование по поводу злоупотребления спиртным</p> <p>Взрослым участникам нашего плана, злоупотребляющим спиртным, но не страдающим алкоголизмом, мы оплачиваем одну диспансеризацию по поводу злоупотребления спиртным (alcohol misuse screening and counseling, SBIRT). К их числу относятся беременные женщины.</p> <p>Если по результатам диспансеризации признано, что вы злоупотребляете спиртным, 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>

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Медицинский транспорт

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.

Ваше состояние должно быть достаточно серьезным для того, чтобы другие способы транспортировки представляли опасность для вашей жизни или здоровья. В других случаях использование медицинского транспорта должно быть разрешено нашим планом.

Если ваше состояние *не* экстренное, мы *можем* оплатить медицинский транспорт. Ваше состояние должно быть достаточно серьезным для того, чтобы другие способы транспортировки представляли опасность для вашей жизни или здоровья.

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



Ежегодный профилактический визит

Вы можете проходить ежегодное профилактическое обследование. Это нужно для составления и обновления плана профилактических мероприятий, учитывающего текущее состояние вашего здоровья. Этот прием у врача мы оплачиваем раз в 12 месяцев.



Измерение костной массы

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 раз в 24 месяца. Более частые обследования мы можем оплачивать, если они нужны по медицинским показаниям. Кроме того, мы платим врачу за расшифровку результатов обследования.

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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Профилактические обследования на наличие рака груди (маммографии)**

Мы оплачиваем следующее обслуживание:

- 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.

**Кардиологическая реабилитация**

Мы оплачиваем такие виды кардиологической реабилитации, как упражнения, медицинское просвещение и консультирование. Эта помощь предоставляется участникам плана, отвечающим определенным условиям и имеющим *направление* от врача. Кроме того, наш план покрывает программы *интенсивной* кардиологической реабилитации.

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

**Профилактический визит для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (лечения сердечно-сосудистого заболевания)**

Такой ежегодный прием у врача первичного обслуживания мы покрываем раз в год. Во время этого визита врач может сделать следующее:

- Обсудить с вами лечение аспирином.
- Измерить давление крови.
- Дать советы о правильном питании.

**Анализы на наличие сердечно-сосудистых заболеваний**

Раз в пять лет (60 месяцев) мы оплачиваем анализы крови на наличие сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, эти анализы позволяют выяснить, насколько велика опасность развития сердечно-сосудистых заболеваний.

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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Профилактические обследования на наличие рака шейки матки и влагалища**

Мы оплачиваем следующее обслуживание:

- Всем женщинам: Раз в 24 месяца мазок по Папаниколау и гинекологическое обследование.
- Женщинам, для которых риск развития рака шейки матки высок: один мазок по Папаниколау каждые 12 месяцев.
- Женщинам детородного возраста, у которых был положительный результат мазка по Папаниколау: один мазок Папаниколау каждые 12 месяцев.

Мануальная терапия (хиропрактика)

Мы оплачиваем следующее обслуживание:

- Мануальное лечение подвывиха позвонка.

Поговорите со своим врачом и получите направление.

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

**Профилактическое обследование на рак толстого кишечника**

Людям в возрасте 50 лет и старше мы оплачиваем:

- Ректороманоскопия гибким эндоскопом (или ирригоскопия с бариевой клизмой) раз в 48 месяцев.
- Анализ кала на скрытую кровь раз в 12 месяцев.
- Анализ кала на скрытую кровь (гваяковая проба) раз в 12 месяцев.
- Анализ ДНК кала на рак толстой кишки раз в 3 года.
- Профилактическая колоноскопия каждые десять лет, но не раньше чем через 48 месяцев после профилактической ректороманоскопии.
- При повышенном риске развития рака толстого кишечника мы покрываем одну профилактическую колоноскопию (или ирригоскопию с бариевой клизмой) 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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Обслуживание взрослых по месту жительства (CBAS)

Обслуживание взрослых по месту жительства (Community Based Adult Services, CBAS) — это программа амбулаторной помощи в медицинских учреждениях. Люди, получающие помощь по этой программе, посещают эти учреждения по установленному графику. По этой программе предоставляется следующее обслуживание: квалифицированный сестринский уход, социальное обслуживание, лечение (включает эрготерапию [восстановление утраченных двигательных навыков], физиотерапию и лечебную физкультуру, лечение речевых нарушений), 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.



Консультации по прекращению курения и употребления табака

Если вы курите, но у вас нет признаков или симптомов болезни, вызванной этой дурной привычкой:

- За 12 месяцев мы покрываем консультативную помощь при двух попытках прекратить курение. Эта помощь рассматривается как профилактическая. Предоставляется бесплатно. Во время каждой попытки 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:

- За 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 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, бросающим курить наш план покрывает дополнительные консультации, проводимые по телефону или через Интернет. Получать на них разрешение не нужно. За дополнительной информацией обращайтесь в наш отдел обслуживания.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Стоматологическое обслуживание

Определенные стоматологические услуги, в том числе чистку зубов, пломбы и полные съемные протезы, можно получить по программе Medi-Cal Dental Program. Подробнее см. в разделе E. Кроме того, мы оплачиваем следующее обслуживание:

Некоторые стоматологические услуги, обычно оказываемые зубными врачами, но не оплачиваемые программой Medi-Cal Dental. Это обслуживание включает профилактику, диагностику, пломбы, удаление нерва, лечение десен и частичные протезы.

Ограничения на страховое покрытие:

- Осмотр ротовой полости мы покрываем один раз в шесть (6) последовательных месяцев.
- Лечение десен мы покрываем один раз в шесть (6) последовательных месяцев.
- Коронки и мосты на один и тот же зуб мы покрываем только один раз в пять (5) лет, но только тогда, когда это требуется согласно стандартам стоматологической помощи.
- Замену частичных протезов одного зубного ряда мы покрываем раз в пять (5) лет, но только если протез невозможно исправить перебазировкой или ремонтом.
- Перебазировку протеза мы покрываем два (2) раза в год, но только тогда, когда это требуется согласно стандартам стоматологической помощи.

Перечень исключенных из страхового покрытия видов стоматологической помощи приведен в разделе F этой главы.

Если вам устанавливают покрываемый протез или коронку, но делают это более качественно, чем предусмотрено планом, т. е. с использованием благородных металлов, с вас могут потребовать плату за благородные металлы.

Более качественными считаются фарфоровые коронки и коронки из металлокерамики на больших коренных зубах. Если на больших коренных зубах вам устанавливают фарфоровые коронки или коронки из металлокерамики, с вас могут потребовать дополнительную плату за фарфор или металлокерамику.

Если вам устанавливают передний несъемный мост, который покрывается страховкой, но делают это более качественно, чем предусмотрено планом, т. е. с использованием благородных металлов, с вас могут потребовать плату за благородные металлы.



Диспансеризация по поводу депрессии

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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает



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).
- Уровни холестерина или триглицеридов в крови (дислипдемия) отклонялись от нормы.
- 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 за 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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 и принадлежности 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.
 - » Не исключено, что вы сможете приобретать приспособления для контроля уровня глюкозы в крови только от определенных производителей. Кроме того, ваш врач первичного обслуживания (врач РСР) организует и координирует получение вами другого покрываемого планом обслуживания.
- При тяжелых диабетических осложнениях на стопы мы покрываем:
 - » Раз в календарный год одну пару лечебной обуви на заказ (со стельками) и две пары дополнительных стелек раз в календарный год. **-ИЛИ-**
 - » Раз в календарный год одну пару глубокой обуви с принадлежностями и три пары стелек (дополнительно к стандартным съемным стелькам, с которыми эта обувь продается).
- В некоторых случаях мы оплачиваем обучение жизни с диабетом. За подробностями обращайтесь в наш 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 и принадлежности к нему

(Определение «медицинского оборудования длительного пользования» приведено в главе 12 этого справочника.)

Продолжение на следующей странице

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).
Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Медицинское оборудование длительного пользования и принадлежности к нему (продолжение)

Мы покрываем следующее:

- Инвалидные коляски.
- Кислородное оборудование.
- Костыли.
- Инфузионные помпы.
- Больничные кровати.
- Ходунки.
- Небулайзеры.
- Голосообразующие устройства.

Мы можем покрывать также другое оборудование.

Кроме того, для использования вне дома мы покрываем 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 и продавца, работающего 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.

Экстренная помощь

Экстренная помощь — это помощь, которая:

- Оказана медиком или медицинским учреждением, имеющим право 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 имел основания считать, что отсутствие немедленной медицинской помощи может:

- Создать серьезную опасность для здоровья больного. **-ИЛИ-**
- Серьезно нарушить работу организма. **-ИЛИ-**
- Серьезно нарушить работу органа или части тела. **-ИЛИ-**
- В случае беременной женщины таким симптомом может быть активная фаза родов, т. е. период, когда может произойти следующее:

Продолжение на следующей странице

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Экстренная помощь
(продолжение)**

- » Перевозка в другую больницу может оказаться небезопасной.
- » Поездка может поставить под угрозу здоровье или жизнь женщины или ее будущего ребенка.

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

- Страхование покрытие в США².

О страховом покрытии за пределами США² см. ниже в этой таблице, подраздел «Страховое покрытие экстренной и неотложной помощи за границей»

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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Планирование семьи

Определенные услуги по планированию семьи вы можете получать у любого медика и в любом медицинском учреждении. Это может быть любой врач, любая поликлиника или больница, аптека или центр планирования семьи.

Мы оплачиваем следующее обслуживание:

- Обследование и лечение в связи с планированием семьи.
- Анализы и обследования, нужные для планирования семьи.
- Методы планирования семьи (противозачаточные таблетки, пластыри, кольца, внутриматочные устройства, уколы и импланты).
- Продающиеся по рецепту принадлежности для планирования семьи (презерватив, губка, пена, пленка, диафрагма, колпачок).
- Консультации по поводу бесплодия и диагностика ее причин; связанные с этим услуги.
- Диагностика болезней, передающихся половым путем, консультации и лечение.
- Консультации и анализы на СПИД и ВИЧ-связанные состояния.
- Стерилизация (Этот вид контрацепции вы можете выбрать, только если вам уже исполнился 21 год. Вы должны подписать утвержденную федеральными органами форму согласия на стерилизацию. Между подписанием этой формы и операцией по стерилизации должно пройти не менее 30 и не более 180 дней.).
- 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 ВИЧ-связанных состояний.
- Генетические исследования.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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.
- 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 больше \$25.
- Первый набор батареек.
- После приобретения слухового аппарата мы покрываем шесть посещений, во время которых вас учат 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 длится с июля текущего года по июнь следующего). 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает



Профилактические анализы на ВИЧ

Раз в 12 месяцев мы оплачиваем один анализ на ВИЧ следующим лицам:

- Люди, которые просят сделать им анализ на ВИЧ. **-ИЛИ-**
- Люди, которые относятся к группе 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 и лечебная физкультура, эрготерапия (восстановление утраченных двигательных навыков) и лечение речевых нарушений.
- 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.

Хосписная помощь

Эту помощь можно получать по любой хосписной программе (программа помощи смертельно больным), имеющей сертификат программы Medicare. Участник плана может выбрать себе учреждение, предоставляющее хосписные услуги, если его врач и медицинский директор учреждения, предоставляющего хосписное обслуживание, решили, что он смертельно болен. «Смертельно болен» значит, что человек находится в терминальном состоянии, то есть ему осталось жить не больше шести месяцев. Врач, оказывающий участнику плана хосписную помощь, может быть как наш, так и из числа врачей, которые с нами не сотрудничают.

План оплачивает следующее хосписное обслуживание:

- Лекарства для симптоматического лечения и обезболивающие.

Продолжение на следующей странице

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Хосписная помощь (продолжение)

- Краткосрочная замена сиделкой ухаживающего друга или члена семьи.
- Помощь на дому.

Хосписное обслуживание и обслуживание, связанное с терминальным состоянием и покрываемое по программе Medicare Part A или B.

- Подробнее см. в разделе E этой главы.

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

- План Health Net Cal MediConnect покрывает помощь, которую покрывает он и не покрывают программы Medicare Part A и B. План это делает независимо от того, связана ли необходимость в такой помощи с терминальным состоянием. Больной не платит ничего.

Лекарства, которые план Health Net Cal MediConnect может покрывать по программе Medicare Part D:

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

Примечание. Если больному нужна помощь, не связанная с терминальным состоянием, ему нужно обратиться к своему координатору обслуживания. Он эту помощь организует.

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.



Прививки

Мы оплачиваем следующее обслуживание:

- 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.

Продолжение на следующей странице

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Прививки (продолжение)

- 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, если это разрешено правилами, регулируемыми страховое покрытие по программе Medicare Part D. Подробнее см. в главе 6.

На прививки от воспаления легких и от гриппа получать вначале наше разрешение не требуется.

На прививку от гепатита В и на другие прививки требуется направление. Если они вам нужны, обратитесь к своему врачу.

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

Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS).

Мы оплачиваем обслуживание, позволяющее вам безопасно жить у себя дома.

Департамент социальных служб округа (Department of Social Services) может утвердить следующие типы услуг по программе IHSS:

- Уборка дома.
- Приготовление пищи.
- Стирка.
- Покупка продуктов.
- Личная гигиена (например, опорожнение кишечника или мочевого пузыря, походы в туалет, принятие ванны, уход за внешностью, простое медицинское обслуживание).
- Сопровождение во время поездок к врачу.
- Присмотр за психически больными людьми.

Это обслуживание предоставляется пожилым людям, слепым и инвалидам, доход которых низок настолько, что они имеют право на дополнительный социальный доход по социальному обеспечению/пособие от штата (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment, SSI/SSP).

Если вы имеете право на эту помощь и она была утверждена работающим с вами социальным работником округа, вы можете получать каждый месяц до 283 часов обслуживания по программе IHSS.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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.
- Оборудование, например инвалидные коляски.
- Помощь в операционной и в послеоперационной палате.
- Физиотерапия и лечебная физкультура, эрготерапия (восстановление утраченных двигательных навыков) и лечение речевых нарушений.
- Стационарная наркологическая помощь.
- В некоторых случаях мы покрываем пересадку следующих органов: роговица, почка, почка и поджелудочная железа, сердце, печень, легкие, сердце/легкие, костный мозг, стволовые клетки, кишечник/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 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 наш план предложит провести пересадку в удаленном медицинском центре (дальше, чем обычно нужно ездить к врачу или в больницу) и если вы на это согласитесь, мы организуем или оплатим проживание и поездку вам и сопровождающему вас лицу.

- 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 это разрешение.

Продолжение на следующей странице

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Стационарное лечение в больнице (продолжение)

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

Мы покрываем психиатрическую помощь, для получения которой нужно находиться в больнице.

- Страховое покрытие стационарного лечения в специализированной психиатрической больнице ограничено первыми 190 днями. Если по истечении этих 190 дней лечение в стационаре по-прежнему необходимо по медицинским показаниям, за него начинает 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 оплачиваем 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.

Обслуживание, которое план покрывает во время не покрываемого пребывания в стационаре

Если оставаться в стационаре неразумно и не нужно 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. За подробностями обращайтесь в наш 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.

Продолжение на следующей странице

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Обслуживание, которое план покрывает во время не покрываемого пребывания в стационаре
(продолжение)**

- 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.
- Имobilизирующие устройства для ног, рук, спины и шеи; биндажи; протезы рук, ног и глаз. Мы оплачиваем также подгонку, починку и замену протезов и устройств в связи с их поломкой, износом, потерей или изменением состояния пациента.
- Физиотерапия и лечебная физкультура, эрготерапия (восстановление утраченных двигательных навыков), лечение речевых нарушений.

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

Помощь и принадлежности при заболеваниях почек

Мы оплачиваем следующее обслуживание:

- 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 в то время, 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 оборудования для подготовки воды).

Продолжение на следующей странице

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Помощь и принадлежности при заболеваниях почек (продолжение)

Поговорите со своим врачом и получите направление.

Для получения страхового покрытия может быть нужно вначале получить разрешение. Получать разрешение не требуется в экстренных ситуациях и для прохождения диализа за пределами зоны обслуживания плана.

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

Профилактические обследования на рак легких

Раз в 12 месяцев план оплачивает профилактическое обследование на рак легких, если выполняются следующие условия:

- Вам 55-77 лет. -И-
- Вы проконсультировались со своим врачом или другим квалифицированным медиком. -И-
- Вы курили не менее чем по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет, но симптомов рака легких у вас не было; курите сейчас или бросили курить меньше чем 15 лет назад.

После первого обследования, последующие мы покрываем каждый год, но только по письменному назначению врача или другого квалифицированного медика.

Медицинская диетологическая помощь

Эта помощь предназначена для людей, страдающих диабетом или болезнью почек, не требующей проведения диализа. Кроме того, мы покрываем эту помощь больным, которым была сделана пересадка почки (если у них есть направление 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 покрываем 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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

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 больной обычно не может принимать сам (уколы или капельницы во время посещения врача, амбулаторного лечения в больнице или в амбулаторном хирургическом центре).
 - Лекарства, которые больной применяет с помощью разрешенного нашим планом медицинского оборудования длительного пользования (например, ингалятора).
 - Факторы свертывания крови, инъекции которых больной делает сам себе при гемофилии.
 - Иммуносупрессанты для больных, включенных в программу Medicare Part A во время пересадки органа.
 - Уколы от остеопороза. Эти лекарства мы оплачиваем, если вы не можете выходить из дома и не можете вводить себе лекарство сами, при условии что 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®, Darbepoetin Alfa).
 - Иммуноглобулины для внутривенного введения, если они нужны для лечения на дому первичных нарушений иммунитета.
- ➔ **О страховом покрытии лекарств для амбулаторных больных см. в главе 5.** Там же объясняются правила, которые надо соблюдать, для того чтобы получить страховое покрытие.
- ➔ **Сколько вы платите в нашем плане за покрываемые планом лекарства по рецепту для амбулаторных больных, объясняется в главе 6.**

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

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) людям, имеющим право на программу Medi-Cal.

Продолжение на следующей странице

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

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

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.
- Координация обслуживания.
- Кратковременная замена сиделкой ухаживающего друга или члена семьи.
- Транспорт.
- Пища.
- 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Неэкстренные поездки на медицинском транспорте

Это обслуживание позволяет пользоваться дешевым и доступным транспортом. Оно включает: машину скорой помощи, машину для лежачих больных, машину для перевозки больных на инвалидном кресле, координацию работы с транспортными агентствами, перевозящими престарелых и инвалидов.

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 подиатр должен письменно подтвердить ее необходимость.
- Поездка нужна для получения необходимой медицинской помощи.

Перед поездками на определенных видах транспорта может быть нужно получить на это разрешение.

Для того чтобы заказать перечисленные выше транспортные услуги, позвоните в действующий в округе Лос-Анджелес отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Заказывать транспорт нужно 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.

Требование на предоставление транспорта (Physician Certification Statement) у вашего врача получит компания LogistiCare.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Немедицинский транспорт

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

Число покрываемых поездок не ограничено.

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

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

Для того чтобы заказать перечисленные выше транспортные услуги, позвоните в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Заказывать транспорт нужно 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.

Требование на предоставление транспорта (Physician Certification Statement) у вашего врача получит компания LogistiCare.

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 или маломестная палата (или одноместная, если для этого есть медицинские показания).
- Питание, в том числе специальное диетическое.
- Помощь медицинских сестер.
- Физиотерапия и лечебная физкультура, эрготерапия (восстановление утраченных двигательных навыков) и лечение речевых нарушений.

Продолжение на следующей странице

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Помощь в центрах сестринского ухода (продолжение)

- 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 делают в центрах сестринского ухода.
- Рентгеновские обследования и другие виды лучевой диагностики, которые обычно проводятся 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.
- Мануальная терапия («хиропрактика»).
- Подиатрия (лечение стоп).

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

- Дом с сестринским уходом (nursing home) или дом престарелых с комплексным уходом (continuing care retirement community), в котором вы жили непосредственно перед госпитализацией в больницу (если в этом учреждении оказывают сестринскую помощь).
- Центр сестринского ухода, в котором живет ваш супруг(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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает



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, предоставляющими первичное обслуживание. Это позволяет координировать консультации и общий план профилактических мероприятий. Подробнее можно узнать у своего *врача 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.
- Хирургические принадлежности, например перевязочные материалы.
- Шины, иммобилизующие аппараты и другие устройства для лечения переломов и вывихов.
- Анализы.
- Кровь — включая хранение и переливание.
- Другие амбулаторные диагностические обследования (в том числе сложные обследования, такие как компьютерная томография (КТ, СТ), магнитнорезонансная ангиография (МРА, МРА), магнитнорезонансная томография (МРТ, MRI), однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ, SPECT)).

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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

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).
- Анализы и диагностические обследования, счет за которые выставляет больница.
- Помощь при психических нарушениях, 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.
- Некоторые диспансеризации и виды профилактической помощи.
- Определенные лекарства, которые вы не можете принимать самостоятельно.

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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Амбулаторная помощь при психических нарушениях

Мы платим за помощь при психических нарушениях, оказываемую следующими медиками:

- Лицензированный штатом психиатр или врач.
- Клинический психолог.
- 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 дневном стационаре.
- 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Амбулаторная реабилитация

Мы оплачиваем физиотерапию и лечебную физкультуру, эрготерапию (восстановление утраченных двигательных навыков) и лечение речевых нарушений.

Амбулаторную реабилитацию проводят различные учреждения, например амбулаторные отделения больниц, кабинеты частнопрактикующих медиков, центры комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) и другие.

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.
- Дезинтоксикация при подострых состояниях в учреждении, действующем по программе лечения зависимостей с проживанием.
- 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, в том числе в амбулаторных отделениях больниц и амбулаторных хирургических центрах.

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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Частичная госпитализация

Частичная госпитализация — это комплексная программа активного психиатрического лечения. При частичной госпитализации лечение проводится амбулаторно в больнице или в местном центре психиатрической помощи. Это лечение интенсивнее того, которое обычно получают в кабинете врача или психотерапевта. Оно 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 следующее обслуживание:

- Терапевтическое и 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.
- Первичная проверка слуха и чувства равновесия. Проводит ваш *врач первичного обслуживания* (врач РСР), если она нужна для того, чтобы выяснить, требуется ли вам лечение.
- 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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

Мы оплачиваем следующее обслуживание:

- Диагностика и терапевтическое или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (например, молоткообразных пальцев стопы и пяточных шпор).
- Обычное лечение стоп у людей, страдающих определенными заболеваниями, вызывающими осложнения на ноги (например, диабет).

Кроме того, мы покрываем обычный уход за стопами, например удаление мозолей и стрижку ногтей (не больше 12 раз в год).

Поговорите со своим врачом и получите направление.

**Профилактическое обследование на рак 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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 ней.
- Кардиостимуляторы.
- Фиксирующие устройства.
- Протезная обувь.
- Искусственные руки и ноги.
- Протезы грудей (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 протезных устройств.

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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает



Диспансеризация и консультации по поводу болезней, передающихся половым путем (STI)

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. Требуется назначение врача 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 как профилактическую помощь, только если они проводятся врачом первичного обслуживания. Они должны проводиться в учреждении первичного обслуживания, например в кабинете врача.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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 медицинских сестер.
- Физиотерапия и лечебная физкультура, эрготерапия (восстановление утраченных двигательных навыков) и лечение речевых нарушений.
- 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, используемые в центрах сестринского ухода.
- Анализы, которые делают в центрах сестринского ухода.
- Рентгеновские обследования и другие виды лучевой диагностики, которые проводятся в центрах сестринского ухода.
- Приспособления, которые обычно используются в таких центрах, например инвалидные коляски.
- Помощь врачей и 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 оплату по расценкам нашего плана:

- Дом с сестринским уходом (nursing home) или дом престарелых с комплексным уходом (continuing care retirement community), в котором вы жили непосредственно перед госпитализацией в больницу (если в этом учреждении оказывают сестринскую помощь).
- Центр сестринского ухода, в котором живет ваш супруг(а), 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Неотложная помощь

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

- Неэкстренное состояние, требующее, однако, быстрого получения 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 обратится 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. Страховое покрытие предоставляется в соответствии с бенефитом «Страховое покрытие экстренной и неотложной помощи за границей». Подробнее см. ниже в подразделе «Страховое покрытие экстренной и неотложной помощи за границей».

Зрение

Мы оплачиваем следующее обслуживание:

- Одна обычная проверка зрения раз в год.
- Одно-, би-, трифокальные и лентикулярные линзы для очков раз в 2 года*. **-И-**
- Оправы очков — до \$250 раз в два года*, **. **-ИЛИ-**
- Контактные линзы (вместо очков по желанию участника плана), подгонка и проверка — до \$250 раз в 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.

**Если вы приобретаете оправу, которая дороже \$250, то оставшуюся сумму вы оплачиваете со скидкой 20%. Если вы приобретаете контактные линзы, которые дороже \$250, то оставшуюся сумму вы выплачиваете полностью, то есть на 100%.

Продолжение на следующей странице

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает**Зрение
(продолжение)**

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

****Это страховое покрытие предоставляется только беременным женщинам и людям, проживающим в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Диагноз, поставленный больному и выписанный ему рецепт 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 помимо очков.
- Средства коррекции зрения, устанавливаемые на одно из стекол очков.
- Телескопические и другие сложные линзы, в том числе телескопические средства коррекции дальновидности и близорукости и сложные линзы.

Лечение глаз:

Перед проверкой зрения, покрываемой по программе Medicare, и получением покрываемых программой Medicare средств коррекции зрения, поговорите со своим врачом и получите направление.

Если это не экстренная ситуация, то для получения страхового покрытия покрываемых программой Medicare очков, контактных линз и проверок зрения может быть нужно вначале получить разрешение.

Лечение глаз проводится или организуется вашим врачом первичного обслуживания (врач РСР). Мы оплачиваем амбулаторную помощь: диагностику и лечение заболеваний и травм глаз, например, ежегодное обследование больных диабетом на диабетическую ретинопатию и лечение возрастной макулодистрофии.

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.
- Больные диабетом.
- Афроамериканцы старше 50 лет.
- Латиноамериканцы 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.)

Продолжение на следующей странице

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Зрение (продолжение)

Вы не сможете получить страховое покрытие двух пар очков после второй операции, даже если после первой операции вы очки не приобретали.) Кроме того, мы оплачиваем линзы и оправы (и их замены), необходимые после удаления катаракты без установки искусственного хрусталика.

Как использовать страховое покрытие проверки и коррекции зрения

Наш план покрывает обычные проверки зрения раз в год. Очки и контактные линзы мы покрываем один раз в 24 месяца. Проходить обычные ежегодные проверки зрения (для того чтобы выяснить, нужны ли вам очки) и получать очки или контактные линзы нужно через сотрудничающего с нами специалиста, а не через вашу медицинскую группу.

Договоритесь о ежегодной проверке зрения со специалистом по проверке зрения, сотрудничающим с нами.

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 нами. Очки и контактные линзы, приобретенные у продавцов, не сотрудничающих с нами, этот план не покрывает. Вы должны платить за услуги, которые мы не покрываем. Это могут быть, например, суммы, превышающие предел страхового покрытия на оправу, косметические линзы, покрытие от царапин, прогрессивные линзы, дымчатые линзы и т. д. За такие услуги вы платите непосредственно медику или продавцу, сотрудничающему с нами.

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

Исключенные из страхового покрытия линзы, очки и виды проверки и коррекции зрения, приведены в разделе Е этой главы.



Профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare»

Наш план покрывает один профилактический прием у врача «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 направления к другим врачам.

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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обслуживание, которое наш план оплачивает

Страховое покрытие экстренной и неотложной помощи за границей

Страховое покрытие экстренной и неотложной помощи за границей Неотложная помощь, экстренная помощь и помощь после стабилизации экстренного состояния, полученная за пределами США.¹

- Мы покрываем только обслуживание, которое рассматривалось бы в США как экстренная или неотложная помощь или как лечение после стабилизации экстренного состояния.¹
- Медицинский транспорт наш план покрывает, если попытка добраться до отделения экстренной помощи другим способом опасна для здоровья.
- Иностранные налоги и сборы (например, комиссия за конвертацию валюты и операционные сборы) план не покрывает.

Страховое покрытие экстренной и неотложной 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 Восточное Самоа.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Е. Обслуживание, покрываемое помимо плана Health Net Cal MediConnect

Приведенное в этом разделе обслуживание план Health Net Cal MediConnect не покрывает, но его покрывают программы Medicare и Medi-Cal.

Проект штата Калифорния «Возвращение домой после длительной госпитализации»

Проект штата Калифорния «Возвращение домой после длительной госпитализации» (California Community Transitions, CCT) помогает вернуться домой людям, включенным в программу Medi-Cal и проживавшим в медицинском учреждении не менее 90 дней подряд. Эту помощь предоставляют местные организации (Lead Organizations), сотрудничающие с программой CCT. Программа CCT оплачивает координацию услуг, помогающих такому больному подготовиться к переезду домой. Эти услуги помогают больному вернуться в привычную обстановку. Они включают подготовку к переезду и обслуживание, предоставляемое в течение 365 дней после переезда :<http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx>.

За координацией этих услуг можно обратиться к любой местной организации, сотрудничающей программе CCT и обслуживающей ваш округ. Перечень организаций, сотрудничающих с программой CCT и округов, которые они обслуживают, есть на сайте Департамента здравоохранения.

Счета за координацию помощи по программе CCT:

Координацию обслуживания, необходимого при переезде, оплачивает программа Medi-Cal. Больной не платит ничего.

Счета за обслуживание, не относящееся к программе CCT:

Счета за предоставленные услуги поступают непосредственно в план Health Net Cal MediConnect. Обслуживание, предоставленное после переезда, оплачивает план Health Net Cal MediConnect. Больной не платит ничего.

Пока программа CCT координирует необходимое при переезде обслуживание, план Health Net Cal MediConnect как обычно покрывает услуги, приведенные в таблице покрываемого обслуживания (раздел D этой главы).

Страховое покрытие лекарств по плану Health Net Cal MediConnect не меняется:

Программа CCT не покрывает лекарства. План Health Net Cal MediConnect покрывает лекарства как обычно. Подробнее см. в главе 5.

Примечание. Если вам нужна помощь, не связанная с обслуживанием по программе CCT, обратитесь к своему координатору обслуживания. Он все организует. Помощь, не связанная с обслуживанием по программе CCT, — это помощь, не имеющая отношения к переезду домой из медицинского учреждения. Для того чтобы связаться со своим координатором обслуживания, позвоните в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Стоматологическая программа Medi-Cal Dental Program

Определенные стоматологические услуги можно получить по программе Medi-Cal Dental Program. Покрываемое обслуживание:

- Первичный осмотр, рентгеновские и фотографические снимки, профилактика, обработка зубов фторлаком.
- Пломбы из амальгамы и композитные пломбы.
- Готовые коронки (из нержавеющей стали, композита и с композитным окном).
- Удаление нерва из переднего зуба.
- Полные протезы, в том числе временные.
- Перебазировка полных протезов, их ремонт и подгонка.

Страховое покрытие стоматологической помощи предоставляется по программе Denti-Cal fee-for-service (оплачивает работу медиков по сделельному принципу). Узнать подробности и найти зубного врача, принимающего страховку Denti-Cal, можно по линии обслуживания участников программы Denti-Cal, телефон 1-800-322-6384 (если вы пользуетесь линией ТТУ, звоните по телефону 1-800-735-2922). Звонки бесплатные. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Кроме того, полезные сведения можно найти на сайте программы Denti-Cal, расположенном по адресу <http://www.denti-cal.ca.gov>.

Помимо программы Denti-Cal fee-for-service, страховое покрытие стоматологических услуг можно получить по одному из планов управляемого стоматологического обслуживания, действующих в округе Лос-Анджелес. Узнать о стоматологических планах, найти подходящий вам план или поменять план можно в отделе выбора медицинской страховки (Health Care Options), телефон 1-844-580-7272 (если вы пользуетесь линией ТТУ/TDD, звоните по телефону 1-800-430-7077). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки бесплатные.

Примечание. План Health Net Cal MediConnect покрывает дополнительные стоматологические услуги. См. таблицу покрываемого обслуживания (раздел D этой главы).

Хосписное обслуживание

Эту помощь можно получать по любой хосписной программе (программа помощи смертельно больным), имеющей сертификат программы Medicare. Участник плана может выбрать себе учреждение, предоставляющее хосписные услуги, если его врач и медицинский директор учреждения, предоставляющего хосписное обслуживание, решили, что он смертельно болен. «Смертельно болен» значит, что человек находится в терминальном состоянии, то есть ему осталось жить не больше шести месяцев. Врач, оказывающий участнику плана хосписную помощь, может быть как наш, так и из числа врачей, которые с нами не сотрудничают.

О том что именно покрывает план Health Net Cal MediConnect своим участникам, получающим хосписное обслуживание, см. в таблице покрываемого обслуживания (раздел D этой главы).

Хосписное обслуживание и обслуживание, связанное с терминальным состоянием и покрываемое по программе Medicare Part A или B:

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Медики и учреждения, предоставляющие хосписную помощь, счета за свои услуги выставляют программе Medicare. Хосписное обслуживание, связанное с терминальным состоянием, оплачивает программа Medicare. Больной не платит ничего.

Помощь, которую покрывают программа Medicare Part A или B и которая не связана с терминальным состоянием (за исключением экстренной или неотложной помощи):

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

Лекарства, которые план Health Net Cal MediConnect может покрывать по программе Medicare Part D:

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

Примечание. Если больному нужна помощь, не связанная с терминальным состоянием, ему нужно обратиться к своему координатору обслуживания. Он эту помощь организует. Для того чтобы связаться со своим координатором обслуживания, позвоните в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

F. Какое обслуживание план Health Net Cal MediConnect и программы Medicare и Medi-Cal не покрывают

В этом разделе говорится о том, какое обслуживание исключено из страхового покрытия по нашему плану. *Исключенное обслуживание* — это обслуживание, которое мы не оплачиваем. Программы Medicare и Medi-Cal за него тоже не платят.

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

Медицинские услуги, перечисленные в этом разделе (или указанные в другом месте этого *Справочника участника плана* как исключенные из страхового покрытия) мы не оплачиваем. Если вы считаете, что мы должны платить за какое-то не покрываемое обслуживание, подайте апелляцию. О том как подать апелляцию, см. в главе 9.

В таблице покрываемого обслуживания приведены исключенные из страхового покрытия услуги и те, страховое покрытие которых ограничено. Кроме того, мы не покрываем следующие принадлежности и услуги:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Экспериментальные терапевтические и хирургические методы лечения, оборудование и лекарства, — кроме случаев, когда их покрывает программа Medicare или когда исследование этого лечения, лекарства или оборудования |
|--|---|

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



утверждено программой Medicare или нашим планом. О клинических исследованиях см. стр. 56.

Экспериментальным считается лечение, лекарство или приспособление, которое еще не было утверждено 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 дома, в больнице или центре сестринского ухода (например, телефон или телевизор).
- Постоянное сестринское обслуживание у вас на дому.
- Оплата услуг, оказываемых близкими родственниками или членами семьи.
- Необязательные услуги (включают похудение; борьбу с облысением; улучшение сексуальных, физических или, например, 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 производится в соответствии с правилами страхового покрытия по программе Medicare.
- Ортопедическая обувь, — кроме случаев, когда обувь является частью фиксирующего устройства или нужна в связи с диабетическим заболеванием стоп.
- Поддерживающие устройства для стопы, — кроме ортопедической и лечебной обуви для людей с диабетическим заболеванием стопы.
- Восстановление фертильности после стерилизации и контрацептивы, которые можно приобрести без рецепта.
- Услуги натуропатов (использование природных и альтернативных лечебных средств).
- Обслуживание, предоставляемое ветеранам в медицинских учреждениях Департамента по делам ветеранов (Veterans Affairs, VA). — Тем не менее, если вы получили экстренную помощь в больнице для ветеранов и сумма, которую вы платите за эту помощь, выше по плану для ветеранов, чем по нашему плану, мы возместим вам разницу. Вы, однако, участвуете в оплате обслуживания в той мере, в которой это предусмотрено в нашем плане.
- Обследование и лечение по решению суда. — Мы, однако, покрываем такое обследование или лечение, если оно необходимо по медицинским показаниям. Мы это делаем в той мере, в которой число обращений к врачам не превышает числа обращений, покрываемого нашим планом.
- Лечение в центрах психологической коррекции с длительным пребыванием (Residential Treatment Center). — Страховое покрытие этого обслуживания может в ряде случаев предоставляться по действующему в вашем округе плану

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- специальной помощи при психических нарушениях.
- Вспомогательные услуги, например восстановление профессиональных навыков, другое реабилитационное обслуживание (в ряде случаев его может покрывать действующий в вашем округе план специальной помощи при психических нарушениях) и услуги диетолога.
- Психологическое и нейропсихологическое тестирование, — кроме случаев, когда оно проводится лицензированным психологом, участвующим в планировании лечения. Такое планирование может включать обеспечение совместимости лекарств или уточнение диагноза. Особо исключаются все тесты на качество образования 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) этим состояниям присвоен код, начинающийся с буквы V.)
- Обслуживание, которое компания Health Net считает экспериментальным или исследовательским.
- Обслуживание, полученное за пределами штата, в котором вы обычно проживаете, — кроме экстренной помощи и тех случаев, когда это обслуживание было разрешено планом.
- Электрошоковая терапия. — Мы оплачиваем это лечение только в тех случаях, когда на нее есть разрешение плана.

Стоматологическое обслуживание, которое мы не оплачиваем, поскольку его не покрывает программа Medi-Cal

- Замена потерянных или украденных зубных протезов и приспособлений, в том числе коронок, мостов, частичных и полных протезов.
- Любое стоматологическое лечение или приспособление, которое не требуется для поддержания или улучшения здоровья зубов, или имеет целью только улучшение их вида, — кроме лечения, которое наш план покрывает.
- Ортодонтическое лечение.
- Общий наркоз, обезболивание, внутривенная и внутримышечная седация, помощь анестезиолога при проведении покрываемого нашим планом стоматологического лечения.
- Процедуры и устройства для изменения высоты прикуса или восстановления правильного прикуса.
- Любое стоматологическое обслуживание, полученное не в назначенном стоматологическом кабинете, — кроме случаев, когда это в явном виде разрешено планом или рассматривается в этом *Справочнике участника плана* как покрываемая экстренная помощь.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Услуги по коррекции зрения, которые мы не оплачиваем, поскольку их не покрывает программа Medicare

- Радиальная кератомия, процедура LASIK, лечение нарушений зрения. *Для того чтобы узнать о скидках на процедуры LASIK, свяжитесь с нашим планом.*
- Ортоптическое лечение и упражнения для глаз; любые 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 больше чем через 90 дней после покупки.
- Плоские линзы (менее + 0,50 диоптрий).
- Две пары очков вместо одной пары бифокальных.
- Замена оплаченных нашим планом линз или оправ в случае их потери или поломки. — Замену мы оплачиваем только через установленные промежутки времени.
- Терапевтическое и хирургическое лечение глаз (Покрываемые виды хирургического лечения см. выше в таблице покрываемого обслуживания.)
- Экспериментальные методы коррекции зрения.
- Плоские контактные линзы для изменения цвета глаз.
- Часть стоимости обслуживания и принадлежностей, превышающая установленное планом страховое покрытие.
- Художественно украшенные контактные линзы.
- Модификация контактных линз, их чистка и полировка.
- Дополнительные посещения врача в связи с патологиями, вызванными контактными линзами.
- Страховые полисы на контактные линзы и договоры на обслуживание.
- Услуги и принадлежности, полученные у медика или продавца, который с нами не сотрудничает.
- Страховое покрытие коррекции зрения

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



не распространяется на лекарства по рецепту для амбулаторного применения и на лекарства без рецепта. О покрываемых нашим планом лекарствах по рецепту, предназначенных для амбулаторного приема, см. выше в этой главе в таблице покрываемого обслуживания и в главах 5 и 6.

- Средства коррекции зрения (кроме очков и контактных линз).
- План не покрывает корригирующие и защитные очки, наличие которых требует работодатель как условие приема на работу, — кроме случаев, когда такие очки специально указаны как покрываемые планом.
- Услуги и принадлежности, предоставленные планом коллективного страхования,

покрывающим проверку и коррекцию зрения.

- Услуги, полученные после прекращения страхового покрытия, — кроме случаев, когда услуги или принадлежности были заказаны до окончания срока покрытия и получены не позднее 31 дня после заказа.
- Услуги, полученные по закону о компенсациях пострадавшим на рабочем месте или аналогичному закону. Услуги, получения которых требует государственная программа или государственное агентство (федеральное, штата или какое-то его подразделение).
- Обслуживание и приспособления, не указанные в этом *Справочнике участника плана*.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).
Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 5. Получение по нашему плану лекарств по рецепту для амбулаторного лечения

Содержание

Введение	109
Правила нашего плана, регулирующие страховое покрытие лекарств для амбулаторного лечения	109
A. Получение лекарства по рецепту	110
Лекарства по рецепту получайте в сотрудничающей с планом аптеке	110
При получении лекарства по рецепту предъявляйте свою карточку участника плана	110
Что делать, если вы хотите обращаться в другую сотрудничающую с планом аптеку?	110
Что делать, если аптека, в которой вы получаете лекарства, перестала с нами сотрудничать?	110
Что делать, если вам нужна специализированная аптека?	111
Можно ли получать лекарства по почте?	111
Можно ли получить запас лекарств на длительный срок?	112
Когда можно обращаться в аптеку, которая не сотрудничает с нашим планом?	112
Возмещает ли наш план ваши расходы на лекарство по рецепту?	113
B. Принятый в нашем плане Перечень лекарств	113
Какие лекарства включены в Перечень лекарств?	113
Как узнать, включено ли какое-то лекарство в Перечень лекарств?	114
Чего нет в Перечне лекарств?	114
Что такое уровни вашего участия в оплате лекарства?	115
C. Ограничения на страховое покрытие некоторых лекарств	115
Почему существуют ограничения на страховое покрытие некоторых лекарств?	115
Какие есть правила?	116
Распространяются ли какие-то из этих правил на ваши лекарства?	116

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



D. Почему на ваше лекарство может не быть страхового покрытия	116
Вы можете получить временное страховое покрытие лекарства	117
E. Изменения в страховом покрытии лекарств	119
F. Страхование лекарств в особых ситуациях	120
Во время покрываемого планом пребывания в больнице или в центре квалифицированного сестринского ухода	120
Во время пребывания в учреждении по оказанию длительной помощи	120
Вы стали участником нашего плана в то время, когда находились в учреждении по оказанию длительной помощи	121
Во время получения помощи по хосписной программе, сертифицированной в программе Medicare	121
G. Программы по обеспечению безопасности лекарственного лечения и его контролю	122
Программы, обеспечивающие безопасность лекарственного лечения	122
Программы контроля лекарственного лечения	122

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Введение

В этой главе говорится о том, как по нашему плану получать *лекарства по рецепту для амбулаторного лечения*. Это лекарства, выписанные врачом. Получать их можно в аптеке или по почте. Страховое покрытие этих лекарств предоставляется по программе Medicare Part D или Medi-Cal. О том сколько за эти лекарства платите вы сами, говорится в главе 6.

Хотя следующие лекарства в этой главе не обсуждаются, план Health Net Cal MediConnect оплачивает их тоже:

- Лекарства, покрываемые по программе Medicare Part A. Это некоторые лекарства, которые пациенты получают во время пребывания в больнице или в центре сестринского ухода.
- Лекарства, покрываемые по программе Medicare Part B. Это некоторые лекарства для химиотерапии; некоторые лекарства, инъекции которых делают в кабинете врача, и лекарства, которые используются в диализном центре. О лекарствах, покрываемых по программе Medicare Part B, см. в таблице покрываемого обслуживания (глава 4).

Правила нашего плана, регулирующие страховое покрытие лекарств для амбулаторного лечения

Если вы соблюдаете правила, приведенные в этом разделе, мы ваши лекарства обычно покрываем.

1. У вас должен быть рецепт, выписанный врачом или другим медиком. Часто это ваш врач первичного обслуживания (primary care provider, врач PCP). Это может быть также другой врач, 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 «Перечень лекарств».
 - Если лекарства в Перечне нет, мы можем предоставить его страховое покрытие, только в порядке исключения. О том как попросить нас сделать исключение, см. стр. 119.
4. Лекарство должно быть выписано по *установленным для него 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. В случае лекарств, покрываемых по программе Medi-Cal, это подразумевает случаи, 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



А. Получение лекарства по рецепту

Лекарства по рецепту получайте в сотрудничающей с планом аптеке

Обычно мы оплачиваем лекарства по рецепту, *только* если оно приобретено в какой-то 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 по *Указателю медиков, учреждений 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 лекарства по рецепту. При получении лекарства по рецепту вам нужно платить аптеке доплату.

Если у вас не оказалось с собой карточки участника плана, попросите аптекаря позвонить в наш план.

Если аптека не сможет получить необходимую информацию, *вам, возможно, полностью оплатит лекарство*. 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. Мы постараемся вам помочь.

- ➔ О возмещениях говорится в главе 7.
- ➔ Если у вас возникли затруднения с получением лекарства по рецепту, обратитесь в наш отдел обслуживания.

Что делать, если вы хотите обращаться в другую сотрудничающую с планом аптеку?

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

- ➔ Если вы начали пользоваться другой аптекой и у вас возникли затруднения, обратитесь в наш отдел обслуживания.

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 по *Указателю медиков, учреждений и аптек*, на нашем сайте или позвонив в наш отдел обслуживания.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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 людей, проживающих в учреждениях по оказанию длительной помощи. Это может быть, например, центр сестринского ухода. Обычно в таких учреждениях есть свои собственные аптеки. Если вы живете в учреждении по оказанию длительной помощи, мы должны быть уверены в том, что вы можете получать лекарства в аптеке этого учреждения. Если она с нашим планом не сотрудничает или если вам трудно получать в ней лекарства, 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, выдающие лекарства, которые требуют специального обращения или специальных навыков для их применения.
- ➔ Найти сотрудничающую с нами специализированную аптеку можно по *Указателю медиков, учреждений и аптек*, на нашем сайте или позвонив в наш отдел обслуживания.

Можно ли получать лекарства по почте?

Некоторые 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, в нашем Перечне лекарств соответствующим образом помечены.

Почтовая служба нашего плана требует, чтобы вы заказывали количество лекарства, необходимое для приема в течение *не менее 30 дней и не более 90 дней*. Доплата за количество, необходимое для приема в течение 90 дней, такая же, как за количество, которое вы принимаете в течение месяца.

Как получить 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 (телефоны см. в нижней части этой страницы).

Заказанное лекарство вам обычно присылают в течение 10 дней. Если произошла задержка, сообщите об этом в наш отдел обслуживания (телефоны см. 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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



рецептами, которые ей присылает ваш врач, и со старыми рецептами, по которым вы можете получать лекарство повторно («рефил»).

1. Новые рецепты, полученные аптекой от вас

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

2. Новые рецепты, полученные аптекой непосредственно от врача

После того как аптека получает от вашего врача рецепт, она связывается с вами и выясняет, хотите ли вы получить лекарство по рецепту сразу или через некоторое время. Это позволяет вам проверить, правильное ли лекарство вам собираются прислать (доза, количество, лекарственная форма) и, если нужно, остановить или отложить выполнение заказа, прежде чем вам выставят счет и отправят лекарство по почте. Всякий раз, когда с вами связывается аптека, обязательно отвечайте и сообщайте, что нужно делать с новым рецептом. Это нужно, для того чтобы получить лекарство по почте своевременно.

3. Повторное получение лекарства по почте по старому рецепту («рефил»)

Если вам нужно повторно получить по почте выписанное вам лекарство, свяжитесь с аптекой за 14 дней 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?

Лекарства для поддерживающего лечения вы можете приобретать 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.

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 за количество, которое вы принимаете в течение месяца. Для того чтобы узнать, в каких аптеках можно получить запас лекарства на длительный срок, обратитесь к *Указателю медиков, учреждений 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?

Лекарства, приобретенные в не сотрудничающих с нами аптеках, мы оплачиваем, *только* если вы не можете обратиться в аптеку, которая с нами сотрудничает. Сотрудничающие с нами аптеки есть не только в нашей зоне обслуживания, поэтому обращаться в сотрудничающие с нами аптеки следует, даже находясь в отъезде.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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

- Полученное количество лекарства не превышает необходимого для приема в течение 30 дней. -И-
 - Рядом с вами не было открытой аптеки, сотрудничающей с нашим планом. -ИЛИ-
 - Вам требуется лекарство, которое вы не можете получить в расположенной рядом с вами аптеке, сотрудничающей с нашим планом. -ИЛИ-
 - Лекарство требуется для экстренной или неотложной помощи. - ИЛИ-
 - Вы были вынуждены покинуть свое жилье в связи с национальным бедствием или в другой чрезвычайной ситуации, объявленной государственными органами.
- ➔ В приведенных выше ситуациях вначале свяжитесь с нашим отделом обслуживания и выясните, нет ли рядом с вами аптеки, которая с нами сотрудничает.

Возмещает ли наш план ваши расходы на лекарство по рецепту?

Когда вы вынуждены обращаться в не сотрудничающую с нами аптеку, 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.

В. Принятый в нашем плане Перечень лекарств

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

Составлять этот перечень плану помогает группа врачей и фармацевтов. Кроме того, из Перечня лекарств можно узнать, распространяются ли на ваши лекарства какие-то правила.

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

Какие лекарства включены в Перечень лекарств?

В Перечень лекарств входят 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 (т. е. патентованного) лекарства и названия его *аналогов-дженериков*. Лекарство-дженерик (другое название «непатентованные лекарства») содержит те же активные компоненты, что и фирменное лекарство. Обычно дженерики действуют так же хорошо, как фирменные лекарства, но стоят гораздо меньше.

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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Наш план покрывает также некоторые 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 подробностями обращайтесь в наш отдел обслуживания.

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 вам его по почте).
- Посетите сайт нашего плана www.healthnet.com/calmediconnect
- Если вам нужно узнать, есть ли какое-то лекарство в Перечне или попросить, чтобы вам прислали экземпляр Перечня, 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 покрывать их нам запрещает законодательство. Некоторые лекарства мы решили не включать в наш Перечень лекарств.

За лекарства, о которых говорится в этом разделе, план Health Net Cal MediConnect *не* платит. Такие лекарства называются *исключенными лекарствами*. Если вы получили рецепт на исключенное лекарство, то платить за него вы должны самостоятельно. Если вы считаете, что в вашем конкретном случае за какое-то исключенное лекарство должны платить мы, вы можете подать апелляцию. (О том как подать апелляцию, см. в главе 9.)

В случае исключенных лекарств действуют три основные правила:

- Действующее в нашем плане страховое покрытие лекарств для амбулаторного лечения предоставляется по программам Medicare Part D и Medicaid. Это покрытие не распространяется на лекарства по программе Medicare Part A или Part B. Лекарства по программам Medicare Part A и Part B вы получаете бесплатно, но наш план не рассматривает их как лекарства для амбулаторного лечения.
- Наш план не может покрывать лекарства, приобретенные за пределами США и территорий, находящихся под управлением США.
- Применение лекарства для лечения вашей болезни 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 вашей болезни. Такое применение лекарства называется *применением по неутвержденным показаниям*. Наш план обычно не оплачивает лекарства, выписанные врачом для применения по неутвержденным показаниям.

Кроме того, законодательство запрещает программам Medicare и Medi-Cal покрывать следующие лекарства:

- Лекарства для улучшения способности к деторождению.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Лекарства, применяемые с косметической целью или для борьбы с облысением.
- Лекарства для улучшения полового влечения или эрекции (такие как Viagra®, Cialis®, Levitra® и Caverject®).
- Лекарства для амбулаторного лечения, производители которых требуют, чтобы пациент сдавал нужные для применения этих лекарств анализы или получал нужные при этом услуги только у самого производителя лекарства.

Что такое уровни вашего участия в оплате лекарства?

Для каждого лекарства из нашего Перечня лекарств указан уровень вашего участия его оплате ("cost-sharing tier"). Всего таких уровней 3. Уровень — это группа лекарств одного типа (например, фирменные лекарства; дженерики; лекарства, отпускаемые без рецепта). Обычно чем выше уровень, тем больше вы платите за лекарство.

- Для лекарств уровня 1 предусмотрена низкая доплата. Это лекарства-дженерики (непатентованные лекарства). Доплата составляет от \$0,00 до \$3,30. Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.
- Доплата за лекарства уровня 2 выше. Это фирменные (патентованные) лекарства. Доплата составляет от \$0,00 до \$8,25. Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.
- Доплата за лекарства уровня 3 составляет \$0,00. Это лекарства по рецепту и без рецепта, покрываемые по программе Medi-Cal.

Уровень вашего лекарства приведен в принятом Перечне лекарств.

➔ Сколько вы платите за лекарства каждого уровня, 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 способствуют тому, чтобы вы принимали лекарства, которые безопасны и хорошо помогают при вашей болезни. Эти правила стимулируют вас и вашего врача использовать более дешевое лекарство, если оно так же безопасно и эффективно, как более дорогое.

Если на ваше лекарство распространяется какое-то правило, это обычно означает, что для получения страхового покрытия на это лекарство вам и вашему врачу нужно предпринять дополнительные шаги. Вашему врачу может быть нужно, например, сообщить нам ваш диагноз или результаты анализов крови. Если вы или ваш врач считаете, что в вашем случае какое-то правило нужно отменить, вам нужно обратиться к нам с просьбой сделать исключение из правил. Мы можем согласиться с вами или отказать вам. В случае отказа вы можете предпринять дополнительные шаги.

➔ О том как попросить нас сделать исключение, см. в главе 9.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Какие есть правила?

1. Ограничение на лечение фирменным лекарством, если есть соответствующий дженерик

Дженерик — это непатентованное лекарство; оно действует так же, как фирменное (патентованное лекарство), но обычно стоит меньше. Если у фирменного лекарства есть аналог-дженерик, наши аптеки обычно 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 будем покрывать фирменное лекарство. Доплата за фирменное лекарство может быть выше, чем за дженерик.

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 такое лекарство не оплатить.

3. Попробуйте вначале использовать другое лекарство

Мы хотели бы, чтобы вы вначале пробовали лечиться более дешевым (но таким же эффективным) лекарством. Например, если лекарства А и 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 ограничение называется количественным. Мы можем ограничить, например, количество лекарства, которое вы можете получить за один раз.

Распространяются ли 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 самую последнюю информацию можно, позвонив в наш отдел обслуживания или воспользовавшись нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.

D. Почему на ваше лекарство может не быть страхового покрытия

Мы стараемся сделать так, чтобы вы были довольны тем, как наш план оплачивает лекарства. Тем не менее иногда для лекарства может не быть такого страхового покрытия, которое вам хотелось бы получить. Примеры:

- **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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Наш план покрывает лекарство, но на него распространяются специальные правила или ограничения.** В предыдущем разделе объясняется, что страховое покрытие некоторых лекарств регулируется дополнительными правилами, ограничивающими применение таких лекарств. Вы или ваш врач можете попросить нас сделать исключение из правила.

Если вы не довольны тем, как мы покрываем лекарство, вы можете кое-что сделать.

Вы можете получить временное страховое покрытие лекарства

В некоторых случаях, если лекарство не включено в Перечень или на него есть какие-то ограничения, мы можем покрыть такое количество лекарства, которого хватит на некоторое время. Это дает вам время на то, чтобы обсудить с врачом, стоит ли вам перейти на другое лекарство или попросить нас оплачивать прежнее.

Для того чтобы вы могли 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-**
- Его применение 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, вы можете получать лекарства по этому рецепту несколько раз («рефил»). Общее количество лекарства не может, однако, превышать необходимого для приема в течение 30 дней. Вы должны получать 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, вы можете получать лекарства по этому рецепту несколько раз («рефил»). Общее количество лекарства не может, 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.**

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Мы временно покрываем лекарство в течение **первых 90 дней календарного года**.

Количество лекарства, которое мы временно покрываем, достаточно для приема в течение 98 дней. Если рецепт вам выписан на меньшее число дней, вы можете получать лекарства по этому рецепту несколько раз («рефил»). Общее количество лекарства не может, 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 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**. Количество лекарства, которое мы временно покрываем, достаточно для приема в течение 98 дней. Если рецепт вам выписан на меньшее число дней, вы можете получать лекарства по этому рецепту несколько раз («рефил»). Общее количество лекарства не может, 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 нуждаетесь в лекарстве немедленно.**

Мы однократно покрываем количество лекарства, необходимое для приема в течение не более 31 дня; количество может быть меньше, если рецепт вам выписан на меньшее число дней. Это количество мы покрываем дополнительно к тому, которое мы покрываем участникам плана, проживающим в учреждении по оказанию длительной помощи, в течение первых девяноста дней с момента перехода в наш план (см. выше).

■ **Вы участник плана, 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 может, 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 может, однако, превышать необходимого для приема в течение 31 дня.

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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Пока вы получаете временное покрытие лекарства, обсудите с лечащим 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 покрывает. Вы можете позвонить в наш отдел обслуживания и попросить список покрываемых лекарств от вашей болезни. Этот список поможет вашему врачу подобрать нужное лекарство.

ИЛИ

▪ **Вы можете попросить нас сделать исключение.**

Вы и ваш врач можете попросить нас сделать исключение. Например, вы можете попросить нас покрывать лекарство, отсутствующее 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.

➔ О том как попросить нас сделать исключение, см. в главе 9.

➔ Если вы хотите попросить нас сделать исключение и вам нужна помощь, обратитесь в наш отдел 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 делать следующее:

- Добавлять новые лекарства (в том числе дженерики), утвержденные государственными органами, и новые показания для старых лекарств.
- 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 (патентованное) лекарство дженериком (непатентованным).

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

- Мы повысили уровень вашего участия в оплате лекарства.
- Мы наложили новое ограничение на применение лекарства.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Мы исключили лекарство из Перечня лекарств по причине другой, чем неожиданный отзыв лекарства или появление нового дженерика, заменяющего это лекарство.

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

В следующих случаях изменения в страховом покрытии *затронут* вас до 1 января следующего года:

- Мы заменили фирменное лекарство, которое вы принимаете, на новый дженерик; мы должны уведомить вас об этом изменении не менее чем за 60 дней.
 - Мы можем предоставить вам покрытие такого количества фирменного лекарства, которого достаточно для приема в течение 60 дней. Приобретать его нужно в сотрудничающей с нами аптеке.
 - За эти 60 дней вы должны вместе со своим врачом решить, каким лекарством вы будете теперь лечиться: новым лекарством-дженериком или другим лекарством, которое наш план покрывает.
 - Вы и ваш врач можете попросить нас по-прежнему покрывать фирменное лекарство. О том как это сделать, см. в главе 9.
 - Мы исключили лекарство из Перечня, потому что оно было отозвано из-за того что оказалось небезопасным или по другим причинам. Мы вам сразу об этом сообщаем.
 - Ваш врач тоже узнаёт об этом изменении. Вместе с вами он подберет другое лекарство для лечения вашего заболевания.
- ➔ Если страховое покрытие лекарства, которое вы принимаете, меняется, **мы присылаем вам уведомление**. Обычно мы это делаем не менее чем за 60 дней до вступления изменения в силу.

Ф. 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. Доплаты не требуются. После того как вы покидаете больницу или центр квалифицированного сестринского ухода, мы покрываем ваши лекарства в соответствии с правилами страхового покрытия лекарств.

- ➔ 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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Получать лекарства по рецепту в аптеке учреждения можно, если она сотрудничает с нашим планом.

Для того чтобы узнать, сотрудничает ли с нами аптека вашего учреждения по оказанию длительной помощи, воспользуйтесь *Указателем медиков, учреждений и аптек (Provider and Pharmacy Directory)*. Если она с нами не сотрудничает или если вам нужно узнать какие-то подробности, обратитесь в наш отдел обслуживания.

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 после включения вас 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 прежнему рецепту («рефилы»).

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

Пока вы получаете временное покрытие лекарства, обсудите с лечащим 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 в порядке исключения покрывать лекарство так, как вы этого хотели бы.

➔ 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. Человеку, получающему обслуживание по хосписной программе, сертифицированной в программе Medicare, могут понадобиться лекарства для лечения состояний, не связанных со смертельной болезнью и ее 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 нашему плану о том, что это лекарство не предназначено для лечения смертельной болезни. После этого наш план начинает оплачивать такие лекарства. Во избежание задержек с получением лекарств, которые должен оплачивать наш план, можно попросить хоспис или врача проверить, получил ли наш план сообщение о том, что эти лекарства не связаны с хосписным обслуживанием. Это лучше делать заранее, до получения лекарства в аптеке.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Если больной выходит из хосписа или хосписной программы, наш план начинает покрывать все лекарства. Если страховое покрытие хосписного обслуживания по программе Medicare прекращается, нужно принести в аптеку документы, подтверждающие, что больной больше не получает хосписное обслуживание. Это позволит предотвратить задержки с получением лекарств. Правила страхового покрытия лекарств по программе Part D приведены в предшествующих разделах этой главы.

➔ О страховом покрытии хосписного обслуживания см. в главе 4.

Г. Программы по обеспечению безопасности лекарственного лечения и его контролю

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, потому что вы уже принимаете другое лекарство от 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, то устраняем ее 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 от своих лекарств как можно больше пользы.
- Какие у вас есть сомнения и опасения, например относительно стоимости лекарств и реакции на лекарства.
- Как правильно принимать лекарства.
- Любые вопросы о ваших лекарствах по рецепту и без рецепта.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Основное содержание этой беседы вы получите в письменном виде. Этот документ содержит план улучшения лекарственного лечения, который позволит вам правильно лечиться. Кроме того, вы получаете список всех лекарств, которые принимаете. В нем указано, почему вам были назначены эти лекарства.

Мы советуем обсуждать лекарственное лечение перед ежегодным профилактическим визитом к врачу. Это позволит вам задавать врачу все нужные вопросы о своих лекарствах и о плане улучшения лекарственного лечения. 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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

Содержание

Введение	126
A. Отчет о страховом покрытии лекарств (EOB)	127
B. Как следить за своими расходами на лекарства	128
1. Используйте свою идентификационную карточку участника плана.	128
2. Помогайте нам получать необходимую информацию.	128
3. Присылайте нам информацию о выплатах, сделанных за вас другими лицами.	128
4. Проверьте отчеты, которые мы вам присылаем.	128
C. Периоды страхового покрытия лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D	129
D. Период 1: начальный период страхового покрытия	130
Какими аптеками пользоваться	130
Как получить запас лекарств на большой срок	130
Сколько вы платите?	131
Когда кончается начальный период страхового покрытия?	133
E. Период 2: период покрытия в чрезвычайной ситуации	133
F. Сколько вы платите, если врач выписывает лекарство на срок меньше месяца	133
G. Помощь в оплате лекарств от ВИЧ/СПИД	135
Что такое программа помощи в оплате лекарств от ВИЧ/СПИД (программа ADAP)?	135
Вы не включены в программу ADAP?	135
Вы уже включены в программу ADAP?	135

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Н. Прививки	135
Перед прививкой	135
Сколько вы платите за прививку по программе Medicare Part D	136

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Введение

Из этой главы вы узнаете о том, сколько вы платите за лекарства по рецепту для амбулаторного лечения. 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 помимо этих программ.

Поскольку вы имеете право на страховое покрытие 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 см. в следующих материалах:

- **Действующий в нашем плане *Перечень покрываемых лекарств. (List of Covered Drugs)*.** Коротко «Перечень лекарств». Из него можно узнать следующее:
 - » Какие лекарства мы оплачиваем.
 - » К какому из 3 уровней вашего участия в оплате принадлежит определенное лекарство.
 - » Предусмотрены ли для конкретного лекарства какие-то ограничения.

Если вам нужен экземпляр Перечня лекарств, позвоните в наш отдел обслуживания. Перечень лекарств есть на нашем сайте . www.healthnet.com/calmediconnect.

- **Глава 5 этого *Справочника участника плана*.** В главе 5 объясняется, как участник нашего плана получает лекарства по рецепту для амбулаторных больных. Кроме того, в ней рассмотрены правила, которые вам нужно соблюдать. В главе 5 говорится также о том, какие лекарств по рецепту наш план *не* покрывает.
- **Действующий в нашем плане *Указатель медиков, учреждений и аптек (Provider and Pharmacy Directory)*.** В большинстве случаев покрываемые планом лекарства следует получать в аптеках, которые с нами сотрудничают. Сотрудничающие с планом аптеки — это аптеки, которые заключили с нами договор. Эти аптеки приведены в *Указателе медиков, учреждений и аптек*. О сотрудничающих с нами аптеках см. в главе 5.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



А. Отчет о страховом покрытии лекарств (ЕОВ)

Наш план следит за расходами на ваши лекарства по рецепту. Мы следим за двумя типами выплат:

- Ваши *собственные расходы на лекарства (out-of-pocket costs)*. Это суммы, которые за лекарства по рецепту платите вы или кто-то, кто за вас платит.
- *Общие расходы на ваши лекарства*. Это суммы, которые за лекарства по рецепту платим мы, плюс то что платите вы или кто-то, кто за вас платит.

Если лекарства по рецепту вы получаете по нашему плану, мы присылаем вам ежемесячный отчет «Отчет о страховом покрытии лекарств» (*Explanation of Benefits, EOB*). Коротко мы его называем *ЕОВ*. Отчет *ЕОВ* содержит следующую информацию:

- **Информация за месяц.** Отчет, из которого вы узнаете, какие лекарства по рецепту вы приобрели. В нем вы приведены общая стоимость ваших 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 за них 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, которые наш план покрывает, см. в Перечне лекарств.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



V. Как следить за своими расходами на лекарства

Для того чтобы следить за стоимостью ваших лекарств и вашими собственными расходами, мы пользуемся сведениями, которые получаем от вас и из вашей аптеки. Вот как вы можете нам помочь:

1. Используйте свою идентификационную карточку участника плана.

При получении лекарства по рецепту каждый раз предъявляйте свою карточку участника плана. Это позволит нам узнать, какие лекарства по рецепту вы получили и сколько вы уплатили.

2. Помогайте нам получать необходимую информацию.

Присылайте нам копии квитанций за лекарства, которые вы оплатили сами. Вы можете попросить нас возместить вам ту часть расходов на лекарство, которую должен нести 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 имеет отношения к нашему плану.
- 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 попросить нас возместить вам нашу часть в оплате лекарства см. в главе 7.

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

Выплаты, сделанные за вас другими лицами или организациями, учитываются при расчете общей суммы ваших собственных расходов на лекарства. При расчете общей суммы ваших собственных расходов учитываются, например, выплаты, сделанные за лекарства программой помощи в оплате лекарств от ВИЧ/СПИД, Службой здравоохранения для индейцев и большинством благотворительных фондов. 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.

Получив по почте «Отчет о страховом покрытии лекарств» (Explanation of Benefits, EOB), проверьте его. 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 вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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

В плане Health Net Cal MediConnect предусмотрены два периода страхового покрытия лекарств по рецепту, покрываемых по программе Medicare Part D. Сколько вы платите за лекарства по рецепту, 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 этом периоде мы платим свою часть, а вы свою. Ваша часть в оплате лекарства называется доплатой.</p> <p>Этот период начинается с первого в новом году приобретения лекарства по рецепту.</p>	<p>С начала этого периода и до 31 декабря 2017 г. мы полностью оплачиваем ваши лекарства.</p> <p>Этот период начинается после того, как общая сумма ваших собственных расходов на лекарства достигнет определенного предела.</p>

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Д.Период 1: начальный период страхового покрытия

В начальном периоде страхового покрытия план платит за лекарства по рецепту свою часть, а вы свою. Ваша часть в оплате лекарства называется *доплатой*. Размер доплаты зависит от уровня вашего участия в оплате лекарства и от того, где вы его приобретаете.

За лекарства, 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 доплата. Уровни вашего участия в оплате назначенных вам лекарств вы можете найти в Перечне лекарств.

- Для лекарств уровня 1 предусмотрена низкая доплата. Это лекарства-дженерики (непатентованные лекарства). Доплата составляет от \$0,00 до \$3,30. Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.
- Доплата за лекарства уровня 2 выше. Это фирменные (патентованные) лекарства. Доплата составляет от \$0,00 до \$8,25. Размер доплаты зависит от уровня страхового покрытия, которое вы получаете по программе Medi-Cal.
- Доплата за лекарства уровня 3 составляет \$0,00. Это лекарства по рецепту и без рецепта, покрываемые по программе Medi-Cal.

Какими аптеками пользоваться

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. О том когда мы это делаем, см. в главе 5.
- ➔ О разных видах аптек см. в главе 5 этого справочника и в нашем *Указателе медиков, учреждений 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 в этом случае 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 медиков, медицинских учреждений и аптек (Provider and Pharmacy Directory)*.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Сколько вы платите?

В начальном периоде 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.

- ➔ Узнать, сколько составляет доплата за покрываемое нами лекарство, можно в нашем отделе обслуживания.

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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



	Сотрудничающая с планом аптека Количество на 1 месяц или до 90 дней	Почтовая служба плана Количество на 1 месяц или до 90 дней	Сотрудничающая с планом аптека при учреждении по оказанию длительной помощи Количество на срок до 31 дней	Не сотрудничающая с планом аптека Количество на срок до 30 дней. Страховое покрытие предоставляется только в определенных ситуациях. Подробнее см. в главе 5.
Уровень вашего участия в оплате: 1 (Лекарства-дженерики по программе Part D)	\$0,00 - \$3,30 Доплата зависит от уровня страхового покрытия по программе Medi-Cal.	\$0,00 - \$3,30 Доплата зависит от уровня страхового покрытия по программе Medi-Cal.	\$0,00 - \$3,30 Доплата зависит от уровня страхового покрытия по программе Medi-Cal.	\$0,00 - \$3,30 Доплата зависит от уровня страхового покрытия по программе Medi-Cal.
Уровень вашего участия в оплате: 2 (Фирменные лекарства по программе Part D)	\$0,00 - \$8,25 Доплата зависит от уровня страхового покрытия по программе Medi-Cal.	\$0,00 - \$8,25 Доплата зависит от уровня страхового покрытия по программе Medi-Cal.	\$0,00 - \$8,25 Доплата зависит от уровня страхового покрытия по программе Medi-Cal.	\$0,00 - \$8,25 Доплата зависит от уровня страхового покрытия по программе Medi-Cal.
Уровень вашего участия в оплате: 3 (Лекарства по рецепту и без рецепта, покрываемые по программе Medi-Cal.)	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Узнать, в каких аптеках можно получить запас лекарства на длительный срок можно по *Указателю медиков, медицинских учреждений и аптек.*

Когда кончается начальный период страхового покрытия?

Начальный период страхового покрытия (Initial Coverage Stage) заканчивается после того, как общая сумма ваших собственных расходов на лекарства достигнет \$4950. После этого начинается период покрытия в чрезвычайной ситуации (Catastrophic Coverage Stage). С начала этого периода и до конца года мы оплачиваем ваши лекарства полностью.

Мы присылаем вам «Отчеты о страховом покрытии лекарств» (Explanation of Benefits, EOB). Они помогают вам следить за тем, сколько вы тратите на лекарства в течение года. Если общие расходы на лекарства достигнут \$4950, мы вам об этом сообщим. Большинство участников нашего плана этой суммы не достигают.

Е. Период 2: период покрытия в чрезвычайной ситуации

Когда общая сумма ваших собственных расходов на лекарства по рецепту достигает \$4950, начинается период покрытия в чрезвычайной ситуации. Этот период продолжается до конца календарного года. В этом периоде план оплачивает ваши лекарства полностью.

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

Обычно 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 реакций на это лекарство). 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 которые 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 \$0,04, умноженные на 7 дней, т. е. \$0,28.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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. Кроме того, возможны случаи, когда вам удобно, чтобы врач выписал вам меньше лекарства, чем требуется на целый месяц. Например, если это поможет вам составить более удобный график посещения аптеки или реже туда обращаться. Сумма, которую вы платите, зависит от того, на сколько дней вы покупаете лекарство.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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 (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 больному СПИДом, имеющему право на эту программу, предоставляет Отдел по вопросам СПИДа (Office of AIDS) при Департаменте общественного здравоохранения штата Калифорния (California Department of Public Health).

Вы не включены в программу ADAP?

О том кто может получать помощь по этой программе, о покрываемых по ней лекарствах и о том как стать ее участником, можно узнать по телефону 1-844-550-3944 или на сайте программы ADAP <http://www.cdph.ca.gov/programs/aids/Pages/tOAADAPIndiv.aspx>.

Вы уже включены в программу ADAP?

Если участник программы ADAP получает страховое покрытие по программе Medicare Part D, то программа ADAP помогает ему платить его долю в оплате лекарств, покрываемых этой программой. Для того чтобы не потерять помощь по программе ADAP, о любых изменениях в названии вашего страхового плана по программе Medicare Part D и об изменении номера полиса сообщайте местному сотруднику ADAP, отвечающему за включение больных СПИД в эту программу. Найти ближайшее отделение программы ADAP и/или найти сотрудника, отвечающего за включение больных в эту программу, можно по телефону 1-844-550-3944 или на сайте 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, укол вакцины, который вам делает врач.

Перед прививкой

Мы советуем вам каждый раз, когда вы собираетесь сделать прививку, звонить вначале в наш отдел обслуживания.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Мы объясним, как наш план покрывает вашу прививку и сколько должны за нее платить вы.
- Мы объясним, что если вы обратитесь к сотрудничающему с нами медику или в сотрудничающую с нами аптеку, то платить вам придется меньше. *Сотрудничающие с планом аптеки* — это аптеки, которые заключили с нами договор. *Сотрудничающие с планом медики и учреждения* заключили с нашим планом договор. Если вы обращаетесь к сотрудничающему с планом Health Net Cal MediConnect медику, вам не нужно ничего заранее платить за вакцину 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 — это покрываемое медицинское обслуживание, а не лекарство. Эти вакцины мы покрываем полностью, вам ничего платить не нужно. О страховом покрытии таких прививок см. в таблице покрываемого обслуживания (глава 4).
- Другие вакцины считаются лекарствами, покрываемыми 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, покрываемую 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, покрываемой по программе Medicare Part D.
 - Доплату за вакцину вы платите врачу.
 - 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. Вакцину, покрываемую по программе Medicare Part D, вы приобретаете 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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	138
B. Как и куда прислать нам запрос на оплату	140
C. Мы принимаем решение о страховом покрытии	140
D. Вы можете подать апелляцию	141

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



А. Когда вы можете просить нас об оплате обслуживания и лекарств

Если мы покрываем какое-то обслуживание или лекарство, то соответствующие счета сотрудничающие с нами медики и учреждения присылают непосредственно в наш план. *Сотрудничающие с планом медики и учреждения* заключили с нашим планом договор.

Если вы получили счет на полную стоимость медицинской помощи или лекарства, пришлите его нам. О том как прислать нам счет, см. на стр. 140.

- Если эти услуги или лекарства мы покрываем, то уплатим непосредственно этому медику или учреждению.
 - Вы имеете право получать у нашего плана возмещение всегда, когда платите за покрываемые планом услуги или лекарства больше, чем предусмотренная правилами плана сумма.
 - Если мы **не** покрываем обслуживание или лекарство, мы вам об этом сообщим.
- ➔ С вопросами обращайтесь 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 бывает нужно попросить нас о возмещении потраченной вами суммы или об оплате счета, который вы получили.

1. Вы получили экстренную или неотложную помощь в учреждении, которое с нами не сотрудничает.

Попросите, чтобы счет прислали нам.

- Если вы полностью оплатили оказанную вам помощь, попросите нас возместить вам ваши расходы. Пришлите нам счет и документы, подтверждающие все 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 все сделанные вами выплаты.
- Если мы должны что-то уплатить медику или медицинскому учреждению, то плату мы присылаем непосредственно этому медику или учреждению.
- Если вы уже оплатили полученное обслуживание, мы возместим вам ваши расходы.

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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Получив счет от сотрудничающего с нами медика или учреждения, всегда присылайте его нам. Мы свяжемся с медиком или учреждением, выставившим счет, и решим вопрос с оплатой.
- Если вы уже оплатили счет, полученный от сотрудничающего с планом медика или учреждения, пришлите нам счет и документы, подтверждающие все сделанные вами выплаты. Мы возместим вам ваши расходы на покрываемое нашим планом обслуживание.

3. Вы получили лекарство в аптеке, которая не сотрудничает с нашим планом

В этом случае вам нужно полностью оплатить полученное лекарство.

- ➔ 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. О не сотрудничающих с нами аптеках см в главе 5.

4. Вы полностью оплатили лекарство, потому что у вас не было с собой карточки участника нашего 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, возможно, придется полностью оплатить лекарство по рецепту.

- Пришлите нам копию квитанции об оплате вместе с запросом на возмещение вам нашей части в оплате лекарства.

5. Вы полностью оплатили не покрываемое планом лекарство по рецепту.

Если мы не покрываем лекарство по рецепту, вам, возможно, придется оплатить его полностью.

- 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, попросите 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 потребоваться дополнительная информация от вашего врача.

Получив ваш запрос на оплату, мы решаем, должны ли мы покрывать эти услуги или лекарства. Это наше решение называется «решение о страховом покрытии». Если мы решаем, что должны

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



оплатить лекарство или обслуживание, мы возмещаем вам нашу часть в их оплате. Если мы вам отказываем, вы можете подать апелляцию.

➔ О том как подать апелляцию, см. в главе 9.

В. Как и куда прислать нам запрос на оплату

Пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные все вами выплаты.

Подтверждением сделанных выплат могут быть копия вашего чека или копия квитанции. Лучше сделать для себя копии счетов и квитанций об оплате. За помощью вы можете обратиться к своему координатору обслуживания.

Для того чтобы быть уверенным в том, что вы сообщаете нам все сведения, необходимые для принятия решения, можно воспользоваться нашей формой страхового требования.

- Вы не обязаны использовать эту форму, но если вы ею воспользуетесь, это ускорит рассмотрение вашего запроса.
- Скачать форму можно с нашего сайта (www.healthnet.com/calmediconnect)

Запросы на оплату и соответствующие счета и квитанции присылайте нам по приведенным ниже адресам.

Оплата медицинского обслуживания:

Для оплаты по программе Cal MediConnect:

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 14703
Lexington, KY 40512-4703

Оплата 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 принимаем 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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Если для рассмотрения вашего запроса нам требуется дополнительная информация, мы вам об этом сообщаем.
- Если мы решаем, что наш план покрывает это обслуживание или лекарство и что вы соблюдали установленные правила их получения, мы выплачиваем нашу часть в оплате этого обслуживания или лекарства. Если вы уже уплатили за обслуживание или лекарство, мы возмещаем вам ту часть, которую должны были уплатить мы. Если вы еще не уплатили за это обслуживание или лекарство, мы платим 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 рецепту, покрываемые по программе Medicare Part D, рассматриваются в главе 5.
- Если мы решаем, что наш план не должен платить за лекарство или обслуживание, мы присылаем вам письмо, объясняющее, почему мы так решили. В этом письме объясняется также ваше право подать апелляцию на решение плана.
- ➔ О решениях о страховом покрытии см. в главе 9.

D. Вы можете подать апелляцию

Если вы считаете, что отказ на ваш запрос на оплату был ошибочным, 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 апелляций определены процедуры и сроки. Об апелляциях см. в главе 9.
- Если вы подаете апелляцию на решение о возмещении ваших расходов на медицинское обслуживание, вам нужна стр. 182.
- Если вы подаете апелляцию на решение о возмещении ваших расходов на лекарство, вам стр. 201.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 8. Ваши права и обязанности

Содержание

Введение	143
A. Вы имеете право получать информацию в удобном для вас виде	143
B. Мы должны всегда относиться к вам справедливо и с уважением	157
C. Мы должны обеспечивать вам своевременный доступ к покрываемым планом услугам и лекарствам	158
D. Мы должны обеспечивать конфиденциальность вашей частной медицинской информации ...	159
Как мы защищаем вашу медицинскую информацию	159
Вы имеете право знакомиться со своей медицинской картой	160
E. Мы должны сообщать вам информацию о нашем плане, сотрудничающих с ним медиках и учреждениях и о покрываемых нами услугах	160
F. Сотрудничающие с планом медики и учреждения не могут выставлять счет непосредственно вам	161
G. Вы имеете право выйти из нашего плана Cal MediConnect в любое время	162
H. У вас есть право принимать решения о своем лечении	162
У вас есть право знать о возможных вариантах лечения и участвовать в принятии решений о лечении	162
Вы имеете право сообщить о том, что нужно будет делать, когда вы не сможете принимать решения самостоятельно	163
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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Введение

В этой главе говорится о правах и обязанностях участника нашего плана. Мы должны уважать ваши права.

А. Вы имеете право получать информацию в удобном для вас виде

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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ 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 ТТУ, звоните по телефону 1-877-486-2048. Если вы хотите узнать о том, как подать жалобу в программу Medi-Cal, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

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 بوسعهم 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، يرجى 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.

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՝ խոշոտ 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 խոշոտ 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 Տազալոզ
- o Վիետնամերեն

- ➔ Եթե խնդիրներ ունեք մեր ծրագրի մասին տեղեկություններ ստանալու հարցում լեզվի

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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 սպասարկում՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00 a.m.-ից 8:00 p.m.-ը:

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិនានារបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

➔ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរនានារបស់អ្នកបានជាភាសាផ្សេងៗ។

➔ គម្រោងរបស់យើងក៏ផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវឯកសារ ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ នៅក្នុងទ្រង់ទ្រាយដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាខ្សែអាត់សំឡេង។ បើអ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យ

Health Net Cal MediConnect ផ្ញើឯកសារជូនដំណឹងដល់សមាជិកជានិច្ចជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗ និង/ឬក្រុមភាសាដែលអ្នកពេញចិត្ត សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាសមាជិក។ ប្រាប់ដល់សេវាសមាជិកថា លោកអ្នកចង់ដាក់សំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានឯកសារជូនដំណឹងដល់សមាជិកជានិច្ចជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗ និង/ឬក្រុមភាសាទៅតាមជម្រើសរបស់លោកអ្នក។

➔ លោកអ្នកក៏អាចទទួលបានសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះជាភាសាដូចខាងក្រោម ឥតគិតថ្លៃដោយគ្រាន់តែទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ដែលបម្រើការពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក - 8:00 យប់

- ភាសាអារ៉ាប់
- ភាសាអាមេនី
- ភាសាខ្មែរ
- ភាសាចិន
- ភាសាហ្វាស៊ី
- ភាសាកូរ៉េ
- ភាសារុស្ស៊ី
- ភាសាអេស្ប៉ាញ
- ភាសាកាតាឡុក
- ភាសាវៀតណាម

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



➔ 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).
 Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.

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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).
Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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 بگویید 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
- تاگولوگ
- 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



당사통 반드시 귀하께서 사전하실 수 있통 방법번무 정험 플랜의 혜택 및 귀하의 권리정 알려드려야 합있다. 또한 귀하께서 당사의 정험 플랜시 계속전 가무전 있통 한 매년 반드시 귀하의 권리정 공지전 드려야 합있다.

➔ 귀하께서 사전하실 수 있통 방법번무 정정정 언번시려면 회원서비스부무 오전전 주주시오. 여러 다다 언언무 질문시 답변전 드릴 수 있통 직원들사 근무하고 있있다.

➔ 당사 플랜은 영언 사외의 *다다 언언 및 대형 인쇄체*, 점자 혹은 오디오 형식번무된 자무도 제공전 드릴 수 있있다. Health Net Cal MediConnect무 하여금 항상 회원 정정 자무정 점자, 대형 인쇄체, 혹은 영언 사외의 다다 언언무 된 대체 형식번무 우송전 드리길 원하시면 회원서비스부무 연락전 주주시오. 회원 정정 자무정 항상 대체 형식 또통 다다 언언무 받기 위한 지속 요청받 신청하고자 한다고 회원서비스부 담당자시게 밝혀주주시오.

➔ 주주(월-금) 오오 8:00시시시 오오 8:00시 사사시 회원서비스부시 1-855-464-3571(TTY: 711) 번번무 오전하여 본 안내시정 다음 언언무 받아정실 수도 있있다.

- o 아라비아언
- o 아르메잇아언
- o 캄정디아언
- o 주국언
- o 페르시아언
- o 한국언
- o 러시아언
- o 스페인언
- o 타갈무그언
- o 베트남언

➔ 언언 문제 또통 장애무 인전 당사 정험 플랜번무부터 정정정 언통데 곤란받 겪고 있언 불만받 제기하고 싶번시면 Medicare 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)무 오전전 주주시오. 연주무휴 24시간 항시 오전하실 수 있있다. TTY 사용자통 1-877-486-2048번번무 오전하주시오. Medi-Cal시 불만받 제기하통 것시 대전 좀 더 알고 싶번시면 주주(월-금) 오오 8:00시시시 오오 8:00시 사사시 회원서비스부시 1-855-464-3571(TTY: 711)번번무 오전전 주주시오.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



телефону 1-877-486-2048. Если вы хотите 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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



➔ 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 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:

- o Arabic
- o Armenian
- o Cambodian
- o Chinese
- o Farsi
- o Korean
- o Russian
- o Espanyol
- o Tagalog
- o Vietnamese

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



➔ 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, 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
- Tiếng Tagalog
- Tiếng Việt

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ 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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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.
- Поданных вами апелляций.
- Поведения.
- Поданных вами исков и страховых требований.
- Национальности.
- Свидетельства о возможности быть застрахованным.
- Генетической информации.
- Гендерной идентичности.
- Места жительства в пределах зоны обслуживания.
- Состояния здоровья.
- Прежних и нынешних заболеваний.
- Умственных способностей.
- Инвалидности.
- Страны происхождения.
- Расовой принадлежности.
- Получения медицинской помощи.
- Религии.
- Пола.
- Сексуальной ориентации.
- Использования обслуживания.

Правила плана запрещают нам ограничивать вас 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 **отдел 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 (TDD 1-800-537-7697). Подробности можно найти также на сайте <http://www.hhs.gov/ocr>.
- ➔ Кроме того, вы можете позвонить в местный отдел по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights).
- ➔ Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Телефон 1-800-368-1019
Факс 1-202-619-3818
TDD 1-800-537-7697

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Если в связи с ограниченностью ваших физических возможностей вам требуется помощь при получении обслуживания или обращении к врачу, позвоните в наш отдел обслуживания. Если вы хотите пожаловаться, например на трудности доступа в медицинское учреждение инвалидам-колясочникам, наш отдел обслуживания сумеет вам помочь.

С. Мы должны обеспечивать вам своевременный доступ к покрываемым планом услугам и лекарствам

Если вам приходится много дней ждать приема у врача для получения покрываемой планом помощи и если ваш врач считает, что ждать вам нельзя, позвоните в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Мы вам поможем. Если за разумное время вы не можете получить обслуживание, мы оплатим помощь, полученную у медика или в учреждении из числа не сотрудничающих с нашим планом.

Участник нашего плана имеет следующие права:

- Право выбирать своего врача первичного обслуживания (Primary Care Provider, врач PCP) из числа сотрудничающих с нашим планом. *Сотрудничающий с планом медик* заключил с нашим планом договор.
 - » Врачей, принимающих новых пациентов, можно найти в *Указателе медиков, учреждений 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 врачи назначали вам прием через разумное число дней после обращения.
 - » Это включает право на своевременное получение помощи врачей-специалистов.
- Право без направления получать экстренную и неотложную помощь.
- Право без долгих задержек получать лекарства по рецепту в сотрудничающих с нами аптеках.
- 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 см. в главе 3.
- Если вы новый участник нашего плана, то вы имеете право лечиться у прежних врачей и пользоваться прежними разрешениями на получение медицинской помощи в течение 12 месяцев после включения в план (если выполняются определенные условия). О том как продолжить лечение у прежнего врача и сохранить прежние разрешения на получение обслуживания, см. в главе 1.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Право нанимать и увольнять работающего с вами сотрудника Служб помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS) и руководить его работой.
- 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 этой же главе говорится о том, что делать, если мы отказались покрывать медицинскую помощь или лекарства, но вы не согласны с нашим решением.

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 вашей медицинской информации 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 решения за вас.
- В некоторых случаях мы можем, однако, раскрывать такую информацию без вашего разрешения. Эти исключения разрешены или требуются по закону.
 - » 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

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



передаем вашу медицинскую информацию в программу Medi-Cal, это тоже делается в соответствии с федеральными законами и законами штата.

Вы имеете 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.
- Кроме того, у вас есть право просить нас дополнить или исправить ваши медицинские документы. Если вы попросите нас это сделать, мы вместе 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 приведено в главе 11, раздел I.

Е. Мы должны сообщать вам информацию о нашем плане, сотрудничающих с ним медиках и учреждениях и о покрываемых нами услугах

Участники плана Health Net Cal MediConnect имеют право получать от нас информацию. Если вы плохо говорите по-английски, вам помогут наши устные переводчики. Они переведут вам ответы на любые ваши вопросы о нашем плане. Просто позвоните нам по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Это обслуживание бесплатное. Этот справочник вы можете бесплатно получить в переводе на один из следующих языков:

- Арабский
- Армянский
- Кхмерский
- Китайский
- Фарси
- Корейский
- Русский
- Испанский
- Тагальский
- Вьетнамский

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Кроме того, мы можем присылать вам наши письма и материалы напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля.

Если вам требуется информация по одному из следующих вопросов, позвоните в наш 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.
 - » Сколько апелляций подали участники 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 (primary care provider, врач РСР).
 - » 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, для того чтобы мы покрывали обслуживание и лекарства.
- **Информация о том, почему что-то мы не покрываем, и что вы можете сделать в таком случае:**
 - » Как попросить нас о письменном объяснении причин, по которым мы что-то не покрываем.
 - » Как попросить нас изменить принятое решение.
 - » Как попросить нас оплатить полученный вами счет.

F. Сотрудничающие с планом медики и учреждения не могут выставлять счет непосредственно вам

Врачи, больницы и другие медики и учреждения, сотрудничающие с нашим планом, не могут взыскивать с вас плату за покрываемое нами обслуживание. Они не могут это делать даже тогда,

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



когда наши расценки меньше, чем установленные медиком или учреждением. О том что следует делать, если сотрудничающий с нами медик пытается получить с вас плату, см. в главе 7.

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. Вы останетесь участниками программ Medicare и Medi-Cal, даже если выйдете из нашего плана. Вы имеете право получать большую часть медицинского обслуживания по обычной программе Medicare (Original Medicare, без страховых планов) или по плану, действующему по программе Medicare Advantage. Страховое покрытие лекарств по рецепту, покрываемых 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.

- **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 вам форме*.

- **Вы имеете право знать о вариантах лечения.** Вам должны рассказывать обо всех возможных способах лечения.
- **Вы имеете право знать о риске.** Вам должны рассказывать обо всех опасностях, связанных с лечением. Если предлагаемое лечение — это часть 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, прежде чем 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. У вас есть право прекратить прием назначенного вам лекарства. Даже если вы отказались от лечения или перестали принимать назначенное вам лекарство, вас из плана не исключат. Разумеется, если вы отказываетесь от лечения или отказываетесь принимать лекарство, вы принимаете на себя полную ответственность за последствия своего решения.
- **Вы можете попросить нас о том, чтобы мы объяснили вам, почему врач или учреждение отказали вам каком-то лечению.** У вас есть право получить у нас объяснение причин, по которым вам отказано в медицинской помощи, которую вы, по вашему мнению, должны получать.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Вы можете попросить нас покрывать обслуживание или лекарство, которое мы обычно не покрываем или в страховом покрытии которого вам было отказано.** Это просьба принять «решение о страховом покрытии». О том как попросить план принять решение о страховом покрытии, см. в главе 9.

Вы имеете право сообщить о том, что нужно будет делать, когда вы не сможете принимать решения самостоятельно

Человек может оказаться в ситуации, когда он не сможет самостоятельно принимать решения о своем лечении. Прежде чем это произошло, вы можете на всякий случай сделать следующее:

- **Заполнить форму, дающую выбранному вами лицу законное право принимать за вас решения о вашем лечении,** если вы не сможете принимать такие решения самостоятельно.
- **Дать 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 называются по-разному. 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.** Бланк можно получить у врача, адвоката, социального работника, в юридической консультации, в некоторых канцелярских магазинах и в Медицинской ассоциации штата Калифорния (California Medical Association). Телефон ассоциации 1-800-786-4262 (коммутаторная служба США: TTY 711). Получить нужный бланк можно 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.** Заполненная и подписанная форма считается юридическим документом. Вам, возможно, стоит обратиться к адвокату за помощью в составлении этого документа.
- **Передайте копии этого документа людям, которые должны о нем знать.** Передайте копию своему врачу. Передайте копии людям, которых этим документом вы уполномочили принимать за вас решения в случае вашей недееспособности. Вы можете передать копии этого документа также близким друзьям и членам семьи. Копию храните у себя дома.

Если вы знаете, что вас госпитализируют и если вы уже подписали заблаговременные указания, **возьмите копию этого документа с собой в больницу.**

- В больнице у вас спросят, подписали ли вы заблаговременные указания на случай недееспособности и есть ли у вас собой этот документ.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- 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.

В штате Калифорния: Распоряжение врачам об искусственном поддержании жизни (Physician Orders for Life Sustaining Treatment, POLST)

Если вы смертельно больны или если у вас плохое здоровье, вы можете заполнить форму POLST. Эта форма должна быть подписана вашим врачом. Она позволяет вам дать конкретные указания относительно лечения, которое вы хотели бы получать в предсмертном состоянии: о применении обезболивающих, реанимации, кормлении и других медицинских вмешательствах. Практикующие медицинские сестры (фельдшеры, nurse practitioners, NPs) и ассистенты врачей (physician assistants, PAs) тоже имеют право подписывать заполненные бланки Указаний врачам относительно искусственного поддержания жизни (Physician Orders for Life Sustaining Treatment, POLST). Если фельдшер или ассистент врача работает в рамках, предусмотренных его лицензией и под руководством врача, то подпись такого медика делает заполненную форму имеющим силу распоряжением об оказании медицинской помощи. Этот документ имеет для врача силу приказа о лечении. Где бы вы ни лечились, имейте его при себе. Он не заменяет, а дополняет заблаговременные указания на случай недееспособности.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).
Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Что делать, если ваши указания не выполняются

Если вы подписали заблаговременные указания на случай недееспособности, но, по вашему мнению, содержащиеся в них инструкции не соблюдались врачом или больницей, вы можете подать жалобу в местный отдел по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights).

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Телефон 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Помните о следующем:

- Если вы составили заблаговременные указания на случай недееспособности, компания Health Net должна проследить за тем, чтобы они были размещены в вашей медицинской карте на заметном месте.
- Компания Health Net должна соблюдать законодательство штата, регулирующее действие заблаговременных указаний на случай недееспособности.
- Компания Health Net должна обучать своих сотрудников действующим в компании правилам о заблаговременных указаниях на случай недееспособности.

Компания Health Net должна проводить со своими клиентами просветительскую работу по вопросу заблаговременных указаний на случай недееспособности.

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 к вам отнеслись несправедливо — и эта несправедливость *не* связана с дискриминацией по причинам, приведенным на стр. 157, — вы можете сделать следующее:

- Вы можете **позвонить в наш отдел обслуживания.**
- Вы можете позвонить в местную **Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).** Об этой организации и о том, как с ней связаться, см. в главе 2.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Вы можете **позвонить в отдел омбудсмана программы Cal MediConnect..** Об этой организации и о том, как с ней связаться, см. в главе 2.
- Вы можете **позвонить в программу Medicare** по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (линия работает круглосуточно и без выходных). Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 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 наш отдел обслуживания.**
- Вы можете позвонить в местную **Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).** Об этой организации и о том, как с ней связаться, см. в главе 2.
- Вы можете **позвонить в отдел омбудсмана программы Cal MediConnect..** Об этой организации и о том, как с ней связаться, см. в главе 2.
- Вы можете **обратиться в программу 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: <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>.)
 - » Вы можете позвонить в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (линия работает круглосуточно и без выходных). Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 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 именно мы вам покрываем и какие правила вы должны соблюдать, для того чтобы мы предоставляли вам страховое покрытие лекарств и обслуживания.
 - » Об покрываемом обслуживании подробно говорится в главах 3 и 4. В этих главах рассказывается о том, что мы покрываем, какие правила нужно соблюдать и 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. С вопросами звоните в наш отдел обслуживания.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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 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 согласованные с врачом планы лечения и рекомендации.
 - » Сообщайте своим врачам и другим медикам обо всех лекарствах, которые вы принимаете. Сообщайте им о своих лекарствах по рецепту, о лекарствах без рецепта, витаминах и биодобавках.
 - » Когда у вас есть вопросы, не стесняйтесь их задавать. Ваши врачи и другие медики должны давать вам понятные ответы и объяснения. Если ответ на вопрос вы не понимаете, спросите снова.
- **Будьте доброжелательны.** Участники нашего плана должны уважать права других пациентов. В кабинете 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 программа Part A и по программе Part B оплачивает программа Medi-Cal.
 - » Если программа Medi-Cal оплачивает обслуживание только частично, вы должны доплачивать положенную вам сумму, прежде чем план Health Net Cal MediConnect оплатит полученное вами обслуживание по программе Medi-Cal.
 - » Вы должны участвовать в оплате некоторых покрываемых планом лекарств. Это доплаты (фиксированная сумма, которую вы платите аптеке). 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 обслуживание или лекарство, вы можете подать апелляцию. О том как подать апелляцию, см. в главе 9.
- **Сообщайте нам о переезде на новое место жительства.** Если вы собираетесь переезжать, сразу нам об этом сообщайте. Звоните в наш отдел обслуживания.
 - » **Если вы переезжаете за пределы нашей зоны обслуживания, вы не можете оставаться участником нашего плана.** 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. Во время специального периода включения в планы, действующие по программе Medicare, вы можете перейти в обычную программу Medicare

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



(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.

▪ **С вопросами или сомнениями звоните в наш отдел обслуживания.**

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 9. Что делать, если у вас возникли сложности или претензии (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

О чем говорится в этой главе

Здесь говорится о ваших правах. Эта глава вам нужна, если вы оказались в одной из следующих ситуаций:

- У вас возникли затруднения с нашим планом 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 какого-то обслуживания заканчивается слишком скоро.
- Вы недовольны работой служб, предоставляющих длительное обслуживание, или хотите на них пожаловаться. Это могут быть Обслуживание взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS), Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), 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

Вам требуется медицинское обслуживание, лекарства и длительное обслуживание, которые ваш врач и другие медики считают необходимым элементом вашего плана лечения. **Если у вас появились трудности, связанные с медицинским обслуживанием, вы можете обратиться за помощью в отдел омбудсмана программы Cal MediConnect, телефон 1-855-501-3077.** Как вы можете решить различные затруднения, объясняется в этой главе, но вы всегда можете позвонить в отдел омбудсмана программы Cal MediConnect. По этому телефону вам посоветуют, что делать в возникшей ситуации.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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	172
Раздел 1.1. Что делать, если у вас возникло затруднение	172
Раздел 1.2. Юридическая терминология	172
Раздел 2. Куда звонить	172
Раздел 2.1. Где получить информацию и помощь	172
Раздел 3. Трудности со страховым покрытием	174
Раздел 3.1. Использовать процедуру, предусмотренную для решений о страховом покрытии и апелляциях? Или подать жалобу?	174
Раздел 4. Решения о страховом покрытии и апелляции	174
Раздел 4.1. Обзор решений о страховом покрытии и апелляциях	174
Раздел 4.2. Кто вам поможет подать запрос на решение о страховом покрытии или подать апелляцию	175
Раздел 4.3. В каком разделе этой главы рассматривается ваша ситуация?	176
Раздел 5. Трудности, связанные с обслуживанием, приспособлениями или лекарствами (кроме лекарств по программе Part D)	178
Раздел 5.1. В каких случаях вам нужен этот раздел	178
Раздел 5.2. Как подать запрос на решение о страховом покрытии	179
Раздел 5.3. Апелляция 1-го уровня по поводу обслуживания, приспособлений или лекарств (кроме лекарств по программе Part D)	182
Раздел 5.4. Апелляция 2-го уровня по поводу обслуживания, приспособлений или лекарств (кроме лекарств по программе Part D)	186
Раздел 5.5. Апелляция по поводу решения округа относительно разрешенного числа часов обслуживания по программе IHSS	192
Раздел 5.6. Трудности с оплатой	193

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 6: Лекарства по программе Part D	194
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	194
Раздел 6.2. Что такое исключение?	196
Раздел 6.3. Как просить план о том, чтобы он сделал исключение	197
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	198
Раздел 6.5. Апелляция 1-го уровня по поводу лекарств по программе Part D	201
Раздел 6.6. Апелляция 2-го уровня по поводу лекарств по программе Part D	204
Раздел 7. Как попросить нас о том, чтобы мы покрывали более длительное пребывание в больнице	205
Раздел 7.1. Ваши права как участника программы Medicare	206
Раздел 7.2. Апелляция 1-го уровня об изменении даты выписки из больницы.....	207
Раздел 7.3. Апелляция 2-го уровня об изменении даты выписки из больницы	210
Раздел 7.4. Что происходит, если установленный срок подачи апелляции пропущен?	211
Раздел 8. Что делать, если, по вашему мнению, медицинское обслуживание на дому, помощь в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) заканчивается слишком скоро	213
Раздел 8.1. Мы заранее сообщаем, когда закончится ваше страховое покрытие	214
Раздел 8.2. Апелляция 1-го уровня о продолжении медицинского обслуживания	214
Раздел 8.3. Апелляция 2-го уровня о продолжении медицинского обслуживания	217
Раздел 8.4. Что делать, если вы пропустили срок подачи апелляции 1-го уровня?	218
Раздел 9. Апелляции уровней выше 2-го	220
Раздел 9.1. Последующие шаги в случае обслуживания и приспособлений, покрываемых по программе Medicare	220
Раздел 9.2. Последующие шаги в случае обслуживания и приспособлений, покрываемых по программе Medi-Cal	221
Раздел 10. Как подать жалобу	221
Раздел 10.1. Жалобы для внутреннего рассмотрения	223
Раздел 10.2. Жалобы для внешнего рассмотрения	225

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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 страховым покрытием. Описанные здесь процедуры были утверждены программами Medicare и Medi-Cal. 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”) или «постановление о страховом покрытии» (“coverage determination”).
- 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 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 вы не знаете, как сделать следующий шаг.

За помощью вы можете обратиться в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect.

Если вы не знаете, с чего начать, 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. Они не связаны ни с нами, ни с любой другой

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



страховой компанией или страховым планом. Они помогут вам понять, какую процедуру вам нужно использовать. Телефон отдела омбудсмена программы Cal MediConnect 1-855-501-3077. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Помощь можно получить в Программе консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (НИСАР). Вы можете позвонить также в Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, НИСАР). Работающие в программе НИСАР консультанты ответят на ваши вопросы и объяснят, как справиться с возникшими затруднениями. Эта программа не связана ни с нами, ни с любой другой страховой компанией или страховым планом. У программы НИСАР есть квалифицированные консультанты в каждом штате. Звоните по телефону 1-800-434-0222.

Помощь от программы Medicare

За помощью можно 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 круглосуточно и без выходных. ТТУ: 1-877-486-2048. Звонки бесплатные.
- Воспользуйтесь сайтом программы Medicare (<http://www.medicare.gov>).

Вы можете получить помощь в Департаменте управляемого медицинского обслуживания (ДМНС)

Следующий абзац содержит информацию, добавить которую мы обязаны в соответствии с Кодексом законов штата Калифорния о здравоохранении, раздел 1368.02(b) (California Health & Safety Code Section 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, ДМНС) штата Калифорния регулирует работу медицинских страховых планов. Если у вас есть претензии к своему страховому плану, то перед обращением в департамент ДМНС позвоните в свой страховой план по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711) и воспользуйтесь предусмотренной в нем процедурой рассмотрения претензий (линия работает с 8:00 до 20:00). Использование этой процедуры не лишает вас ни ваших законных прав, ни имеющихся у вас средств правовой защиты. Вы можете обратиться в Департамент, если вам нужна помощь по поводу жалобы, касающейся экстренной ситуации; жалобы, которая не была разрешена удовлетворительно Вашим страховым планом, или жалобы, по которой план не смог принять за 30 дней. Кроме того, Вы можете иметь право на Независимую медицинскую экспертизу (Independent Medical Review, IMR). Если у вас есть право просить о проведении IMR, эта экспертиза позволит вам получить независимую оценку решений о страховом покрытии, принятых вашим планом. Это могут быть решения плана о наличии медицинских показаний для спорного лечения, решения об оплате экспериментального или исследовательского лечения и решения об оплате планом экстренной или неотложной помощи. У Департамента есть телефон для бесплатных звонков **(1-888-НМО-2219)** и телефонная линия TDD для лиц, страдающих нарушениями речи и слуха **(1-877-688-9891)**. На сайте Департамента (<http://www.hmohelp.ca.gov>) есть бланки жалоб, формы заявок на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR) и необходимые инструкции.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 3. Трудности со страховым покрытием

Раздел 3.1. Использовать процедуру, предусмотренную для решений о страховом покрытии и апелляциях? Или подать жалобу?

Вам нужны только определенные разделы этой главы. Какие именно, зависит от вашей ситуации. Приведенная ниже таблица поможет вам найти нужный раздел.

Трудности связаны с покрываемым обслуживанием или страховым покрытием?	
(Это включает разногласия относительно того, покрывает ли вам план конкретные виды медицинского обслуживания, лекарства по рецепту и длительное обслуживание; претензии к тому, как именно вам их покрывают; сложности с оплатой медицинского обслуживания и лекарств по рецепту.)	
Да.	Нет.
Мое затруднение связано со страховым покрытием.	Мое затруднение не связано со страховым покрытием.
Перейдите к разделу 4, «Решения о страховом покрытии и апелляции» , стр. 174.	Перейдите к разделу 10, «Как подать жалобу» , стр. 221.

Раздел 4. Решения о страховом покрытии и апелляции

Раздел 4.1. Обзор решений о страховом покрытии и апелляциях

Запрос на получение решения о страховом покрытии или апелляцию подают, если возникли затруднения, связанные со страховым покрытием помощи, которую план может покрывать. Кроме того, эти процедуры используются в случае сложностей 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?

А 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 оплачивать какое-то обслуживание или лекарство и сколько будем при этом платить.

Если вы или ваш врач не уверены, покрывают ли программы Medicare и Medi-Cal какое-то обслуживание, приспособление или лекарство, вы или ваш врач можете подать заранее запрос на решение о страховом покрытии.

Что такое апелляция?

Апелляция — это способ официально попросить нас о том, чтобы мы пересмотрели свое решение о страховом покрытии. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, направьте нам апелляцию.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Например, в некоторых случаях мы можем решить, что программа Medicare не покрывает или больше не покрывает 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. Кто вам поможет подать запрос на решение о страховом покрытии или подать апелляцию

Кому звонить, если мне нужна помощь 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:

- Позвоните в наш **отдел обслуживания**, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.
- Обратиться за бесплатной помощью можно в **отдел омбудсмана программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program)**. Отдел омбудсмана программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program) помогает участникам планов, действующих по программе Cal MediConnect, 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 участникам планов, действующих по программе Cal MediConnect, подавать апелляции по поводу обслуживания, покрываемого по программе Medi-Cal, и решать вопросы со счетами. Телефон 1-888-466-2219. Если вы страдаете нарушениями речи или слуха, вы можете воспользоваться линией TDD, телефон 1-877-688-9891; звонки бесплатные.
- Если у вас вызывает вопросы решение, принятое относительно страхового покрытия услуг по программе Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), позвоните в **местный отдел социальных служб вашего округа**. Телефон 1-888-678-4477 или 1-888-944-4477 (TTY: 711).
- Поговорите **со своим врачом**. Ваш врач может от вашего имени подать запрос на решение о страховом покрытии или апелляцию.
- Поговорите **с другом или членом семьи** и попросите 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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



» 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 <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> и на нашем сайте по адресу 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 адвоката** в качестве своего представителя. Вы можете выбрать адвоката сами или нанять адвоката, которого вам посоветует местная адвокатская коллегия или другая служба. Кроме того, существуют группы, которые могут предоставить вам бесплатную юридическую помощь, если вы имеете на нее право. Если вы хотите, чтобы вас представлял адвокат, вам нужно заполнить 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 рассматривается ваша ситуация?

Существуют четыре типа ситуаций, в которых может быть нужно получить решение о страховом покрытии или подать апелляцию. Поскольку для каждой ситуации предусмотрены разные правила и сроки, подробный разбор каждой приводится в отдельных разделах. Вам нужен только тот раздел, в котором говорится о вашей ситуации:

- **В Разделе 5 на стр. 178** говорится о том, что нужно делать, если у вас возникли трудности со страховым покрытием обслуживания, приспособления или лекарства (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 должен ее покрывать.
 - 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 приспособление.
 - **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, которые покрываются не по программе D, помечены «NT». Об апелляциях по поводу лекарств, покрываемых по программе Part D, см. в главе 6, стр. 194.
 - 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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Вам сообщили о том, что страховое покрытие какого-то медицинского обслуживания, которое вы уже начали получать, будет уменьшено или прекращено. Вы с этим нашим решением не согласны.
 - **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, стр. 205 и 213.
- Вам сообщили о том, что число часов обслуживания по программе Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS) будет сокращено.
- **Из раздела 6, стр. 194** вы узнаете о том, что нужно делать, если у вас возникли трудности в связи со страховым покрытием лекарств по программе Part D. Примеры ситуаций, в которых вам может понадобиться этот раздел:
 - Вы хотите, чтобы мы в порядке исключения 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.
 - Вы хотите, чтобы мы покрывали лекарство, на лечение которым нужно вначале получить наше разрешение.
 - На вашу просьбу покрывать лекарство в порядке исключения мы ответили отказом, но вы, ваш врач или другой медик, выписавший лекарство, считаете, что мы приняли неправильное решение.
 - Вы просите нас возместить 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, стр. 205** вы узнаете, как попросить нас о том, чтобы мы продлили страховое покрытие 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.
- **Из раздела 8, стр. 213** 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, какой раздел вам нужен, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Если вам нужна еще какая-то 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 помощи, помощи при психических нарушениях или длительного обслуживания (LTSS). 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”. 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 помощь, помощь при психических нарушениях или нужное вам длительное обслуживание (LTSS), но вы эту помощь или 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, стр. 179.

- 2. Наш план не утвердил (не разрешил) 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 такую апелляцию, говорится в разделе 5.3, стр. 182.

- 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 такую апелляцию, говорится в разделе 5.3, стр. 182

- 4. Вы уже получили и оплатили медицинское обслуживание или приспособление, о которых 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 попросить нас о возмещении, говорится в разделе 5.6, стр. 193.

- 5. Страховое покрытие какого-то обслуживания было прекращено или уменьшено. Вы с нами не согласны.**

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Что вы можете сделать? Вы можете подать апелляцию на решение плана уменьшить или прекратить страховое покрытие этого обслуживания. О том как подать такую апелляцию, говорится в разделе 5.3, стр. 182.

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. См. разделы 7 и 8, стр. 205 и 213.

6. Вам было отказано в услугах Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS) или число часов такого обслуживания было сокращено. Вы с этим решением не согласны.

Что вы можете сделать? Вы можете подать апелляцию на решение округа отказать вам в обслуживании по программе IHSS или сократить число часов этого обслуживания. Для этого нужно подать запрос на проведение независимого слушания органами штата (State Fair Hearing). О том как попросить о проведении независимого слушания, говорится в разделе 5.5, стр. 192.

ПРИМЕЧАНИЕ. Часы обслуживания по программе IHSS определяет работающий с вами социальный работник вашего округа. Он не входит в число наших сотрудников. Этот социальный работник выясняет, какое обслуживание вам требуется, и решает, сколько часов каждого из видов обслуживания округ может вам разрешить. Если ваши затруднения касаются количества часов обслуживания по программе IHSS, перейдите к разделу 5.5, стр. 192.

Раздел 5.2. Как подать запрос на решение о страховом покрытии

Как подать запрос на решение о страховом покрытии медицинской помощи, помощи при психических нарушениях или длительного обслуживания (программы MSSP и CBAS, центр сестринского ухода)

Для того чтобы попросить нас принять решение о страховом покрытии, напишите нам, позвоните или пришлите нам факс. Вы можете это сделать сами или попросить своего представителя или врача.

о Позвонить нам можно по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

о Кроме того, вы можете прислать нам факс по номеру 1-800-281-2999

Вы можете написать нам по адресу
Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422

Сколько времени уходит на принятие решения о страховом покрытии?

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Обычно это занимает до 14 календарных дней со дня получения запроса. Если за 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 о том, что нам требуется до 14 дополнительных календарных дней. В этом же письме мы объясняем, почему нам понадобилось продлить срок рассмотрения апелляции.

Можно ли получить решение о страховом покрытии быстрее?

Да. Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, вам нужно попросить, чтобы мы приняли решение о страховом покрытии в ускоренном порядке (“fast coverage decision”). Если мы согласимся, то сообщим вам свое решение **в течение 72 часов**. Нам, однако, может понадобиться дополнительное время. В этом случае мы присылаем вам письмо, в котором говорится, что нам требуется до 14 дополнительных календарных дней. В этом же письме мы объясняем, почему нам нужно продлить срок рассмотрения апелляции.

Юридический термин для «ускоренного принятия решения о страховом покрытии» (“fast coverage decision”): **“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 факс с просьбой предоставить вам страховое покрытие нужного вам обслуживания.
- Звоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Факс присылайте по телефону 1-800-281-2999. О том как с нами связаться, см. в главе 2.
- Позвонить нам можете вы, ваш врач или ваш представитель.

Когда вы просите нас принять решение о страховом покрытии в ускоренном порядке, помните о следующих правилах:

Для того чтобы получить решение о страховом покрытии в ускоренном порядке, вы должны отвечать двум требованиям:

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 о том что решение о страховом покрытии вам требуется срочно нам

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



сообщает ваш врач, мы автоматически соглашаемся провести ускоренное рассмотрение вашего запроса.

- ➔ Если вы сами, без врача, просите нас в ускоренном порядке принять решение о страховом покрытии, мы самостоятельно решаем, будем ли мы принимать это решение в ускоренном порядке.
 - Если мы решаем, что ваше здоровье не требует принятия решения о страховом покрытии в ускоренном порядке, мы сообщаем вам об этом письмом. Решение мы принимаем в стандартный срок (14 календарных дней).
 - В этом письме говорится о том, что если ваш врач подтвердит, что решение о страховом покрытии вам требуется срочно, мы автоматически согласимся провести ускоренное рассмотрение вашего запроса.
 - Кроме того, в письме объясняется, как вы можете подать «быструю» жалобу (“fast complaint”) на решение рассмотреть вашу просьбу в стандартные сроки. О подаче жалоб, в том числе «быстрых» жалоб, см. в разделе 10, стр. 221.

Если решение о страховом покрытии *положительное*, когда я могу получить запрошенное обслуживание или приспособление?

Вы сможете 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 предоставим покрытие до конца 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 вы имеете право попросить нас пересмотреть принятое решение (т. е. вы можете подать апелляцию). Апелляция — это способ попросить нас о пересмотре нашего отрицательного решения.
- Если вы решили подать апелляцию, вам нужно использовать процедуру подачи апелляции 1-го уровня (см. следующий раздел).

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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 том, чтобы мы пересмотрели свое решение о страховом покрытии. 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. **Вы, однако, не обязаны начинать с 1-го уровня рассмотрение своей апелляции по поводу обслуживания по программе Medi-Cal.** Если по поводу обслуживания по программе Medi-Cal вы не хотите подавать в план апелляцию первого уровня, вы можете попросить о проведении независимого слушания органами штата (State Fair Hearing). В некоторых случаях вы можете попросить о проведении независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review). Подробнее см. на странице 186

На любом этапе рассмотрения апелляции вы можете обращаться за помощью в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program), телефон 1-855-501-3077. Этот отдел 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 нам подаете по поводу принятого нами решения. Мы проверяем, нет ли в нашем решении о страховом покрытии ошибок. Рассматривает апелляцию человек, который не участвовал в принятии оспариваемого решения о страховом покрытии. Завершив рассмотрение вашей апелляции, мы в письменном виде сообщаем вам о своем решении.

Вкратце: Как подать апелляцию 1-го уровня

Подать апелляцию можете вы, ваш врач или ваш представитель. Подавать ее нужно в письменном виде, по почте или факсом. *Кроме того, подать апелляцию можно по телефону.*

- Подавать апелляцию нужно **не позднее 90 календарных дней** со дня, которым датировано решение, с которым вы не согласны. Если этот срок вы пропустили по уважительной причине, то сможете подать ее позже. (см. стр. 183).
 - Если вы подаете апелляцию, потому что мы решили изменить или прекратить страховое покрытие обслуживания, которое вы уже получаете, но вы хотите получать это обслуживание во время рассмотрения апелляции, то **срок короче** (см. стр. 186).
- ➔ О сроках подачи и рассмотрения апелляций см. в этом разделе.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Если по результатам ее рассмотрения мы решаем, что не будем покрывать спорное обслуживание или лекарство, ваша апелляция может перейти на 2-й уровень рассмотрения.

Как подать апелляцию 1-го уровня?

- Подать апелляцию можете вы, ваш врач или ваш представитель. Позвоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. 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 (“standard appeal”) или чтобы мы это сделали в ускоренном порядке (“fast appeal”).
- Апелляцию для рассмотрения стандартные сроки можно подать в письменном виде или по телефону.
 - Апелляцию в письменной форме отправляйте по адресу:

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422
 - Подать ее можно также через Интернет: https://www.healthnet.com/portal/member/content/iwc/member/unprotected/health_plan/content/file_ag_duals.action
 - Кроме того, подать апелляцию можно по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.
- В течение 5 календарных дней мы письмом сообщаем вам о том, что получили вашу апелляцию.

**Юридический термин для «ускоренного пересмотра решения по апелляции» (“fast appeal”):
“expedited reconsideration”.**

Может ли кто-нибудь подать апелляцию за меня?

Да. Вместо вас подать апелляцию за вас может ваш врач. Кроме того, подать за вас апелляцию может любой другой человек, которого вы указали его как своего представителя в форме «Назначение представителя» (Appointment of Representative). Заполненная и подписанная форма позволяет вашему представителю действовать от вашего имени.

Получить форму «Назначение представителя» можно позвонив в наш отдел обслуживания. Кроме того, ее можно найти на сайте программы Medicare по адресу <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf/> или на нашем сайте www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action.

- ➔ Если апелляцию подает кто-то, кроме вас и вашего врача, то до начала ее рассмотрения мы должны получить заполненную форму «Назначение представителя».

Сроки подачи апелляции

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Срок подачи апелляции составляет **90 календарных дней** со дня, которым датировано письмо, сообщающее 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 нужно подавать апелляцию.

➔ **ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы подаете апелляцию в связи с тем, что мы решили изменить или прекратить страховое покрытие обслуживания, которое вы уже получаете, но вы хотите по-прежнему получать это обслуживание во время рассмотрения апелляции, то **срок короче**. Подробнее см. в разделе «*Сохраниется ли страховое покрытие спорного обслуживания или приспособления, пока рассматривается апелляция 1-го уровня?*», стр. 186.

Могу ли я получить копии документов из своего дела?

Да. Для того чтобы получить копии, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Может ли мой врач сообщить вам дополнительную информацию по моей апелляции?

Да, вы и ваш врач можете сообщать нам дополнительную информацию в поддержку апелляции.

Как план принимает решение по апелляции?

Мы тщательно изучаем всю информацию о запросе на страховое покрытие медицинской помощи. Затем 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.

Если нам понадобится дополнительная информация, мы можем связаться с вами или с вашим врачом.

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 о дополнительном времени просите вы или если нам нужна дополнительная информация. Если мы решаем, что нам нужны еще несколько дней, мы сообщаем вам об этом письмом.
- Если вы считаете, что мы не должны использовать дополнительные дни, вы можете подать «быструю» жалобу (“fast complaint”) с просьбой ускорить рассмотрение вашего запроса. На такую жалобу мы отвечаем не позднее чем через 24 часа с момента ее получения. О подаче жалоб, в том числе «быстрых» жалоб, см. в разделе 10, стр. 221.
- 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. Мы вам об этом сообщаем. Если

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



ваши сложности связаны со страховым покрытием обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medi-Cal, то апелляцию 2-го уровня вам нужно подавать самостоятельно. Об апелляциях 2-го уровня см. в разделе 5.4, стр. 186.

- ➔ **Если наше решение по всей апелляции или ее части положительное**, мы должны в течение 30 календарных дней со дня получения вашей апелляции утвердить или предоставить страховое покрытие.
- ➔ **Если наше решение по всей апелляции или ее части отрицательное**, мы сообщаем вам об этом письмом. Если предметом апелляции было страховое покрытие обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medicare, то из этого письма вы узнаете, что вашу апелляцию 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 самостоятельно подать апелляцию 2-го уровня. Об апелляциях 2-го уровня см. в разделе 5.4, стр. 186.

В какие сроки принимается решение по апелляции, рассматриваемой в ускоренном порядке?

Если вы просите рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке, мы сообщаем свое решение в течение 72 часов с момента ее получения. Мы сообщаем о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

- Мы можем, однако, добавить еще до 14 календарных дней, если о дополнительном времени просите вы или если нам нужна дополнительная информация. Если мы решаем, что нам нужны еще несколько дней, мы сообщаем вам об этом письмом.
 - Если вы считаете, что мы не должны использовать дополнительные дни, вы можете подать «быструю» жалобу (“fast complaint”) с просьбой ускорить рассмотрение вашего запроса. На такую жалобу мы отвечаем не позднее чем через 24 часа с момента ее получения. О подаче жалоб, в том числе «быстрых» жалоб, см. в разделе 10, стр. 221.
 - 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), то мы должны автоматически переслать апелляцию на 2-й уровень рассмотрения. Мы вам об этом сообщаем. Если ваши сложности связаны со страховым покрытием обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medi-Cal, то апелляцию 2-го уровня вам нужно подавать самостоятельно. Об апелляциях 2-го уровня см. в разделе 5.4, стр. 186.
- ➔ **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 сообщаем вам об этом письмом. Если предметом апелляции было страховое покрытие обслуживания или приспособления, покрываемого по программе Medicare, то из этого письма вы узнаете, что вашу апелляцию мы передали в Независимую экспертную организацию (Independent Review

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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 самостоятельно подать апелляцию 2-го уровня. Об апелляциях 2-го уровня см. в разделе 5.4, стр. 186.

Сохраняется ли страховое покрытие спорного обслуживания или приспособления, пока рассматривается апелляция 1-го уровня?

Если мы решили изменить или прекратить страховое покрытие обслуживания, которое вам уже было разрешено, мы заранее сообщаем вам об этом письмом. Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать апелляцию 1-го уровня и попросить предоставлять страховое покрытие по-прежнему. Для того чтобы продлить страховое покрытие, вы должны **подать апелляцию не позднее более позднего из следующих сроков:**

- 10 дней со дня, которым датировано письмо, сообщающее о нашем решении. -ИЛИ-
- День, начиная с которого наше решение вступает в силу.

Если вы укладываетесь в сроки, вы можете по-прежнему получать спорное обслуживание, пока мы рассматриваем апелляцию. Если решение будет отрицательным, вам, возможно, придется возместить плану расходы на страховое покрытие, предоставленное за время рассмотрения апелляции.

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 сообщаем 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 завершив рассмотрение 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**, то апелляцию 2-го уровня вам нужно подавать самостоятельно. В нашем письме объясняется, как это сделать. См. также информацию, приведенную ниже.

Что такое апелляция 2-го уровня?

На 2-м уровне апелляцию рассматривает независимая, т. е. не связанная с нами, организация.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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, IMR). ИЛИ 2) Независимое слушание органами штата (State Fair Hearing).

1) Независимая медицинская экспертиза (IMR)

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) штата Калифорния. Потребовать проведения IMR вы можете по поводу любого медицинского обслуживания или медицинского устройства. Экспертизу проводят врачи, не сотрудничающие с нашим планом. Если экспертиза принимает решение 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:

- Отказался покрывать вам какое-то обслуживание или лечение (кроме обслуживания по программе IHSS) по программе Medi-Cal или изменил или ограничил такое обслуживание или лечение на том основании, что для его предоставления нет медицинских показаний.
- Отказал в страховом покрытии покрываемого по программе по программе Medi-Cal экспериментального или исследовательского лечения серьезного состояния.
- Отказал в оплате уже полученной Вами экстренной или неотложной медицинской помощи, покрываемой по программе Medi-Cal.
- Не принял в установленный срок решение по апелляции 1-го уровня, поданной по поводу обслуживания, покрываемого 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 независимой экспертизы (IMR) вы можете, даже если вы уже подали запрос на проведение независимого слушания. Однако если по этому вопросу уже было проведено независимое слушание, прибегнуть к независимой медицинской экспертизе вы не можете.

В большинстве случаев, прежде чем требовать проведения экспертизы IMR, вы должны подать нам апелляцию. О том как мы рассматриваем апелляции 1-го уровня, см. стр. 182. 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, вы можете попросить о проведении независимой экспертизы (IMR), не подавая вначале апелляцию в наш план.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Если возникшее у вас затруднение требует срочного 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 апелляции в нашем плане.

Просить о проведении независимой экспертизы (IMR) нужно **не позднее 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.

Для того чтобы попросить о проведении независимой экспертизы (IMR), вам нужно сделать следующее:

- Заполните «Форму жалобы/заявки на проведение независимой медицинской экспертизы». Ее можно найти по адресу <http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx>. Кроме того, вы можете позвонить в департамент DMHC, телефон 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891).
- Если у вас есть копии писем и других документов, касающихся обслуживания или приспособления, в страховом покрытии которого мы вам отказали, приложите их к заполненной форме. Это ускорит проведение экспертизы. Присылайте копии документов, а не их оригиналы. Центр по работе с населением документы не возвращает.
- Если составлять заявку на проведение независимой экспертизы вам кто-то помогает, заполните форму назначения уполномоченного помощника (Authorized Assistant Form). Найти ее можно по адресу <http://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/FileAComplaint/IMRForms/imrAuthorizationForm.pdf>. Кроме того, вы можете позвонить в департамент DMHC, телефон 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891).
- Заполненную форму и все приложения к ней пришлите почтой или факсом:

Help Center
California Department of Managed Health Care
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
Факс: 916-255-5241

В несрочных случаях, связанных с обслуживанием, покрываемым по программе Medi-Cal (кроме обслуживания по программе Службы помощи на дому, IHSS), решение независимой экспертизы (IMR) вы получаете в течение 30 дней после получения вашего запроса и обосновывающих его документов. В срочных случаях, то есть когда существует непосредственная или серьезная угроза вашему здоровью, вы получаете решение по IMR в течение 3 - 7 дней.

Если вы недовольны результатами экспертизы IMR, вы можете потребовать проведения независимого слушания органами штата (State Fair Hearing).

Если департамент DMHC решит, что в вашей ситуации независимую экспертизу проводить не следует, DMHC рассмотрит ваш случай в соответствии с обычными своими процедурами рассмотрения жалоб.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



2) Независимое слушание органами штата

Запрос на проведение независимого слушания органами штата (State Fair Hearing) по поводу услуг и приспособлений, покрываемых по программе Medi-Cal (включая услуги по программе IHSS), вы можете подать в любое время. У вас есть право потребовать независимого слушания органами штата, если предоставить вам обслуживание или приспособление, которое мы отказались покрывать или покрытие которого решили прекратить, просит ваш врач или другой лечащий вас медик.

В большинстве случаев подавать запрос на проведение независимого слушания вам следует **не позднее 90 дней** со дня, которым датировано присланное вам уведомление о вашем праве на проведение слушания ("Your Hearing Rights").

➔ **ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы просите о проведении независимого слушания в связи с тем, что мы решили изменить или прекратить страховое покрытие обслуживания, которое вы уже получаете, но вы хотите по-прежнему получать это обслуживание во время рассмотрения апелляции, то **срок короче**. Подробнее см. в разделе «*Сохраняется ли страховое покрытие спорного обслуживания или приспособления, пока рассматривается апелляция 2-го уровня?*», стр. 190.

Вот два способа подать запрос на проведение независимого слушания органами штата:

1. Заполните форму «Запрос на проведение независимого слушания органами штата» ("Request for State Fair Hearing"). Она напечатана на обороте уведомления о предпринятых действиях («notice of action»; это письмо, которым сообщаем вам об изменении страхового покрытия). Укажите всю необходимую информацию: имя и фамилия полностью; адрес; номер телефона; название плана или округа, предпринявшего оспариваемые вами действия; программа помощи, имеющая отношение к вашей апелляции; подробное объяснение причин, заставивших вас обратиться с запросом на проведение независимого слушания. После этого заполненный запрос нужно подать одним из следующих способов:

- В отдел социального обеспечения (welfare department) вашего округа по адресу, указанному 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. Позвоните в Департамент социальных служб (Department of Social Services) штата Калифорния по телефону 1-800-952-5253. Если вы пользуетесь телефоном TDD, позвоните по номеру 1-800-952-8349. Если запрос на проведение слушания вы решите подать по телефону, помните, что эти телефонные линии часто бывают заняты.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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 (IRE). Мы вам об этом сообщаем.
- Независимая экспертная организация — это организация, нанятая программой Medicare и никак не связанная с планом.
- Вы можете попросить о том, чтобы вам прислали копии документов из вашего дела. Для этого позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.
- ➔ 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 (IRE) 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 решает, что для принятия решения ей нужны еще несколько дней, она сообщает вам об этом письмом.
- ➔ Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась в ускоренном порядке, на 2-м уровне рассмотрения она рассматривается тоже в ускоренном порядке. В этом случае экспертная организация должна дать ответ не позднее 72 часов с момента получения ею вашей апелляции.
 - » Независимая экспертная организация (IRE) 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 решает, что для принятия решения ей нужны еще несколько дней, она сообщает вам об этом письмом.

Сохраняется ли страховое покрытие спорного обслуживания или приспособления, пока рассматривается 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 Независимого слушания органами штата (State Fair Hearing), страховое покрытие этого обслуживания или приспособления можно продлить до получения решения по результатам слушания. Для того чтобы продлить страховое покрытие, вы должны попросить о проведении слушания **не позднее более позднего из**

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



следующих сроков:

- 10 дней со дня, которым датировано письмо, сообщающее о нашем решении. -ИЛИ-
- День, начиная с которого наше решение вступает в силу.

Если вы укладываетесь в сроки, вы можете по-прежнему получать спорное обслуживание до принятия решения по результатам слушания. Если решение будет отрицательным, вам, возможно, придется возместить плану расходы на страховое покрытие, предоставленное за время рассмотрения апелляции.

Как я узнаю о принятом решении?

Если на 2-м уровне рассмотрения вашей апелляции проводилась независимая медицинская экспертиза (Independent Medical Review), вы получаете письмо от Департамента управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC). В этом письме объясняется, почему врачи, рассматривавшие вашу апелляцию, приняли такое решение.

- ➔ Если по результатам независимой медицинской экспертизы (IRE) принято **положительное** решение по всей апелляции или ее части, мы должны выполнить это решение.
- ➔ Если по результатам экспертизы принято **отрицательное** решение по всей апелляции или ее части, это значит, что экспертиза согласна с решением по апелляции 1-го уровня. Вы можете, однако, попросить о проведении независимого слушания органами штата (State Fair Hearing). О том как подать запрос на проведение независимого слушания органами штата, см. стр. 189.

Если на 2-м уровне рассмотрения вашей апелляции проводилось независимое слушание органами штата (State Fair Hearing), вы получаете письмо от Департамента социальных служб штата Калифорния (Department of Social Services). В этом письме объясняется принятое решение.

- ➔ Если по результатам слушания принято **положительное** решение по всей апелляции или ее части, мы должны выполнить это решение. Действия, предусмотренные этим решением, мы должны совершить в течение 30 календарных после 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 (Medicare Independent Review Entity, IRE), нанятая программой Medicare, вы получаете письмо от этой организации. В этом письме объясняется принятое решение.

- ➔ Если решение независимой экспертной организации по всей апелляции, рассматриваемой в стандартные сроки, или ее части **положительное**, мы должны разрешить страховое покрытие медицинского обслуживания в течение 72 часов или предоставить вам это обслуживание или приспособление не позднее 14 календарных дней после получения нами решения Независимой экспертной организации. Если апелляция рассматривалась в ускоренном порядке, мы должны разрешить страховое покрытие медицинского обслуживания или предоставить запрошенное обслуживание или приспособление не позднее 72 часов с момента получения нами решения независимой экспертной организации.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ 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 попросить о проведении независимого слушания органами штата (State Fair Hearing). О том как подать запрос на проведение независимого слушания органами штата, см. стр. 189.

Если на 2-м уровне рассмотрения вашей апелляции проводилось независимое слушание органами штата (State Fair 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 независимого слушания органами штата (State Fair Hearing). Для этого нужно подать заявление в Верховный суд (Superior Court) (согласно Кодексу гражданского процессуального права, Code of Civil Procedure Section 1094.5). Сделать это можно в течение одного года с момента получения решения. Если независимое слушание органами штата уже было проведено, вы не можете прибегнуть к независимой медицинской экспертизе.

Если на 2-м уровне апелляция рассматривалась независимой экспертной организацией (Independent Review Entity, IRE), нанятой программой Medicare, то снова подать апелляцию вы сможете, только если стоимость обслуживания или приспособления превышает определенный минимум. В письме, которое вы получите от независимой экспертной организации, объясняются права, которые у вас могут быть на дополнительные апелляции.

О дополнительных уровнях рассмотрения апелляции см. раздел 9, стр. 220.

Раздел 5.5. Апелляция по поводу решения округа относительно разрешенного числа часов обслуживания по программе IHSS

Страховое покрытие обслуживания по программе Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS) определяет работающий с вами социальный работник вашего округа. Он не входит в число наших сотрудников. Этот социальный работник выясняет, какое обслуживание вам требуется, и решает, сколько часов каждого из видов обслуживания округ может вам разрешить. Если вы хотите подать апелляцию по поводу решения округа относительно разрешенного вам числа часов обслуживания по программе IHSS, то вам нужно подать запрос на проведение независимого слушания органами штата (State Fair Hearing).

Просить о проведении Независимого слушания органами штата нужно **не позднее 90 дней** со дня действия или бездействия округа, которым вы недовольны.

Вот два способа подать запрос на проведение независимого слушания органами штата:

1. Заполните форму, приведенную на обороте уведомления о предпринятых действиях, и пришлите ее по следующему адресу:

California Department of Social Services

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

ИЛИ

2. Позвоните в Департамент социальных служб (Department of Social Services) штата Калифорния, телефон 1-800-952-5253. Если вы пользуетесь телефоном TDD, позвоните по номеру 1-800-952-8349.

Раздел 5.6. Трудности с оплатой

Мы не позволяем медикам и медицинским учреждениям взимать с вас плату за обслуживание. Это правило действует даже тогда, когда мы платим медикам или учреждениям меньше, чем установленная ими стоимость покрываемых нами услуг. Если медик выставляет вам счет на разницу между его и нашими расценками, это называется «взимание разницы» (balance billing). Никогда не платите по таким счетам. Вам нужно платить только доплаты за лекарства с *уровнями вашего участия в их оплате 1 и 2*.

Если за покрываемое обслуживание, приспособление или лекарство вы получили счет, превышающий предусмотренную доплату, пришлите его нам. **Сами по счету не платите.** Мы свяжемся с медиком или учреждением, выставившим счет, и решим вопрос с оплатой.

Подробнее см. 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 объясняется, как прислать нам необходимые документы, если вы просите нас об оплате.

Я уже оплатил медицинское обслуживание или приспособление. Как попросить план о том, чтобы он возместил мне ту часть этой суммы, которую он должен оплатить?

Если за покрываемое обслуживание, приспособление или лекарство вы получили счет, превышающий предусмотренную доплату, сами не платите. Если же вы оплатили счет, вы можете получить возмещение (если при получении обслуживания вы соблюдали все применимые правила).

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 мы покрываем и если вы соблюдали все правила, мы возмещаем вам нашу часть в его оплате. Это делается не позднее 60 календарных дней после получения вашего запроса.

Если вы еще не уплатили за обслуживание или приспособление, мы платим непосредственно медику или учреждению. Если мы платим, это означает, что по вашему запросу принято *положительное* решение.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Если мы решаем, что наш план *не* покрывает эту медицинскую помощь или что вы *не* соблюдали правила, мы деньги не присылаем. Вместо денег мы присылаем письмо, содержащее наш отказ платить за полученное вами обслуживание или приспособление и объяснение причин нашего решения.

Что делать, если план отказывается платить?

Если вы не согласны с нашим решением, **вы можете подать апелляцию**. О подаче и рассмотрении апелляции см. в разделе 5.3, стр. 182. Помните:

- Если вы подаете апелляцию по поводу решения о возмещении ваших расходов, мы должны вам ответить в течение 60 календарных дней со дня получения нами вашей апелляции.
 - Просьбы о возмещении расходов на обслуживание или приспособление, которое вы уже получили и уже оплатили, мы рассматриваем 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). Мы сообщаем вам об этом письмом.
- Если независимая экспертная организация отменяет наше решение об отказе в оплате, мы должны прислать запрошенную сумму вам или лечащему вас медику (или учреждению) в течение 30 календарных дней. Если по вашей апелляции принято **положительное** решение на любом уровне ее рассмотрения 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 по вашей апелляции **отрицательное** решение, это значит, что она согласна с нашим решением. (Это называется «поддержать решение» (“upholding the decision”). Другое выражение «отклонить апелляцию» (“turning down your appeal”). Из письма, которое вы получите, вы узнаете о правах, которые у вас могут быть на дополнительные апелляции. Снова подать апелляцию вы сможете, только если стоимость обслуживания или приспособления превышает определенный минимум. О дополнительных уровнях рассмотрения апелляции см. раздел 9, стр. 220.
- ➔ Если спорное обслуживание или приспособление обычно покрывается по программе Medi-Cal, то в случае **отрицательного** решения плана по вашей апелляции апелляцию 2-го уровня вы подаете сами (см. раздел 5.4 этой главы, стр. 186).

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. Страховое покрытие большинства этих лекарств предоставляется по программе Part D.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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**, стр. 178.

Могу ли я подать апелляцию или запрос на решение о страховом покрытии лекарства по программе Part D?

Да. Вот некоторые случаи, 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 (List of Covered Drugs)* 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 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 объяснение того, как связаться с нами для получения решения о страховом покрытии.

- Вы просите нас возместить расходы на лекарство по рецепту, которое вы уже купили. Такая просьба о возмещении представляет собой запрос на принятие решения о страховом покрытии.

Юридический термин для решения о страховом покрытии лекарства по программе Part D: "coverage determination".

Если вы не согласны с нашим решением о страховом покрытии, то 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 выяснить, в каком разделе приведена нужная вам информация, воспользуйтесь

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



приведенной ниже таблицей:

В какой ситуации вы оказались?			
<p>Вам требуется лекарство, которого нет 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>Попросите нас сделать исключение. (Это один из видов решений о страховом покрытии.)</p> <p>Начните с раздела 6.2, стр. 196. Кроме того, изучите разделы 6.3 и 6.4, стр. 197 и 198.</p>	<p>Вы хотите, чтобы мы покрывали лекарство из нашего Перечня лекарств, и считаете, что никакие действующие в плане правила и ограничения (например, требование получать вначале разрешение) не мешают вам получить страховое покрытие нужного вам лекарства?</p> <p>Попросите нас принять решение о страховом покрытии.</p> <p>Перейдите к разделу 6.4, стр. 198.</p>	<p>Вы хотите попросить нас о возмещении ваших расходов на лекарство, которое вы уже получили и уже оплатили?</p> <p>Попросите нас о возмещении. (Это один из видов решений о страховом покрытии.)</p> <p>Перейдите к разделу 6.4, стр. 198.</p>	<p>Мы уже сообщили вам, что не будем покрывать лекарство или платить возмещение так, как вам хотелось бы?</p> <p>Подайте апелляцию. (Это означает, что вы просите нас пересмотреть принятое решение.)</p> <p>Перейдите к разделу 6.5, стр. 201.</p>

Раздел 6.2. Что такое исключение?

Исключение — это разрешение на страховое покрытие лекарства, которое не включено в наш *Перечень покрываемых лекарств*, или отмена определенных правил и ограничений, действующих в случае лекарства, в Перечень включенного. 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 нам, какие медицинские соображения делают исключение необходимым.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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 вашего участия в оплате (фирменные лекарства) или с уровнем участия 1 (дженерики). Вы не можете попросить 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 следующие:
 - » 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”).)
 - » Количественные ограничения. Для некоторых лекарств мы ограничиваем количество, которое вы можете получать.
 - » Если мы соглашаемся сделать для вас исключение и снять ограничение, вы можете попросить нас изменить доплату, предусмотренную за такое лекарство.

Юридический термин для просьбы снять ограничение на страховое покрытие лекарства — это просьба о *“formulary exception”*.

Раздел 6.3. Как просить план о том, чтобы он сделал 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 эту информацию, полученную от вашего врача. Это ускорит процесс рассмотрения вашего запроса.

Обычно в нашем Перечне лекарств есть несколько лекарств для лечения одной болезни. Эти лекарства называются альтернативными. Если альтернативное лекарство действует в вашем случае так же хорошо, как то лекарство, которое вы хотите и если альтернативное лекарство не вызывает

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



дополнительные побочные эффекты и другие нежелательные явления, мы, скорее всего, *не* сделаем для вас исключения.

На вашу просьбу сделать исключение мы даем отрицательный или положительный 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**, то вы можете попросить нас пересмотреть принятое решение. Для этого нужно подать апелляцию. О том как подавать апелляцию, если наш ответ отрицательный, см. в разделе 6.5, стр. 201.

В следующем разделе объясняется, как вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии, и в том числе об исключении из правил.

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

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. Позвоните нам по телефону 1-855-464-3571(ТТУ: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.
 - С просьбой принять решение о страховом покрытии к нам можете обратиться вы, ваш врач или кто-то, кто действует от вашего имени. Своим представителем вы можете назначить адвоката.
- О том как дать кому-то письменное разрешение действовать в качестве вашего представителя, говорится в разделе 4, стр. 174.
- ➔ Письменное разрешение действовать от вашего имени не требуется, если принять

Вкратце: Как попросить нас принять решение о страховом покрытии или возмещении

Напишите нам, позвоните или пришлите факс. Сделайте это сами или попросите своего врача. Стандартный срок принятия решения о страховом покрытии составляет 72 часа. Срок для решений о возмещении расходов на уже купленное лекарство по программе Part D составляет 14 календарных дней.

- Если вы просите сделать исключение, включите в свой запрос составленное вашим врачом обоснование.
 - Вы или ваш врач можете попросить нас принять решение в ускоренном порядке. (Такие решения мы обычно принимаем не позднее чем через 24 часа.)
- ➔ В каких случаях можно просить об ускоренном принятии решения, говорится в этой главе. Кроме того, здесь говорится о сроках принятия решения.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



решение о страховом покрытии нас просит 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. Такой документ мы называем «обоснование запроса» (supporting statement).

Ваш врач или другой медик, выписывающий вам лекарство, может прислать нам это обоснование по факсу или письмом. Кроме того, ваш врач может сообщить нам о своих соображениях по телефону, а письменное обоснование потом прислать 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.
- **При ускоренном рассмотрении** срок принятия решения о страховом покрытии составляет не более 24 часов с момента получения от 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 возместить ваши расходы на лекарство, которое вы уже получили и уже оплатили, то 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 способно *серьезно повредить вашему здоровью или вашим физическим или психическим возможностям*.
 - » Если ваш врач или другой медик, выписавший лекарство, сообщит нам, что вам требуется ускоренное принятие решения о страховом покрытии, мы автоматически согласимся провести ускоренное рассмотрение вашего запроса. Об этом вы узнаете из нашего письма.

Если вы сами, без врача или другого выписавшего лекарство медика, просите нас в ускоренном порядке принять решение о страховом покрытии, мы сами решаем, требуется ли это при вашем состоянии здоровья.

Если мы решаем, что вам не требуется ускоренное рассмотрение запроса на решение о страховом покрытии, то решение принимаем в стандартные сроки. Мы сообщаем вам об

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



этом письмом. В письме говорится о том, как вы можете подать жалобу на наше решение дать вам ответ в стандартные сроки. Эта жалоба называется «быстрой» (“fast complaint”). Ответ на такую жалобу приходит в течение 24 часов. О подаче жалоб, в том числе «быстрых» жалоб, см. в разделе 10, стр. 221.

Юридический термин для «ускоренного принятия решения о страховом покрытии» (“fast coverage decision”): “expedited coverage determination”.

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 сделали для вас исключение, ответ вы получаете в течение 24 часов с момента получения составленного врачом обоснования вашего запроса. Мы сообщаем 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 рассмотрения апелляции. На 2-м уровне наше решение рассматривается независимой экспертной организацией (Independent Review Entity).
- ➔ Если наше решение по всему вашему запросу или его части **положительное**, мы должны предоставить страховое покрытие в течение 24 часов с момента получения вашего запроса или составленного вашим врачом обоснования.
- ➔ Если наше решение по всей апелляции или ее части **отрицательное**, мы сообщаем вам об этом письмом. В этом же письме объясняется, почему мы приняли **отрицательное** решение. Кроме того, в нем объясняется, как вы можете подать апелляцию на это решение.

Стандартные сроки принятия решения о страховом покрытии лекарства, которое вы еще не получили

- Если мы рассматриваем ваш запрос в стандартные сроки, мы должны дать ответ в течение 72 часов с момента получения вашего запроса. Если же вы просите о том, чтобы сделали для вас исключение, ответ вы получаете в течение 72 часов с момента получения составленного врачом обоснования вашего запроса. Мы сообщаем 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 наше решение рассматривается независимой экспертной организацией (Independent Review Entity).
- ➔ Если наше решение по всему вашему запросу или его части **положительное**, мы должны предоставить страховое покрытие в течение 72 часов с момента получения запроса. Если вы просите сделать для вас исключение, мы должны это сделать не позднее 72 часов после получения обоснования вашего запроса от врача или другого медика, выписавшего лекарство.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Если наше решение по всей апелляции или ее части отрицательное, мы сообщаем вам об этом письмом. В этом же письме объясняется, почему мы приняли **отрицательное** решение. Кроме того, в нем объясняется, как вы можете подать апелляцию на это решение.

Стандартные сроки для принятия решения о страховом покрытии, если вы просите возместить вам расходы на лекарство, которое вы уже 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 рассмотрения апелляции. На 2-м уровне наше решение 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.
- ➔ Если наше решение по всей апелляции или ее части **отрицательное**, мы сообщаем вам об этом письмом. В этом же письме объясняется, почему мы приняли **отрицательное** решение. Кроме того, в нем объясняется, как вы можете подать апелляцию на это решение.

Раздел 6.5. Апелляция 1-го уровня по поводу лекарств по программе Part D

- Подать апелляцию можете вы, ваш врач или ваш представитель.
- Если вы просите рассмотреть вашу апелляцию в стандартные сроки, вы можете подать ее в письменном виде. Кроме того, можно подать апелляцию по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.
- Если вы хотите, чтобы мы рассматривали вашу апелляцию в ускоренном порядке, ее можно подать в письменном виде или по телефону.
- Срок подачи апелляции составляет **60 календарных дней** со дня, которым датировано письмо, сообщающее вам о нашем решении. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, мы можем дать вам дополнительное время для подачи апелляции. Примеры уважительных причин: вы не смогли связаться с нами, потому что тяжело болели, 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, подать апелляцию можно по телефону.

- Подавать апелляцию нужно не позднее 60 календарных дней со дня, которым датировано решение, с которым вы не согласны. Если этот срок вы пропустили по уважительной причине, то сможете подать ее позже.
 - Попросить нас о быстром рассмотрении апелляции можете вы, ваш врач или ваш представитель. Это можно сделать по телефону.
- ➔ В каких случаях можно просить об ускоренном принятии решения, говорится в этой главе. Кроме того, здесь говорится о сроках принятия решения.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Юридический термин для апелляции по поводу решения о страховом покрытии лекарства по программе Part D: “redetermination”.

- Вы имеете право попросить у нас копии документов, имеющих отношение к апелляции. Позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.
 - » Вы, ваш врач или другой медик, выписывающий вам лекарство, можете сообщить нам дополнительную информацию в поддержку апелляции.

Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите нас провести ускоренное рассмотрение вашей апелляции (“fast appeal”)

- Если вы подаете апелляцию на решение, принятое о страховом покрытии лекарства, которое вы еще не получили, можно попросить нас об ускоренном рассмотрении апелляции. Нужно ли это, решаете вы вместе со своим врачом или другим медиком, выписавшим вам лекарство.
- Условия и процедуры подачи апелляции для ускоренного рассмотрения не отличаются от тех, которые были описаны в случае ускоренного принятия решения о страховом покрытии (см. раздел 6.4, стр. 198).

Юридический термин для «ускоренного пересмотра решения по апелляции»: “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 попросить вас, вашего врача или другого медика, выписавшего вам лекарство, сообщить нам дополнительную информацию. Рассматривает апелляцию человек, который не участвовал в принятии оспариваемого 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 сообщаем о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
- Если мы не даем ответ за 72 часа, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень рассмотрения апелляции. На 2-м уровне наше решение рассматривается независимой экспертной организацией (Independent Review Entity).

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ 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 всей апелляции или ее части отрицательное, мы сообщаем вам об этом письмом. В этом же письме объясняется, почему мы приняли отрицательное решение.

Стандартные сроки рассмотрения апелляции

- Если мы рассматриваем апелляцию в стандартные сроки, мы должны дать ответ в течение 7 календарных дней с момента ее получения. Мы можем ответить быстрее, если этого требует состояние вашего здоровья. Если вы считаете, что состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите нас рассмотреть апелляцию в ускоренном порядке (“fast appeal”).
- Если мы не укладываемся в 7 календарных дней, мы пересылаем апелляцию на 2-й уровень рассмотрения. На 2-м уровне наше решение рассматривается независимой экспертной организацией (Independent Review Entity).

➔ Если наше решение по всей апелляции или ее части положительное:

- » Если мы решаем оплатить запрошенное вами лекарство, 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 решаем возместить ваши расходы на уже купленное лекарство, мы должны прислать вам деньги в течение 30 календарных дней с момента получения вашей апелляции.

- ➔ Если наше решение по всей апелляции или ее части отрицательное, мы сообщаем вам об этом письмом. Из него вы узнаете, почему наш ответ **отрицательный** и как подать апелляцию на наше решение.

Вкратце: Как подать апелляцию 2-го уровня

В независимую экспертную организацию апелляцию нужно подавать в письменном виде.

Подавать ее нужно **не позднее 60 календарных дней** после решения, с которым вы не согласны. Если срок пропущен по уважительной причине, подать ее можно позже.

Подать апелляцию 2-го уровня можете вы, ваш врач или ваш представитель.

В каких случаях можно просить об ускоренном принятии решения, говорится в этой главе. Кроме того, здесь говорится о сроках принятия решения.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 6.6. Апелляция 2-го уровня по поводу лекарств по программе Part D

Если мы принимаем по вашей апелляции **отрицательное** решение, вы можете выбрать, согласиться с нашим решением или подать еще одну апелляцию. Если вы решаете подать апелляцию 2-го уровня, наше решение проверяет независимая экспертная организация (Independent Review Entity, IRE).

- В независимую экспертную организацию апелляцию нужно подавать в письменном виде. Из письма, содержащего наше решение по вашей апелляции 1-го уровня, вы узнаете также о том, как подать апелляцию 2-го уровня.
- Когда вы подаете апелляцию на рассмотрение независимой экспертной организации, мы пересылаем в эту организацию все документы по вашей апелляции. Вы имеете право попросить у нас копию материалов по вашему делу. Для этого позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.
- Вы можете представить в Независимую экспертную организацию дополнительные материалы в поддержку апелляции.
- Независимая экспертная организация (IRE) — это независимая организация, нанятая программой Medicare. Она не связана с нашим планом и не является государственным органом.
- Сотрудники независимой экспертной организации тщательно изучают всю информацию, имеющую отношение к апелляции. О своем решении и об основаниях для его принятия организация сообщает вам письмом.

Юридический термин для апелляции по поводу лекарства по программе Part D, поданной в независимую экспертную организацию **“reconsideration.”**

Сроки для 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 (“fast appeal”).
- Если независимая экспертная организация соглашается рассмотреть апелляцию 2-го уровня в ускоренном порядке, то она должна дать ответ в течение 72 часов с момента ее получения.
- Если решение независимой экспертной организации по всей апелляции или ее части *положительное*, мы должны предоставить страховое покрытие лекарства в течение 24 часов с момента получения этого решения.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Стандартные сроки рассмотрения апелляции 2-го уровня

- Если ваша апелляция 2-го уровня рассматривается в стандартные сроки, независимая экспертная организация (IRE) должна ответить вам в течение 7 календарных дней с момента получения апелляции.
 - » Если решение независимой экспертной организации по всей апелляции или ее части **положительное**, мы должны предоставить страховое покрытие лекарства в течение 72 часов с момента получения этого решения.
 - » Если независимая экспертная организация решает, что мы должны возместить ваши расходы на уже купленное лекарство, мы должны прислать вам возмещение в течение 30 календарных дней с того дня, когда мы получаем это решение.

Что делать, если на 2-м уровне рассмотрения апелляции независимая экспертная организация принимает отрицательное решение?

Отрицательное решение, принятое независимой экспертной организацией (Independent Review Entity) по вашей апелляции, означает, что она согласна с нашим решением. Это называется «поддержать решение» (“upholding the decision”). Другое выражение «отклонить апелляцию» (“turning down your appeal”). Для того чтобы вы могли подать апелляцию 3-го уровня, сумма спорного страхового покрытия лекарств не должна быть меньше установленного минимума. Если их стоимость ниже установленного минимума, то продолжать рассмотрение апелляции вы не можете. Если же стоимость достаточно высока, вы можете подать апелляцию 3-го уровня. Из письма независимой экспертной организации (IRE) вы узнаете о том, при какой величине спорной суммы страхового покрытия вы можете продолжить апелляционный процесс.

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.

Пока вы находитесь в больнице, ваш врач и сотрудники больницы помогают вам подготовиться ко 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 другой 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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).
Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 7.1. Ваши права как участника программы Medicare

В первые два дня вашего пребывания в больнице сотрудник больницы или медицинская сестра выдает 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 что-то не понятно, позвоните в наш отдел обслуживания по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Кроме того, вы можете позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (линия работает круглосуточно и без выходных). Если вы пользуетесь телефоном TTY, звоните по номеру 1-877-486-2048.

Внимательно прочтите это уведомление и задайте вопросы, если вам что-то непонятно. В уведомлении говорится о правах пациента больницы:

- Право получать покрываемое программой Medicare обслуживание во время пребывания в больнице и после выписки. Право знать, в чем состоит это обслуживание, кто за него платит и где его можно получить.
- Право участвовать в принятии решений о длительности пребывания в больнице.
- Право знать, куда сообщать о любых сомнениях в качестве больничной помощи.
- Право подать апелляцию по поводу решения о выписке из больницы, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано.

Вы должны подписать это уведомление; своей подписью вы подтверждаете, что его получили и понимаете свои права. Подписание уведомления **не** означает, что вы согласны с датой выписки, о которой вам сообщил врач или сотрудник больницы.

Сохраните свой экземпляр подписанного уведомления. Оно содержит сведения, которые могут вам понадобиться.

- Если вы хотите ознакомиться с уведомлением заранее, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Кроме того, вы можете позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном TTY, звоните по номеру 1-877-486-2048. Звонки бесплатные. Уведомление есть также в Интернете по адресу <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>
- ➔ Если вам что-то не понятно, позвоните в наш отдел обслуживания или в программу Medicare, телефоны см. выше.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 7.2. Апелляция 1-го уровня об изменении даты выписки из больницы

Если вы хотите, чтобы мы продлили покрываемый срок вашего стационарного лечения в больнице, вам нужно подать апелляцию. Вашу апелляцию 1-го уровня рассматривает организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO). Она проверяет, оправдана ли с медицинской точки зрения назначенная вам дата выписки. В штате Калифорния организация повышения качества обслуживания называется Livanta.

Подавать апелляцию с просьбой изменить день выписки следует в компанию Livanta, телефон 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).

- Если вы позвонили до выписки, то 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 своего штата, телефон 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Попросите об ускоренном рассмотрении (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. Подробности см. в разделе 7.4, стр. 211.
- ➔ Если организация повышения качества обслуживания отказывается рассматривать вашу апелляцию, попробуйте обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) с просьбой о проведении независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review). О том как попросить департамент DMHC о проведении независимой медицинской экспертизы, см. в разделе 5.4, стр. 186.

Мы хотим, чтобы вы понимали сроки и процедуры.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Если вам нужна помощь, обращайтесь.** Всегда когда вам нужна помощь или есть вопросы, вы можете позвонить в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Вы можете позвонить также в Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), телефон 1-800-434-0222. Вы можете позвонить в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program), телефон 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. Ее работу оплачивает программа Medicare. Задача организации состоит в контроле и повышении качества медицинской помощи людям, включенным в программу Medicare.

Попросите об ускоренном рассмотрении апелляции (fast review)

Вы должны попросить организацию повышения качества обслуживания об ускоренном рассмотрении вашей апелляции (**“fast review”**) по поводу выписки из больницы. Попросить об ускоренном рассмотрении значит обратиться с просьбой провести рассмотрение апелляции быстро, а не в стандартные сроки.

Юридический термин для «ускоренного рассмотрения» (“fast review”): “immediate review”.

Что происходит во время ускоренного рассмотрения апелляции?

- Сотрудники организации повышения качества обслуживания (QIO) выясняют у вас или у вашего представителя, почему вы считаете, что лечение в стационаре нужно продлить. Вы не обязаны готовить 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 организация повышения качества обслуживания сообщает нашему плану о поданной апелляции, вы получаете от нас письмо. Оно содержит запланированную дату выписки и медицинское обоснование того, почему ваш врач, больница и мы считаем, что вас нужно выписать в указанный день.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Юридический термин для письменного объяснения сроков выписки: «**Подробное уведомление о выписке из больницы**» (“**Detailed Notice of Discharge**”). Образец такого документа можно получить, позвонив в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Кроме того, можно позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (линия работает круглосуточно и без выходных). Если вы пользуетесь телефоном TTY, звоните по номеру 1-877-486-2048. Кроме того, образец этого документа 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 (QIO) принимает по вашей апелляции **положительное** решение, мы должны продлить страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице до тех пор, пока оно остается необходимым по медицинским показаниям.

Что происходит, если решение отрицательное?

- Если организация повышения качества обслуживания принимает по вашей апелляции **отрицательное** решение, это означает, что запланированная дата вашей выписки из больницы, по ее мнению, 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 вы получили решение организации повышения качества обслуживания.
- Если вы останетесь в больнице, несмотря на **отрицательное** решение организации повышения качества обслуживания, вам, возможно, придется полностью оплачивать дальнейшее пребывание в больнице. В этом случае платить вам придется за пребывание в больнице после полудня дня, *следующего* за тем, в который вы получили решение организации повышения качества обслуживания.
- Если организация повышения качества обслуживания отклонила вашу апелляцию *и если* вы остались в больнице после запланированной даты выписки, вы можете подать апелляцию 2-го уровня.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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 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 **не позднее чем через 60 календарных дней** с того дня, когда организация повышения качества обслуживания приняла **отрицательное** решение по 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 обслуживания называется Livanta. Телефон организации Livanta: **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)**.

- Сотрудники организации повышения качества обслуживания заново тщательно изучают всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.
- Решение по вашей апелляции они принимают не позднее чем через 14 календарных дней.

Вкратце: Как подать апелляцию 2-го уровня об изменении даты выписки из больницы

Позвоните в организацию повышения качества обслуживания своего штата, телефон 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Попросите еще раз рассмотреть апелляцию в ускоренном порядке.

Что происходит, если решение положительное?

- Мы должны возместить вам нашу часть в оплате вашего пребывания в больнице начиная с полудня дня, следующего за днем, в который организация повышения качества отклонила вашу первую апелляцию. Ваше стационарное лечение в больнице мы покрываем 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. Об этом решении вам сообщают письмом. В письме объясняется, что именно вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции.

Если организация повышения качества обслуживания отклонила вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить пребывание в больнице после дня запланированной выписки.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



У вас может быть возможность попросить Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) о проведении независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR) по поводу продолжения стационарного лечения. О том как попросить департамент DMHC о проведении независимой медицинской экспертизы, см. в разделе 5.4, стр. 186.

Раздел 7.4. Что происходит, если установленный срок подачи апелляции пропущен?

Если вы пропустили сроки подачи апелляций, вы можете подать альтернативные апелляции 1-го и 2-го уровней. В этом случае, однако, *первые два уровня рассмотрения апелляции отличаются.*

Альтернативная апелляция 1-го уровня по поводу изменения даты выписки из больницы

Если вы пропустили срок подачи апелляции в организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO), 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.

- Рассматривая апелляцию, наш план тщательно изучает всю информацию о 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. Мы сообщаем вам свое решение в течение 72 часов после получения запроса на рассмотрения апелляции в ускоренном порядке (“fast review”).

Вкратце: Как подать альтернативную апелляцию 1-го уровня

Позвоните в наш отдел обслуживания и попросите об ускоренном пересмотре дня выписки из больницы.

Решение вы получите в течение 72 часов.

- **Если по результатам ускоренного рассмотрения апелляции мы принимаем положительное решение**, это означает, что мы согласились с тем, что вам нужно остаться в больнице после запланированной даты выписки. Мы продолжаем покрывать ваше стационарное лечение в больнице до тех пор, пока оно 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 по результатам ускоренного рассмотрения апелляции мы принимаем отрицательное решение**, это означает, что запланированная дата вашей выписки из больницы была, по нашему мнению, обоснованной. Страховое покрытие стационарного лечения в больнице заканчивается в тот день, который мы указали прежде.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



» Если вы оставались в больнице *после* запланированной даты выписки, вам, **возможно, придется полностью оплатить лечение** в больнице, полученное после запланированной даты выписки.

➔ Для того чтобы проверить, все ли правила мы соблюдали, принимая **отрицательное** решение по вашей апелляции, мы должны передать апелляцию в независимую экспертную организацию (Independent Review Organization). Когда мы это делаем, ваша апелляция *автоматически* переходит на 2-й уровень рассмотрения.

Юридический термин для «ускоренного пересмотра» (“fast review”), или «ускоренного рассмотрения апелляции» (“fast appeal”): **“expedited appeal”**.

Альтернативная апелляция 2-го уровня об изменении даты выписки из больницы

Не позднее чем через 24 часа 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) на 2-й уровень рассмотрения. Если вы считаете, что мы не уложились в этот срок или не соблюдали какие-то другие сроки, вы можете подать жалобу. О том как подать жалобу, см. в разделе 10, стр. 221.

На 2-м уровне рассмотрения наше **отрицательное** решение, принятое по результатам ускоренного рассмотрения апелляции, проверяет независимая экспертная организация (Independent Review Organization, IRE). Эта организация решает, нужно ли менять наше решение.

- Независимая экспертная организация в ускоренном порядке изучает вашу апелляцию. Ответ вы обычно получаете в течение 72 часов.

Вкратце: Как подать альтернативную апелляцию 2-го уровня

Делать вам ничего не нужно. План автоматически передает вашу апелляцию на рассмотрение независимой экспертной организации.

- Независимая экспертная организация (IRE) — это независимая организация, нанятая программой Medicare. Она не связана с нашим планом и не является государственным органом.
- Сотрудники независимой экспертной организации тщательно изучают всю информацию, имеющую отношение к апелляции.
- Если эта организация принимает по вашей апелляции **положительное** решение, мы должны возместить вам нашу часть в оплате больничного лечения, полученного начиная со дня запланированной выписки. Мы продолжаем покрывать стационарное лечение в больнице до тех пор, пока оно остается необходимым по медицинским показаниям.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Если эта организация принимает по вашей апелляции **отрицательное** решение, это значит, что она согласна с нашим решением о том, что запланированная дата выписки обоснована с медицинской точки зрения.

Независимая экспертная организация сообщает вам о своем решении письмом. В письме говорится о том, что именно вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции. Там же подробно объясняется, как перейти на 3-й уровень рассмотрения апелляции (на этом уровне ее рассматривает судья).

У вас может быть возможность попросить Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) о проведении независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR) по поводу продолжения стационарного лечения. О том как попросить департамент DMHC о проведении независимой медицинской экспертизы, см. в разделе 5.4, стр. 186. Попросить о проведении независимой медицинской экспертизы вы можете вместо подачи апелляции 3-го уровня или одновременно с ней.

Раздел 8. Что делать, если, по вашему мнению, медицинское обслуживание 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:

- Медицинское обслуживание на дому. (Это обслуживание не включает обслуживание по программе Службы помощи на дому (IHSS). О том как решать вопросы, связанные с обслуживанием по программе IHSS, и как подавать жалобы на обслуживание по этой программе, см. в разделе 5.5, стр. 192.).
- Помощь в центре квалифицированного сестринского ухода (Skilled nursing care).
- Амбулаторная реабилитация в утвержденной программой Medicare центре комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). Обычно это означает лечение в связи с болезнью или несчастным случаем или восстановление после серьезной операции.
 - ➔ Вы имеете право получать страховое покрытие 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 заранее. 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 такую апелляцию.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 8.1. Мы заранее сообщаем, когда закончится ваше страховое покрытие

- О том что мы собираемся прекратить страховое покрытие, мы сообщаем вам письмом не менее чем за два дня до прекращения покрытия. Это письмо называется «Уведомление о прекращение страхового покрытия по программе Medicare» (*Notice of Medicare Non-Coverage*).
- Из него вы узнаете дату, начиная с которой страховое покрытие прекращается.
- Там же говорится о том, как подать апелляцию на наше решение.

Это письменное уведомление должны подписать вы или ваш представитель. 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 эта помощь вам больше не требуется.

После прекращения страхового покрытия мы перестаем платить за ваше обслуживание.

Раздел 8.2. Апелляция 1-го уровня о продолжении 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 такую апелляцию.

Прежде чем начать, 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, которые должен соблюдать наш план. (Если вы считаете, что мы не уложились в установленные для нас сроки, вы можете подать жалобу. О том как подать жалобу, говорится разделе 10, стр. 221.)
- **Если вам нужна помощь, обращайтесь.** Всегда когда вам нужна помощь или есть вопросы, вы можете позвонить в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Кроме того, вы можете позвонить в Программу штата по содействию получателям программы Medicare (State Health Insurance Assistance), телефон (213) 383-4519. В округе Лос-Анджелес телефон 1-800-824-0780; TTY (213) 251-7920.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Вашу апелляцию 1-го уровня рассматривает организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO). Эта организация решает, нужно ли менять решение нашего плана. В штате Калифорния организация повышения качества обслуживания называется Livanta. Телефон организации Livanta: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Как подать апелляцию в организацию повышения качества обслуживания, объясняется также в *Уведомлении о прекращении страхового покрытия по программе (Medicare Notice of Medicare Non-Coverage)*. Это уведомление вы получаете, когда мы сообщаем вам о прекращении страхового покрытия.

Вкратце: Как подать апелляцию 1-го уровня о продолжении обслуживания

Позвоните в организацию повышения качества обслуживания своего штата, телефон 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Попросите об ускоренном рассмотрении (“fast-track appeal”).

Звонить нужно, пока обслуживающее вас учреждение вас еще обслуживает и пока мы покрываем 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. Ее работу оплачивает программа Medicare. Задача организации состоит в контроле и повышении качества медицинской помощи людям, включенным в программу Medicare.

О чем нужно просить?

Попросите организацию повышения качества обслуживания о том, чтобы она рассмотрела вашу апелляцию в ускоренном порядке (fast-track appeal). Это независимая проверка медицинской обоснованности нашего решения прекратить страховое покрытие получаемого вами обслуживания.

Сроки обращения в эту организацию

- В организацию повышения качества обслуживания вам нужно обратиться *не позднее полудня того дня, который следует за днем получения вами письменного уведомления о прекращении страхового покрытия получаемого вами обслуживания.*
- Если вы пропустили срок подачи апелляции в организацию повышения качества обслуживания, вы можете подать апелляцию непосредственно нам. Об этом способе подачи апелляции см. в разделе 8.4, стр. 218.
- Если организация повышения качества обслуживания отказывается рассматривать вашу просьбу о продолжении страхового покрытия, попробуйте обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) с просьбой о проведении независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review). О том как попросить департамент DMHC о проведении независимой медицинской экспертизы, см. в разделе 5.4, стр. 186.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Юридический термин для письма о прекращении страхового покрытия «**Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare» (Notice of Medicare Non-Coverage)**). Получить образец этого документа можно, позвонив в отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711), линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Кроме того, можно позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном TTY, звоните по номеру 1-877-486-2048. Кроме того, найти образец можно в Интернете по адресу <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.htm>

Что организация повышения качества обслуживания делает при рассмотрении вашего запроса?

- Сотрудники организации выясняют у вас или у вашего представителя, почему вы считаете, что страховое покрытие обслуживания нужно продолжить. Вы не обязаны готовить свои доводы в письменном виде, но можете это сделать, если захотите.
- Когда вы подаете апелляцию, план должен прислать вам и организации повышения качества обслуживания письмо с объяснением того, почему спорное обслуживание нужно прекратить.
- Сотрудники организации изучают также медицинскую карту, беседуют с вашим врачом и проверяют информацию, предоставленную планом.
- **В течение одного полного дня с момента получения всей необходимой информации, организация повышения качества обслуживания сообщает вам свое решение.** Вы получаете письмо с обоснованием принятого решения.

Юридическое название письма, объясняющего, почему ваше обслуживание должно прекратиться, «**Подробное объяснение прекращения страхового покрытия» (“Detailed Explanation of Non-Coverage”)**.

Что происходит, если по апелляции принято положительное решение?

- Если по апелляции принято **положительное** решение, мы должны продлить страховое покрытие обслуживания до тех пор, пока оно остается необходимым по медицинским показаниям.

Что происходит, если по апелляции принято отрицательное решение?

- Если по апелляции принято **отрицательное** решение, страховое покрытие спорного обслуживания прекращается в день, указанный в решении нашего плана. Мы перестаем платить свою часть в оплате этой помощи.
- Если вы решите по-прежнему получать медицинскую помощь на дому, помощь в центре квалифицированного сестринского ухода или помощь в центре комплексной амбулаторной

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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 о продолжении медицинского обслуживания

Если организация повышения качества обслуживания приняла **отрицательное** решение по апелляции 1-го уровня, **но** вы решили по-прежнему получать помощь после прекращения ее страхового покрытия, вы можете подать апелляцию 2-го уровня.

Рассматривая апелляцию 2-го уровня, организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO) заново изучает свое решение по апелляции 1-го уровня. Если организация повышения качества обслуживания подтвердит свой отрицательный ответ вашу апелляцию 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 обслуживания называется Livanta. Телефон организации Livanta: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Просить о 2-м уровне рассмотрения вашей апелляции следует **не позднее чем через 60 календарных дней** с того дня, когда организация повышения качества обслуживания приняла **отрицательное** решение по апелляции 1-го уровня. Просить о 2-м уровне рассмотрения можно, только если вы продолжили получение спорного обслуживания после того дня, когда окончилось его страховое покрытие.

- Сотрудники организации повышения качества обслуживания заново тщательно изучают всю информацию, имеющую
- Решение по вашей апелляции организация повышения качества обслуживания принимает не позднее чем через 14 календарных дней после ее получения.

отношение к вашей апелляции.

Вкратце: Как подать апелляцию 2-го уровня о продолжении обслуживания

Позвоните в организацию повышения качества обслуживания своего штата, телефон 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Попросите еще раз рассмотреть апелляцию в ускоренном порядке.

Звонить нужно, пока обслуживающее вас учреждение вас еще обслуживает и пока мы покрываем это обслуживание.

Что происходит, если организация повышения качества обслуживания приходит 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 продолжаем покрывать получаемую вами помощь до тех пор, пока она остается необходимой по медицинским показаниям.

Что происходит, если организация повышения качества обслуживания приходит к отрицательному решению?

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Это означает, что организация подтвердила свое решение, принятое на 1-м уровне рассмотрения апелляции, и не собирается его менять.
- Об этом решении вам сообщают письмом. В нем объясняется, что именно вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции. Там же подробно объясняется, как перейти на 3-й уровень рассмотрения апелляции (на этом уровне ее рассматривает судья).
- Кроме того, у вас может быть возможность обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) с просьбой провести независимую медицинскую экспертизу (Independent Medical Review) по поводу продления страхового покрытия обслуживания. О том как попросить департамент DMHC о проведении независимой медицинской экспертизы, см. в разделе 5.4, стр. 186. Попросить о проведении независимой медицинской экспертизы вы можете вместо подачи апелляции 3-го уровня или одновременно с ней.

Раздел 8.4. Что делать, если вы пропустили срок подачи апелляции 1-го уровня?

Если вы пропустили сроки подачи апелляций, вы можете подать альтернативные апелляции 1-го и 2-го уровней. В этом случае, однако, *первые два уровня рассмотрения апелляции отличаются.*

Альтернативная апелляция 1-го уровня о продолжении обслуживания

Если вы пропустили срок подачи апелляции в организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO), 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.

- Рассматривая апелляцию, наш план тщательно изучает всю информацию о медицинском обслуживании на дому, в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации. Мы проверяем, было ли решение прекратить страховое покрытие спорного обслуживания обоснованным и соблюдались ли при этом все применимые правила.

Вкратце: Как подать альтернативную апелляцию 1-го уровня

Позвоните в наш отдел обслуживания и попросите об ускоренном рассмотрении пересмотре (“fast review”) прежнего решения.

Решение вы получите в течение 72 часов.

- **Рассмотрение проводится в ускоренном порядке, а не в стандартные сроки. Свое решение мы сообщаем вам в течение 72 часов после получения вашего запроса на проведение быстрого рассмотрения апелляции.**

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Если мы принимаем положительное решение**, то предоставляем вам страховое покрытие обслуживания до тех пор, пока оно требуется 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**, это значит, что решение прекратить страховое покрытие спорного обслуживания было, на наш взгляд, 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, то вам, **возможно, придется полностью оплатить полученное за это время обслуживание.**

- ➔ Для того чтобы проверить, все ли правила мы соблюдали, принимая **отрицательное** решение по вашей апелляции, мы должны передать апелляцию в независимую экспертную организацию (Independent Review Organization). Когда мы это делаем, ваша апелляция *автоматически* переходит на 2-й уровень рассмотрения.

Юридический термин для «ускоренного пересмотра» (“fast review”), или «ускоренного рассмотрения апелляции» (“fast appeal”): “expedited appeal”.

Альтернативная апелляция 2-го уровня о продолжении медицинского обслуживания

Не позднее чем через 24 часа 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) на 2-й уровень рассмотрения. Если вы считаете, что мы не уложились в этот срок или не соблюдали какие-то другие сроки, вы можете подать жалобу. О том как подать жалобу, см. в разделе 10, стр. 221.

На 2-м уровне рассмотрения наше **отрицательное** решение проверяет **независимая экспертная организация (IRE)** (Independent Review Organization, IRE). Эта организация решает, нужно ли менять наше решение.

- Независимая экспертная организация в ускоренном порядке изучает вашу апелляцию. Ответ вы обычно получаете в течение 72 часов.

Вкратце: Как подать альтернативную апелляцию 2-го уровня с требованием продолжить обслуживание

Делать вам ничего не нужно. План автоматически передает вашу апелляцию на рассмотрение независимой экспертной организации.

- Независимая экспертная организация (IRE) — это независимая организация, нанятая программой Medicare. Она не связана с нашим планом и не является государственным органом.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Сотрудники независимой экспертной организации тщательно изучают всю информацию, имеющую отношение к апелляции.
- **Если организация IRE принимает положительное решение** по вашей апелляции, мы должны возместить вам нашу долю в оплате услуг. Мы продолжаем покрывать обслуживание до тех пор, пока оно остается необходимым по медицинским показаниям.
- **Если организация IRE принимает отрицательное решение** по вашей апелляции, это значит, что она согласна с тем, что наше решение прекратить страховое покрытие спорного обслуживания было обоснованным с медицинской точки зрения.

Независимая экспертная организация сообщает вам о своем решении письмом. В письме говорится о том, что именно вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции. Там же подробно объясняется, как перейти на 3-й уровень рассмотрения апелляции (на этом уровне ее рассматривает судья).

Кроме того, у вас может быть возможность обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) с просьбой о проведении независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review) в связи со страховым покрытием обслуживания. О том как попросить департамент DMHC о проведении независимой медицинской экспертизы, см. в разделе 5.4, стр. 186. Попросить о проведении независимой медицинской экспертизы вы можете вместо подачи апелляции 3-го уровня или одновременно с ней.

Раздел 9. Апелляции уровней выше 2-го

Раздел 9.1. Последующие шаги 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, то не исключено, что у вас есть возможность предпринять дополнительные шаги. В письме, которое вы от независимой экспертной организации (Independent Review Entity, IRE) будет сказано, что делать, если вы захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции.

3-й уровень рассмотрение апелляции представляет собой слушание, которое проводится судьей по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ). Провести такое слушание можно только при условии, что стоимость спорного обслуживания или приспособления превышает определенный минимум. Если эта стоимость ниже установленного минимума, то продолжать рассмотрение апелляции вы не можете. 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 (Cal MediConnect Ombuds Program), телефон 1-855-501-3077.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Раздел 9.2. Последующие шаги в случае обслуживания и приспособлений, покрываемых по программе Medi-Cal

Кроме того, у вас будут дополнительные возможности подать апелляцию, если спорное обслуживание или приспособление покрывается по программе Medi-Cal. Если вы не согласны с решением, принятым по результатам независимого слушания органами штата (State Fair Hearing), и хотите, чтобы вашу апелляцию рассмотрел другой сотрудник, вы можете потребовать проведения еще одного слушания и/или обратиться в суд.

Письменный запрос на проведение повторного слушания нужно отправить по следующему адресу:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Послать это письмо нужно не позднее чем через 30 дней после того, как вы получили отрицательное решение. Этот срок может быть продлен до 180 дней, если вы опаздываете по уважительной причине.

В запросе на проведение повторного слушания 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 решение суда будет в вашу пользу, у вас может быть право на возмещение разумных расходов на адвоката и судебных расходов.

Если повторное слушание было проведено, но вы не согласны с решением, принятым по его результатам, вы можете обратиться в суд, но требовать еще одного слушания не можете.

Раздел 10. Как подать жалобу

В каких случаях можно подать жалобу?

Процедура подачи и рассмотрения жалоб используется *только* в определенных случаях. К их числу относятся, например, недостаточное качество помощи, длительное ожидание и плохое обслуживание. Ниже приведены некоторые ситуации, в которых можно использовать процедуру подачи и рассмотрения жалоб.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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 тайну личности или раскрыл о вас информацию, которая, по вашему мнению, должна быть конфиденциальной.

Жалобы на плохое обслуживание

- Медик или его сотрудник вел себя с вами грубо или невежливо.
- Сотрудники плана Health Net Cal MediConnect были к вам недостаточно внимательны.
- Вам кажется, что план пытается от вас избавиться.

Жалобы на недоступность медицинского учреждения для лиц с ограниченными физическими возможностями

- Из-за ограниченности своих физических возможностей вы не можете попасть в медицинское учреждение или в кабинет врача.
- Медик или учреждение не предоставляет вам необходимые удобства, например переводчика с американского языка жестов.

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 заставляют вас ждать слишком долго.

Жалобы на грязь

- Поликлиника, больница или кабинет врача кажутся вам недостаточно чистыми.

Жалобы на языковые трудности

- Во время приема у врача вам не была предоставлена помощь переводчика.

Жалобы на трудности общения с планом

- Вы считаете, что мы должны были прислать вам уведомление или письмо, но не сделали

Вкратце: Как подать жалобу

Вы можете подать жалобу для внутреннего (в наш план) или внешнего рассмотрения (в не связанные с планом организации).

Для того чтобы подать жалобу для внутреннего рассмотрения, позвоните в наш отдел обслуживания или пришлите письмо.

Жалобы для внешнего рассмотрения рассматриваются рядом организаций. Подробнее см. в разделе 10.2, стр. 225.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



этого.

- Вы считаете, что печатные материалы, которые мы вам прислали, слишком трудно понять.

Жалобы на несвоевременное выполнение планом действий, связанных с решениями о страховом покрытии или апелляциями

- Вы считаете, что мы не соблюдаем сроки, установленные для 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»: “grievance”. Юридический термин для «подать жалобу» (“making a complaint”): “filing a grievance”.

Существуют ли другие виды жалоб?

Да. Вы можете подать жалобу для внутреннего или внешнего рассмотрения. Жалобы для внутреннего рассмотрения вы подаете в наш план. Жалобы для внешнего рассмотрения вы подаете в организации, с нашим планом не связанные. Если для того чтобы подать жалобу для внутреннего или внешнего рассмотрения, вам нужна помощь, вы можете обращаться в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program), телефон 1-855-501-3077.

Раздел 10.1. Жалобы для внутреннего рассмотрения

Для того чтобы подать жалобу в наш план, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Жалобу по поводу лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D, нужно подавать **не позднее чем через 60 календарных дней** после возникновения оснований для жалобы. Все остальные жалобы нужно подавать **не позднее чем через 180 календарных дней** после возникновения оснований для жалобы.

- Если нужно сделать еще что-то, сотрудники отдела обслуживания вам об этом сообщат.
- Кроме того, подать жалобу можно в письменном виде. Если вы подаете жалобу в письменном виде, мы отвечаем вам письмом.

Мы должны уведомить вас о своем решении так быстро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее чем через 30 календарных дней после получения жалобы. Если нам нужна дополнительная информация или если мы не укладываемся в 30-дневный срок, мы сообщаем

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



вам об этом письмом. В письме мы сообщаем, на каком этапе находится рассмотрение 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 «быстрой жалобой» (“fast complaint”). Вы можете попросить об ускоренном рассмотрении жалобы, если вы не согласны с нашим решением в одной из следующих ситуаций:

- Мы отказались рассматривать в ускоренном порядке запрос на страховое решение о медицинском обслуживании или лекарстве по программе Part D.
 - Мы отказались рассматривать в ускоренном порядке апелляцию по поводу отказа в страховом покрытии медицинского обслуживания или лекарства по программе Medicare Part D.
 - Мы решили, что на рассмотрение вашего запроса на медицинское обслуживание нам требуется дополнительное время.
 - Мы решили, что на рассмотрение вашей апелляции по поводу отказа в покрытии медицинской помощи нам требуется дополнительное время.
 - Если ваш случай требует срочного решения и связан с непосредственной или серьезной угрозой вашему здоровью.
- Еще раз: жалобу по поводу лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D, нужно подавать не позднее чем через 60 календарных дней после возникновения оснований для жалобы. Крайний срок подачи других жалоб нам, медику или учреждению составляет 180 календарных дней со дня события или действия, вызвавшего ваше недовольство.
 - Если мы не можем принять решение по вашей жалобе на следующий рабочий день, то в течение 5 календарных дней после получения нами жалобы мы сообщаем вам письмом, что жалобу мы получили.

Если вы жалуетесь на то, что мы отказались в ускоренном порядке рассмотреть запрос на решение о страховом покрытии или апелляцию, 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 попросить об ускоренном рассмотрении жалобы; в такой ситуации мы отвечаем в течение 72 часов.

Юридический термин для «ускоренного рассмотрения жалобы» (“fast complaint”): “expedited grievance”.

Мы стараемся отвечать на жалобы незамедлительно. Если вы жалуетесь по телефону, то иногда мы можем сразу, во время вашего звонка, дать вам ответ. Если состояние вашего здоровья требует

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



от нас быстрого ответа, мы отвечаем быстро.

- На большинство жалоб мы отвечаем не позднее чем через 30 календарных дней. Если мы не укладываемся в 30-дневный срок из-за того, что нам нужна дополнительная информация, мы сообщаем вам об этом в письмом. Мы сообщаем вам, на каком этапе находится рассмотрение вашей жалобы и когда мы предполагаем принять решение.
- Если вы жалуетесь на то, что мы отказались в ускоренном порядке рассмотреть запрос на решение о страховом покрытии или апелляцию, 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 рассмотрение запроса на решение о страховом покрытии или 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 сообщаем и объясняем причины своего решения. Согласны мы с вашей жалобой или нет, мы должны вам ответить в любом случае.

Раздел 10.2. Жалобы для внешнего рассмотрения

Вы можете сообщить о своей жалобе в программу Medicare

Вы можете пожаловаться в программу Medicare. Бланк для жалоб в программу Medicare (Medicare Complaint Form) есть в Интернете: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>

Программа Medicare серьезно относится к вашим жалобам. Сообщенные вами сведения используются 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). Если вы используете телефон для слабослышащих (TTY/TDD), звоните по номеру 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) действует как нейтральный посредник между вами и планом. Он поможет вам вовремя получить страховое покрытие обслуживания. Отдел омбудсмена не связан ни с нами, ни с любой другой страховой компанией или страховым планом.

Телефон отдела омбудсмена программы Cal MediConnect 1-855-501-3077. Платить за эту помощь не нужно.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Вы можете сообщить о своей жалобе в Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния

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 отдел обслуживания:

- Позвоните по телефону 1-888-НМО-2219. Если вы страдаете нарушениями речи или слуха, вы можете воспользоваться линией ТТУ, телефон 1-877-688-9891. Звонки бесплатные.
- Воспользуйтесь сайтом Департамента управляемого медицинского обслуживания, расположенным по адресу (<http://www.hmohelp.ca.gov>)

Вы можете подать жалобу в отдел по вопросам гражданских прав

С жалобами на несправедливое отношение обращайтесь в отдел по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights). Можно, например, пожаловаться на то, что инвалидам трудно попасть в кабинет врача, или на невозможность воспользоваться помощью переводчика. Телефон отдела по вопросам гражданских прав 1-800-368-1019. Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 1-800-537-7697. Кроме того, можно воспользоваться сайтом <http://www.hhs.gov/ocr>.

Почтовый адрес отдела:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Телефон 1-800-368-1019
Факс 1-202-619-3818
TDD 1-800-537-7697

Кроме того, у вас могут быть права по закону о защите прав американских граждан с ограниченными возможностями (The Americans with Disabilities Act) и по закону о гражданских правах (Unruh Civil Rights Act). По этим вопросам обращайтесь в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program). Телефон 1-855-501-3077.

Вы можете подать жалобу в организацию повышения качества обслуживания

Если вы жалуетесь на *качество медицинской помощи*, у вас есть еще две дополнительные возможности:

- Жалобу по поводу качества медицинской помощи вы можете подать непосредственно в организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization), *не подавая жалобу нам*.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Вы можете подать жалобу одновременно нам и в организацию повышения качества обслуживания. Если вы подаете жалобу в эту организацию, мы сотрудничаем с ней 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 обслуживания называется Livanta. Номер телефона организации Livanta **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)**.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 10. Выход из нашего страхового плана, действующего по программе Cal MediConnect

Содержание

Введение	229
A. Когда вы можете выйти из нашего плана Cal MediConnect?	229
B. Как выйти из нашего плана Cal MediConnect?	230
C. Как стать участником другого плана, действующего по программе Cal MediConnect?	230
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?	230
Как получать обслуживание по программе Medicare	230
Как получать обслуживание по программе Medi-Cal	232
E. Пока вы остаетесь участником нашего плана Cal MediConnect, вы должны получать медицинское обслуживание и лекарства по нашему плану	233
F. В определенных случаях вы можете быть исключены из нашего плана Cal MediConnect	233
G. Мы не можем просить вас выйти из нашего плана по причинам, связанным с вашим здоровьем	235
H. Если мы исключаем вас из плана, вы имеете право подать жалобу	235
I. Где можно получить дополнительную информацию о выходе из плана?	235

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).
 Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом 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 после этого получить. Даже если вы выйдете из нашего плана, вы по-прежнему будете получать страховое покрытие по программам Medicare и Medi-Cal.

А. Когда вы можете выйти из нашего плана Cal MediConnect?

Выйти из плана Health Net Cal MediConnect вы можете в любое время. Обычно вы перестаете быть участником нашего плана в последний день того месяца, в который мы получаем ваш запрос на переход в другой план. Например, если мы получили ваш запрос 18 января, наш план перестанет предоставлять вам страховое покрытие 31 января. Ваша новая страховка начинает действовать в первый день следующего месяца.

После того как вы выйдете из этого нашего плана, страховое покрытие обслуживани по программе Medi-Cal вы будете по-прежнему получать через нашу компанию Health Net Community Solutions, Inc. Это не произойдет, если вы перейдете в другой план, действующий по программе Cal MediConnect, или в план, действующий только по программе Medi-Cal. Если вы решите выйти из нашего плана, у вас будет несколько вариантов страхового покрытия по программе Medicare.

- ➔ Эти варианты приведены в таблице на стр. 231.
- ➔ О том как после выхода из нашего плана вы будете получать страховое покрытие по программе Medi-Cal, см. стр. 232.

Подробности о том, как выйти из нашего плана, можно узнать следующим образом:

- Позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.
- Позвоните в отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options), телефон 1-844-580-7272. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Если Вы пользуетесь телефоном TTY, звоните по номеру 1-800-430-7077.
- Позвоните в Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), телефон 1-800-434-0222. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Подробности и адрес местного отделения программы HICAP можно найти на сайте <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- Позвоните в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program), телефон 1-855-501-3077. Линия работает с 9:00 до 17:00. Если вы пользуетесь телефоном TTY, звоните по номеру 1-855-847-7914.
- Позвоните в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном TTY, звоните по номеру 1-877-486-2048.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



В. Как выйти из нашего плана Cal MediConnect?

Если вы решите отказаться от наших услуг, сообщите о своем решении программам Medi-Cal или Medicare:

- Позвоните в отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options), телефон 1-844-580-7272. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 1-800-430-7077. -ИЛИ-
- Позвоните в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 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. О том как после выхода из нашего плана получать страховое покрытие по программе Medicare, см. в таблице на стр. 231.

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 Cal MediConnect.

Для этого нужно сделать следующее:

- Позвоните в отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options), телефон 1-844-580-7272. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 1-800-430-7077. Скажите, что вы хотите перейти из плана Health Net Cal MediConnect в другой план, действующий по программе Cal MediConnect. Если вы не знаете, в какой план 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 получим ваш запрос на переход в другой план.

Д. 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 получать обслуживание по программе Medicare

Вы можете выбрать, каким образом будете получать страховое покрытие по программе Medicare.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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.

<p>1. Вы можете перейти:</p> <p>В страховой план по программе Medicare, например в план по программе Medicare Advantage или по Программе комплексной помощи престарелым (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).</p>	<p>Вот как это сделать:</p> <p>Позвоните в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 1-877-486-2048. Скажите, что вы хотите перейти в план, действующий только по программе Medicare.</p> <p>Если вам нужна помощь или требуется дополнительная информация:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Позвоните в Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), телефон 1-800-434-0222. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Подробности и адрес местного отделения программы HICAP можно найти на сайте http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Как только страховое покрытие начнет вам предоставлять ваш новый план, вы будете автоматически исключены из плана Health Net Cal MediConnect.</p>
<p>2. Вы можете перейти:</p> <p>Непосредственно в программу Medicare (обычная программа Medicare, Original Medicare) с отдельным планом, покрывающим лекарства по рецепту 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 и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 1-877-486-2048.</p> <p>Если вам нужна помощь или требуется дополнительная информация:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Позвоните в Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), телефон 1-800-434-0222. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Подробности и адрес местного отделения программы HICAP можно найти на сайте 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



<p>3. Вы можете перейти:</p> <p>Непосредственно в программу Medicare (обычная программа Medicare, Original Medicare) без отдельного плана, покрывающего лекарства по рецепту по программе Medicare.</p> <p>ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы переходите в программу Original Medicare (т. е. программа Medicare, покрывающая ваше обслуживание безо всяких страховых планов) и не становитесь участником отдельного плана, покрывающего лекарства по программе Medicare, то программа Medicare может включить вас в такой план самостоятельно. Она это не сделает, только если вы откажетесь от автоматического включения в такой план.</p> <p>Отказываться от страховки на лекарства можно, только если эта страховка у вас есть от работодателя или из другого источника. Узнать, нужен ли вам план, покрывающий лекарства по рецепту, можно в Программе консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), телефон 1-800-434-0222. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Подробности и адрес местного отделения программы HICAP можно найти на сайте http://www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Вот как это сделать:</p> <p>Позвоните в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном TTY, звоните по номеру 1-877-486-2048.</p> <p>Если вам нужна помощь или требуется дополнительная информация:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Позвоните в Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), телефон 1-800-434-0222. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Подробности и адрес местного отделения программы HICAP можно найти на сайте 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>
--	---

Как получать обслуживание по программе Medi-Cal

После того как вы выйдете из этого нашего плана Cal MediConnect, страховое покрытие обслуживания по программе Medi-Cal вы будете по-прежнему получать через нашу компанию *Health Net Community Solutions, Inc.* Это не произойдет, только если для получения покрытия по программе Medi-Cal вы выберете другой план.

Программа Medi-Cal покрывает большинство видов длительного обслуживания и помощи при психических нарушениях.

Если вы хотите, чтобы страховое покрытие по программе Medi-Cal вам предоставлял другой план, сообщите об этом в отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options), когда обратитесь туда с просьбой исключить вас из нашего плана Cal MediConnect.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- Позвоните в отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options), телефон 1-844-580-7272. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 1-800-430-7077. Скажите, что вы хотите перейти из плана Health Net Cal MediConnect и стать участником другого плана, действующего по программе Medi-Cal. Если вы не знаете, в какой план 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 Medi-Cal и новый *Справочник участника плана* и новый *Указатель медиков, учреждений и аптек*, предоставляющих обслуживание, покрываемое по программе Medi-Cal.

Е. Пока вы остаетесь участником нашего плана Cal MediConnect, вы должны получать медицинское обслуживание и лекарства по нашему плану

Если вы решите выйти из плана Health Net Cal MediConnect, выход из него и начало нового страхового покрытия по программам Medicare и Medi-Cal могут занять некоторое время. Подробнее см. на стр. 230. Пока вы остаетесь участником нашего плана, вы должны получать медицинское обслуживание и лекарства по нашему плану.

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 вам начнет предоставлять ваша новая страховка).

Ф. В определенных случаях вы можете быть исключены из нашего плана Cal MediConnect

В следующих случаях план Health Net Cal MediConnect должен исключить вас из числа своих участников:

- Перерыв в страховом покрытии по программам Medicare Part A и Part B.
- Исключение из программы Medi-Cal. Наш план предназначен для людей, имеющих право на программу Medicare и программу Medi-Cal одновременно. Штат Калифорния или программа Medicare исключит вас из плана Health Net Cal MediConnect. После этого 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 позднее вы снова получите право на страховку по программе Medi-Cal и захотите вернуться

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



в план Health Net Cal MediConnect, вам нужно будет позвонить в отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options), телефон 1-844-580-7272. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 1-800-430-7077. Скажите, что хотели бы вернуться в план Health Net Cal MediConnect.

- Вы переезжаете из нашей зоны обслуживания.
- Вы уехали из нашей зоны обслуживания больше чем на 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, оплачивающих лекарства по рецепту.
- Вы не гражданин США или проживаете в США незаконно.

Участниками нашего плана могут быть только граждане США и лица, проживающие в США на законных основаниях. Если выяснится, что вы не можете оставаться участником нашего плана по этой причине, нам об этом сообщает Центры служб программ Medicare и Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services). Если вы не отвечаете этому требованию, мы должны исключить вас из своего плана.

Если вы потеряете право на страховку по программе Medi-Cal или на участие в плане по программе Cal MediConnect, вы сможете еще один месяц получать страховое покрытие по плану Health Net Cal MediConnect. Если вы будете считать, что на самом деле у вас есть право на страховку по нашему плану, то за это время вы сможете исправить информацию, от которой зависят ваши права на наш план. Вы получите от нас письмо, из которого узнаете, как изменились ваши права. В этом же письме будут сказано, как вы можете исправить информацию, определяющую ваши права.

- Для того чтобы оставаться участником плана Health Net Cal MediConnect, вам нужно будет восстановить свои права до конца этого дополнительного месяца.
- Если восстановить свои права к концу месяца вам не удастся, то вы будете исключены из плана 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:

- При включении в план вы преднамеренно сообщили нам ложную информацию, от которой зависит ваше право на включение в наш план.
- Своим поведением вы регулярно мешаете нам работать и затрудняете обслуживание вас и других участников плана.
- Вы позволяете другому лицу получать медицинскую помощь по вашей карточке участника нашего плана.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- » Если мы исключаем вас по этой причине, программа Medicare может поручить расследование вашего случая главному инспектору (Inspector General).

G. Мы не можем просить вас выйти из нашего плана 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, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 1-877-486-2048. Линия работает круглосуточно и без выходных.

- Кроме того, позвоните в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program), телефон 1-855-501-3077. Линия работает с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00. Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 1-855-847-7914.

H. Если мы исключаем вас из плана, вы имеете право подать жалобу

Если мы исключаем вас из нашего плана, мы должны в письменном виде сообщить вам причины этого решения. Кроме того, мы должны объяснить, как вы можете подать жалобу на наше решение исключить вас из плана. О том как подать жалобу, см. в главе 9.

I. Где можно получить 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, вы можете сделать следующее:

- Позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.
- Позвоните в отдел выбора медицинской страховки (Health Care Options), телефон 1-844-580-7272. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Если Вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 1-800-430-7077.
- Позвоните в Программу консультирования и защиты прав участников медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), телефон 1-800-434-0222. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Подробности и адрес местного отделения программы HICAP можно найти на сайте <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>
- Позвоните в отдел омбудсмена программы Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program), телефон 1-855-501-3077. Линия работает с 9:00 до 17:00. Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 1-855-847-7914.
- Позвоните в программу Medicare, телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 1-877-486-2048.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (ТТУ: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Глава 11. Предусмотренные законом уведомления

Содержание

A. Уведомление о применимом законодательстве	237
B. Уведомление о недопущении дискриминации	237
C. Уведомление о том, что программа Medicare платит второй, а программа Medi-Cal платит последней	238
D. Уведомление о предпринятых действиях	238
E. Ответственность третьей стороны	238
F. Независимость сотрудничающих с планом медиков и учреждений.....	239
G. Мошенничество в отношении медицинского страхового плана	239
H. Действия плана в форс-мажорных обстоятельствах	239
I. Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности	240

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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 в справочнике не упомянуты или не объяснены. 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 требования законодательства. К вам не могут относиться иначе из-за возраста, исков и страховых требований, цвета кожи, верований, национальности, свидетельства о возможности быть застрахованным, гендерных предпочтений, генетической информации, места жительства, состояния здоровья, прежних заболеваний, умственных способностей и физических возможностей, страны происхождения, расовой принадлежности, вероисповедания и пола.

Health Net Cal MediConnect:

- Людям с ограниченными возможностями бесплатно помогает общаться с планом, например предоставляет помощь переводчиков на язык знаков и документы в удобных для инвалида формах (крупный шрифт, удобный электронный формат и т. д.).
- Людям, недостаточно знающим английский язык, бесплатно предоставляет помощь устных переводчиков и письменные переводы материалов плана.

Если вам нужна такого рода помощь, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с 8:00 до 20:00.

Если вы считаете, что план Health Net Cal MediConnect не предоставил вам такую помощь или дискриминировал вас из-за вашего возраста, исков и страховых требований, цвета кожи, верований, национальности, свидетельства о возможности быть застрахованным, гендерных предпочтений, генетической информации, места жительства, состояния здоровья, прежних заболеваний, умственных способностей и физических возможностей, страны происхождения, расовой принадлежности, вероисповедания и пола, вы можете подать жалобу. Для этого позвоните по приведенному выше телефону и скажите, что хотите подать жалобу. Отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect готов вам помочь.

Кроме того, вы можете подать жалобу в отдел по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) при федеральном Департаменте здравоохранения и социального обеспечения (U.S. Department of Health and Human Services). Жалобу можно подать с сайта отдела по вопросам гражданских прав: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Подать ее можно также по телефону или письмом: 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).

Бланки жалоб есть на сайте <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



С жалобами на дискриминацию звоните в отдел 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 телефоном TDD, звоните по номеру 1-800-537-7697. Подробности можно узнать на сайте <http://www.hhs.gov/ocr/office/>.

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).

Если программа Medicare не первичный плательщик, мы обязаны и имеем право взыскивать с первичного плательщика средства на покрываемые программой Medicare услуги.

Программа Cal MediConnect действует в соответствии с законами штата и федеральными законами, устанавливающими ответственность третьих сторон за оплату медицинского обслуживания потерпевших. Мы принимаем необходимые меры, для того чтобы программа Medi-Cal была последним плательщиком, покрывающим ваше медицинское обслуживание.

D. Уведомление о предпринятых действиях

Если мы отказываем вам в страховом покрытии какого-то обслуживания, прекращаем его или меняем, мы должны вам об этом сообщить. В этих случаях мы присылаем 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 независимого слушания органами штата (State Fair Hearing). Прежде чем попросить о проведении 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.

E. Ответственность третьей стороны

Необходимость в медицинском обслуживании иногда возникает в результате действий третьей стороны. В таких случаях третья сторона может нести ответственность за свои действия и выплачивать определенные суммы. Эти суммы могут быть деликтной (гражданской) 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 у пострадавших от действий третьей стороны, чтобы они возмещали 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 взыскивать необходимое возмещение.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Ф. Независимость сотрудничающих с планом медиков и учреждений

Отношения компании Health Net со всеми сотрудничающими с ним медиками и медицинскими учреждениями — это отношения с независимым подрядчиком. Сотрудничающие с компанией медики и учреждения не являются ни сотрудниками, ни представителями компании Health Net. Компания Health Net и ее сотрудники не являются ни сотрудниками, ни представителями никаких сотрудничающих с планом медиков и учреждений. Ни при каких условиях компания Health Net не несет ответственности 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 — это злонамеренный обман плана или введение его в заблуждение поставщиком медицинских услуг, участником плана, сотрудником или любым лицом, действующим от их имени. Мошенничество — это 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 Отчете о страховом покрытии лекарств (Explanation of Benefits), если вам известно о чьей-то незаконной деятельности или если вы кого-то подозреваете, позвоните нам по горячей линии для сообщений о мошенничествах, телефон 1-800-977-3565. Горячая линия для сообщений о мошенничествах работает круглосуточно и без выходных. Все звонки строго конфиденциальны.

Н. Действия плана в форс-мажорных обстоятельствах

Если из-за стихийного бедствия, войны, беспорядков, акций гражданского неповиновения, эпидемии, полного или частичного разрушения медицинских учреждений, ядерного взрыва или другого неконтролируемого высвобождения ядерной энергии, болезни значительной части медиков или других подобных форс-мажорных обстоятельств сотрудничающие с компанией Health Net учреждения, медики и сотрудники не могут оказывать услуги, 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 подобных обязательств с учетом имеющихся ограничений на доступность медицинских учреждений и их сотрудников.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



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.

Настоящее Уведомление объясняет вам, каким образом план Health Net** (ниже “мы” или “План”) может собирать, использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию, и то, какие права есть у вас в отношении этой информации. “Защищенная медицинская информация” — это информация о вас, в том числе 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.

Федеральное законодательство и законодательство штата требуют от нас, чтобы мы предоставили вам настоящее Уведомление о ваших правах, о наших установленных законом обязанностях и о правилах соблюдения конфиденциальности защищенной медицинской информации; законы требуют от нас, кроме того, сообщать вам о нарушении конфиденциальности вашей медицинской информации. Пока настоящее Уведомление остается в силе, мы должны соблюдать его положения. Мы сохраняем за собой право менять это уведомление. Мы сохраняем за собой право в любое время менять положения настоящего Уведомления, регулирующие работу с защищенной медицинской информацией, как той, которую мы уже получили, так и той, которую мы можем получить в будущем. Мы своевременно пересматриваем это Уведомление и рассылаем его новый вариант участникам Плана всегда, когда существенно меняется характер использования или раскрытия информации, ваши права, наши обязанности или другие правила соблюдения конфиденциальности, приведенные в этом Уведомлении. Кроме того, мы в этом случае обновляем Уведомление, размещенное на нашем сайте. Некоторые возможности использования и раскрытия информации, приведенные в этом Уведомлении, могут быть ограничены применимыми законами штата, если эти законы налагают более строгие ограничения, чем федеральные стандарты.

I. Как мы можем использовать и раскрывать защищенную информацию о вашем здоровье.

Использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию мы можем с различными целями. Приведенные ниже типичные примеры иллюстрируют характер использования и раскрытия информации в случаях, когда мы можем это делать без вашего разрешения — для обеспечения оплаты, лечения и управления медицинской деятельностью.

- **Оплата.** Мы используем и раскрываем защищенную медицинскую информацию, для того чтобы платить за предоставленные вам покрываемые медицинские услуги. Например, мы можем использовать защищенную медицинскую информацию при рассмотрении страховых требований, для получения возмещения у другого страховщика, если он отвечает за оплату услуг, и для выставления вам счета за страховку.
- **Управление медицинской деятельностью.** Мы используем и раскрываем защищенную медицинскую информацию, для того чтобы вести такую деятельность Плана, как контроль качества или административные действия, в том числе для управления данными и обслуживания клиентов.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Лечение.** Мы можем использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию, для того чтобы помочь обслуживающим вас медикам и учреждениям (врачам, аптекам, больницам и т. д.) диагностировать и лечить ваши заболевания. Например, мы можем раскрывать медикам защищенную медицинскую информацию, для того чтобы сообщить информацию об альтернативных методах лечения.
- **Спонсор Плана.** Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию спонсору коллективного плана медицинского страхования, например вашему работодателю или другому юридическому лицу, предоставляющему вам медицинское страхование. Мы это делаем при условии, что спонсор соглашается соблюдать определенные ограничения при использовании и раскрытии защищенной медицинской информации (например, соглашается не использовать защищенную медицинскую информацию для кадровых решений).
- **Лица, участвующие в оказании вам помощи или ее оплачивающие.** Кроме того, мы можем раскрыть вашу защищенную медицинскую информацию физическому лицу, например члену семьи, родственнику или близкому другу, если указанное лицо участвует в оказании вам помощи или в оплате медицинских услуг. Раскрывать указанным лицам необходимую им защищенную медицинскую информацию мы можем, если вы против этого не возражаете или если обстоятельства позволяют нам с достаточной уверенностью заключить, что вы не возражали бы против такого раскрытия указанной информации; тем не менее в ваше отсутствие и в случае вашей недееспособности мы можем раскрывать такую информацию, только если на основании профессионального заключения приходим к выводу о том, что такое раскрытие информации делается в ваших интересах.

II. Другие случаи разрешенного или обязательного раскрытия информации.

- **По закону.** Мы должны раскрывать защищенную медицинскую информацию, если этого требует от нас законодательство.
- **Деятельность органов общественного здравоохранения.** Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию органам общественного здравоохранения, если она необходима им для предупреждения или контроля заболеваний, травм, инвалидизации и т. п.
- **Жертвы противоправных действий, халатности или домашнего насилия.** Мы можем раскрывать государственным органам защищенную медицинскую информацию в случаях, касающихся противоправных действий, халатности и домашнего насилия.
- **Деятельность надзорных органов.** Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию государственным надзорным органам (например, Департаменту здравоохранения штата Калифорния), которым она нужна для выполнения возложенных на них законом обязанностей.
- **Административные и процессуальные действия.** Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию по судебному или административному предписанию. В определенных случаях мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию также в случае вызова нас в суд повесткой, по запросу суда и в соответствии с другими юридическими процедурами.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Деятельность правоохранительных органов.** В ограниченном числе случаев мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию сотрудникам правоохранительных органов по предъявлению ими ордера или аналогичного документа; для идентификации или поиска подозреваемого; с целью предоставления информации о жертве преступления.
- **Коронеры, директора похоронных бюро, донорство органов.** Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию коронерам и директорам похоронных бюро в той мере, в которой это необходимо им для выполнения своих обязанностей. Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию также в связи с донорством органов или тканей.
- **Исследования.** В определенных ситуациях мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию для исследовательских целей; это делается при условии, что были приняты необходимые меры для защиты вашей конфиденциальности.
- **Для предупреждения серьезной угрозы здоровью или безопасности.** С некоторыми ограничениями мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию тогда, когда это необходимо для предупреждения серьезной угрозы вашему здоровью или вашей безопасности или здоровью и безопасности общественности или другого лица.
- **Особые виды государственной деятельности.** Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию, если этого требуют органы вооруженных сил или имеющие на это право официальные представители федеральных органов, которым эта информация необходима для обеспечения государственной безопасности или для разведывательной деятельности.
- **Компенсация пострадавшим на рабочем месте.** Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию в той мере, в которой это требуется для выполнения требований закона штата о программах компенсации работникам, пострадавшим на рабочем месте.
- **Поиск финансирования.** Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную 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 действия в будущем.
- **Страхование.** Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для решения страховых вопросов, например для принятия решений о страховом покрытии. Когда мы используем вашу защищенную медицинскую информацию для решения страховых вопросов, нам запрещено использовать и раскрывать генетическую информацию.

III. Случаи использования и раскрытия информации, при которых требуется ваше разрешение.

За редкими исключениями, мы обязаны получать у вас письменное разрешение на использование вашей защищенной медицинской информации в следующих целях:

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Маркетинг.** На использование или раскрытие вашей защищенной медицинской информации для маркетинга мы испрашиваем ваше письменное разрешение. Мы это не делаем в ограниченном числе случаев, например когда лично общаемся с вами по вопросам маркетинга или предлагаем вам рекламные образцы по номинальной цене.
- **Продажа защищенной медицинской информации.** Перед любым раскрытием или использованием вашей защищенной медицинской информации, которое может рассматриваться как продажа такой информации (т. е. ее нам оплачивают), мы испрашиваем ваше на то письменное разрешение.
- **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.
- **Другие случаи использования и раскрытия информации.** Во всех остальных случаях, не указанных в этом уведомлении, использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию мы можем только с вашего письменного разрешения; исключение может быть сделано только в предусмотренных законом случаях.
- **Отзыв разрешения.** Вы всегда можете отозвать свое разрешение; делать это нужно в письменном виде. Этот отзыв разрешения не распространяется, однако, на информацию, которую мы ко времени отзыва разрешения уже раскрыли. Кроме того, мы по-прежнему можем ее использовать и раскрывать, если когда закон разрешает нам использовать эту информацию для представления возражений по иску, касающемуся страхового требования или страхового покрытия по этому Плану.

IV. Ваши права по отношению к защищенной медицинской информации. У вас есть определенные права по отношению к имеющейся у Плана защищенной медицинской информации.

- **Право доступа к защищенной медицинской информации.** За исключением ограниченного числа ситуаций, у вас есть право знакомиться с документацией из группы документов, содержащей защищенную медицинскую информацию и получать копии этих документов. Вы можете попросить, чтобы мы предоставили вам копии документов, содержащих вашу защищенную медицинскую информацию, в альтернативных формах, то есть, например, не в виде фотокопии, а в электронном виде. Мы выполняем такую просьбу, если это не требует значительных усилий. Обычно такая документация содержит защищенную медицинскую информацию, включает документы о включении вас План, о выставленных счетах и об оплате страховых требований; кроме того, в нее входят административные документы и документы, касающиеся управления медицинским обслуживанием.

Запрос на ознакомление с документами, содержащими защищенную медицинскую информацию, и/или на получение их копий следует подавать в письменной форме. Мы можем взимать с вас плату за предоставление, копирование и почтовую или электронную доставку запрошенных документов, но о том, сколько мы хотим с вас получить, мы вам

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



сообщаем заранее. Если на ваш запрос о получении такого доступа мы ответим отказом, вы получите письменное объяснение его причин. В письме будет указано, можно ли пересмотреть наше решение, и как нас попросить о пересмотре.

- **Право вносить исправления в свою защищенную медицинскую информацию.** Если вы считаете, что имеющаяся у Плана защищенная медицинская информация неполна или содержит ошибки, вы можете попросить нас внести исправления. Ваш запрос должен быть подан в письменной форме и должен содержать обоснование изменений, которые вы хотите внести. Мы можем ответить на ваш запрос отказом, если, например, вы просите исправить информацию, полученную Планом из другого источника, или если вы хотите исправить точные и полные данные.

Если на вашу просьбу внести исправления мы отвечаем отказом, вы получаете от нас письменное уведомление о нашем решении. В этом случае вы имеете право подать нам письменное заявление о несогласии с нашим решением, а мы имеем право его отклонить.

- **Право на получение отчета о раскрытии информации планом.** У вас есть право запросить отчет по имевшим место случаям раскрытия планом вашей защищенной медицинской информации. Содержащийся в этом отчете перечень не включает случаи раскрытия такой информации в связи с вашим лечением, нашими выплатами и управлением медицинской деятельностью; он не включает также случаи раскрытия информации вам или с вашего разрешения. Этот перечень может не включать также случаи, когда мы раскрывали информацию по некоторым другим причинам, например органам государственной безопасности.

Ваш запрос на получение отчета о раскрытии информации должен быть подан в письменном виде; в нем должен быть указан промежуток времени, за который вы хотите получить отчет. Этот период не должен превышать шести лет и не может начинаться раньше 14 апреля 2003 г. В запросе должна быть указана форма, в которой вы хотите получить информацию (например, на бумаге или в электронной форме). По первому за 12-месячный период запросу вы получаете отчет бесплатно. За последующие отчеты, запрошенные в указанный период, мы можем взимать с вас плату, но о стоимости отчета мы вам сообщаем заранее.

- **Право просить о наложении ограничений на использование и раскрытие вашей защищенной медицинской информации.** У вас есть право просить нас о наложении ограничений на использование и раскрытие защищенной медицинской информации для лечения, оплаты и управления медицинской деятельностью. *Мы можем с вашей просьбой не согласиться.* Если мы соглашаемся, мы соблюдаем запрошенные вами ограничения, за исключением случаев, когда использование или раскрытие информации необходимо в экстренной ситуации. Такой запрос нужно подавать в письменном виде. В нем вы должны сообщить нам (1) использование и раскрытие какой информации вы хотите ограничить; (2) хотите ли вы ограничить использование информации, ее раскрытие или использование и раскрытие одновременно; (3) на кого вы хотите распространить просимые ограничения.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Право получать конфиденциальные сообщения.** Если переписка с Планом может быть для вас опасна, вы можете попросить нас о том, чтобы план использовал конфиденциальный способ связи с вами или чтобы мы присылали информацию плана по определенному адресу. Ваш запрос на использование конфиденциального способа связи должен быть подан в письменном виде. Запрос должен в явном виде содержать заявление о том, что вся наша корреспонденция или ее часть могут создавать для вас опасность. Мы выполняем все разумные запросы такого рода. В вашем запросе должно быть указано, как или где вы хотите получать наши сообщения.
- **Право получать уведомление о случаях нарушения конфиденциальности.** У вас есть право получать уведомление о каждом случае нарушения конфиденциальности вашей защищенной медицинской информации (если такое вдруг случится).
- **Право получить бумажный экземпляр этого Уведомления.** Вы имеете право в любое время попросить бумажный экземпляр этого Уведомления, даже если вы прежде согласились получить его в электронном виде.
- **Контактная информация для использования ваших прав.** Вы можете использовать любые приведенные выше права. Для этого вам нужно связаться с нашим отделом обеспечения конфиденциальности (Privacy Office). Контактная информация приведена в конце этого Уведомления.

V. Защита медицинской информации. Компания Health Net требует от всех своих сотрудников соблюдать принятые в компании Health Net правила обеспечения безопасности информации и процедуры, позволяющие доступ к медицинской информации участников плана только тем сотрудникам, которым она нужна для выполнения служебных обязанностей. Кроме того, для обеспечения безопасности защищенной медицинской информации компания Health Net использует меры физического, административного и технического характера.

VI. Изменения в настоящем Уведомлении. Мы сохраняем за собой право в любое время менять положения настоящего Уведомления, регулирующие работу с защищенной медицинской информацией, как той, которую мы уже получили, так и той, которую мы можем получить в будущем. Всякий раз, когда мы вносим существенное изменение в содержащиеся в Уведомлении правила соблюдения конфиденциальности, мы предоставляем вам экземпляр нового Уведомления. Кроме того, в таких случаях мы размещаем текст действующего Уведомления на нашем сайте, расположенном по адресу www.healthnet.com

VII. Жалобы на нарушение конфиденциальности. Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены, вы можете подать жалобу нам (см. раздел VIII) и/или в центральный отдел по вопросам работы с документацией (Centralized Case Management Operations) федерального Департамента здравоохранения и социального обеспечения (Department of Health and Human Services). Адрес отдела: 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201. Кроме того, пожаловаться можно через сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Кроме того, получить ответы на вопросы можно в отделе по вопросам гражданских прав, телефон 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697). Если жалобу вы отправляете в наш план, то ее нужно оформить в письменном виде и оправить нашему сотруднику, отвечающему за соблюдение конфиденциальности (Health Net Privacy Office; адрес см. в следующем разделе).

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Жалобы по поводу обслуживания, покрываемого по программе Medi-Cal, можно подавать также в департамент здравоохранения штата Калифорния (DHCS); адрес см. ниже.

Мы уважаем ваше право на защиту конфиденциальности защищенной медицинской информации. За обращение с жалобой мы вас не накажем и не примем против вас никакие меры воздействия.

VIII. Как связаться с планом.

Если у вас есть вопросы об этом Уведомлении или если в соответствии с требованиями предшествующих разделов Уведомления вы хотите подать в План письменный запрос, свяжитесь с нами по следующему адресу:

Адрес:

Health Net Privacy Office
Attention: Privacy Officer
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409

Другие способы:

Телефон: 1-800-522-0088
Факс: 1-818-676-8314
Электронная почта: Privacy@healthnet.com

Если вы включены в план, действующий только по программе Medi-Cal, считаете, что мы не защитили вашу конфиденциальность, и хотите на нас пожаловаться, то можете подать жалобу письмом или по телефону:

Privacy Officer
c/o Office of Legal Services
California Department of Health Care Services
1501 Capitol Avenue
P.O. Box 997413, MS 0010
Sacramento, CA 95899-7413
Телефон: 1-916-445-4646 или 1-866-866-0602 (TTY/TDD: 1-877-735-2929)
Электронная почта: Privacyofficer@dhcs.ca.gov

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 тщательно соблюдаем конфиденциальность вашей личной финансовой информации. В этом уведомлении «личная финансовая информация» — это информация об участнике плана или лице, подавшем заявку на включение в план, не находящаяся в общественном доступе, позволяющая выяснить личность такого человека и полученная у него или в связи с предоставлением ему страхового покрытия.

Информация, которую мы собираем.

Мы получаем вашу личную финансовую информацию из следующих источников:

- Информация из ваших заявок и других форм — это, например, ваше имя, адрес, возраст, медицинская информация и номер в системе социального страхования.
- Информация о ваших финансовых операциях с нами, нашими дочерними компаниями и т. д.: выплата страховых премий, история страховых требований и т. д.
- Информация из отчетов потребителей.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Раскрытие информации.

Мы не раскрываем третьим сторонам личную финансовую информацию участников наших планов, как нынешних, так и прежних. Исключения возможны только в предусмотренных законом случаях. Например, в ходе нашей обычной предпринимательской деятельности мы можем в той мере, в которой это разрешено законом, без вашего разрешения раскрывать следующим организациям любую вашу личную финансовую информацию следующим учреждениям:

- Наши дочерние компании, например другие страховщики.
- Компании, которые с нами не связаны, если это им нужно для рутинной предпринимательской деятельности, например для проведения ваших финансовых операций или ведения вашего счета. Кроме того, мы раскрываем такую информацию по судебным предписаниям и в связи с проводимыми расследованиями.
- Компании, которые с нами не связаны, но оказывают нам услуги, например рассылают нашу рекламу.

Безопасность и конфиденциальность.

Для того чтобы защитить вашу личную финансовую информацию от потери, уничтожения и неправомерного использования, мы принимаем меры физического, административного и технического характера. Мы это делаем в соответствии с применимым федеральным законодательством и законодательством штата. Эти меры включают защиту компьютеров и бумажных документов от несанкционированного доступа, ограниченный доступ в здания и ограничение круга лиц, имеющих доступ к личной финансовой информации.

Вопросы по поводу этого уведомления.

С любыми вопросами об этом уведомлении:

С вопросами об этом уведомлении **звоните по телефону для бесплатных звонков, приведенному на оборотной стороне вашей идентификационной карточки участника плана** или в компанию Health Net, телефон 1-800-522-0088.

Редакция от 11 июля 2016 г.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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, посещение туалета, одевание, мытье, чистка зубов.

Оплата обслуживания в период ожидания (Aid paid pending). Вы можете получать спорное покрываемое обслуживание, пока вы ожидаете решения по вашей апелляции 1-го уровня или решения по результатам Независимого слушания органами штата (State Fair Hearing) (см. главу 9). Страховое покрытие этого обслуживания называется «оплата обслуживания в период ожидания» (Aid paid pending).

Амбулаторный хирургический центр (Ambulatory surgical center). Учреждение, в котором пациентам, не нуждающимся ни в больничном лечении, ни в лечении длительностью больше 24 часов, делают амбулаторные операции.

Апелляция. Способ подать возражение на предпринятое нами действие, если оно кажется вам ошибочным. Подав апелляцию, можно попросить нас поменять решение о страховом покрытии. Подробно об апелляциях и о том, как их подавать, см в главе 9.

Взимание разницы (Balance billing). Ситуация, в которой медик или медицинское учреждение взимает с пациента больше, чем установленное планом участие больного в оплате обслуживания. Мы не позволяем медикам и медицинским учреждениям взимать с вас дополнительную плату («взимать разницу»). Поскольку план Health Net Cal MediConnect полностью оплачивает ваше обслуживание, вы не должны получать никаких счетов. Если вы, тем не менее, получили непонятный счет, позвоните в наш отдел обслуживания.

Психическое здоровье (Behavioral Health). Общий термин, включающий психические нарушения, лекарственные и наркотические зависимости.

Фирменное лекарство (Brand name drug). Лекарство по рецепту, которое производится и продается фармацевтической компанией, проводившей разработку и исследования этого лекарства. Другое название «патентованное лекарство». 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 карточка для всех покрываемых видов обслуживания.

Координатор обслуживания (Care coordinator). Координатор обслуживания — это человек, который совместно с вами, страховым планом и лечащими вас медиками работает над тем, чтобы вы получали нужные вам лечение и уход.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Дополнительные услуги по плану обслуживания (Care Plan Optional Services, CPO Services). Дополнительные услуги, которые вы можете при необходимости получить по своему индивидуальному плану обслуживания (Individualized Care Plan, ICP). Эти услуги не заменяют длительное обслуживание, покрываемое по программе Medi-Cal, которое вы можете получать.

План обслуживания (Care plan). См. «Индивидуальный план обслуживания».

Группа обслуживания (Care team). См. «Группа комплексного обслуживания».

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 \$4950, 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.

Обслуживание взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS). Программа амбулаторной помощи в учреждениях, предоставляющих 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. Письменное 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 и лечебная физкультура, социальная и психологическая реабилитация, дыхательная терапия, эрготерапия (восстановление двигательных навыков), лечение речевых нарушений и оценка соответствия жилья потребностям пациента.

Доплата (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). 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, какое обслуживание или лекарство мы будем покрывать и в каком объеме. О том как попросить нас принять решение о страховом покрытии, см. в главе 9.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Покрываемые лекарства. Термин, который мы используем для всех лекарств по рецепту, которые наш план покрывает.

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.

Суточное участие в оплате (Daily cost sharing rate). Это величина, которая используется для расчета доплаты за лекарство, выписанное на срок менее месяца. Ваше суточное участие в оплате лекарства рассчитывается как месячная доплата за лекарство, разделенная на число дней в месяце. 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 департамента DHCS 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 плана может быть добровольным (по вашему желанию) или принудительным (независимо от вашего желания).

Медицинское оборудование длительного пользования (Durable medical equipment, DME). Приспособления, которые ваш врач выписывает вам для использования на дому. Вот некоторые примеры: ходунки, инвалидные коляски, больничные кровати.

Экстренное состояние (Emergency). Состояние, при котором вы или любой разумный человек, не имеющий медицинского образования, имеет основания считать, что симптомы больного 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). Помощь, оказанная 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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Дополнительная помощь (“Extra Help”). Программа, действующая в составе программы 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).

Лекарство-дженерик (Generic drug). Лекарство по рецепту, которое федеральное правительство разрешило использовать вместо фирменного лекарства. Лекарства-дженерики (другое название «непатентованные лекарства») содержат те же активные компоненты, что и фирменные (патентованные) лекарства. Обычно они действуют так же хорошо, как фирменные лекарства, но стоят меньше.

Претензия (Grievance). Жалоба. Жаловаться можно сотрудничающих с нами медиков и на сотрудничающие с нами учреждения и аптеки. Кроме того, можно обратиться с претензией на качество помощи.

Программа консультирования и защиты прав клиентов медицинских страховых планов (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Программа, которая предоставляет бесплатные независимые консультации по вопросам, касающимся программы Medicare. О том как обратиться в программу HICAP, см. в главе 2.

Страховой план. Организация, работающая с врачами; больницами; аптеками; организациями, предоставляющими длительное обслуживание; психологами и психиатрами и другими учреждениями, медиками, продавцами и поставщиками. Кроме того, в нем есть координаторы обслуживания, помогающие организовывать все ваше медицинское обслуживание. Все вместе они работают над предоставлением вам необходимого обслуживания.

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. Сиделка и обслуживающий вас сотрудник программы IHSS это разные лица.

Хосписное обслуживание. Программа обслуживания и поддержки, предназначенная для облегчения жизни смертельно больных людей. Смертельно больным считается человек, которому осталось жить не больше шести месяцев. Выбрать хосписное обслуживание может участник плана, которому 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.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Независимая медицинская экспертиза (Independent Medical Review, IMR). Если мы отказались покрывать вам обслуживание или лечение, вы можете направить нам апелляцию. В случае несогласия с нашим решением о страховом покрытии обслуживания по программе Medi-Cal, 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 планом. Если решение экспертизы будет в вашу пользу, мы должны предоставить вам запрошенное обслуживание или лечение. Независимая экспертиза проводится бесплатно.

Индивидуальный план обслуживания (Individualized Care Plan, ICP, или «план обслуживания»). План обслуживания, которое вы будете получать, и то, каким образом вы его будете получать. Ваш план обслуживания может включать медицинское обслуживание, помощь при психических нарушениях и длительное обслуживание.

Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS). Программа штата Калифорния, предоставляющая уход людям, для которых самостоятельное проживание дома небезопасно.

Начальный период страхового покрытия (Initial coverage stage). Период, который продолжается с начала года до тех пор, пока ваши общие расходы на лекарства по программе Part D не достигнут \$4950. При расчете ваших расходов учитываются суммы, которые вы уплатили; суммы, уплаченные за вас и субсидия лицам с низким доходом. Этот период начинается 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 обслуживания (Interdisciplinary Care Team, ICT, или группа 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, которые наш план покрывает. Составлять этот перечень плану помогают врачи и фармацевты. Из Перечня лекарств можно узнать, распространяются ли на ваши лекарства какие-то правила. По-английски перечень лекарств иногда называют «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 (long-term services and supports, LTSS) участвуют программа Обслуживание взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS), Службы помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP), учреждения сестринского ухода (Nursing Facilities, NF) и учреждения для лечения подострых состояний (Sub-Acute Care Facilities, SCF).

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Субсидия лицам с низким доходом (Low-income subsidy, LIS). См. «Дополнительная помощь» (“Extra Help”).

Программа Medi-Cal. Название программы Medicaid 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. Она 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, страховое покрытие которого предоставляется по программе Medi-Cal, например, длительное обслуживание, медицинское оборудование и транспорт. Обслуживание, покрываемое по программе Medicare, отличается от того, которое покрывается по программе Medi-Cal.

Медицинская группа. Медицинская группа — группа работающих вместе врачей первичного обслуживания (врачей PCP), врачей-специалистов и других медиков. Сотрудничающая с нами медицинская группа заключила с нашим планом договор о сотрудничестве.

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, включенные в 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 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 необходимого по медицинским показаниям обслуживания в больнице, центре квалифицированного сестринского ухода, медицинское обслуживание на дому и хосписное обслуживание.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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 страховым компаниям 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, и прививки. Кроме того, она покрывает 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 такие лекарства 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, 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 участник нашего плана.

Отдел обслуживания. Отдел нашего плана, который отвечает за работу с участниками плана и отвечает на их вопросы о статусе, покрываемых услугах, жалобах и апелляциях. О том как связаться с нашим отделом обслуживания участников плана, см. 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 обслуживания совместно с вами составлять ваш индивидуальный план обслуживания. Эти задачи помогают вам поддерживать свое здоровье в как можно лучшем состоянии. Кроме того, вы и ваша группа обслуживания изучаете ход выполнения поставленных задач.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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). Аптека, которая согласилась выдавать участникам нашего плана лекарства по рецепту. У такой аптеки есть с нашим планом договор. 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 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 и продавцы медицинского оборудования и организации, в которых можно получить длительное обслуживание. У этих медиков и учреждений есть сертификаты 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 в тех учреждениях, которые с нами сотрудничают.

Центр сестринского ухода (Nursing home or facility). Учреждение, в котором ухаживают за людьми, не нуждающимися 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 (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 часто называется "coverage decision". О том как попросить нас принять решение о страховом покрытии, см. в главе 9.

Программа Original Medicare [обычная программа Medicare (traditional Medicare), или программа Medicare со сдельным способом оплаты труда медиков (fee-for-service Medicare)]. Программа Original Medicare — это государственная программа, работающая без посредничества страховых планов. Программа Original Medicare оплачивает работу врачей, больниц и других медиков и медицинских учреждений 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 такое 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 в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом 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 учреждение (Out-of-network facility). Медики и 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. О медиках и учреждениях, не сотрудничающих с планом, см. в главе 3.

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 Medicare Part D».

Врач первичного обслуживания (Primary Care Provider, 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 давать вам направления к другим врачам. 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, на получение которых нужно вначале получать наше разрешение, отмечены в таблице покрываемого обслуживания, 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*.

Планы по Комплексной программе медицинского обслуживания престарелых [Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Plans]. Программа, по которой людям в возрасте 55 лет и старше, которым для проживания дома нужна помощь высокого уровня, предоставляется страховое покрытие одновременно по программам Medicare и Medi-Cal.

Протезы и ортопедические устройства. Медицинские устройства, назначенные вам врачом или

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



другим медиком. Покрываемые устройства включают, например, иммобилизующие устройства для рук, спины и шеи; протезы рук и ног; глазные протезы; устройства, заменяющие внутренний орган или его функцию; принадлежности для ухода за колостомой и для энтерального и параэнтерального питания.

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 QIO вашего штата, см. в главе 2.

Количественные ограничения (Quantity limits). Для некоторых лекарств мы ограничиваем количество, которое вы можете получать. Ограничения могут распространяться на количество лекарства, которое мы покрываем по одному рецепту, или на количество повторных получений лекарства по одному рецепту («рефил»).

Реабилитация. Лечение, позволяющее вам восстановиться после болезни, несчастного случая или серьезной операции. О реабилитации говорится в главе 4.

Зона обслуживания. Зона обслуживания (Service Area). Географическая зона, в пределах которой должны проживать клиенты плана, если план этого требует. В планах, которые требуют от своих участников обращаться только к определенным врачам и в определенные больницы, зона обслуживания обычно совпадает с зоной, в пределах которой вы получаете обычную (не экстренную) помощь. План может исключить вас из числа своих клиентов, если вы переезжаете за пределы его зоны обслуживания.

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 предоставляют другое медицинское обслуживание.

Помощь в центрах квалифицированного сестринского ухода [Skilled nursing facility (SNF) care]. Квалифицированная сестринская помощь и реабилитация, непрерывно и ежедневно предоставляемые в центре квалифицированного сестринского ухода. К числу услуг, предоставляемых в таких центрах, относятся, например, физиотерапия и лечебная физкультура и внутривенные инъекции, которые может делать только дипломированная медицинская сестра или врач.

Специалист. Врач, который лечит определенные болезни или определенный орган.

Просьба всегда присылать материалы плана в определенной форме (Standing request). Вы можете обратиться в план с просьбой всегда присылать вам материалы плана в определенной форме (например, напечатанными крупным шрифтом или в виде файла PDF) или в переводе

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).

Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



на ваш родной язык. С этой просьбой достаточно обратиться один раз. Ее вносят в ваше дело и присылают материалы плана в запрошенной вами форме.

Независимое слушание органами штата (State Fair Hearing). Если ваш врач просит предоставить вам обслуживание или приспособление по программе Medi-Cal, которое мы отказались покрывать или покрытие которого решили прекратить, вы можете потребовать независимого слушания органами штата.

Если решение по результатам слушания 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 (бенефит), которую Департамент социального обеспечения (Social Security) ежемесячно выплачивает инвалидам, слепым и лицам в возрасте 65 лет и старше, имеющим ограниченные средства и доходы. Бенефиты SSI — это не то же самое, что бенефиты 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 врачам или в учреждения, которые с нами сотрудничают, временно невозможно, эту помощь можно получать у врачей и в учреждениях, которые с нами не сотрудничают.

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711).
Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.



Отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect

ТЕЛЕФОН	1-855-464-3571 Звонки бесплатные. Сотрудники отдела отвечают на звонки с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. На выходных, во время федеральных праздников и в нерабочее время можно оставить голосовое сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Тем у кого английский не родной язык, в отделе обслуживания предоставляются бесплатные услуги устных переводчиков.
TTY	711 (коммутаторная служба США). Звонки бесплатные. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное оборудование. Эта линия предназначена только для людей, страдающих нарушениями слуха или речи. Звонки бесплатные. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. На выходных, во время федеральных праздников и в нерабочее время можно оставить голосовое сообщение.
ФАКС	1-800-281-2999
АДРЕС	Health Net Community Solutions, Inc. P.O. Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422
САЙТ	www.healthnet.com/calmediconnect

С вопросами обращайтесь в план Health Net Cal MediConnect, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Воспользуйтесь нашим сайтом www.healthnet.com/calmediconnect.

