

2021

Подтверждение
страхового покрытия/
Справочник участника

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)
Округ Los Angeles



Promise Health Plan

С 01 января 2021 г. по 31 декабря 2021 г.

Страховое покрытие медицинских услуг и препаратов в рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Справочник участника — Введение

В данном справочнике предлагается информация о вашем страховом покрытии в рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan до 31 декабря 2021 г. включительно. В нем описываются медицинские услуги, услуги по охране поведенческого здоровья (лечение психических расстройств и алкогольной или наркотической зависимости), страховое покрытие рецептурных препаратов, а также услуги долгосрочного ухода и поддержки. Услуги долгосрочного ухода и поддержки – это услуги, с помощью которых вы сможете продолжать жить дома, а не поступать в учреждение сестринского ухода или больницу. Основные термины и их определения предлагаются в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Данный справочник является важным юридическим документом. Храните его в надежном месте.

Настоящий план Cal MediConnect Plan предлагается организацией Blue Shield of California Promise Health Plan. Местоимения «мы», «нас», «нам» и «наш», используемые в данном Справочнике участника, подразумевают план Blue Shield of California Promise Health Plan. Термины «план» и «наш план» означают план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 每週七天辦公，早上8:00 點至晚上8:00 點或。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HỌC Ban.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오, 오후 8시, 7 일 주일 오전 8시.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռախոս)՝ 711)

فارسی:(Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرد 1-855-905-3825 (TTY: 711)

Русский (Russian): ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните сотрудникам плана Cal-MediConnect по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

العربية:(Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-905-3825 Cal-MediConnect (711: رقم هاتف الصم والبكم)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711)។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียง: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

اُردُو:(Urdu)

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Вы можете получить данный документ бесплатно в других форматах, например напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Звоните по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 в любой день недели. Звонок бесплатный.

Вы можете попросить присылать вам материалы, включая данный документ и его последующие редакции, на другом языке или в ином формате. Чтобы подать такую просьбу, позвоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, и в дальнейшем мы будем присылать вам материалы на выбранном языке и в удобном для вас формате. Чтобы уведомить об изменении своих предпочтений, свяжитесь с представителями плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Уведомления

- ❖ План Blue Shield of California Promise Health Plan является планом медицинского страхования, заключившим контракты с программой Medicare и программой Medi-Cal на предоставление своим участникам льгот по обеим этим программам.
- ❖ Страхование покрытие в рамках плана Blue Shield of California Promise Health Plan является достаточным страховым покрытием, также именуемым «минимально необходимым страховым покрытием» (minimum essential coverage). Оно удовлетворяет требованиям Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act, ACA) в отношении совместной ответственности. С подробной информацией об этих требованиях можно ознакомиться на сайте Федеральной налоговой службы (Internal Revenue Service, IRS) по адресу www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Справочник участника (2021 г.) — Содержание

Данный список глав с указанием номеров страниц является вашей отправной точкой. Чтобы быстрее найти интересующую вас информацию, перейдите на первую страницу нужной вам главы. **В начале каждой главы приведен подробный список ее разделов.**

Глава 1. Начало участия в плане	6
Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация	19
Глава 3. Покрытие медицинских и других услуг в рамках плана	42
Глава 4. Таблица льгот	69
Глава 5. Получение рецептурных препаратов для амбулаторного лечения в рамках плана	137
Глава 6. Суммы, которые вы должны платить за рецептурные препараты по программам Medicare и Medi-Cal	159
Глава 7: Запрос на оплату нашей части счета, полученного вами за покрываемые услуги или препараты.....	175
Глава 8. Ваши права и обязанности	181
Глава 9. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)	201
Глава 10: Выход из плана Cal MediConnect.....	268
Глава 11. Правовые уведомления	279
Глава 12. Определения важных терминов	285

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Глава 1. Начало участия в плане

Введение

В этой главе содержатся сведения о плане медицинского страхования Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, который покрывает все услуги, на которые вы имеете право по программам Medicare и Medi-Cal, и о вашем участии в нем. В ней также рассказывается о том, что произойдет после регистрации в плане и какую иную информацию вы получите от плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Основные термины и их определения предлагаются в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Содержание

A. Добро пожаловать в план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....	8
B. Сведения о программах Medicare и Medi-Cal.....	8
B1. Medicare	8
B2. Medi-Cal	8
C. Преимущества плана	9
D. Территория обслуживания плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	10
E. Кто имеет право на участие в плане	11
F. Что произойдет после регистрации в плане	11
G. Команда и план медицинского обслуживания	12
G1. Команда медицинского обслуживания	12
G2. План медицинского обслуживания	13
H. Ежемесячный страховой взнос за участие в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	13
I. <i>Справочник участника</i>	13
J. Прочие материалы, которые мы предоставляем участникам.....	14
J1. Ваша идентификационная карта участника плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	14
J2. <i>Справочник поставщиков услуг и аптек</i>	15

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



J3. Список покрываемых препаратов	17
J4. Разъяснение страховых выплат.....	17
К. Как сообщать об изменениях в ваших персональных данных.....	17
К1. Конфиденциальность личной медицинской информации	18

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



A. Добро пожаловать в план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan является планом Cal MediConnect. План Cal MediConnect — это организация, включающая врачей, больницы, аптеки, а также поставщиков услуг долгосрочного ухода, психиатрической помощи и др. В плане также имеются навигаторы обслуживания (Care Navigators) и команды медицинского обслуживания, которые будут помогать вам обращаться за помощью и получать услуги. Все вместе они будут обеспечивать вам доступ к необходимым медицинским услугам.

План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan утвержден штатом Калифорния и Центрами услуг Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) для предоставления обслуживания в рамках Cal MediConnect.

Cal MediConnect — это пилотная программа под совместным контролем штата Калифорния и федерального правительства, созданная для повышения качества обслуживания людей, участвующих одновременно в Medicare и Medi-Cal. В рамках этой программы штат и федеральное правительство проводят тестирование новых методов повышения качества обслуживания по программам Medicare и Medi-Cal.

B. Сведения о программах Medicare и Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для следующих категорий лиц:

- лица в возрасте 65 лет и старше;
- некоторые лица в возрасте до 65 лет с определенными категориями инвалидности;
- лица с терминальной стадией почечной недостаточности.

B2. Medi-Cal

Medi-Cal — это название программы Medicaid в штате Калифорния. Программа Medi-Cal реализуется штатом и оплачивается правительством штата и федеральным правительством. Программа Medi-Cal помогает людям с ограниченным доходом и ресурсами оплачивать услуги долгосрочного ухода и поддержки (Long-Term Services and Supports, LTSS) и медицинскую помощь. По этой программе также оплачиваются дополнительные услуги и лекарства, не покрываемые программой Medicare.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Каждый штат самостоятельно решает:

- что считается доходами и ресурсами;
- кто имеет право на участие в программе;
- какие услуги покрываются и
- сколько они стоят.

Штаты также самостоятельно определяют, как управлять программой, но обязаны при этом соблюдать правила, установленные федеральным правительством.

Программа Medicare и штат Калифорния утвердили план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Вы можете получать льготы по программам Medicare и Medicaid в рамках нашего плана, если:

- мы примем решение предлагать этот план;
- программа Medicare и штат Калифорния позволят нам и далее предлагать этот план.

Даже если наш план прекратит работу в будущем, это не повлияет на ваше право на получение услуг Medicare и Medi-Cal.

С. Преимущества плана

Участникам плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan предоставляются все услуги, покрываемые программами Medicare и Medi-Cal, в том числе покрытие рецептурных препаратов. **Вам не нужно дополнительно платить за регистрацию в этом плане медицинского страхования.**

План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan сделает получение льгот по программам Medicare и Medi-Cal более простым и удобным для вас. Вот некоторые преимущества плана:

- Вы будете получать **все** льготы на медицинское обслуживание в рамках **одного** плана медицинского страхования.
- У вас будет своя команда медицинского обслуживания, состав которой будет определен с вашей помощью. Ваша команда медицинского обслуживания может включать вас, лиц, осуществляющих за вами уход, ваших врачей, медсестер, консультантов и других специалистов сферы здравоохранения.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Вам будет помогать навигатор обслуживания. Этот специалист совместно с вами, планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и вашей командой медицинского обслуживания составит план вашего медицинского обслуживания.
- Вы сможете руководить собственным медицинским обслуживанием с помощью своей команды медицинского обслуживания и навигатора обслуживания.
- Команда медицинского обслуживания и навигатор обслуживания вместе с вами разработают план медицинского обслуживания для удовлетворения ваших индивидуальных потребностей в медицинских услугах. Команда медицинского обслуживания будет помогать координировать оказание вам необходимых услуг. В частности:
 - Ваша команда медицинского обслуживания обеспечит информирование ваших врачей обо всех принимаемых вами лекарствах, чтобы они могли убедиться, что вы принимаете нужные лекарства, и уменьшить побочные эффекты, которые могут возникнуть у вас от приема лекарств.
 - Команда медицинского обслуживания при необходимости передаст результаты ваших анализов всем вашим врачам и другим поставщикам услуг.

D. Территория обслуживания плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Наша территория обслуживания включает следующие округа в Калифорнии: Los Angeles.

Зарегистрироваться в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan могут только лица, проживающие в пределах нашей территории обслуживания.

Если вы переезжаете за пределы территории обслуживания нашего плана, вы не сможете оставаться участником плана. Чтобы узнать подробнее о том, что произойдет в случае переезда за пределы территории обслуживания, см. главу 8, раздел I. Вам потребуется обратиться к сотруднику по определению права на участие в планах медицинского страхования в своем округе:

<p>Округ Los Angeles</p> <p>Департамент социального обеспечения (Department of Public Social Services, DPSS)</p> <p>Отдел обслуживания клиентов</p>	<p>ТЕЛЕФОН: 1-866-613-3777. Звонок бесплатный.</p> <p>TTY: 711</p> <p>График работы: 7:30–17:30, с понедельника по пятницу, кроме праздников</p>
--	--

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Е. Кто имеет право на участие в плане

Вы можете зарегистрироваться в плане, если:

- вы проживаете в пределах нашей территории обслуживания **и**
- вам не меньше 21 года на момент регистрации **и**
- вы участвуете в частях А и В программы Medicare **и**
- в настоящий момент вы отвечаете критериям участия в программе Medi-Cal **и**
- вы являетесь гражданином США или постоянно проживаете в США на законных основаниях.

В вашем округе могут действовать дополнительные правила участия. Для получения более подробной в отдел обслуживания участников.

Ф. Что произойдет после регистрации в плане

В течение 45–90 дней с даты начала действия страхового покрытия вы пройдете оценку рисков для здоровья (health risk assessment, HRA).

Мы обязаны провести такую оценку. Оценка рисков для здоровья позволит нам составить ваш индивидуальный план медицинского обслуживания (individual care plan, ICP). Оценка рисков для здоровья включает вопросы, направленные на определение ваших потребностей в медицинской помощи, услугах долгосрочного ухода и поддержки и услуг по охране поведенческого здоровья, а также способности к самообслуживанию.

Мы обратимся к вам для проведения оценки рисков для здоровья. Такая оценка может быть проведена посредством визита на дом, телефонного звонка или по почте.

Мы отправим вам более подробную информацию об оценке рисков для здоровья.

Если вы зарегистрировались в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan недавно, то в течение определенного периода времени вы сможете продолжать посещать своих прежних врачей. Вы сможете обращаться к врачам, услугами которых пользовались ранее, и получать обслуживание на основании разрешений, имеющих у вас на момент регистрации, в течение не более чем 12 месяцев при условии соблюдения всех следующих условий:

- Вы, ваш представитель или поставщик медицинских услуг должны обратиться к нам напрямую и запросить соответствующее разрешение.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Мы определим, имеются ли у вас уже установившиеся отношения с поставщиком первичной или специализированной помощи (за некоторыми исключениями). Наличие уже установившихся отношений означает, что вы посещали не входящего в нашу сеть поставщика медицинских услуг по крайней мере один раз для получения неэкстренной помощи в течение 12 месяцев до даты регистрации в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
 - Чтобы определить наличие уже установившихся отношений, мы изучим вашу медицинскую информацию, к которой у нас имеется доступ, или информацию, которую вы нам предоставите.
 - Мы должны ответить на ваш запрос в течение 30 дней. Вы также можете попросить нас принять решение быстрее, и в таком случае мы должны ответить в течение 15 дней.
 - Вы или ваш поставщик медицинских услуг должны предоставить документацию, подтверждающую наличие уже установившихся отношений, и согласиться соблюдать определенные условия.

Примечание: Такой запрос **нельзя** подать в отношении медицинского оборудования длительного пользования, услуг транспортировки и других вспомогательных услуг, а также в отношении услуг, не покрываемых в рамках Cal MediConnect.

После окончания периода непрерывного обслуживания вам необходимо будет начать пользоваться услугами врачей и других поставщиков, которые входят в сеть плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и связаны с медицинской группой вашего поставщика первичных медицинских услуг, если мы не заключим соглашение с вашим врачом, не входящим в нашу сеть. Поставщик, входящий в сеть нашего плана, — это поставщик, сотрудничающий с нашим планом. Медицинская группа или независимая ассоциация врачей (Independent Physician Association, IPA) — это организация, созданная в соответствии с законодательством штата Калифорния, которая по договору с планами медицинского страхования предоставляет или обеспечивает предоставление медицинских услуг участникам этих планов. Медицинская группа или IPA — это объединение врачей первичной медицинской помощи и врачей-специалистов, созданное с целью предоставления услуг координируемого медицинского обслуживания. Подробнее о получении медицинского обслуживания см. в главе 3, раздел D.

Г. Команда и план медицинского обслуживания

Г1. Команда медицинского обслуживания

Вам нужна помощь в получении необходимых медицинских услуг? Для этого существует команда медицинского обслуживания. В нее могут входить врач, навигатор обслуживания и другие медицинские работники по вашему выбору.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Навигатор обслуживания — это специально обученный сотрудник, который координирует ваше медицинское обслуживание. Он будет назначен вам после регистрации в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Этот сотрудник также предоставит информацию о доступных ресурсах в местных сообществах, если окажется, что в рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan вы не можете получить необходимые вам услуги.

Вы можете позвонить нам по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 в любой день недели и попросить связать вас с вашей командой медицинского обслуживания (care team).

G2. План медицинского обслуживания

Этот план составляется командой медицинского обслуживания совместно с вами. В плане медицинского обслуживания содержится информация для вас и ваших врачей о том, в каких услугах вы нуждаетесь и на каких условиях будете их получать. Этот план охватывает медицинские услуги, услуги по охране поведенческого здоровья и услуги долгосрочного ухода и поддержки (LTSS). Он разрабатывается специально для вас и с учетом ваших нужд.

План медицинского обслуживания включает:

- цели медицинского обслуживания;
- сроки получения услуг.

После оценки рисков здоровью сотрудники команды медицинского обслуживания встретятся с вами, чтобы обсудить, какие услуги вам необходимы, и предложить дополнительные услуги, которые могут вас заинтересовать. План медицинского обслуживания разрабатывается с учетом ваших потребностей. Команда медицинского обслуживания пересматривает его вместе с вами не реже одного раза в год.

H. Ежемесячный страховой взнос за участие в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

В плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan нет ежемесячного страхового взноса.

I. Справочник участника

Данный *Справочник участника* является частью нашего контракта с вами. Это означает, что мы должны следовать всем правилам, изложенным в данном документе. Если вы считаете, что какие-либо наши действия нарушают данные правила, вам может быть предоставлена возможность подать апелляцию на наше действие, то есть оспорить его. Чтобы получить дополнительную информацию о порядке подачи апелляций, см. главу 9, раздел D, или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Вы можете запросить экземпляр *Справочника участника*, позвонив в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 (без выходных). *Справочник участника* также можно просмотреть или загрузить на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Контракт действителен в течение всех месяцев вашего участия в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect в период с 01 января 2021 г. по 31 декабря 2021 г.

Ж. Прочие материалы, которые мы предоставляем участникам

Вы уже должны были получить идентификационную карту участника плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, а также информацию о том, как найти *Справочник поставщиков услуг и аптек (Provider and Pharmacy Directory)* и *Список покрываемых препаратов (List of Covered Drugs)*.

Ж1. Ваша идентификационная карта участника плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

В нашем плане у вас будет одна карта, позволяющая получать услуги Medicare и Medi-Cal, включая услуги по долгосрочному уходу, определенные услуги психиатрической помощи и отпускаемые по рецепту лекарства. При получении любых услуг или лекарств вы должны предъявлять эту карту. Ниже приведен образец карты, чтобы вы знали, как она выглядит:



В случае повреждения, утери или кражи карты Cal MediConnect незамедлительно обратитесь в отдел обслуживания участников, и мы отправим вам новую карту. В отдел обслуживания участников можно позвонить по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 в любой день недели.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Пока вы являетесь участником нашего плана, вам не нужно пользоваться своей красно-белосиней картой Medicare или картой Medi-Cal для получения услуг Cal MediConnect. Храните эти карты в надежном месте на случай, если они вам понадобятся в будущем. Если вместо карты участника плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan вы предъявите свою карту Medicare, поставщик услуг может выставить счет Medicare вместо нашего плана, и вы тоже можете получить счет. См. главу 7, раздел А, чтобы узнать, что делать в том случае, если вы получите счет от поставщика услуг.

Помните: для получения услуг специализированной психиатрической помощи, которые предоставляются в рамках плана психиатрической помощи округа (mental health plan, МНП), необходимо использовать карту Medi-Cal.

J2. Справочник поставщиков услуг и аптек

В *Справочнике поставщиков услуг и аптек* перечислены поставщики услуг и аптеки, входящие в сеть плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Пока вы являетесь участником нашего плана, вы должны получать покрываемые услуги только у поставщиков, входящих в сеть плана. Есть несколько исключений для новых участников (см. стр. 41).

Вы можете запросить экземпляр *Справочника поставщиков услуг и аптек*, позвонив в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 (без выходных). Ознакомиться со *Справочником поставщиков и аптек* и загрузить его также можно на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

В данном *Справочнике поставщиков и аптек* содержится информация о специалистах сферы здравоохранения (врачах, практикующих медсестрах, психологах и др.), медицинских учреждениях (больницах, клиниках и т. п.) и поставщиках услуг ухода и поддержки (например, учреждениях дневного пребывания с медицинским уходом для взрослых и агентствах по оказанию медицинского ухода на дому), услугами которых вы можете воспользоваться в качестве участника плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. В нем также перечисляются аптеки, в которых вы можете получать лекарства по рецепту. Кроме того, в Справочнике предоставляется информация о следующем:

- в каких случаях необходимо получить направление для обращения к различным поставщикам медицинских услуг, медицинским специалистам и в различные учреждения;
- как выбрать себе врача;
- как сменить врача;
- как найти врачей первичной медицинской помощи, врачей-специалистов, аптеки и медицинские учреждения и (или) медицинскую группу/ИПА в вашем районе;
- как получить доступ к услугам долгосрочного ухода и поддержки (Long-Term Services and Supports, LTSS), услугам помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS) или

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



услугам многоцелевой программы обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP); а также

- как заказывать лекарства по почте, как пользоваться услугами аптек, отпускающих препараты для инфузионной терапии на дому, и аптек, обслуживающих пациентов учреждений долгосрочного ухода.

Определение поставщиков услуг, входящих в сеть плана

- Поставщиками услуг, входящими в сеть плана Blue Shield Promise Cal MediConnect, являются:
 - врачи, медсестры и другие специалисты сферы здравоохранения, к которым вы можете обратиться как участник нашего плана;
 - клиники, больницы, учреждения долгосрочного ухода и другие заведения, которые предоставляют медицинские услуги в рамках нашего плана;
 - учреждения, оказывающие услуги долгосрочного ухода и поддержки, услуги по охране поведенческого здоровья, агентства по уходу на дому, поставщики медицинского оборудования длительного пользования и другие лица и организации, предоставляющие товары и услуги в рамках программ Medicare или Medi-Cal.

Поставщики, входящие в сеть плана, согласились принимать оплату за услуги, на которые распространяется покрытие, от представителей нашего плана в качестве полной платы за предоставляемое обслуживание.

Определение аптек, входящих в сеть плана

- Аптека, входящая в сеть плана, — это аптека, которая согласилась отпускать рецептурные препараты участникам нашего плана. Вы можете выбрать удобную вам аптеку, входящую в сеть плана, из *Справочника поставщиков услуг и аптек*.
- Если вы хотите, чтобы план оплачивал ваши рецептурные препараты, вы должны получать их в одной из аптек, входящих в сеть нашего плана, за исключением ситуаций, когда требуется неотложная медицинская помощь.

За дополнительной информацией вы можете в любой день недели обратиться в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 08:00 до 20:00. В отделе обслуживания участников и на сайте плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan можно получить самую актуальную информацию об изменениях в нашей сети аптек и поставщиков услуг.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



J3. Список покрываемых препаратов

В нашем плане имеется *Список покрываемых препаратов (List of Covered Drugs)*. Для краткости мы называем его «Списком препаратов» (Drug List). В нем перечисляются рецептурные препараты, покрываемые планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

В Списке препаратов также приводятся правила и ограничения, действующие в отношении некоторых препаратов (например, лимиты отпуска). Для получения дополнительной информации о действующих правилах и ограничениях ознакомьтесь с Разделом С Главы 5.

Каждый год мы будем высылать информацию о том, как получить доступ к Списку препаратов, но изменения в него могут вноситься в течение всего года. Для получения самой актуальной информации об оплачиваемых лекарствах посетите веб-сайт www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect или позвоните по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 в любой день недели.

J4. Разъяснение страховых выплат

Когда вы получаете рецептурные препараты по части D, мы отправляем вам сводный отчет о платежах за них, чтобы вы знали об этих платежах и могли их отслеживать. Этот сводный отчет называется *Разъяснением страховых выплат (Explanation of Benefits, EOB)*.

В Разъяснении страховых выплат указана общая сумма, уплаченная вами (или другими лицами от вашего имени) за рецептурные препараты по части D, а также общая сумма, уплаченная нами за каждый такой ваш препарат в течение месяца. В Разъяснении страховых выплат содержится подробная информация о лекарствах, которые вы принимаете. В главе 6 приведена дополнительная информация о Разъяснении страховых выплат и о том, как с его помощью можно отслеживать страховое покрытие лекарств.

Разъяснение страховых выплат можно также получить по запросу. Чтобы получить экземпляр Разъяснения страховых выплат, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 (без выходных).

К. Как сообщать об изменениях в ваших персональных данных

Чтобы информация, содержащаяся в вашем личном деле, была точной, сообщайте нам об изменениях в своих персональных данных.

Поставщики услуг и аптеки, входящие в сеть плана, должны располагать точной и верной информацией о вас. **Из вашего личного дела они узнают, какие услуги и лекарства вы получаете и сколько вам будет это стоить.** Поэтому крайне важно, чтобы сведения о вас были точными, и для этого нам требуется ваше содействие.

Сообщайте нам о следующем:

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- изменения имени, адреса или номера телефона;
- изменения в других ваших медицинских страховках (например, полученной по месту работы – вашей или вашего супруга(и), а также изменения в программе компенсаций работникам за травмы на рабочем месте;
- подача требований выплаты страхового возмещения, например после ДТП;
- поступление в учреждение долгосрочного ухода или больницу;
- получение медицинского обслуживания в больнице или отделении неотложной помощи;
- смена лица, осуществляющего за вами уход или отвечающего за вас;
- ваше участие в клиническом исследовании.

Пожалуйста, в случае изменения каких-либо данных свяжитесь с отделом обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 08:00 до 20:00 в любой день недели.

К1. Конфиденциальность личной медицинской информации

В вашем личном деле может также содержаться ваша личная медицинская информация (personal health information, PHI). Законы штата и федеральное законодательство требуют, чтобы мы обеспечивали конфиденциальность вашей личной медицинской информации. Мы принимаем все меры для ее надлежащей защиты. Подробнее о защите личной медицинской информации см. в главе 8, раздел С.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

Введение

В этой главе содержится информация о том, куда вам следует обращаться с вопросами, касающимися плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и ваших льгот медицинского страхования. В ней вы также можете найти информацию о том, как связаться со своим навигатором обслуживания и другими лицами, которые могут представлять и защищать ваши интересы. Основные термины и их определения предлагаются в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Содержание

A. Как обратиться в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	21
A1. В каких случаях следует обращаться в отдел обслуживания участников	21
B. Как связаться с вашим навигатором обслуживания	25
B1. В каких случаях следует обращаться к навигатору обслуживания	25
C. Как связаться со справочной службой Nurse Advice Call Line.....	27
C1. В каких случаях следует обращаться в справочную службу Nurse Advice Call Line	27
D. Как воспользоваться кризисной линией Behavioral Health Crisis Line.....	28
D1. В каких случаях следует обращаться на кризисную линию Behavioral Health Crisis Line	28
E. Как связаться с программой консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).....	30
E1. В каких случаях следует обращаться в HICAP	30
F. Как связаться с организацией по повышению качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO).....	32

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте [www.blueshieldca.com/promise/Cal MediConnect](http://www.blueshieldca.com/promise/Cal%20MediConnect).



F1. В каких случаях следует связываться с организацией по повышению качества обслуживания Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO).....	32
G. Как связаться с программой Medicare	33
H. Как связаться с организацией Medi-Cal Health Care Options.....	34
I. Как связаться с программой омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program.....	35
J. Как связаться с отделом социальных услуг своего округа.....	36
K. Как связаться с окружным планом специализированной психиатрической помощи	37
K1. Вопросы, по которым следует обращаться в окружной план психиатрической помощи:	37
L. Как связаться с Департаментом управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care)	38
M. Прочие ресурсы	39

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



А. Как обратиться в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

ТЕЛЕФОН	<p>1-855-905-3825. Звонок бесплатный.</p> <p>С 8:00 до 20:00, без выходных.</p> <p>Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, например напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи, позвонив по указанному выше номеру.</p> <p>Мы предлагаем бесплатные услуги перевода лицам, не владеющим английским.</p>
ТТУ	<p>711. Звонок бесплатный.</p> <p>По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.</p> <p>С 8:00 до 20:00, без выходных.</p>
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	<p>Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755</p>
ВЕБ-САЙТ	<p>www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect</p>

А1. В каких случаях следует обращаться в отдел обслуживания участников

- Если у вас есть вопросы о плане
- Если у вас есть вопросы о страховых требованиях, счетах и идентификационной карте участника
- По поводу решений о страховом покрытии вашего медицинского обслуживания
 - Решение о страховом покрытии вашего медицинского обслуживания – это решение:
 - о ваших льготах и покрываемых услугах; **или**
 - о сумме, которую мы будем оплачивать за ваши медицинские услуги.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Если у вас есть вопросы касательно решения о страховом покрытии вашего медицинского обслуживания, позвоните нам.
- Для получения более подробной информации о принятии решений по поводу страхового покрытия см. главу 9, раздел D.
- Для подачи апелляции касательно вашего медицинского обслуживания
 - Подача апелляции – это официальный способ попросить нас пересмотреть решение, касающееся страхового покрытия вашего обслуживания, и изменить его, если, по вашему мнению, мы совершили ошибку.
 - Для получения более подробной информации о подаче апелляций см. главу 9, раздел D
- Для подачи жалобы касательно вашего медицинского обслуживания
 - Вы можете подать жалобу на нас или какого-либо поставщика услуг (входящего или не входящего в сеть плана). Поставщик, входящий в сеть нашего плана, — это поставщик, сотрудничающий с нашим планом. Вы также можете подать жалобу о качестве предоставленного вам обслуживания в организацию по улучшению качества обслуживания (см. раздел F ниже).
 - Вы можете позвонить нам и изложить свою жалобу. В отдел обслуживания участников можно обращаться по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 в любой день недели.
 - Если жалоба касается решения о страховом покрытии вашего медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию (см. раздел выше).
 - Вы можете направить жалобу в отношении плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan в программу Medicare. Для этого вы можете воспользоваться бланком на сайте www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Также за помощью можно обратиться по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
 - Вы можете подать жалобу в отношении плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan в программу Cal MediConnect Ombuds Program, позвонив по телефону 1-855-501-3077 (TTY: 1-855-847-7914) с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00.
 - Для получения более подробной информации о подаче жалоб на медицинское обслуживание см. главу 9, раздел J.
- По поводу решений о страховом покрытии ваших лекарств

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Решение о страховом покрытии ваших лекарств – это решение:
 - о ваших льготах и покрываемых лекарствах; **или**
 - о сумме, которую мы будем оплачивать за ваши лекарства.
- Оно касается ваших лекарств по части D, а также рецептурных препаратов и безрецептурных средств по программе Medi-Cal.
- Для получения более подробной информации по поводу решений о страховом покрытии рецептурных препаратов см. главу 9, раздел F.
- По поводу апелляций касательно лекарств
 - Подача апелляции – это способ обратиться к нам с запросом об изменении решения о страховом покрытии.
 - Чтобы подать апелляцию на решение о страховом покрытии принимаемых вами препаратов, входящих в список покрываемых препаратов (формуляр) плана Blue Shield Promise Cal MediConnect, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 08:00 до 20:00 в любой день недели. Препараты, покрываемые по программе Medi-Cal, отмечены в формуляре звездочкой (*).
 - Для получения более подробной информации о подаче апелляции в отношении рецептурных препаратов см. главу 9, раздел J.
- Чтобы подать жалобу, касающуюся лекарств
 - Вы можете подать жалобу на нас или на любую аптеку, в том числе по поводу рецептурных препаратов.
 - Если жалоба касается решения о страховом покрытии рецептурных препаратов, вы можете подать апелляцию (см. раздел выше).
 - Вы можете направить жалобу в отношении плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan в программу Medicare. Для этого вы можете воспользоваться бланком на сайте www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Также за помощью можно обратиться по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
 - Для получения более подробной информации о подаче жалоб по поводу рецептурных препаратов см. главу 9, раздел J.
- По поводу возмещения ваших расходов за медицинское обслуживание или лекарства

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Для получения более подробной информации о том, как подать нам запрос о возмещении вам потраченных средств или об оплате полученного вами счета, см. главу 7, раздел А.
- Если вы попросите нас оплатить счет и мы откажемся удовлетворить какую-либо часть вашего запроса, вы можете подать апелляцию. См. дополнительную информацию об апелляциях в главе 9, раздел D.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



В. Как связаться с вашим навигатором обслуживания

Навигатор обслуживания – это специально обученный сотрудник, который помогает координировать ваше медицинское обслуживание. Навигатор обслуживания входит в вашу команду медицинского обслуживания и является вашим основным контактным лицом. Он назначается вам при регистрации в плане медицинского страхования. Навигатор обслуживания позвонит вам, чтобы представиться и помочь в определении ваших потребностей. Чтобы связаться со своим навигатором обслуживания, позвоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и выберите опцию «Care Navigator». Когда вам будет назначен навигатор обслуживания, вы также сможете связаться с ним, позвонив по прямому телефонному номеру. Если вы захотите сменить навигатора обслуживания, позвоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

ТЕЛЕФОН	<p>1-855-905-3825. Звонок бесплатный.</p> <p>С 8:00 до 20:00, без выходных.</p> <p>Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, например напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи, позвонив по указанному выше номеру.</p> <p>Мы предлагаем бесплатные услуги перевода лицам, не владеющим английским.</p>
ТТУ	<p>711. Звонок бесплатный.</p> <p>По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.</p> <p>С 8:00 до 20:00, без выходных.</p>
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	<p>Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755</p>
ВЕБ-САЙТ	<p>www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect</p>

В1. В каких случаях следует обращаться к навигатору обслуживания

- С вопросами касательно вашего медицинского обслуживания

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- С вопросами о получении услуг по охране поведенческого здоровья (в связи с психическими расстройствами и алкогольной или наркотической зависимостью)
- С вопросами о транспортировке
- С вопросами касательно услуг долгосрочного ухода и поддержки (LTSS)

Услуги долгосрочного ухода и поддержки включают услуги для взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS), многоцелевые программы обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Service Programs, MSSP) и услуги учреждений сестринского ухода (Nursing Facilities, NF).

Услуги долгосрочного ухода и поддержки (Long-Term Services and Supports, LTSS) — это широкий диапазон услуг, которые позволяют людям с функциональными нарушениями и хроническими заболеваниями жить самостоятельно у себя дома или в учреждениях длительного медицинского обслуживания. Услуги и помощь по долгосрочному уходу предназначены для тех участников, которые нуждаются в помощи для выполнения обычных повседневных действий: купания, переодевания, приготовления пищи, приема лекарств и др. Если вы не можете продолжать жить самостоятельно без поддержки, обратитесь в отдел обслуживания участников за получением направления.

К услугам долгосрочного ухода и поддержки относятся: услуги для взрослых, предоставляемые по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS), услуги помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP), долгосрочный уход/опека.

В некоторых случаях возможно получение помощи в повседневном уходе за здоровьем и выполнением повседневных действий.

Вы можете иметь право на получение следующих услуг:

- услуги для взрослых, предоставляемые по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS);
- многоцелевые программы обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Service Programs, MSSP);
- квалифицированный сестринский уход;
- физиотерапия;
- эрготерапия;
- терапия при расстройствах речи;
- медицинские социальные услуги; а также
- медицинский уход на дому.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



С. Как связаться со справочной службой Nurse Advice Call Line

Дипломированные медицинские сестры, работающие в справочной службе Nurse Advice Line плана Blue Shield Promise of California Health Plan, ответят на ваши вопросы в любое время суток и в любой день недели. Обращайтесь в справочную службу Nurse Advice Line по телефону (800) 609-4166 (TTY: 711). Вы можете связаться с медсестрами по телефону, и они ответят на медицинские вопросы общего характера, а также подскажут, где можно найти дополнительную информацию. Сотрудники справочной службы Nurse Advice Line могут по вашей просьбе прислать вам по электронной почте конспект разговора со всей необходимой информацией и ссылками.

ТЕЛЕФОН	<p>(800) 609-4166 (TTY 711). Звонок бесплатный.</p> <p>Линия работает круглосуточно, без выходных.</p> <p>Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, например напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи, позвонив по указанному выше номеру.</p> <p>Мы предлагаем бесплатные услуги перевода лицам, не владеющим английским.</p>
TTY	<p>711. Звонок бесплатный.</p> <p>По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.</p> <p>Линия работает круглосуточно, без выходных.</p>

С1. В каких случаях следует обращаться в справочную службу Nurse Advice Call Line

- С вопросами касательно вашего медицинского обслуживания

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



D. Как воспользоваться кризисной линией Behavioral Health Crisis Line

Способ обращения	
ТЕЛЕФОН	<p>Кризисная линия Los Angeles Access and Crisis Line: 1-800-854-7771. Звонок бесплатный.</p> <p>Линия работает круглосуточно, без выходных.</p> <p>Мы предлагаем бесплатные услуги перевода лицам, не владеющим английским.</p>
TTY	<p>711. Звонок бесплатный.</p> <p>По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.</p> <p>Линия работает круглосуточно, без выходных.</p>
ТЕЛЕФОН	<p><u>Организация по предоставлению управляемых услуг в области поведенческого здоровья, план Blue Shield of California Promise Health Plan:</u></p> <p>1-855-765-9701. Звонок бесплатный.</p> <p>Линия работает круглосуточно, без выходных.</p> <p>Мы предлагаем бесплатные услуги перевода лицам, не владеющим английским.</p>
TTY	<p>711. Звонок бесплатный.</p> <p>По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.</p> <p>Линия работает круглосуточно, без выходных.</p>

D1. В каких случаях следует обращаться на кризисную линию Behavioral Health Crisis Line

- С вопросами об услугах по охране поведенческого здоровья и помощи при алкогольной или наркотической зависимости
- В случае возникновения острого психического состояния обращайтесь на кризисную линию Los Angeles Access Crisis line. Звонки принимаются

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



круглосуточно, без выходных. Необходимая контактная информация приведена выше в этом разделе.

- Если у вас есть вопросы по поводу услуг в области психического здоровья, а также помощи при алкогольной или наркотической зависимости, свяжитесь с отделом по охране поведенческого здоровья (Behavioral Health Services) плана Blue Shield of California Promise Health Plan. Необходимая контактная информация приведена выше в этом разделе.
- Планы медицинского обслуживания Cal MediConnect обязаны предоставлять зарегистрированным участникам доступ ко всем необходимым с медицинской точки зрения услугам по охране поведенческого здоровья (лечение психических расстройств и алкогольной и наркотической зависимости), которые в настоящее время покрываются программами Medicare и Medi-Cal.

Информацию об услугах специализированной психиатрической помощи в вашем округе см. на стр. 37.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Е. Как связаться с программой консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

Программа консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) предлагает бесплатное консультирование по вопросам медицинского страхования участникам программы Medicare. Консультанты HICAP могут ответить на ваши вопросы и помогут вам понять, что делать для разрешения вашей проблемы. Программа HICAP располагает подготовленными консультантами во всех округах, а ее услуги бесплатны.

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

ТЕЛЕФОН	Center for Health Care Rights 1-213-383-4519 Понедельник – пятница, с 8:30 до 16:30
ТТУ	711 По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	Los Angeles County HICAP Office 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
ВЕБ-САЙТ	http://www.aging.ca.gov/HICAP/

Е1. В каких случаях следует обращаться в HICAP

- Если у вас есть вопросы касательно плана Cal MediConnect или иные вопросы по поводу программы Medicare
 - Консультанты HICAP могут ответить на ваши вопросы о переходе в другой план, а также:
 - разъяснят ваши права;
 - помогут разобраться в вариантах выбора плана;

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- помогут подать жалобу на медицинское обслуживание или лечение; **а также**
- помогут разрешить проблемы со счетами.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Ф. Как связаться с организацией по повышению качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO)

Организацией по улучшению качества обслуживания в нашем штате является Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO). Это группа врачей и других специалистов сферы здравоохранения, которые помогают улучшать качество медицинского обслуживания участников программы Medicare. Организация Livanta BFCC-QIO не связана с нашим планом.

ТЕЛЕФОН	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
ВЕБ-САЙТ	https://www.livantaqio.com/en

Ф1. В каких случаях следует связываться с организацией по повышению качества обслуживания Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO)

- С вопросами касательно вашего медицинского обслуживания
 - Вы можете обратиться с жалобой на обслуживание, если вы:
 - не удовлетворены качеством медицинского обслуживания;
 - считаете, что вас слишком рано выписывают из больницы; **или**
 - считаете, что предоставление вам медицинских услуг на дому, услуг учреждения квалифицированного сестринского ухода или многопрофильного амбулаторного реабилитационного учреждения (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) заканчивается слишком рано.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Г. Как связаться с программой Medicare

Medicare является федеральной программой медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет и старше, некоторых лиц в возрасте до 65 лет, имеющих некоторые категории инвалидности, а также для лиц с терминальной стадией почечной недостаточности (как правило, с хронической почечной недостаточностью, при которой требуется диализ или пересадка почки).

Программа Medicare осуществляется под контролем федерального агентства «Центры услуг Medicare и Medicaid» (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

ТЕЛЕФОН	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Звонок бесплатный. Линия работает круглосуточно, без выходных.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048. Звонок бесплатный.</p> <p>По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.</p>
ВЕБ-САЙТ	<p>www.medicare.gov</p> <p>Это адрес официального сайта программы Medicare. На сайте размещается самая актуальная информация о программе Medicare. Кроме того, на сайте представлена информация о больницах, учреждениях сестринского ухода, врачах, агентствах по уходу на дому и учреждениях, проводящих диализ. На этом сайте имеются буклеты, которые вы можете распечатать на своем компьютере. Здесь также можно найти контактную информацию программы Medicare в вашем штате. Для этого откройте вкладку Forms, Help & Resources («Формы, справка и ресурсы»), а затем нажмите на ссылку Phone numbers & websites («Номера телефонов и веб-сайты»).</p> <p>На сайте Medicare есть опция, с помощью которой можно найти планы, предлагаемые в вашем регионе:</p> <p>Опция поиска планов Medicare (Medicare Plan Finder): персонализированная информация о планах Medicare, покрывающих рецептурные препараты, планах медицинского страхования Medicare и полисах Medigap (Medicare Supplement Insurance), доступных по месту вашего проживания. Выберите Find plans («Найти планы»).</p> <p>Если у вас нет компьютера, обратитесь в местную библиотеку, клуб или центр для пожилых, чтобы воспользоваться их компьютером. Можно также позвонить в Medicare по указанному выше телефону и объяснить, какая информация вам требуется: сотрудник программы найдет нужную информацию на сайте, распечатает и отправит ее вам.</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



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

Medi-Cal Health Care Options поможет вам, если у вас есть вопросы по поводу выбора плана Cal MediConnect или регистрации.

ТЕЛЕФОН	1-844-580-7272 Представители Health Care Options отвечают на звонки с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00.
ТТУ	1-800-430-7077 По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ВЕБ-САЙТ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



I. Как связаться с программой омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program

Программа омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program может представлять вас и защищать ваши интересы. Ее сотрудники могут ответить на ваши вопросы, если у вас возникла проблема или есть жалоба, а также разъяснить, что вам следует сделать. Они также могут помочь в решении проблем с обслуживанием или счетами. Программа омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program не связана с нашим планом, со страховыми компаниями и планами медицинского страхования. Услуги предоставляются бесплатно.

ТЕЛЕФОН	1-855-501-3077 Звонок бесплатный. Понедельник – пятница с 9:00 до 17:00
ТТУ	1-855-847-7914 По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	<u>Neighborhood Legal Services of Los Angeles County</u> <ul style="list-style-type: none"> • 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 • 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 • 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
ВЕБ-САЙТ	www.healthconsumer.org

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Ж. Как связаться с отделом социальных услуг своего округа

Если вам нужна помощь в получении льгот по программам медицинского страхования и социальной помощи округа Los Angeles, обратитесь в отдел социальных услуг своего округа (County Social Services Department).

ТЕЛЕФОН	<p>1-866-613-3777. Звонок бесплатный.</p> <p>В Los Angeles County Department of Public Social Services (Департаменте социального обеспечения округа Los Angeles) есть центр обслуживания клиентов — Customer Service Center (CSC), охватывающий 33 окружных офиса. График работы: понедельник – пятница, 7:30 – 17:30, кроме праздников.</p> <p>В центре обслуживания клиентов есть автоматизированная система ответов на звонки, предоставляющая участникам круглосуточный доступ к информации. Для доступа к автоматизированной системе наберите вышеуказанный бесплатный номер.</p>
ТТУ	<p>1-877-735-2929</p> <p>По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.</p>
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	<p>Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023</p>
ВЕБ-САЙТ	<p>http://dpss.lacounty.gov</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



К. Как связаться с окружным планом специализированной психиатрической помощи

Услуги специализированной психиатрической помощи, покрываемые программой Medi-Cal, могут предоставляться в рамках окружного плана психиатрической помощи (mental health plan, MHP), если эти услуги необходимы вам по медицинским показаниям.

ТЕЛЕФОН	<p>1-800-854-7771. Звонок бесплатный.</p> <p>Линия работает круглосуточно, без выходных. Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, например напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи, позвонив по указанному выше номеру.</p> <p>Мы предлагаем бесплатные услуги перевода лицам, не владеющим английским.</p>
TTY	<p>711. Звонок бесплатный.</p> <p>По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.</p> <p>Линия работает круглосуточно, без выходных.</p>

К1. Вопросы, по которым следует обращаться в окружной план психиатрической помощи:

- Вопросы о предоставляемых округом услугах по охране поведенческого здоровья
- Вопросы по специализированной психиатрической помощи, в том числе:
 - амбулаторные услуги по охране психического здоровья;
 - уход и лечение в дневное время;
 - услуги кризисного вмешательства и стабилизации состояния;
 - направленное ведение пациентов;
 - услуги лечения с проживанием для взрослых, а также
 - услуги кризисного лечения с проживанием.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



L. Как связаться с Департаментом управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care)

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care, DMHC) осуществляет контроль за планами медицинского страхования. Центр помощи DMHC может помочь вам в подаче апелляций и жалоб на ваш план медицинского страхования в связи с услугами Medi-Cal.

ТЕЛЕФОН	1-888-466-2219 Сотрудники DMHC отвечают на звонки с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00.
ТТУ	1-877-688-9891 По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ФАКС	1-916-255-5241
ВЕБ-САЙТ	www.dmhc.ca.gov

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



М. Прочие ресурсы

Как связаться с Управлением по делам пожилых округа Los Angeles (Los Angeles County Area Agency on Aging)

Управление по делам пожилых округа Los Angeles (Los Angeles County Area Agency on Aging) предоставляет услуги пожилым людям, инвалидам и членам их семей, помогая им жить дома без угрозы своему здоровью, пропагандирует здоровый и активный образ жизни и распространяет информацию о позитивном вкладе пожилых людей и инвалидов.

ТЕЛЕФОН	1-888-202-4248 Понедельник – пятница с 8:00 до 17:00
ТТУ	711 По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6 th St. Los Angeles, CA 90020
ВЕБ-САЙТ	http://css.lacounty.gov/

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Как связаться с региональными центрами округа Los Angeles

Региональные центры – это некоммерческие частные корпорации, которые заключают контракт с Департаментом услуг для лиц с нарушениями развития (Department of Developmental Services) на предоставление или координацию услуг и поддержки для лиц с нарушениями развития. У этих организаций есть офисы по всей Калифорнии, предоставляющие доступ ко многим местным ресурсам и услугам отдельным лицам и семьям. В Калифорнии есть 21 региональный центр с более чем 40 офисами, расположенными по всему штату, которые оказывают помощь людям с нарушениями развития и их родным. Со Справочником региональных центров можно ознакомиться на указанном ниже сайте.

ТЕЛЕФОН	1-916-654-1690 Понедельник – пятница с 8:00 до 17:00
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	1600 9 th Street P.O. Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020
TTY	1-916-654-2054 По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.dds.ca.gov

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Как связаться с организацией Neighborhood Legal Services of Los Angeles County

Организация Neighborhood Legal Services of Los Angeles County (NLSLA) предоставляет бесплатные юридические услуги тем, кто в них нуждается. NLSLA помогает людям разрешать различные юридические проблемы, в том числе связанные с жильем, семейным правом, экономической безопасностью, доступом к правосудию, медицинской страховкой и пр.

ТЕЛЕФОН	1-800-433-6251 Звонки принимаются по понедельникам, средам и пятницам с 9:00 до 13:00
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	<u>Neighborhood Legal Services of Los Angeles County</u> 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
ТТУ	1-855-847-7914 По этому номеру могут обращаться лица, имеющие нарушения слуха или речи. Для звонка на этот номер требуется специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.nlsla.org

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Глава 3. Покрытие медицинских и других услуг в рамках плана

Введение

В этой главе разъясняются конкретные термины и правила, которые вам необходимо знать для получения медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. В ней также предлагается информация о вашем навигаторе обслуживания и о том, как обращаться за помощью к различным поставщикам медицинских услуг, в том числе в особых ситуациях (включая поставщиков медицинских услуг и в аптеки, не входящие в сеть плана). Здесь также разъясняется, что делать, если вы получили счет за услуги, покрываемые нашим планом, и описываются правила получения и использования медицинского оборудования длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME). Основные термины и их определения предлагаются в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Содержание

A. Определения терминов «услуги», «покрываемые услуги», «поставщики услуг» и «поставщики услуг, входящие в сеть плана»	45
B. Правила получения медицинских услуг, услуг по охране поведенческого здоровья и услуг долгосрочного ухода и поддержки (LTSS), покрываемых планом	45
C. Информация о навигаторе обслуживания	47
C1. Кто такой навигатор обслуживания (Care Navigator).....	47
C2. Как связаться с вашим навигатором обслуживания	48
C3. Как сменить своего навигатора обслуживания.....	48
D. Получение услуг поставщиков первичных медицинских услуг, врачей-специалистов и других поставщиков медицинских услуг, входящих и не входящих в сеть плана	48
D1. Получение услуг поставщиков первичных медицинских услуг.....	48
D2. Получение услуг врачей-специалистов и других поставщиков, входящих в сеть плана	51
D3. Что следует делать в ситуациях, когда ваш поставщик услуг выходит из сети плана	52

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте [www.blueshieldca.com/promise/Cal MediConnect](http://www.blueshieldca.com/promise/Cal%20MediConnect).



D4. Получение услуг поставщиков, не входящих в сеть плана.....	53
E. Получение услуг долгосрочного ухода и поддержки (LTSS).....	53
F. Получение услуг по охране поведенческого здоровья (в связи с психическим расстройством либо алкогольной или наркотической зависимостью)	54
F1. Какие услуги по охране поведенческого здоровья, покрываемые Medi-Cal, можно получить не в рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan через Департамент охраны психического здоровья округа Los Angeles (LACDMH) и Департамент общественного здравоохранения округа Los Angeles (LACDPH)?	55
G. Получение услуг транспортировки	57
H. Получение покрываемых услуг в ситуациях, требующих неотложной или срочной медицинской помощи, а также при стихийных бедствиях	58
H1. Получение помощи при неотложном состоянии	58
H2. Срочная медицинская помощь.....	60
H3. Получение медицинской помощи во время стихийных бедствий	61
I. Что делать, если вам выставили счет на полную стоимость покрываемых планом услуг?	61
I1. Что делать, если услуги не покрываются нашим планом?	61
J. Как покрываются медицинские услуги при участии в клиническом исследовании.....	62
J1. Что такое клиническое исследование.....	62
J2. Кем оплачиваются услуги при участии в клиническом исследовании?	63
J3. Как получить дополнительную информацию о клинических исследованиях	63
K. Как план покрывает медицинские услуги, если вы являетесь пациентом религиозного немедицинского лечебного учреждения.....	64
K1. Что такое религиозное немедицинское лечебное учреждение	64
K2. Получение услуг религиозного немедицинского лечебного учреждения.....	64
L. Медицинское оборудование длительного пользования (Durable medical equipment, DME).....	65
L1. Получение медицинского оборудования длительного пользования в рамках нашего плана	65

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



L2. Право собственности на медицинское оборудование длительного пользования при переходе в программу Original Medicare или план Medicare Advantage	66
L3. Покрытие кислородного оборудования для участника нашего плана	67
L4. Кислородное оборудование при переходе в программу Original Medicare или план Medicare Advantage	67

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



А. Определения терминов «услуги», «покрываемые услуги», «поставщики услуг» и «поставщики услуг, входящие в сеть плана»

Услуги – это медицинское обслуживание, услуги долгосрочного ухода и поддержки, расходные материалы, услуги по охране поведенческого здоровья, рецептурные препараты, безрецептурные средства, оборудование и другие услуги. **Покрываемые услуги** – это любые из перечисленных услуг, оплачиваемые нашим планом.

Покрываемые медицинские услуги, услуги в области поведенческого здоровья и услуги долгосрочного ухода и поддержки (LTSS) перечислены в таблице льгот, приведенной в главе 4, раздел D.

К поставщикам услуг относятся врачи, медсестры и другие специалисты, предоставляющие вам услуги и уход. Термин «поставщики» также включает больницы, агентства по уходу на дому, клиники и другие учреждения, предоставляющие вам медицинские услуги, услуги по охране поведенческого здоровья, медицинское оборудование и определенные виды услуг долгосрочного ухода и поддержки.

Поставщики, входящие в сеть плана, — это поставщики услуг, сотрудничающие с нашим планом медицинского страхования. Такие поставщики согласились принимать оплату по нашим расценкам как полную плату за свои услуги. Они выставляют счета за предоставленные вам услуги непосредственно нам. При обращении к сетевому поставщику вы обычно ничего не платите за покрываемые услуги.

В. Правила получения медицинских услуг, услуг по охране поведенческого здоровья и услуг долгосрочного ухода и поддержки (LTSS), покрываемых планом

План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan покрывает все услуги, оплачиваемые по программам Medicare и Medi-Cal. Сюда входят услуги по охране поведенческого здоровья и услуги долгосрочного ухода и поддержки (LTSS).

План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan обычно оплачивает медицинские услуги, услуги по охране поведенческого здоровья и услуги долгосрочного ухода и поддержки (LTSS), если вы соблюдаете правила, действующие в плане. Чтобы на услугу распространялось покрытие в рамках плана:

- Медицинская услуга должна быть **льготой, предоставляемой планом**. Это значит, что она должна быть включена в таблицу льгот плана. (Таблица приведена в главе 4, раздел D, настоящего Справочника).

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Медицинская услуга должна быть **определена как необходимая по медицинским показаниям**. Под «необходимой по медицинским показаниям» понимается, что эта услуга нужна вам для профилактики, диагностики, лечения заболеваний или для поддержания текущего состояния здоровья. Кроме того, необходимыми считаются услуги, позволяющие вам не поступать в больницу или учреждение сестринского ухода. Такие услуги, принадлежности и препараты также должны соответствовать принятым стандартам медицинской практики.
- Для получения медицинских услуг ваш сетевой **поставщик первичных медицинских услуг (PCP)** должен назначить вам данное обслуживание или направить вас к другому врачу. Вы как участник плана должны выбрать в качестве своего PCP поставщика медицинских услуг, входящего в сеть плана.
 - В большинстве случаев для обращения к врачам, за исключением вашего PCP, и к другим поставщикам, входящим в сеть плана, необходимо получить разрешение руководства нашего плана. Такое разрешение называется **направлением**. Если вы не получите такого разрешения, план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan может отказать вам в покрытии стоимости полученных услуг. Для обращения к некоторым врачам-специалистам (например, к гинекологам) направление не требуется. Более подробную информацию о направлениях см. на стр. 44.
 - PCP нашего плана связаны с медицинскими группами. Выбирая PCP, вы также выбираете связанную медицинскую группу. Это означает, что ваш PCP будет направлять вас к врачам-специалистам и поставщикам других медицинских услуг, которые относятся к этой медицинской группе. Медицинская группа — это объединение врачей первичной медицинской помощи и врачей-специалистов, созданное с целью предоставления услуг координируемого медицинского обслуживания.
 - Вам не требуется направление PCP для получения неотложной или срочной помощи, а также для посещения специалиста по женскому здоровью. Вы можете получить и другие виды обслуживания без направления от PCP. Более подробную информацию см. на стр. 50.
 - Более подробную информацию о выборе PCP см. на стр. 48.
- **Вы должны получать медицинское обслуживание от поставщиков из нашей сети, которые связаны с медицинской группой вашего PCP.** Как правило, покрытие плана не распространяется на медицинское обслуживание от поставщиков, которые не сотрудничают с нашим планом и не входят в медицинскую группу вашего PCP. Ниже приведены некоторые исключения из этого правила.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Покрытие в рамках плана распространяется на неотложную и срочную помощь, получаемую от поставщиков, не входящих в нашу сеть. Более подробную информацию и определение терминов «неотложная помощь» и «срочная помощь» см. в разделе H на стр. 58.
- Если вам необходимы покрываемые услуги, но поставщики из нашей сети не могут их предоставить, вы можете обратиться к поставщику, не входящему в сеть плана. Прежде чем обратиться за такими услугами, необходимо получить разрешение от руководства плана. В такой ситуации мы покроем расходы на обслуживание так же, как если бы вы получили его от сетевого поставщика. Информацию о получении разрешения на посещение поставщика, не входящего в сеть, см. в разделе D на стр. 48.
- План покрывает услуги диализа почек, если таковые потребуются участнику во время краткосрочного пребывания за пределами территории обслуживания. Вы можете получить такие услуги в центрах диализа, сертифицированных программой Medicare.
- При регистрации вы можете обратиться к нам с запросом на продолжение посещения поставщиков услуг, которые обслуживали вас до зачисления в наш план. За некоторыми исключениями, мы обязаны утвердить этот запрос, если получим доказательства, что у вас имеются уже установившиеся отношения с этими поставщиками медицинских услуг (см. главу 1, стр. 6). Если ваш запрос будет утвержден, вы сможете и дальше посещать поставщиков, к которым обращались до зачисления в наш план, в течение срока, не превышающего 12 месяцев. В это период с вами свяжется наш навигатор обслуживания, чтобы помочь вам найти поставщиков из нашей сети, которые связаны с медицинской группой вашего РСР. По прошествии 12 месяцев мы прекратим оплачивать ваше медицинское обслуживание, если вы продолжите посещать поставщиков, не входящих в нашу сеть и не связанных с медицинской группой вашего РСР.

С. Информация о навигаторе обслуживания

С1. Кто такой навигатор обслуживания (Care Navigator)

Навигатор обслуживания – это специально обученный сотрудник, который помогает координировать ваше медицинское обслуживание. Навигатор входит в вашу команду медицинского обслуживания и является для вас основным источником информации и контактным лицом. Он назначается вам при регистрации в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect. Навигатор обслуживания позвонит вам, чтобы представиться и помочь в определении ваших потребностей.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



C2. Как связаться с вашим навигатором обслуживания

Чтобы связаться со своим навигатором обслуживания, позвоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и выберите опцию «Care Navigator». Когда вам будет назначен навигатор обслуживания, вы также сможете связаться с ним, позвонив по прямому телефонному номеру.

C3. Как сменить своего навигатора обслуживания

Если вы захотите сменить навигатора обслуживания, позвоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 08:00 до 20:00 в любой день недели.

D. Получение услуг поставщиков первичных медицинских услуг, врачей-специалистов и других поставщиков медицинских услуг, входящих и не входящих в сеть плана

D1. Получение услуг поставщиков первичных медицинских услуг

Вы должны выбрать поставщика первичных медицинских услуг (PCP), который будет предоставлять и организовывать ваше медицинское обслуживание. PCP нашего плана связаны с медицинскими группами. Выбирая себе PCP, вы также выбираете связанную медицинскую группу.

Кем является PCP и какие услуги он оказывает?

PCP – это врач, соответствующий требованиям штата и имеющий подготовку для предоставления базового медицинского обслуживания. PCP может быть семейным врачом, врачом общей практики, терапевтом или специалистом (по запросу). Вы сможете выбрать врача-специалиста своим PCP, если он согласится предоставлять вам все услуги, оказываемые PCP. Чтобы подать запрос на назначение специалиста вашим PCP, позвоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (номер телефона и часы работы указаны внизу страницы). Вашим PCP также может быть клиника, например медицинский центр, сертифицированный федеральным правительством (Federally Qualified Health Center, FQHC).

Ваш PCP будет предоставлять вам первичное (базовое) медицинское обслуживание. Он также может координировать остальные необходимые вам покрываемые услуги. В число покрываемых услуг входят:

- рентген;
- лабораторные анализы;
- лечение;
- услуги врачей-специалистов;

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- госпитализация, а также
- последующее наблюдение.

Основные лечащие врачи нашего плана связаны с определенными медицинскими группами. Медицинская группа, или независимая ассоциация врачей (independent physician association, IPA), – это организация, созданная в соответствии с законодательством штата Калифорния, которая по договору с планами медицинского страхования предоставляет или обеспечивает предоставление медицинских услуг участникам этих планов. Выбирая РСР, вы также выбираете связанную медицинскую группу. Это означает, что ваш РСР будет направлять вас к врачам-специалистам и поставщикам других медицинских услуг, которые относятся к этой медицинской группе.

В большинстве случаев, чтобы посетить любого другого поставщика медицинских услуг или специалиста, вам нужно прийти к РСР и получить направление. Вы можете самостоятельно обратиться к акушеру-гинекологу из связанной медицинской группы или независимой ассоциации врачей для планового ежегодного мазка Папаниколау, гинекологического осмотра и обследования молочных желез. После получения направления от медицинской группы своего РСР вы можете записаться на прием у специалиста или другого поставщика для получения необходимого лечения. По окончании лечения или обслуживания специалист проинформирует о его результатах вашего РСР, чтобы он мог продолжать вести ваше лечение.

Для получения вами некоторых услуг вашему РСР понадобится заранее получить разрешение от плана или, в некоторых случаях, от медицинской группы РСР. Такое получение разрешения заранее называется «предварительным разрешением» (prior authorization).

Как выбрать РСР

Став участником нашего плана, вы должны выбрать себе РСР из числа медицинских специалистов, входящих в его сеть.

Выбрать РСР можно следующими способами:

- Воспользуйтесь Справочником поставщиков услуг и аптек. Просмотрите указатель «Лечащие врачи» в конце справочника, чтобы найти нужного специалиста (указатель составлен в алфавитном порядке по фамилиям врачей).
- Зайдите на сайт [www.blueshieldca.com/promise/Cal MediConnect](http://www.blueshieldca.com/promise/Cal%20MediConnect), чтобы найти подходящего РСР, или
- Позвоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и попросите помочь вам (номер телефона и часы работы указаны внизу страницы).

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Чтобы узнать, принимает ли врач, которого вы хотите выбрать, новых пациентов, сверьтесь со *Справочником поставщиков услуг и аптек* на нашем сайте [www.blueshieldca.com/promise/Cal MediConnect](http://www.blueshieldca.com/promise/Cal%20MediConnect) или позвоните в отдел обслуживания участников (номер телефона и часы работы указаны внизу страницы).

Если вы хотите пользоваться услугами конкретного специалиста или больницы из сети плана Blue Shield Promise Cal MediConnect, важно узнать, связаны ли они с медицинской группой вашего РСР. Для этого сверьтесь со *Справочником поставщиков услуги и аптек* на нашем сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect или обратитесь в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect с просьбой проверить, выдает ли РСР, которого вы хотите выбрать, направления к нужному вам специалисту или в нужную вам больницу.

Как сменить РСР

Вы можете сменить РСР в любое время и по любой причине. Также может случиться так, что ваш РСР выйдет из сети нашего плана. Если ваш РСР выйдет из сети плана, мы поможем вам найти нового из числа врачей, входящих в сеть плана.

О том, как сменить РСР, см. выше в разделе «Как выбрать РСР». Обязательно позвоните в отдел обслуживания участников и сообщите, что хотите сменить своего РСР (номер телефона и часы работы указаны внизу страницы).

После подачи такого запроса назначение вам нового РСР и связанной с ним медицинской группы произойдет в первый день месяца, следующего за датой запроса.

Имя и рабочий телефонный номер вашего РСР напечатаны на вашей карточке участника. При смене РСР вы получите новую карту участника.

Не забывайте, что РСР, оказывающие услуги участникам нашего плана, связаны с медицинскими группами. Если вы меняете РСР, это может также означать смену медицинской группы. При подаче просьбы о смене РСР обязательно сообщите сотруднику отдела обслуживания участников, получаете ли вы услуги какого-либо врача-специалиста или иные покрываемые услуги, требующие разрешения РСР. Сотрудник проследит за тем, чтобы после смены основного врача вы могли продолжать получать услуги врача-специалиста и другие услуги.

Услуги, которые можно получать без предварительного разрешения РСР

В большинстве случаев вам потребуется разрешение вашего РСР на посещение других поставщиков услуг. Такое разрешение называется **направлением**. Однако некоторые услуги предоставляются без него:

- Услуги неотложной медицинской помощи от поставщиков, входящих и не входящих в сеть плана.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Услуги срочной медицинской помощи от поставщиков, входящих в сеть плана.
- Услуги срочной медицинской помощи, оказанные поставщиком услуг, не входящим в сеть плана (например, во время вашего пребывания за пределами территории обслуживания плана).
- Услуги диализа почек, полученные в диализном центре, сертифицированном программой Medicare, во время вашего пребывания за пределами территории обслуживания плана (перед поездкой за пределы этой территории позвоните в отдел обслуживания участников, чтобы мы помогли вам в получении услуг диализа во время поездки).
- Прививки от гриппа, гепатита В и пневмонии (при условии, что они проводятся у сетевого поставщика).
- Плановые услуги по охране здоровья женщин и услуги планирования семьи. Сюда входят обследования молочных желез, маммограммы (рентгеновские снимки молочных желез), мазки Папаниколау и гинекологические осмотры, при условии получения этих услуг у поставщика, входящего в сеть плана.
- Кроме того, если вы имеете право на получение услуг от поставщиков медицинского обслуживания для коренных американцев, вы можете обращаться к таким поставщикам без направления.

D2. Получение услуг врачей-специалистов и других поставщиков, входящих в сеть плана

Специалист – это врач, специализирующийся на лечении определенного заболевания, конечности или органа. Существует много разных типов специалистов. Вот несколько примеров:

- онкологи оказывают помощь пациентам, больным раком;
- кардиологи лечат пациентов с заболеваниями сердца;
- ортопеды лечат пациентов с различными заболеваниями костей, суставов или мышц.

Если вам требуется специализированное обслуживание или дополнительные услуги, которые не может предоставить ваш РСР, он даст вам соответствующее направление. После получения направления от медицинской группы своего РСР вы можете записаться на прием у специалиста или другого поставщика для получения необходимого лечения. По окончании лечения или обслуживания специалист проинформирует о его результатах вашего РСР, чтобы он мог продолжать вести ваше лечение.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Чтобы вы могли получать некоторые услуги, вашему РСР необходимо заранее получить разрешение от сотрудников плана. Такое получение разрешения заранее называется «предварительным разрешением» (prior authorization). Например, предварительное разрешение требуется для всех неэкстренных случаев пребывания в стационаре. В некоторых случаях дать вам разрешение на получение услуги может связанная с вашим РСР медицинская группа, а не представители нашего плана.

Если у вас возникнут вопросы о том, кто отвечает за подачу и утверждение предварительных разрешений на предоставление услуг, обратитесь в медицинскую группу своего РСР. Также можно позвонить в отдел обслуживания участников. Подробная информация о том, какие услуги требуют предварительного разрешения, приведена в таблице льгот в главе 4, раздел D.

D3. Что следует делать в ситуациях, когда ваш поставщик услуг выходит из сети плана

Иногда поставщики услуг выходят из сети нашего плана. Ниже кратко изложены ваши права и гарантии защиты на случай, если какой-либо из ваших поставщиков прекратит сотрудничество с нашим планом.

- Несмотря на то, что наша сеть поставщиков может меняться в течение года, мы должны предоставлять вам непрерывный доступ к квалифицированным поставщикам.
- По возможности мы уведомим вас о подобных изменениях как минимум за 30 дней, чтобы у вас было время выбрать нового поставщика услуг.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного поставщика, который продолжит контролировать удовлетворение ваших медицинских потребностей.
- Если вы проходите курс лечения, необходимого по медицинским показаниям, у вас есть право потребовать от нас обеспечить его непрерывность, и мы обязаны удовлетворить это требование.
- Если вы считаете, что мы не заменили вашего предыдущего поставщика на квалифицированного поставщика или что ваше медицинское обслуживание ведется ненадлежащим образом, вы имеете право подать апелляцию на наше решение.

Если вы узнаете, что какой-либо из ваших поставщиков планирует прекратить сотрудничество с нашим планом, свяжитесь с нами, и мы поможем вам найти нового поставщика, а также организовать медицинское обслуживание. Обращайтесь в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 08:00 до 20:00 в любой день недели.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



D4. Получение услуг поставщиков, не входящих в сеть плана

Если необходимое вам медицинское обслуживание должно покрываться нашим планом согласно программе Medicare и (или) Medi-Cal, однако поставщики в нашей сети не могут его предоставить, вы можете получить его у поставщика, не входящего в сеть. Для этого ваш основной лечащий врач должен подать запрос на предварительное разрешение, необходимое для получения услуг вне сети. Прежде чем обращаться за медицинским обслуживанием к поставщику, не входящему в сеть, вы должны получить разрешение от сотрудников плана или медицинской группы вашего РСР. В таком случае вы заплатите столько же, сколько заплатили бы за услуги поставщика, входящего в сеть плана.

Если вы обращаетесь к поставщику, не входящему в сеть, он должен соответствовать критериям программы Medicare и (или) Medi-Cal.

- Мы не можем оплатить услуги поставщика, не сотрудничающего с программой Medicare и (или) Medi-Cal.
- При обращении к поставщику, не соответствующему критериям для участия в программе Medicare, вы должны будете оплатить полную стоимость полученных услуг.
- Поставщики обязаны сообщать вам, сотрудничают ли они с программой Medicare.

E. Получение услуг долгосрочного ухода и поддержки (LTSS)

Услуги долгосрочного ухода и поддержки (long-term services and supports, LTSS) включают услуги для взрослых, предоставляемые по месту жительства (Community Based Adult Services, CBAS), услуги в рамках многоцелевой программы обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) и услуги учреждений сестринского ухода (Nursing Facilities, NF). Услуги могут предоставляться на дому, по месту жительства или в учреждении. Различные типы услуг и помощи по долгосрочному уходу описаны ниже:

- **Услуги для взрослых, предоставляемые по месту жительства (Community Based Adult Services, CBAS):** Программа амбулаторного обслуживания в учреждениях, в рамках которой предоставляются квалифицированный сестринский уход, социальная помощь, эрготерапия и услуги логопеда, услуги личного ухода, обучение и поддержка членов семьи или других лиц, осуществляющих уход, услуги по обеспечению питания, транспортировке и другие услуги, предоставляемые при условии соответствия необходимым критериям.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- **Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP):** Программа штата Калифорния, в рамках которой немощным престарелым клиентам, имеющим право на проживание в учреждении сестринского ухода, но желающим оставаться у себя дома, предоставляются услуги на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Services, HCBS).
 - Такие услуги предоставляются лицам в возрасте от 65 лет с инвалидностью, имеющим право на участие в программе Medi-Cal. Эта программа является альтернативой помещению в учреждение долгосрочного ухода.
 - В услуги программы MSSP, в частности, входит следующее: уход за взрослыми в дневное время/центр поддержки, помощь в модификации жилья и обеспечении вспомогательными устройствами, услуги помощи по дому и личного ухода, защитный надзор, координация обслуживания и другие виды услуг.
- **Учреждение сестринского ухода (Nursing Facility, NF):** Учреждение, предоставляющее уход лицам, которые не могут проживать у себя дома без угрозы своему здоровью, но не требуют госпитализации.

Ваш навигатор обслуживания поможет вам разобраться в каждой из этих программ. Чтобы узнать больше о любой из этих программ, позвоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect и попросите соединить вас с навигатором обслуживания (номер телефона и часы работы указаны внизу страницы).

Ф. Получение услуг по охране поведенческого здоровья (в связи с психическим расстройством либо алкогольной или наркотической зависимостью)

Вам будут доступны необходимые по медицинским показаниям услуги психиатрической помощи, на которые распространяется покрытие программ Medicare и Medi-Cal. План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan предоставляет доступ к услугам по охране поведенческого здоровья, покрываемым программой Medicare. Услуги по охране поведенческого здоровья, покрываемые программой Medi-Cal, не предоставляются в рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, но участники плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, отвечающие определенным критериям, могут их получить через Департамент охраны психического здоровья округа Los Angeles (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) и Департамент общественного здравоохранения округа Los Angeles (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH).

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



F1. Какие услуги по охране поведенческого здоровья, покрываемые Medi-Cal, можно получить не в рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan через Департамент охраны психического здоровья округа Los Angeles (LACDMH) и Департамент общественного здравоохранения округа Los Angeles (LACDPH)?

Услуги специализированной психиатрической помощи Medi-Cal могут быть предоставлены вам посредством окружного плана психиатрической помощи (MHP), если вы отвечаете критериям необходимости таких услуг по медицинским показаниям в рамках программы Medi-Cal. Департамент охраны психического здоровья округа Los Angeles (LACDMH) предоставляет следующие услуги специализированной психиатрической помощи Medi-Cal:

- услуги психиатрической помощи (обследование, лечение, реабилитация, сопутствующие услуги и разработка плана);
- услуги помощи в получении лекарств;
- интенсивная терапия с дневным пребыванием;
- реабилитация с дневным пребыванием;
- кризисное вмешательство;
- стабилизация кризисных состояний;
- услуги лечения с проживанием для взрослых;
- услуги кризисного лечения с проживанием;
- услуги психиатрических клиник;
- услуги стационарного психиатрического лечения;
- направленное ведение пациентов.

Вы можете получить услуги Medi-Cal по борьбе с наркотической зависимостью через Департамент охраны психического здоровья округа Los Angeles (LACDMH), если такие услуги необходимы вам по медицинским показаниям в соответствии с критериями, установленными программой Medi-Cal. Департамент охраны психического здоровья округа Los Angeles (LACDPH) предоставляет следующие услуги Medi-Cal по борьбе с наркотической зависимостью:

- интенсивное амбулаторное лечение;
- лечение с проживанием;

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- немедикаментозное амбулаторное лечение;
- лечение наркотической зависимости;
- лечение опиоидной зависимости налтрексоном.

Кроме перечисленных выше услуг Medi-Cal по лечению наркотической или алкогольной зависимости вам также могут быть предоставлены услуги добровольной стационарной детоксикации, если они необходимы по медицинским показаниям.

Доступность услуг по охране поведенческого здоровья

Вам доступен полный комплекс услуг. Вы можете обратиться к поставщику услуг, сотрудничающему с планом, самостоятельно, по направлению РСР или по рекомендации члена семьи или других лиц. «Неправильных» способов получения доступа к данным услугам нет. За помощью в получении услуг вы можете обратиться в следующие организации:

- окружная кризисная линия доверия и выдачи направлений County Crisis and Referral Line (номер телефона и часы работы указаны в главе 2, раздел К, данного Справочника);
- LA County Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control (отдел профилактики алкогольной и наркотической зависимости Департамента общественного здравоохранения округа Los Angeles) (звоните по номеру 888-742-7900 (TTY: 711) круглосуточно, без выходных);
- линия психиатрической помощи Behavioral Health Line плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (номер телефона и часы работы указаны в главе 2, раздел D, данного справочника);
- отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (номер телефона и часы работы указаны внизу страницы).

Порядок определения необходимости услуг по медицинским показаниям

Необходимость по медицинским показаниям определяется поставщиком услуг, имеющим соответствующую лицензию. Критерии необходимости по медицинским показаниям применяются как планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, так и округом. Они разработаны экспертами в области поведенческого здоровья и другими специалистами и соответствуют нормативно-правовым требованиям.

Порядок получения направлений от плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и округа

Если вы получаете услуги от плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan или округа, то с учетом ваших потребностей вас могут направить в другое учреждение. Представители плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan или округа могут направить вас в другое учреждение, просто позвонив в такое учреждение по телефону.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



После этого сотрудники заполняют форму направления, которая будет предоставлена учреждению, в которое вас направляют.

Порядок разрешения разногласий

В случае возникновения разногласий между вами и округом или планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan вы будете по-прежнему получать необходимые по медицинским показаниям услуги по охране поведенческого здоровья, в том числе рецептурные препараты, пока разногласия не будут урегулированы. Руководство плана Blue Shield Promise Cal MediConnect совместно с властями округа разработали процесс оперативного урегулирования споров, который не оказывает негативного влияния на получение вами услуг, необходимых по медицинским показаниям. Вы также можете воспользоваться процедурой подачи апелляции, установленной планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan или округом, в зависимости от того, с какой организацией возникли разногласия.

Г. Получение услуг транспортировки

Услуги медицинского транспорта – это услуги транспортировки на машине скорой помощи в экстренных ситуациях. Перевозка на машине скорой помощи до первой больницы, которая примет участника для оказания ему неотложной помощи, покрывается вместе с услугами неотложной помощи. Такие услуги включают услуги скорой помощи и перевозки на машине скорой помощи, предоставляемые через систему вызова скорой помощи 911.

Неэкстренная транспортировка на медицинском транспорте (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) покрывается планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Услуги неэкстренной транспортировки на медицинском транспорте покрываются при наличии документального подтверждения того, что по состоянию здоровья участнику противопоказаны иные способы перевозки (так как они опасны для его здоровья) и что перевозка на медицинском транспорте необходима по медицинским показаниям. Услуги транспортировки могут предоставляться на машине скорой помощи, автомобиле для перевозки лежащих больных или автомобиле для перевозки инвалидов-колясочников. Перевозка участника из одной больницы в другую больницу или учреждение либо из учреждения домой должна отвечать всем следующим условиям:

- перевозка должна быть необходимой по медицинским показаниям;
- перевозка должна быть запрошена поставщиком услуг, входящим в сеть плана; и
- на перевозку должно быть получено предварительное разрешение плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan также предлагает **услуги немедицинской транспортировки (Non-Medical Transportation, NMT)** к врачу и обратно (т. е. транспортировка на немедицинском транспортном средстве). Такие транспортные услуги предоставляются посредством использования такси, пассажирских автомобилей и других форм перевозки. Все участники, обращающиеся с запросом на транспортировку, должны соответствовать критериям для получения таких услуг в том месяце, когда требуется транспортировка. Организацией неэкстренной транспортировки на медицинском транспорте и поездок на немедицинском транспорте занимается отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и попросить переключить вас на отдел транспортного обслуживания, либо позвонить в этот отдел напрямую по номеру 1-877-433-2178 (TTY: 711). Звонки принимаются круглосуточно, без выходных. Мы настоятельно рекомендуем вам подавать заявки не позднее чем за двадцать четыре (24) часа до поездки.

Н. Получение покрываемых услуг в ситуациях, требующих неотложной или срочной медицинской помощи, а также при стихийных бедствиях

Н1. Получение помощи при неотложном состоянии

Что такое неотложное состояние

Неотложное состояние (medical emergency) – это состояние с серьезными симптомами, такими как сильная боль или тяжелая травма. Состояние должно быть настолько серьезным, что любой человек, обладая общими познаниями в области здоровья и медицины, может предположить, что неоказание неотложной медицинской помощи может привести к следующим последствиям:

- серьезный риск для здоровья – вашего или вашего будущего ребенка, если вы его ожидаете; **либо**
- серьезное нарушение функций организма; **либо**
- серьезное нарушение функционирования какого-либо органа или части тела; **либо**
- активные роды у беременной женщины, то есть роды в ситуации, когда:
 - недостаточно времени для безопасной перевозки участницы в другую больницу до родов; или

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- перевозка может подвергнуть опасности здоровье или безопасность женщины или ребенка.

Что делать, если вам необходима неотложная помощь

Если вам необходима неотложная помощь:

- **Как можно скорее обратитесь за ней.** Позвоните в службу 911 или обратитесь в ближайшее отделение неотложной помощи или больницу. При необходимости вызовите скорую помощь. Вам **не** нужно сначала получать разрешение или направление от вашего РСР.
- **Как можно скорее сообщите представителям плана о том, что вам потребовалась неотложная помощь.** Нам нужно наблюдать за вашим состоянием после оказания неотложной помощи. Вы или кто-то еще должен позвонить нам, чтобы сообщить о получении вами неотложной помощи, обычно в течение 48 часов. Вам не придется платить за неотложную помощь, даже если мы будем уведомлены о ней с задержкой. Обращайтесь в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 08:00 до 20:00 в любой день недели. Номер нашего отдела обслуживания участников также указан на вашей идентификационной карте участника.

Какие услуги покрываются в ситуациях, требующих неотложной помощи

Вы можете получить неотложную медицинскую помощь в любое время, когда она вам потребуется, в любой части США и их территорий. Если для доставки в отделение неотложной помощи вам требуется карета скорой помощи, наш план покрывает эту услугу. Более подробную информацию см. в таблице льгот в главе 4, раздел D.

В 2021 г. план Blue Shield Promise Cal MediConnect предлагает своим участникам покрытие неотложной помощи в любое время и в любом месте, где бы вы ни находились. Мы покрываем услуги неотложной помощи на сумму до \$25,000. Более подробную информацию см. в таблице льгот в главе 4, раздел D.

После получения неотложной помощи вам может потребоваться последующее наблюдение врача, чтобы гарантировать ваше выздоровление. Такое наблюдение будет покрываться планом. Если неотложная помощь была оказана вам поставщиком, не входящим в сеть плана, мы постараемся передать уход за вами поставщикам из нашей сети, как только это станет возможным.

Если вы получили неотложную помощь, но ваше состояние этого не требовало

В некоторых ситуациях трудно определить, требуется ли в вашем состоянии неотложная медицинская или психиатрическая помощь. Может случиться так, что вы

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



обратились в отделение неотложной помощи, но там сказали, что неотложная помощь вам не требуется. Если вы обоснованно полагали, что ваше здоровье находилось в серьезной опасности, план покрывает стоимость обращения за неотложной помощью.

Однако если врач скажет, что ваше состояние не было неотложным, мы покроем дополнительные медицинские услуги только в одной из следующих ситуаций:

- вы обратитесь за ними к поставщику услуг, входящему в сеть плана; **или**
- полученное дополнительное медицинское обслуживание считается «срочной помощью» и вы следовали правилам получения такой помощи (см. следующий раздел).

H2. Срочная медицинская помощь

Что такое срочная помощь

Срочная помощь предоставляется для лечения непредвиденных заболеваний и травм, не требующих неотложной помощи, однако требующих незамедлительного обращения к врачу. Например, может произойти обострение имеющегося заболевания, требующее лечения.

Получение срочной медицинской помощи на территории обслуживания плана

В большинстве случаев мы покрываем срочную медицинскую помощь, только если:

- услуги были оказаны поставщиком услуг, входящим в сеть плана; **и**
- вы следовали всем остальным правилам, приведенным в данной главе.

Однако если вы не можете попасть к поставщику услуг, входящему в сеть плана, мы покроем срочную помощь, оказанную поставщиком, не входящим в сеть плана.

Для получения услуг срочной помощи в нерабочее время:

Вы можете обращаться в справочную службу Nurse Advice Line плана Blue Shield of California Promise Health Plan по номеру (800) 609-4166 (TTY: 711) круглосуточно и в любой день недели. Медсестра сможет направить вас в клинику срочной помощи, входящую в сеть плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Получение срочной медицинской помощи за пределами территории обслуживания плана

Когда вы находитесь за пределами территории обслуживания плана, у вас может не быть возможности обратиться к поставщику услуг, входящему в сеть плана. В таком случае наш план покрывает срочную помощь, полученную вами от любого поставщика.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan предлагает своим участникам покрытие срочной помощи в любое время и в любом месте, где бы вы ни находились. Мы покрываем услуги срочной помощи на сумму до \$25,000. Более подробную информацию см. в таблице льгот в главе 4, раздел D.

НЗ. Получение медицинской помощи во время стихийных бедствий

Ввод в вашем регионе чрезвычайного положения или режима стихийного бедствия губернатором штата, министром здравоохранения и социальных услуг или Президентом Соединенных Штатов не отменяет ваше право на получение медицинской помощи в рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Подробнее о том, как получить медицинскую помощь в зоне стихийного бедствия, см. на нашем сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

В период официально введенного режима стихийного бедствия, если у вас нет возможности воспользоваться услугами поставщика, входящего в сеть плана, вы можете бесплатно обратиться к поставщикам, не входящим в сеть плана. Если во время официально введенного режима стихийного бедствия вы не можете получить рецептурные препараты в аптеке, входящей в сеть плана, вы можете получить их в аптеке, которая не входит в нашу сеть. Подробнее см. в главе 5.

I. Что делать, если вам выставили счет на полную стоимость покрываемых планом услуг?

Если поставщик отправил счет вам, а не сотрудникам плана, отправьте нам запрос на оплату нашей части этого счета.

Вы не должны оплачивать счет самостоятельно. Если вы заплатите, план может не иметь возможности возместить вам затраты.

Если вы заплатили за покрываемые услуги больше причитающейся с вас доли либо получили счет на их полную стоимость, обратитесь к главе 7, разделы А и В, где описано, что делать в таких случаях.

II. Что делать, если услуги не покрываются нашим планом?

План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan покрывает все услуги, которые:

- определены как необходимые по медицинским показаниям, **а также**
- приведены в таблице льгот плана (см. главу 4, раздел D), **а также**
- получены вами с соблюдением правил плана.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



При получении вами услуг, не покрываемых нашим планом, **вы должны будете оплатить их полную стоимость самостоятельно.**

Если вы хотите узнать, заплатим ли мы за какую-либо медицинскую услугу или уход, вы имеете право спросить нас об этом. Вы также можете попросить нас дать ответ в письменном виде. Если мы сообщим вам, что не будем оплачивать какие-либо конкретные услуги, вы имеете право подать апелляцию на наше решение.

В разделах D, E, F и G главы 9 объясняется, как подать нам заявку на оплату медицинского товара или услуги. Там же описано, как подать апелляцию на наше решение о покрытии. За дополнительными справками о ваших правах на апелляцию вы также можете обратиться в отдел обслуживания участников.

Некоторые услуги мы оплачиваем до определенного предела (лимита). При превышении вами такого предела вам придется оплатить полную стоимость дополнительных услуг такого рода. Чтобы узнать о пределах и о том, насколько близко вы подошли к ним, позвоните в отдел обслуживания участников.

J. Как покрываются медицинские услуги при участии в клиническом исследовании

J1. Что такое клиническое исследование

Клиническое исследование (также называемое «клиническим испытанием») – это способ испытания врачами новых видов лечения или лекарств. Участие в клиническом исследовании является добровольным. Во время таких исследований врачи оценивают эффективность и безопасность новых видов медицинской помощи и препаратов.

После того как программа Medicare одобрит исследование, в котором вы хотите участвовать, один из специалистов, проводящих исследование, свяжется с вами. Он расскажет вам об исследовании и определит, сможете ли вы в нем участвовать. Вы сможете участвовать в исследовании, если отвечаете необходимым требованиям. Вы также должны понимать, что от вас потребуется в ходе исследования, и согласиться выполнять все инструкции.

Вы можете оставаться в нашем плане в период участия в исследовании. Это позволит вам продолжать получать услуги, не связанные с исследованием.

Если вы хотите участвовать в одобренном Medicare клиническом исследовании, вам не требуется получать одобрение от нас или от вашего поставщика первичных медицинских услуг. Поставщики, предоставляющие услуги в рамках клинического исследования, могут не входить в число наших сетевых поставщиков.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Вы обязаны уведомить нас заранее об участии в клиническом исследовании.

Если вы планируете принять участие в клиническом исследовании, вы или ваш навигатор обслуживания должны связаться с отделом обслуживания участников и сообщить об этом.

J2. Кем оплачиваются услуги при участии в клиническом исследовании?

Если вы пожелаете принять участие в клиническом исследовании, одобренном Medicare, вам не потребуется вносить никакой оплаты за услуги, полученные в рамках исследования. Эти услуги, а также ваше плановое медицинское обслуживание будут оплачиваться программой Medicare. Если вы решили принять участие в клиническом исследовании, утвержденном Medicare, ваша страховка покрывает большинство стандартных услуг и принадлежностей, предоставляемых в ходе исследования. В них входят:

- пребывание и питание в больнице, которое Medicare оплачивает независимо от вашего участия в исследовании;
- проведение операций и прочих медицинских процедур, являющихся частью исследования;
- лечение побочных эффектов и осложнений, возникших в результате участия в исследовании.

Если вы участвуете в исследовании, которое **не одобрено** программой Medicare, вам придется самостоятельно оплатить все расходы, связанные с участием в исследовании.

J3. Как получить дополнительную информацию о клинических исследованиях

Для получения дополнительной информации об участии в клиническом исследовании ознакомьтесь с публикацией «Medicare и клинические исследования» (Medicare & Clinical Research Studies) на сайте Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). Вы также можете обратиться по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



К. Как план покрывает медицинские услуги, если вы являетесь пациентом религиозного немедицинского лечебного учреждения

К1. Что такое религиозное немедицинское лечебное учреждение

Религиозное немедицинское лечебное учреждение (religious non-medical health care institution) – это учреждение, предоставляющее услуги, обычно оказываемые больницами или учреждениями квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility). Если лечение в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility) идет вразрез с вашими религиозными убеждениями, мы предоставим покрытие ухода в религиозном немедицинском лечебном учреждении.

Вы можете обращаться за услугами таких учреждений в любое время и по любой причине, но в рамках плана данная льгота распространяется только на стационарное лечение, покрываемое частью А программы Medicare (услуги немедицинских лечебных учреждений). Medicare оплачивает исключительно немедицинские лечебные услуги, предоставляемые религиозными немедицинскими лечебными учреждениями.

К2. Получение услуг религиозного немедицинского лечебного учреждения

Чтобы получить услуги религиозного немедицинского лечебного учреждения, вы должны будете подписать юридический документ о том, что не желаете получать неисключенные медицинские услуги.

- «Неисключенное» медицинское лечение — это любой медицинский уход, являющийся добровольным и необязательным по любым федеральным или местным законам и законам штата.
- Исключенные медицинские услуги – это любые виды медицинской помощи, которые не являются добровольными и требуются какими-либо федеральными законами, законами штатов или местными законами.

Для покрытия нашим планом услуги религиозного немедицинского лечебного учреждения должны отвечать следующим критериям:

- Учреждение, предоставляющее услуги, должно быть сертифицировано программой Medicare.
- Покрытие услуг по нашему плану ограничено нерелигиозными аспектами ухода.
- При получении подобных услуг в самом учреждении действуют следующие правила:

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



- у вас должно иметься заболевание или состояние, которое дает вам право получать покрываемые услуги в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility);
- вы должны заранее получить одобрение от нас до поступления в учреждение; в противном случае ваше пребывание там не будет покрыто.

Покрываемый срок пребывания в больнице не ограничен. Дополнительную информацию см. в таблице льгот в главе 4, раздел D.

L. Медицинское оборудование длительного пользования (Durable medical equipment, DME)

L1. Получение медицинского оборудования длительного пользования в рамках нашего плана

Медицинское оборудование длительного пользования (durable medical equipment, DME) — это определенные принадлежности, которые поставщик услуг заказывает для использования вами дома. Примеры таких принадлежностей: кресла-каталки, костыли, матрасы с электроприводом, принадлежности для больных диабетом и больничные койки, заказанные поставщиком для использования на дому, а также инфузионные насосы для внутривенных инъекций, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и принадлежности, распылители и ходунки.

Некоторые принадлежности, такие как протезы, переходят в полную собственность участника.

В этом разделе описывается медицинское оборудование длительного пользования, которое вы должны взять в аренду. Участники плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan обычно не получают права собственности на арендованное оборудование длительного пользования независимо от продолжительности аренды.

В некоторых ситуациях план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan может передать вам право собственности на медицинское оборудование длительного пользования, если вы отвечаете одному или всем нижеприведенным критериям:

- по состоянию здоровья вы постоянно нуждаетесь в предмете медицинского назначения стоимостью до \$150 или в насосе для парентерального питания/инфузионном насосе;
- имеется подтверждение необходимости по медицинским показаниям, полученное от врача;
- предмет или оборудование алаптировано для соответствия вашим потребностям.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



В определенных ситуациях мы передадим вам право собственности на медицинское оборудование длительного пользования. Чтобы получить информацию о требованиях, которые нужно выполнить, и документации, которую нужно предоставить, позвоните в отдел обслуживания участников.

L2. Право собственности на медицинское оборудование длительного пользования при переходе в программу Original Medicare или план Medicare Advantage

В программе Original Medicare участники, арендующие определенные типы медицинского оборудования длительного пользования, становятся владельцами оборудования через 13 месяцев. План Medicare Advantage по своему выбору устанавливает количество месяцев, в течение которых участники должны арендовать определенные виды медицинского оборудования длительного пользования, прежде чем такое оборудование будет передано в их собственность.

Примечание: Вы можете найти объяснение, что такое программа Original Medicare и планы Medicare Advantage, в главе 12. Более подробная информация о них также содержится в буклете *Medicare & You* («Medicare и вы») на 2021 год. Если у вас нет экземпляра этого буклета, вы можете получить его на сайте Medicare (www.medicare.gov) или заказать по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), работающему круглосуточно, без выходных. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

По условиям программы Original Medicare нужно совершить 13 платежей подряд (а по плану Medicare Advantage – такое количество идущих подряд платежей, которое требуется планом), чтобы стать владельцем оборудования, при соблюдении двух следующих условий:

- Вы не стали владельцем данного медицинского оборудования длительного пользования в период участия в нашем плане; **и**
- Вы вышли из нашего плана и получаете льготы Medicare не по плану медицинского страхования, действующему в рамках программы Original Medicare, и не по плану Medicare Advantage.

Если до регистрации в нашем плане вы уже вносили платежи за медицинское оборудование длительного пользования в рамках программы Original Medicare или плана Medicare Advantage, **эти предыдущие платежи не будут засчитываться в счет платежей, которые вы произведете после выхода из нашего плана.**

- По условиям программы Original Medicare, чтобы стать владельцем медицинского оборудования длительного пользования, вам потребуется сделать 13 дополнительных платежей подряд в рамках программы Original

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Medicare, а по условиям плана Medicare Advantage – такое количество дополнительных платежей, которое требуется этим планом.

- При возврате в Original Medicare или план Medicare Advantage никаких исключений из этого правила не делается.

L3. Покрытие кислородного оборудования для участника нашего плана

Если вы имеете право на получение кислородного оборудования в рамках покрытия Medicare и являетесь участником нашего плана, мы покроем следующее:

- Аренда кислородного оборудования
- Доставка кислорода и кислородных компонентов
- Трубки и сопутствующие принадлежности для доставки кислорода и кислородных компонентов
- Техническое обслуживание и ремонт кислородного оборудования

Кислородное оборудование необходимо вернуть владельцу, если оно вам больше не требуется по медицинским показаниям или вы перестали быть участником нашего плана.

L4. Кислородное оборудование при переходе в программу Original Medicare или план Medicare Advantage

Если кислородное оборудование требуется по медицинским показаниям и **вы перестаете быть участником нашего плана и переходите в программу Original Medicare**, вы будете арендовать его у поставщика в течение 36 месяцев. Ваши ежемесячные арендные платежи покрывают кислородное оборудование, а также расходные материалы и услуги, перечисленные выше.

Если кислородное оборудование по-прежнему требуется вам по медицинским показаниям **после того, как вы арендовали его в течение 36 месяцев**:

- ваш поставщик должен предоставить кислородное оборудование, расходные материалы и услуги в течение дополнительных 24 месяцев;
- ваш поставщик должен предоставить кислородное оборудование и расходные материалы в течение срока, не превышающего 5 лет, при наличии медицинских показаний.

Если кислородное оборудование все еще требуется по медицинским показаниям **по истечении пятилетнего срока**:

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



- ваш поставщик больше не будет обязан предоставлять его вам, и вы можете получить оборудование на замену от любого поставщика;
- начинается новый пятилетний срок;
- вы будете брать его в аренду у поставщика в течение 36 месяцев;
- ваш поставщик должен предоставить кислородное оборудование, расходные материалы и услуги в течение дополнительных 24 месяцев;
- новый цикл начинается каждые 5 лет по мере того, как сохраняется необходимость в кислородном оборудовании по медицинским показаниям.

Если кислородное оборудование требуется по медицинским показаниям и **вы перестаете быть участником нашего плана и становитесь участником плана Medicare Advantage**, ваш план будет покрывать по меньшей мере то, что покрывает Original Medicare. Вы можете уточнить у представителей вашего плана Medicare Advantage, какое кислородное оборудование и расходные материалы он покрывает и какими будут ваши затраты.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Глава 4. Таблица льгот

Введение

В этой главе содержится информация об услугах, покрываемых планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, об ограничениях и лимитах, налагаемых на такие услуги, а также их стоимости. В ней вы также найдете информацию об услугах, которые наш план не покрывает. Основные термины и их определения предлагаются в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Содержание

A. Покрываемые услуги и их стоимость для вас.....	70
B. Правила, запрещающие поставщикам услуг выставять вам счета за услуги.....	70
C. Таблица льгот нашего плана	70
D. Таблица льгот	73
E. Услуги, покрываемые не в рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	132
E1. Программа California Community Transitions (CCT).....	132
E2. Стоматологическая программа Medi-Cal	133
E3. Услуги хосписов.....	133
F. Услуги, не покрываемые планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и программами Medicare и Medi-Cal	134

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте [www.blueshieldca.com/promise/Cal MediConnect](http://www.blueshieldca.com/promise/Cal%20MediConnect).



А. Покрываемые услуги и их стоимость для вас

В данной главе разъясняется, какие услуги оплачиваются планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Здесь также описано, сколько вы платите за каждую услугу. В ней также содержатся сведения о том, какие услуги план не покрывает. Информация о страховом покрытии препаратов предлагается в главе 5, разделы В, С и D. В данной главе также описываются лимиты, налагаемые на некоторые услуги.

При получении некоторых услуг вы должны вносить определенную сумму, которая называется доплатой (copay). Эта сумма фиксированная (например, \$5), и вы должны платить ее при каждом получении таких услуг. Доплату необходимо вносить в момент получения медицинской услуги.

Если вы хотите получить разъяснения по поводу того, какие именно услуги покрываются, позвоните своему навигатору обслуживания и/или в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 8:00 до 20:00.

В. Правила, запрещающие поставщикам услуг выставлять вам счета за услуги

Мы запрещаем поставщикам услуг, входящим в сеть плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, выставлять вам счета за покрываемые услуги. Мы платим нашим поставщикам напрямую и избавляем вас от каких-либо расходов. Это относится даже к тем ситуациям, когда мы платим поставщику услуг меньше, чем он взимает за данную услугу с других клиентов.

Вы не должны получать счета за покрываемые услуги от поставщиков ни при каких обстоятельствах. Если вы получили счет, см. главу 7, раздел А, или позвоните в отдел обслуживания участников.

С. Таблица льгот нашего плана

В данной таблице льгот объясняется, какие услуги оплачиваются планом. Категории услуг перечислены в алфавитном порядке. Также представлено описание покрываемых услуг.

Мы оплатим перечисленные в таблице льгот услуги только при условии соблюдения следующих правил.

- Услуги, покрываемые программами Medicare и Medi-Cal, должны предоставляться в соответствии с правилами, установленными программами Medicare и Medi-Cal.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



- Услуги (в том числе медицинское обслуживание, услуги по охране поведенческого здоровья, лечение алкогольной и психиатрической зависимости, услуги долгосрочного ухода и поддержки, принадлежности, оборудование и лекарства) должны быть необходимы по медицинским показаниям. Необходимость по медицинским показаниям означает, что эти услуги требуются для профилактики, диагностики или лечения медицинского состояния, либо для поддержания нынешнего состояния здоровья. Кроме того, необходимыми считаются услуги, позволяющие вам не поступать в больницу или учреждение сестринского ухода. В дополнение к этому услуги, принадлежности и препараты должны соответствовать принятым стандартам медицинской практики. Услуга считается необходимой по медицинским показаниям, если она является обоснованной и необходимой для защиты жизни, предотвращения серьезного заболевания или серьезной инвалидности либо для облегчения сильной боли.
- За услугами вы должны обращаться к поставщикам услуг, входящим в сеть плана. Поставщик услуг, входящий в сеть плана, — это поставщик услуг, с которым мы сотрудничаем. В большинстве случаев услуги поставщиков, не входящих в сеть, не оплачиваются. В главе 3, раздел D, приведена дополнительная информация о порядке обращения за услугами к поставщикам из сети плана и поставщикам, не входящим в его сеть.
- У вас есть поставщик первичных медицинских услуг (PCP) или команда по медицинскому обслуживанию, предоставляющие медицинское обслуживание и осуществляющие его координацию. В большинстве случаев, прежде чем обратиться к другим поставщикам услуг, входящим в сеть плана, вы должны получить разрешение от своего PCP. Такое разрешение называется направлением. В разделе D главы 3 содержится дополнительная информация о получении направления и описываются ситуации, в которых вам не нужно направление.
- Вы должны получать медицинское обслуживание от поставщиков услуг, которые связаны с медицинской группой вашего PCP. См. дополнительную информацию в главе 3, раздел D.
- Покрытие некоторых услуг, перечисленных в таблице льгот, предоставляется только в том случае, если ваш врач или другой поставщик услуг, входящий в сеть плана, заранее попросит нас одобрить нужную услугу. Это называется предварительным разрешением. Покрываемые услуги, для которых требуется предварительное разрешение, выделены в таблице льгот курсивом.
- Все профилактические услуги предоставляются бесплатно. Профилактические услуги в таблице льгот отмечены значком яблока 🍏.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Факультативные услуги в рамках плана медицинского обслуживания (Care Plan Optional Services, CPO) могут быть доступны в рамках вашего индивидуального плана медицинского обслуживания. Эти услуги предполагают оказание дополнительной помощи на дому, например доставку еды, оказание помощи вам или лицу, ухаживающему за вами, установку поручней в ванной и пандусов. Эти услуги помогают вам проживать относительно независимо, однако **не** заменяют собой услуги долгосрочного ухода и поддержки (LTSS), на которые вы имеете право в рамках программы Medi-Cal. К услугам CPO, которые план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan оказывал ранее, относятся услуги по ведению пациентов и оценке состояния здоровья, а также иные услуги, предоставляемые на дому и по месту жительства фондом Partners in Care Foundation, и доставка еды на дом компанией LifeSpring. Если вам требуется помощь или вы хотите подробнее узнать об услугах CPO, свяжитесь с вашим навигатором обслуживания.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



D. Таблица льгот

Услуги, оплачиваемые нашим планом		Сумма, которую платите вы
	<p>Скрининг аневризмы брюшной аорты</p> <p>Мы оплатим одну процедуру ультразвукового исследования для пациентов из группы риска. Покрытие для этого обследования в рамках плана предоставляется только при наличии определенных факторов риска и направления от врача, помощника врача, практикующей медсестры или клинической медсестры-специалиста.</p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Иглоукальвание для лечения хронической боли в пояснице</p> <p>В число покрываемых услуг входят следующие: До 12 посещений в течение 90 дней покрываются для участников Medicare при следующих обстоятельствах: В рамках данной льготы хроническая боль в пояснице определяется следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • присутствует в течение 12 недель или более; • является неспецифичной, т. е. отсутствуют определяемая системная причина (не связана с метастатическим, воспалительным, инфекционным заболеванием и т. д.); • не связана с операцией; и • не связана с беременностью. <p>Дополнительные восемь сеансов будут предоставлены тем пациентам, у которых отмечается улучшение. В течение года допускается выполнение не более 20 процедур иглоукальвания.</p> <p>Лечение необходимо прекратить, если пациенту не становится лучше или становится хуже.</p> <p>Льготы предоставляются в рамках договора с American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Чтобы получить дополнительную информацию или найти поставщика, сотрудничающего с ASH Plans, звоните по номеру <(800) 678-9133 [TTY: (877) 710-2746] с понедельника по пятницу с 5:00 до 18:00>. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников Blue Shield Promise Cal MediConnect Customer Care или воспользоваться функцией Find a Doctor («Найти врача») на сайте www.blueshieldca.com, чтобы найти поставщика, который сотрудничает с ASH Plans.</p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Иглоукалывание</p> <p>План покрывает до двух сеансов иглоукалывания каждый календарный месяц или чаще, если это необходимо по медицинским показаниям.</p> <p>Льготы предоставляются в рамках договора с American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Чтобы получить дополнительную информацию или найти поставщика, сотрудничающего с ASH Plans, звоните по номеру <(800) 678-9133 [TTY: (877) 710-2746] с понедельника по пятницу с 5:00 до 18:00>. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников Blue Shield Promise Cal MediConnect Customer Care или воспользоваться функцией Find a Doctor («Найти врача») на сайте blueshieldca.com, чтобы найти поставщика, который сотрудничает с ASH Plans.</p>	\$0
<p>Дополнительные телемедицинские услуги</p> <p>Компания Teladoc предоставляет телефонные и видео-консультации врачей в любое время суток и в любой день недели. Врачи, работающие в компании Teladoc, умеют диагностировать и лечить основные заболевания, а также имеют право выписывать некоторые медицинские препараты. Услуги компании Teladoc являются дополнительными и не могут заменить собой услуги, оказываемые вашим основным лечащим врачом. Войдите в учетную запись на сайте blueshieldca.com/teladoc или в приложении Blue Shield of California, чтобы записаться на прием. Если у вас есть вопросы, вы можете связаться с сотрудниками Teladoc по телефону 1-800-Teladoc (1-800-835-2363) [TTY: 711] в любое время суток и в любой день недели.</p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



	Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
	<p>Обследование и консультирование в связи со злоупотреблением алкоголем</p> <p>Мы оплатим одно обследование для выявления злоупотребления алкоголем (SBIRT) для взрослых, злоупотребляющих алкоголем, но не имеющих алкогольной зависимости. В эту категорию входят беременные женщины.</p> <p>Если по результатам обследования у вас будет выявлено злоупотребление алкоголем, вам будет предоставлено до четырех кратких индивидуальных консультаций в год (если в ходе этих консультаций вы проявите способность к восприятию и внимание), которые будут проведены квалифицированным поставщиком первичных медицинских услуг или практикующим специалистом в учреждении первичного медицинского обслуживания.</p> <p>Краткие консультации обычно включают от одного до трех сеансов по 15 минут, которые проводятся при личной встрече, по телефону или с помощью средств телемедицины.</p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Транспортировка на машине скорой помощи</p> <p>К числу покрываемых услуг медицинского транспорта относятся транспортировка на машине скорой помощи, самолете или вертолете. Медицинский транспорт доставит вас до ближайшего места оказания медицинской помощи.</p> <p>Ваше состояние должно быть настолько серьезным, что иные способы доставки в учреждение обслуживания могут поставить под угрозу ваше здоровье или жизнь. Для получения услуг медицинского транспорта в других случаях нужно получить от нас одобрение.</p> <p>В случаях, не являющихся неотложными ситуациями, мы можем оплатить услуги скорой помощи. Ваше состояние должно быть настолько серьезным, что иные способы доставки в учреждение обслуживания могут поставить под угрозу вашу жизнь или здоровье.</p> <p><i>Может потребоваться получение предварительного разрешения. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0
<p>Ежегодный медицинский осмотр</p> <p>Дополнительно к ежегодному профилактическому осмотру вы можете пройти один плановый медицинский осмотр раз в год. Данный осмотр включает полное изучение вашего медицинского и семейного анамнеза, детальный осмотр всего тела и другие услуги, направления и рекомендации, которые могут потребоваться.</p> <p>Любые лабораторные, диагностические процедуры или иные типы запрошенных услуг не покрываются в рамках данной льготы, и вы должны будете заплатить отдельно за каждую из этих услуг согласно сумме, предусмотренной разделением затрат по вашему плану.</p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



	Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
	<p>Ежегодный профилактический осмотр</p> <p>Вы можете ежегодно проходить медицинский осмотр. Он проводится для составления или коррекции плана профилактических мер на основании имеющихся у вас в настоящее время факторов риска. Мы оплачиваем такой осмотр раз в 12 месяцев.</p>	\$0
	<p>Денситометрия костей</p> <p>Мы оплатим определенные процедуры участникам, соответствующим критериям (обычно это люди, подверженные риску снижения костной массы или остеопороза). В ходе этих процедур проводится определение костной массы, потери костной массы или качества костной ткани.</p> <p>Мы оплатим эти услуги раз в 24 месяца или чаще в случае их необходимости по медицинским показаниям. Мы также оплатим услуги врача, который рассмотрит и прокомментирует результаты.</p>	\$0
	<p>Скрининг рака молочной железы (маммография)</p> <p>Мы оплатим следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • одну базовую маммографию для женщин в возрасте от 35 до 39 лет; • одну скрининговую маммографию раз в 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше; • клинический осмотр молочной железы раз в 24 месяца. 	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Реабилитационные услуги при заболеваниях сердца</p> <p>Мы оплатим услуги кардиореабилитации при заболеваниях сердца, включая физические упражнения, образовательные мероприятия и консультации. Для этого участники должны соответствовать определенным критериям и иметь направление врача.</p> <p>Мы также покрываем интенсивные программы реабилитации при заболеваниях сердца, являющиеся более интенсивными по сравнению с обычными программами реабилитации.</p> <p><i>Может потребоваться получение предварительного разрешения. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0
<p> Визит для снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (терапия сердечно-сосудистых заболеваний)</p> <p>Мы оплатим один визит к поставщику первичных медицинских услуг в год с целью снижения риска развития у вас сердечно-сосудистых заболеваний, а также, при наличии медицинской необходимости, более частые визиты. В ходе такого визита ваш врач может:</p> <ul style="list-style-type: none"> • обсудить возможный прием аспирина; • проверить ваше артериальное давление; и/или • дать вам советы по правильному питанию. 	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом		Сумма, которую платите вы
	<p>Обследование для выявления сердечно-сосудистых заболеваний</p> <p>Мы оплачиваем анализы крови для выявления сердечно-сосудистых заболеваний раз в пять лет (60 месяцев). Эти анализы крови также позволяют выявить нарушения, связанные с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний.</p>	\$0
	<p>Скрининг рака шейки матки и влагалища</p> <p>Мы оплатим следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • для всех женщин: мазок Папаниколау и гинекологический осмотр раз в 24 месяца; • для женщин с высоким риском рака шейки матки или влагалища: мазок Папаниколау раз в 12 месяцев; • для женщин детородного возраста с аномальным результатом мазка Папаниколау за последние 3 года: мазок Папаниколау раз в 12 месяцев; • для женщин в возрасте 30-65 лет: тестирование на вирус папилломы человека (ВПЧ) или цитологический мазок плюс тестирование на ВПЧ один раз в 5 лет. 	\$0
	<p>Услуги мануальной терапии</p> <p>Мы оплатим следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • коррекция позвоночника для исправления смещений. 	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
 <p>Скрининг колоректального рака</p> <p>Мы оплатим следующие услуги для людей в возрасте от 50 лет:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гибкая сигмоидоскопия (или скрининговая ирригоскопия) раз в 48 месяцев; • анализ кала на скрытую кровь раз в 12 месяцев; • гваяковая проба на скрытую кровь в кале или иммунохимический тест на скрытую кровь в кале раз в 12 месяцев; • обследование кишечника с применением ДНК-диагностики раз в 3 года; • колоноскопия каждые десять лет (за исключением периода в 48 месяцев после скрининговой сигмоидоскопии); • колоноскопия (или скрининговая ирригоскопия) раз в 24 месяца для лиц с высоким риском развития колоректального рака. <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Услуги для взрослых, предоставляемые по месту жительства (Community Based Adult Services, CBAS)</p> <p>Услуги для взрослых по месту жительства (CBAS) – это программа амбулаторного обслуживания на базе учреждения, которое участники посещают по расписанию. В ее рамках предоставляются квалифицированное сестринское обслуживание, социальные услуги, лечение (в том числе эрготерапия, физиотерапия и терапия при расстройствах речи), услуги личного ухода, подготовка и поддержка членов семьи и лиц, осуществляющих уход, услуги питания, транспортировки и другие услуги. Мы оплатим услуги для взрослых по месту жительства, если вы соответствуете критериям участия.</p> <p>Примечание. Если учреждение CBAS недоступно, мы можем предоставить эти услуги отдельно.</p> <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение.</i></p> <p><i>Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
 <p>Консультации по отказу от курения и использования табака</p> <p>Если вы употребляете табак, но у вас нет признаков или симптомов заболеваний, связанных с употреблением табака:</p> <ul style="list-style-type: none"> Мы оплатим две консультации по отказу от табака в течение 12 месяцев в качестве профилактической услуги. Данная услуга предоставляется бесплатно. При каждой попытке отказа предусматривается до четырех индивидуальных консультаций. <p>Если вы употребляете табак и у вас диагностировано связанное с этим заболевание или вы принимаете лекарство, на которое может повлиять табак:</p> <ul style="list-style-type: none"> Мы оплатим две консультации по отказу от табака в течение 12 месяцев. Каждая такая консультация индивидуальна и предусматривает до четырех посещений врача. <p>Если вы беременны, то вы можете получить неограниченные консультации по отказу от табака при наличии предварительного разрешения.</p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Стоматологические услуги</p> <p>Некоторые стоматологические услуги, в том числе чистки, пломбирование и зубные протезы, можно получить через программу Medi-Cal Dental Program. Подробнее об этой льготе см. в разделе F.</p> <p>Программа Denti-Cal покрывает стоматологические услуги на сумму до \$1,800 в каждом календарном году. Для получения более подробной информации посетите сайт программы Denti-Cal по адресу www.denti-cal.ca.gov, на котором вы можете ознакомиться с руководством для получателей льгот - California Medi-Cal Dental Services Beneficiary Handbook.</p> <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение.</i></p> <p><i>Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0
<p> Скрининг депрессии</p> <p>Мы оплатим одно обследование для выявления депрессии в год. Это обследование необходимо пройти в учреждении первичного медицинского обслуживания, которое может предоставить последующее лечение и выдать направления.</p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
 <p>Скрининг диабета</p> <p>Мы оплатим такой скрининг (в том числе анализ уровня глюкозы в крови натощак) при наличии любого из следующих факторов риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> • высокое артериальное давление (гипертония); • аномальные уровни холестерина и триглицеридов в анамнезе (дислипидемия); • ожирение; • высокий уровень сахара (глюкозы) в крови в анамнезе. <p>В некоторых случаях могут оплачиваться анализы, например если у вас есть избыточный вес и случаи заболевания диабетом в семье.</p> <p>В зависимости от результатов анализов вам может быть предоставлена возможность проходить до двух скринингов диабета каждые 12 месяцев.</p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



	<p>Обучение самостоятельному уходу за здоровьем, услуги и товары для диабетиков</p> <p>Всем людям с диабетом (независимо от того, принимают ли они инсулин) мы оплатим следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Средства для контроля уровня глюкозы в крови, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> ○ глюкометр; ○ тест-полоски для определения глюкозы в крови ○ ланцетные устройства и ланцеты; ○ средства контроля для проверки точности тест-полосок и глюкометров. ○ Предпочтительным производителем тест-полосок и глюкометров является Abbott. Для тест-полосок и глюкометров FreeStyle® (производства Abbott) вашему врачу не требуется заблаговременно получать согласование (которое иногда именуется «предварительным разрешением») у представителей плана. Для тест-полосок и глюкометров от всех остальных производителей вашему врачу потребуется заблаговременно получить согласование (которое иногда именуется от «предварительным разрешением») у представителей плана • Для лиц с диабетом, страдающих синдромом диабетической стопы в тяжелой форме, мы оплачиваем следующее: <ul style="list-style-type: none"> ○ одну пару лечебной обуви, изготовленной по индивидуальному заказу (в том числе стельки) и две дополнительные пары стелек на один календарный год; или ○ одну пару просторной обуви и три пары стелек в год (не включая стандартные съемные стельки, предоставляемые с такой обувью). • В некоторых случаях мы оплачиваем обучение самостоятельному контролю диабета. За дополнительными справками обращайтесь в отдел обслуживания участников. <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p>
---	--	------------

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



<p>Медицинское оборудование длительного пользования и сопутствующие расходные материалы</p> <p>(Определение термина «медицинское оборудование длительного пользования» см. в главе 12 данного Справочника.)</p> <p>Покрытие распространяется на следующие принадлежности и виды оборудования:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кресла-каталки; • костыли; • электрические матрасы; • противопролежневые матрасы; • принадлежности для больных диабетом; • больничные койки, заказанные поставщиком услуг для использования на дому; • инфузионные насосы для внутривенных вливаний и штатив; • насос для энтерального питания и расходные материалы; • голосообразующие аппараты; • кислородная аппаратура и расходные материалы; • небулайзеры (распылители); • ходунки; • обычная трость для ходьбы или четырехопорная трость, а также расходные материалы; • тренажер для вытяжения шейного отдела позвоночника (с креплением на дверь); • стимуляторы роста костей; • оборудование для диализа. <p>Покрытие может распространяться и на другие товары.</p> <p>Мы оплачиваем стоимость всего необходимого по медицинским показаниям медицинского оборудования длительного пользования, которое обычно оплачивается программами Medicare и Medi-Cal. Если у нашего поставщика в месте вашего проживания отсутствует оборудование определенной марки или определенного производителя, обратитесь к нему с просьбой предоставить такое оборудование по спецзаказу.</p> <p style="text-align: center;">Продолжение на следующей странице</p>	\$0
---	-----

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Медицинское оборудование длительного пользования и сопутствующие расходные материалы (продолжение)</p> <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Неотложная помощь</p> <p>Неотложная помощь – это услуги, которые:</p> <ul style="list-style-type: none"> • предоставляются поставщиком, прошедшим подготовку по оказанию неотложной помощи, и • необходимы для лечения неотложного медицинского состояния. <p>Неотложное состояние – это медицинское состояние, сопровождающееся сильной болью или серьезной травмой. Это состояние должно быть настолько серьезным, чтобы любой неспециалист, обладая средними знаниями в области здоровья и медицины, мог обоснованно предположить, что неоказание неотложной медицинской помощи может привести к следующим последствиям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • серьезный риск для здоровья – вашего или вашего будущего ребенка, если вы его ожидаете; либо • серьезное нарушение функций организма; либо • серьезное нарушение функционирования какого-либо органа или части тела; либо • активные роды у беременной женщины, то есть роды в ситуации, когда: <ul style="list-style-type: none"> ○ недостаточно времени для безопасной перевозки участницы в другую больницу до родов; или ○ перевозка может подвергнуть опасности здоровье или безопасность женщины или ребенка. <p>План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan возместит ваши расходы на неотложную помощь, полученную в любом месте за пределами Соединенных Штатов, на сумму до \$25,000 в каждом календарном году. Мы возместим ваши расходы только в том случае, если они были оказаны вам для лечения неотложного состояния (см. критерии выше). Подробнее см. в разделе о покрытии неотложной и срочной помощи во всем мире в конце данной таблицы.</p>	<p>\$0</p> <p>Если вы получаете неотложную помощь в больнице, которая не входит в сеть плана, и вам требуется стационарное лечение после стабилизации вашего состояния, для сохранения покрытия вам необходимо будет перейти в больницу, входящую в сеть плана, ИЛИ получить разрешение от плана на продолжение лечения в больнице, не входящей в сеть. Если вы получите такое разрешение, то ваши расходы будут такими же, как если бы вы лечились в больнице, входящей в сеть плана.</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



<p>Услуги по планированию семьи</p> <p>Для предоставления некоторых услуг по планированию семьи закон позволяет вам выбрать любого поставщика, то есть любого врача, клинику, больницу, аптеку или центр планирования семьи.</p> <p>Мы оплатим следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • обследование и медицинское лечение с целью планирования семьи; • лабораторные анализы и диагностические тесты с целью планирования семьи; • методы планирования семьи (внутриматочные спирали, имплантаты, инъекции, противозачаточные таблетки, пластыри, кольца); • принадлежности для планирования семьи, при наличии рецепта (презервативы, губки, пены, пленки, диафрагмы, колпачки); • консультации по вопросам бесплодия и диагностика бесплодия, а также сопутствующие услуги; • консультации, анализы и лечение по поводу инфекций, передающихся половым путем; • консультации и анализы на наличие СПИДа и других ВИЧ-обусловленных заболеваний; • хирургическая контрацепция (Чтобы воспользоваться этим способом планирования семьи, вам должно быть не менее 21 года. Вы должны будете подписать федеральный бланк согласия на стерилизацию, причем со дня подписания бланка до дня операции должно пройти не менее 30 дней, но не более 180 дней); • генетическое консультирование. <p>Мы также оплатим некоторые другие услуги по планированию семьи. Однако для оказания следующих услуг необходимо посетить поставщика, входящего в нашу сеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • лечение медицинских состояний, связанных с бесплодием (данная услуга не включает методы искусственного оплодотворения); • лечение СПИДа и других ВИЧ-обусловленных состояний; • генетический анализ. 	<p>доплата за медицинские и диагностические услуги составляет \$0.</p> <p>За рецептурные препараты может взиматься доплата, предусмотренная для таких препаратов.</p>
--	---

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
 <p>Программы санитарного и профилактического просвещения</p> <p>Мы предлагаем множество программ по вопросам различных медицинских состояний, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • курсы медико-санитарного просвещения; • курсы о здоровом питании; • отказ от курения и использования табака; и • консультационную медсестринскую линию. <p>Дипломированные медицинские сестры, работающие в справочной службе Nurse Advice Line плана Blue Shield of California Promise Health Plan, ответят на ваши вопросы в любое время суток и в любой день недели. Обращайтесь в справочную службу Nurse Advice Line по телефону (800) 609-4166 [TTY: 711]). Вы можете связаться с медсестрами по телефону, и они ответят на медицинские вопросы общего характера, а также подскажут, где можно найти дополнительную информацию. Справочная служба Nurse Advice Line может по вашей просьбе прислать вам по электронной почте конспект разговора со всей необходимой информацией и ссылками.</p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



	Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
	<p>Членство в клубах здоровья и абонементы на фитнес-классы</p> <p>Фитнес-программа SilverSneakers® Упражнения, лекции и социальные мероприятия, позволяющие вам получить доступ к следующему:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тысячи фитнес-центров по всей стране, которыми вы можете воспользоваться в любое время. • Тренажеры и занятия SilverSneakers. • Социальные мероприятия. • Занятия SilverSneakers FLEX™, например по йоге, латиноамериканским танцам и тайчи. • Посещение занятий, не выходя из дома, вместе с SilverSneakers Life 	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Услуги по проверке и коррекции слуха</p> <p>Мы оплачиваем проверки слуха и вестибулярного аппарата, проводимые вашим врачом. Результаты проверок покажут, требуется ли вам лечение. Эти услуги покрываются как амбулаторные, если они предоставляются врачом общего профиля, аудиологом или иным квалифицированным специалистом.</p> <p>План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan покрывает дополнительные слуховые аппараты для обеих ушей на сумму до \$2,000 в каждом году предоставления льгот (с 1 января по 31 декабря). Услуги по проверке и коррекции слуха включают в себя следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Слуховые аппараты • Слепки • Принадлежности для модификации • Аксессуары <p>Помимо вышеуказанной дополнительной льготы Medi-Cal может покрыть слуховые аппараты на сумму до \$1,510 в каждом финансовом году (с 1 июля по 30 июня).</p> <p>Если вы беременны или проживаете в учреждении сестринского ухода, мы также оплатим слуховые аппараты, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • вкладыши, расходные материалы и вставки; • ремонт стоимостью свыше \$25; • первоначальный комплект батареек; • шесть визитов к одному поставщику для обучения, регулировки и настройки слухового аппарата после его получения; • пробный период аренды слухового аппарата. <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
 <p>Скрининг ВИЧ-инфекции</p> <p>Мы оплачиваем один скрининг ВИЧ-инфекции раз в 12 месяцев для следующих категорий участников:</p> <ul style="list-style-type: none"> • участники, обращающиеся с просьбой об обследовании на ВИЧ; и • участники, подверженные повышенному риску инфицирования ВИЧ. <p>Беременным женщинам мы оплачиваем до трех скринингов ВИЧ-инфекции за период беременности.</p>	\$0
<p>Услуги агентств по уходу на дому</p> <p>Для получения услуг ухода на дому необходимо, чтобы врач сообщил о том, что вам требуются такие услуги, и чтобы они предоставлялись агентством по уходу на дому.</p> <p>Мы оплатим следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не указанные здесь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • квалифицированный сестринский уход при неполной нагрузке или с периодическими визитами и услуги домашних сиделок (для получения покрытия по программе льгот по медицинскому уходу на дому общее время оказания услуг квалифицированного сестринского ухода и услуг домашних сиделок не должно превышать 8 часов в день и 35 часов в неделю); • физиотерапия, эрготерапия, терапия при расстройствах речи; • медицинские и социальные услуги; • медицинское оборудование и расходные материалы. <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Инфузионная терапия на дому</p> <p>Мы оплачиваем инфузионную терапию на дому, что означает введение лекарственных препаратов или биологических веществ в вену или подкожно в домашних условиях. Для проведения инфузионной терапии на дому потребуется следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лекарственный препарат или биологическое вещество, например противовирусное средство или иммуноглобулин; • Оборудование, например помпа; и • Расходные материалы, например трубки или катетер. <p>Мы оплачиваем услуги инфузионной терапии на дому, которые, без ограничения, включают следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Услуги специалистов, в том числе услуги медсестры, оказываемые в соответствии с вашим планом медицинского обслуживания; • Обучение и просвещение участников, которые не предусмотрены в рамках льготы DME; • Дистанционный мониторинг; и • Услуги мониторинга для проведения инфузионной терапии на дому и лекарственные препараты для инфузионной терапии на дому, предоставляемые квалифицированным поставщиком услуг инфузионной терапии на дому. <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>Вы заплатите \$0 за каждый покрываемый визит в связи с проведением инфузионной терапии на дому.</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Доставка еды на дом</p> <p>При выписке из стационара или учреждения квалифицированного сестринского ухода (SNF) планом покрывается следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22 комплекта питания и 10 перекусов при выписке • Питание и перекусы при необходимости доставляются не более чем тремя отдельными партиями • Покрытие распространяется только на две выписки из медицинского учреждения в год <p>Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (номера телефонов напечатаны на оборотной стороне этого буклета).</p>	<p>Вы платите \$0 за каждую покрываемую доставку еды на дом.</p>
<p>Услуги хосписов</p> <p>Мы покрываем услуги всех хосписных программ, сертифицированных Medicare. Право на услуги хосписа имеют участники, которые, по заключению врача или медицинского директора хосписной программы, сочтены неизлечимо больными. Пациент считается неизлечимо больным, если он страдает неизлечимым заболеванием и ему, по прогнозу, осталось жить не более шести месяцев. Ваш врач, предоставляющий услуги хосписного ухода, может быть как поставщиком, входящим в сеть плана, так и внесетевым поставщиком.</p> <p>В период предоставления услуг хосписа план оплачивает следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • лекарства для лечения симптомов и устранения боли; • кратковременный уход в период отдыха лиц, обычно осуществляющих уход за больным; • уход на дому. <p style="text-align: right;">Продолжение на следующей странице</p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



<p>Услуги хосписа (продолжение)</p> <p>Счета за услуги хосписа и услуги, покрываемые по части А или В программы Medicare, выставляются программе Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Подробнее см. в разделе F данной главы. • При участии в сертифицированной Medicare программе облегчения страданий безнадежно больных услуги по части А и В программы Medicare, связанные с терминальной стадией заболевания, оплачиваются программой Medicare. План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan не оплачивает такие услуги. <p>В отношении услуг, покрываемых планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, но не покрываемых по части А или В программы Medicare, действуют следующие условия.</p> <ul style="list-style-type: none"> • В рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan оплачиваются услуги, не покрываемые по части А или В программы Medicare, независимо от того, связаны ли они с неизлечимым заболеванием или нет. Вы ничего не платите за эти услуги. <p>В отношении лекарств, на которые может распространяться покрытие по части D программы Medicare в рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, действуют следующие условия.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лекарства никогда не покрываются хосписом и нашим планом одновременно. Подробнее см. в главе 5, разделы В, С и D. <p>Примечание: Если вам требуется медицинское обслуживание, не относящееся к хосписному уходу, свяжитесь со своим «навигатором». «Не относящееся к хосписному уходу» означает, что медицинское обслуживание не связано с диагнозом неизлечимого заболевания. Чтобы поговорить со своим навигатором обслуживания, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному в нижней части страницы, и выберите опцию «Care Navigator» («навигатор обслуживания»).</p> <p>План покрывает консультации по хосписной программе (только однократно), предоставляемые неизлечимо больным, отказавшимся от услуг хосписа.</p>	<p>\$0</p>
--	------------

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
 <p>Вакцинации</p> <p>Мы оплатим следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • прививка от пневмонии; • прививки от гриппа, один раз в сезон (осенью или зимой), а также дополнительные прививки при наличии медицинской необходимости; • прививка от гепатита В для лиц с высоким и средним риском заболевания гепатитом В; • другие прививки для лиц, входящих в группу риска, если такие прививки соответствуют правилам покрытия по части В программы Medicare. <p>Мы оплатим другие прививки, соответствующие правилам покрытия по части D программы Medicare. Подробнее см. в разделе Н главы 6.</p> <p>Мы также оплачиваем все прививки взрослым согласно рекомендациям Консультационного комитета по вакцинации (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).</p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Стационарное лечение</p> <p>Мы оплатим нижеперечисленные услуги и другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не указанные здесь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • двухместная палата (или отдельная палата, если это необходимо по медицинским показаниям); • питание, в том числе особая диета; • регулярные услуги медсестры; • стоимость ухода в отделениях интенсивной терапии, например в реанимации или отделении интенсивной терапии для больных с острой коронарной недостаточностью; • препараты и лекарства; • лабораторные анализы; • рентген и прочие услуги радиологии; • необходимые хирургические и медицинские принадлежности; <p style="text-align: center;">Продолжение на следующей странице</p>	<p>\$0</p> <p>Для продолжения стационарного лечения в больнице, не входящей в сеть, после стабилизации вашего неотложного состояния необходимо получить разрешение от плана.</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Стационарное лечение (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • специальные приспособления, например кресла-каталки; • услуги использования операционных и послеоперационных палат; • физиотерапия, эрготерапия, терапия при расстройствах речи; • услуги стационарного лечения алкогольной и наркотической зависимости; • в некоторых случаях покрывается стоимость пересадки следующих органов: роговицы, почки, почки и поджелудочной железы одновременно, сердца, печени, легких, сердца и легких одновременно, костного мозга, стволовых клеток, кишечника и нескольких других органов одновременно. <p>При необходимости пересадки одобренный программой Medicare центр трансплантации рассмотрит ваш случай и определит, являетесь ли вы подходящим претендентом на орган для пересадки. Поставщики услуг трансплантации могут быть из вашего региона или находиться за пределами территории обслуживания. Если центр по пересадке органов согласится принять условия оплаты Medicare, вы сможете пройти процедуру пересадки в местном центре или центре, расположенном за пределами территории обслуживания плана. Если план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan предлагает услуги по пересадке органов в центре, расположенном за пределами территории обслуживания, и вы решите пройти в нем процедуру, мы организуем и оплатим проживание и проезд для вас и одного сопровождающего.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хранение и переливание крови; • Услуги врачей. <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p> <p>Для продолжения стационарного лечения в больнице, не входящей в сеть, после стабилизации вашего неотложного состояния необходимо получить разрешение от плана.</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Стационарные услуги психиатрического лечения</p> <p>Мы оплатим услуги психиатрического лечения, для которых требуется пребывание в больнице.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если вам требуется стационарное лечение в автономной психиатрической больнице, мы оплатим первые 190 дней. После этого необходимое по медицинским показаниям стационарное психиатрическое лечение будет оплачиваться местным агентством психического здоровья округа. Выдача разрешения на лечение длительностью более 190 дней координируется с местным агентством психического здоровья округа. <ul style="list-style-type: none"> ○ Лимит в 190 дней не относится к услугам стационарного психиатрического лечения, оказываемым в психиатрическом отделении больницы общего типа. • Для лиц в возрасте от 65 лет мы оплатим услуги в Институте психических заболеваний (Institute for Mental Diseases, IMD). <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



<p>Пребывание в стационаре: Услуги стационарного лечения в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF), оплачиваемые во время непокрываемого пребывания в стационаре</p> <p>Если ваше пребывание в стационаре не является обоснованным и необходимым по медицинским показаниям, мы его не оплатим.</p> <p>Однако в некоторых случаях, когда пребывание в стационаре не оплачивается, мы оплачиваем услуги, получаемые при пребывании в больнице или учреждении сестринского ухода. За дополнительными справками обращайтесь в отдел обслуживания участников.</p> <p>Мы оплатим следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не указанные здесь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • услуги врачей; • диагностические тесты, например лабораторные анализы; • рентген, радиевая и изотопная терапия, в том числе материалы и услуги технических специалистов; • хирургические перевязочные средства; • шины, гипсовые повязки и прочие приспособления для лечения переломов и смещений; • протезы и ортопедические приспособления, кроме зубных протезов, а также замена или ремонт таких приспособлений. Это приспособления, которые: <ul style="list-style-type: none"> ○ полностью или частично заменяют внутренний орган (в том числе прилегающие ткани); или ○ полностью или частично замещают функцию недействующего или плохо функционирующего внутреннего органа. • ортезы для ног и рук, ортопедические корсеты и воротники, фиксирующие абдоминальные бандажи, искусственные ноги, руки и глаза, в том числе регулировка, ремонт и замена, необходимые в связи с поломкой, износом, утратой или изменением состояния пациента; • физиотерапия, терапия при расстройствах речи и эрготерапия. <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0
--	-----

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Услуги и расходные материалы при заболевании почек</p> <p>Мы оплатим следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Санитарное просвещение для обучения уходу за почками и оказания помощи участникам в принятии информированных решений о своем уходе. Для этого необходимо иметь хроническое заболевание почек IV стадии и направление от врача. Мы оплатим до шести консультаций в рамках санитарного просвещения в связи с заболеванием почек. • Диализ в амбулаторных условиях (в том числе диализ при временном нахождении за пределами территории обслуживания, в соответствии с положениями главы 3, раздел D) • Диализ в стационарных условиях, если вы приняты на стационарное лечение в больницу для особого ухода. • Обучение самостоятельному проведению диализа, в том числе обучение другого человека помимо вас, который будет помогать вам проводить диализ в домашних условиях. • Оборудование и принадлежности для проведения диализа в домашних условиях • Определенные услуги поддержки на дому, например при необходимости посещения опытного специалиста по диализу с целью проверки проведения вами диализа на дому, помощь в экстренных случаях и проверка оборудования для проведения диализа и источника воды. <p>Льгота по части В программы Medicare включает оплату некоторых лекарств для диализа. Подробнее см. в разделе «Рецептурные препараты, покрываемые по части В программы Medicare» данной таблицы.</p> <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
 <p>Обследование для выявления рака легких</p> <p>План оплачивает обследование для выявления рака легких раз в 12 месяцев при соблюдении всех нижеперечисленных условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • вам 55–80 лет; и • вы придете на консультацию к своему врачу или другому квалифицированному специалисту для совместного принятия решений; и • вы выкуривали по крайней мере 1 пачку сигарет в день в течение 30 лет без каких-либо признаков или симптомов рака легких, либо курите сейчас, либо прекратили курить в течение последних 15 лет. <p>После первого обследования план будет оплачивать аналогичные обследования раз в год при наличии письменного направления от вашего врача или другого квалифицированного специалиста.</p> <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p> Медицинская пищевая терапия</p> <p>Это льгота предоставляется участникам, страдающим диабетом или заболеванием почек, не требующим диализа. Также она действует для людей, недавно перенесших пересадку почки, у которых есть направление от врача.</p> <p>Мы оплатим три часа индивидуальных консультаций в течение первого года получения услуг медицинской пищевой терапии по программе Medicare (включая наш план, любой другой план Medicare Advantage или Medicare). Мы можем одобрить получение дополнительных услуг, если они необходимы по медицинским показаниям.</p> <p>Затем мы будем оплачивать по два часа индивидуальных консультаций ежегодно. В случае изменения вашего состояния, лечения или диагноза количество часов для вас может быть увеличено при наличии направления от врача. Он должен выписывать новое направление каждый раз, когда лечение необходимо продолжить в следующем календарном году. Мы можем одобрить получение дополнительных услуг, если они необходимы по медицинским показаниям.</p> <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
 <p>Программа профилактики диабета Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</p> <p>План оплачивает услуги программы MDPP. Программа MDPP поможет вам приобрести полезные привычки. С ее помощью вы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • внесете долговременные изменения в свое питание; и • увеличите физическую активность; и • узнаете, как поддерживать здоровый вес и вести здоровый образ жизни. <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



<p>Рецептурные препараты, покрываемые по части В программы Medicare</p> <p>Для данных препаратов предоставляется покрытие в рамках части В программы Medicare. План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan оплатит следующие препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • препараты, которые обычно принимаются не самостоятельно, а вводятся путем инъекции или вливания в кабинете врача, в ходе амбулаторного лечения в больнице или в амбулаторном хирургическом центре; • препараты, которые принимаются с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, распылителей), утвержденные планом; • факторы свертываемости крови, вводимые самостоятельно в виде инъекции при гемофилии; • иммунодепрессивные препараты, если на момент пересадки органа вы были зарегистрированы в программе Medicare часть А; • вводимые путем инъекции лекарства от остеопороза, причем такие лекарства оплачиваются в том случае, если вы не в состоянии выйти из дома, у вас перелом, по заключению врача связанный с постменопаузальным остеопорозом, и вы не можете самостоятельно ввести лекарство; • антигены; • некоторые пероральные препараты для лечения рака и от тошноты; • некоторые препараты для диализа в домашних условиях, в том числе гепарин, антидот для гепарина (если он необходим по медицинским показаниям), местные анестетики и стимуляторы эритропоэза (например, Epoetin Alfa-epbx или Aranesp®). • иммуноглобулин для внутривенного введения при домашнем лечении первичных иммунодефицитных состояний. <p style="text-align: center;">Продолжение на следующей странице</p>	\$0
--	-----

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Рецептурные препараты, покрываемые по части В программы Medicare (продолжение)</p> <p>Кроме того, предоставляется покрытие некоторых прививок в рамках программы льгот Medicare на получение препаратов по части В и части D, отпускаемых по рецепту.</p> <p>В главе 5 описаны льготы на отпускаемые по рецепту лекарства при амбулаторном лечении, а также разъясняются правила, которые необходимо соблюдать для покрытия рецептурных препаратов.</p> <p>В главе 6 описано, какие суммы вы оплачиваете за рецептурные препараты при амбулаторном лечении в рамках нашего плана.</p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP):</p> <p>Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (MSSP) — это программа ведения пациентов, предоставляющая услуги на дому и по месту жительства (HCBS) лицам, отвечающим критериям участия в программе Medi-Cal.</p> <p>Чтобы иметь право на участие в программе, вы должны соответствовать следующим критериям: возраст от 65 лет и старше, проживание в пределах территории обслуживания центра, возможность обслуживания в рамках ограничения расходов программы MSSP, соответствие показаниям к получению услуг управления медицинским обслуживанием, текущее соответствие критериям участия в программе Medi-Cal, наличие или возможность получения справки о возможности размещения в учреждении сестринского ухода.</p> <p>Услуги MSSP включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Уход за взрослыми в дневное время/центр поддержки • Помощь в обеспечении жильем • Услуги помощи по дому и личного ухода • Защитный надзор • Управление услугами по уходу • Временный уход в период отдыха лиц, обычно осуществляющих уход за больным • Транспортировка • Услуги питания • Социальные услуги • Коммуникационные услуги <p>Покрытие данной льготы обеспечивается в размере до \$5,356.25 в год.</p> <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Неэкстренная транспортировка на медицинском транспорте</p> <p>Данная льгота позволяет получить наиболее экономные и доступные услуги транспортировки. Такие услуги могут включать медицинскую транспортировку автомобилем скорой помощи, автомобилем для перевозки лежачих больных или автомобилем для перевозки инвалидов-колясочников, а также координацию со службой социальных перевозок престарелых и инвалидов.</p> <p>Такие формы транспортировки разрешаются в следующем случае:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ваше состояние здоровья не позволяет вам совершить поездку автобусом, пассажирским автомобилем, такси или другой формой общественного или личного транспорта; и • при этом транспортировка требуется в целях получения необходимого медицинского обслуживания. <p>Для получения некоторых услуг может потребоваться предварительное разрешение.</p> <p>Чтобы воспользоваться этой услугой, позвоните по номеру 1-877-433-2178 (TTY 711) в любое время суток и в любой день недели.</p> <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Поездки на немедицинском транспорте</p> <p>По этой льготе можно пользоваться услугами перевозки в медицинское учреждение на пассажирском автомобиле, такси или других видах общественного/личного транспорта.</p> <p>Данная льгота не ограничивает действие вашей льготы на неэкстренную медицинскую транспортировку.</p> <p>Мы предоставляем неограниченную транспортировку в оба конца для получения необходимых по медицинским показаниям покрываемых услуг, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • плановые визиты к врачам общей практики и врачам-специалистам; • поездки в аптеки за рецептурными препаратами, которые не могут быть доставлены вам на дом; • поездки за медицинскими расходными материалами, протезами, ортопедическими устройствами и другим оборудованием; • визиты к врачам за получением специализированных психиатрических услуг, услуг по лечению алкогольной и наркотической зависимости, услуг по программе Denti-Cal и других услуг, предоставляемых программами округа или штата. <p>При некоторых обстоятельствах план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan даже возмещает друзьям и родственникам расходы на бензин за каждую милю, когда они подвозят вас до места получения покрываемых услуг. Возмещение производится только в том случае, если у вас не было разумной возможности добраться другим способом. Вы не можете сами быть водителем. Если ваш друг или член семьи может подвезти вас на своем автомобиле до места получения покрываемой услуги, позвоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, чтобы поездка была одобрена.</p> <p>Чтобы воспользоваться этой услугой, позвоните по номеру 1-877-433-2178 (TTY 711) в любое время суток и в любой день недели.</p> <p>Поговорите со своим врачом и получите направление.</p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Услуги учреждений сестринского ухода</p> <p>Учреждение сестринского ухода (NF) – это учреждение, предоставляющее уход лицам, которые не могут получить уход на дому, но не требуют госпитализации.</p> <p>Оплачиваемые нами услуги включают, среди прочего, следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • размещение в палате на двоих (или в отдельной палате, если это необходимо по медицинским показаниям); • питание, в том числе особая диета; • услуги медсестры; • физиотерапия, эрготерапия, терапия при расстройствах речи; • респираторная терапия; • лекарства, выдаваемые вам в рамках вашего плана ухода (в том числе вещества, в естественном виде присутствующие в организме, например факторы свертываемости крови); • хранение и переливание крови; • медицинские и хирургические принадлежности, обычно выдаваемые учреждениями долгосрочного ухода; • лабораторные анализы, обычно проводимые в учреждениях долгосрочного ухода; • рентген и другие услуги радиологии, обычно оказываемые в учреждениях долгосрочного ухода; • использование приспособлений, например кресел-каталок, обычно предоставляемых в учреждениях долгосрочного ухода; • услуги врачей и практикующих специалистов; • медицинское оборудование длительного пользования; • стоматологические услуги, в том числе зубные протезы; • услуги по охране зрения; <p style="text-align: right;">Продолжение на следующей странице</p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Услуги учреждений сестринского ухода (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • проверки слуха; • услуги мануальной терапии; • подиатрические услуги. <p>Такой уход, как правило, следует получать в учреждениях, входящих в сеть плана. Однако у вас может быть возможность получить уход в учреждении, не входящем в нашу сеть. Вы можете получить уход в следующих учреждениях, если они принимают суммы оплаты, предоставляемые нашим планом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • дом сестринского ухода или заведение пансионатного типа для пожилых людей, в котором вы проживали непосредственно перед поступлением в больницу (если в нем предоставляется уход уровня учреждения долгосрочного ухода); • учреждение долгосрочного ухода, в котором проживает ваш(а) супруг(а) на момент вашей выписки из больницы. <p><i>Для получения этих услуг может потребоваться разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0
<p> Скрининг ожирения и лечение для похудения</p> <p>Если ваш индекс массы тела составляет 30 и более, мы предоставим покрытие консультаций по снижению веса. Консультирование должно проводиться в учреждении первичного медицинского обслуживания. Таким образом оно координируется с вашим полным планом профилактики. За дополнительной информацией обращайтесь к своему лечащему врачу.</p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Услуги программы по преодолению опиатной зависимости</p> <p>В рамках лечения опиатной зависимости план покрывает следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • предоставление медицинских препаратов, одобренных Food and Drug Administration (FDA), а также при необходимости контроль и помощь в их применении; • консультации по преодолению зависимости от психоактивных веществ; • индивидуальная и групповая терапия; • проведение анализов на содержание некоторых категорий веществ в организме (токсикологических анализов). 	\$0
<p>Диагностические анализы, терапевтические услуги и принадлежности для амбулаторных пациентов</p> <p>Мы оплатим нижеперечисленные услуги и другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не указанные здесь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рентген; • лучевая терапия (радиевая и изотопная), включая материалы и услуги технических специалистов; • хирургические принадлежности, например повязки; • шины, гипсовые повязки и прочие приспособления для лечения переломов и смещений; • лабораторные анализы; • хранение и переливание крови; • другие диагностические тесты для амбулаторных пациентов. <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Амбулаторное наблюдение за пациентом</p> <p>Услуга наблюдения за пациентом — это услуга, предоставляемая больницей амбулаторно с целью определить, нуждается ли пациент в госпитализации или может быть выписан.</p> <p>Чтобы получить покрытие услуги амбулаторного наблюдения за пациентом, необходимо, чтобы такая услуга соответствовала критериям, установленным Medicare, а ее предоставление было обоснованным и необходимым по медицинским показаниям. Услуги наблюдения за пациентом покрываются только в том случае, если они оказываются по назначению лечащего врача или иного лица, имеющего право делать такие назначения в соответствии с законом штата о лицензировании и внутренними нормами, относящимися к персоналу больниц.</p> <p>Примечание: При отсутствии письменного распоряжения со стороны поставщика услуг о принятии вас на стационарное лечение в больницу вы считаетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете свою долю расходов на оказание амбулаторных услуг. Даже если вы проведете в больнице ночь, вы все еще можете считаться амбулаторным больным. Если вы не уверены, что находитесь на стационарном лечении, обратитесь к персоналу больницы.</p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Амбулаторные услуги, предоставляемые больницами</p> <p>Мы оплачиваем необходимые по медицинским показаниям услуги, получаемые в амбулаторных отделениях больниц, предназначенные для диагностики и лечения заболеваний и травм, в частности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • услуги, оказываемые в отделении неотложной помощи или в клинике для оказания амбулаторных услуг, в частности операции в амбулаторных условиях или наблюдение за пациентом: <ul style="list-style-type: none"> ○ наблюдение за пациентом необходимо, чтобы врач мог определить, нуждается ли пациент в стационарном лечении. ○ в некоторых случаях вы можете провести в больнице ночь, оставаясь при этом амбулаторным пациентом. ○ дополнительная информация о различиях между амбулаторным и стационарным пациентом приведена в информационном бюллетене, размещенном по следующей ссылке: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • платные лабораторные анализы и диагностические тесты в больнице; • психиатрическое лечение, в том числе уход по программе частичной госпитализации, если по заключению врача без этого ухода потребуется стационарное лечение; • рентген и прочие платные услуги радиологии в больнице; • медицинские принадлежности, например шины и гипсовые повязки; • профилактические скрининги и услуги, перечисленные в таблице льгот; • некоторые лекарства, которые вы не можете принимать самостоятельно. <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Амбулаторные услуги психиатрического лечения</p> <p>Мы оплатим услуги психиатрического лечения, предоставленные следующими лицами:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● психиатр или врач, имеющий лицензию штата; ● клинический психолог; ● клинический социальный работник; ● клиническая медицинская сестра-специалист; ● практикующая медсестра; ● помощник врача; ● любой другой специалист в области психиатрии, соответствующий требованиям программы Medicare, если это разрешено действующими законами штата. <p>Мы оплатим следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не указанные здесь:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● услуги клиники; ● лечение с дневным пребыванием; ● услуги психосоциальной реабилитации; ● программы частичной госпитализации/интенсивного амбулаторного лечения; ● индивидуальные и групповые психиатрические экспертизы и психиатрическое лечение; ● психологическое тестирование, если имеются клинические показания для оценки результатов психиатрического лечения; ● амбулаторное обслуживание с целью контроля медикаментозного лечения; ● амбулаторное лабораторное обслуживание, предоставление лекарств, принадлежностей и дополнительных принадлежностей; ● психиатрическая консультация. <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Амбулаторные реабилитационные услуги</p> <p>Мы оплатим физиотерапию, эрготерапию, терапию при расстройствах речи.</p> <p>Амбулаторные реабилитационные услуги можно получить в амбулаторных отделениях больниц, частных терапевтических кабинетах, многопрофильных амбулаторных реабилитационных учреждениях (CORF) и других учреждениях.</p> <p>Лимит реабилитационных услуг при заболеваниях сердца составляет 2 одночасовых сеанса в день (до 36 сеансов в течение 36 недель).</p> <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Услуги амбулаторного лечения алкогольной и наркотической зависимости</p> <p>Мы оплатим следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не указанные здесь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • обследование и консультирование в связи со злоупотреблением алкоголем; • лечение наркотической зависимости; • групповое или индивидуальное консультирование квалифицированным врачом-клиницистом; • детоксикация при подостром течении заболевания в рамках программы лечения зависимости с проживанием; • услуги лечения алкогольной и/или наркотической зависимости в центре интенсивного амбулаторного лечения; • лечение налтрексоном (вивитролом) замедленного высвобождения. <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0
<p>Амбулаторная хирургия</p> <p>Мы оплатим хирургию в амбулаторных условиях и услуги, предоставляемые в амбулаторных отделениях больниц и амбулаторных хирургических центрах.</p> <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Безрецептурные средства (Over-the-Counter, OTC)</p> <p>Вы имеете право на ежеквартальную компенсацию в размере \$120 на безрецептурные средства и расходные материалы.</p> <p>Данная льгота покрывает такие средства, как аспирин, витамины, препараты от простуды и кашля, пластыри. Данная льгота не покрывает косметику и пищевые добавки.</p> <p>Каталог безрецептурных средств и инструкции по их заказу доступны по ссылке www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC. Вы можете заказать средства по телефону 1-888-628-2770 (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00 или по ссылке www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC. Заказы будут отправлены вам бесплатно. Доставка занимает приблизительно 7-10 рабочих дней.</p> <p>Данная льгота начинает действовать с первого дня каждого квартала: январь, апрель, июль и октябрь. Вы можете размещать один заказ в квартал и не можете переносить неиспользованную компенсацию на следующий квартал.</p>	\$0
<p>Услуги частичной госпитализации</p> <p>Частичная госпитализация – это структурированная программа активного психиатрического лечения. Она предлагается в амбулаторных отделениях больниц и местных центрах психического здоровья. Такое лечение более интенсивное, чем медицинское обслуживание, получаемое в кабинете врача или терапевта. Оно может помочь вам избежать необходимости госпитализации.</p> <p>Примечание. Поскольку в нашей сети нет местных центров психического здоровья, мы покрываем услуги частичной госпитализации только в амбулаторных отделениях больниц.</p> <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Персональная система вызова неотложной медицинской помощи (Personal Emergency Response System, PERS)</p> <p>Персональная система вызова неотложной медицинской помощи (Personal Emergency Response System, PERS) – это система дистанционного мониторинга состояния, позволяющая вызывать помощь в любое время суток и в любой день недели простым нажатием кнопки. Услуги системы PERS предоставляются компанией LifeStation®. Эта льгота, предоставляемая компанией LifeStation®, включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • одну персональную систему вызова неотложной медицинской помощи; • на выбор – установка системы в доме или мобильное устройство с GPS/WiFi; • ежемесячный мониторинг; • необходимые зарядные устройства и кабели. <p>Чтобы подписаться на PERS и начать получать эти услуги, позвоните в LifeStation по номеру 1-855-672-3269 (круглосуточно, без выходных) или посетите сайт www.medicalalertbenefits.com/bscamedicare.</p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



<p>Услуги врачей и других специалистов, в том числе посещение кабинета врача</p> <p>Мы оплатим следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Необходимое по медицинским показаниям медицинское обслуживание (в том числе хирургические процедуры), предоставляемые в таких учреждениях, как: <ul style="list-style-type: none"> ○ кабинет врача; ○ сертифицированный амбулаторный хирургический центр; ○ амбулаторное отделение больницы. ● Консультации, диагностика и лечение, проводимые специалистами ● Базовая проверка слуха и равновесия лечащим врачом, если вашему врачу необходимы результаты такой проверки, чтобы выяснить, нужно ли вам лечение ● Некоторые дополнительные телемедицинские услуги, включая услуги врачей по лечению заболеваний, не связанных с неотложными состояниями, например ОРЗ, гриппа, аллергии, бронхита, респираторных инфекций, синусита, высыпаний, глазных инфекций, мигрени и т. п. ● Вы можете получить указанные услуги в ходе личного посещения врача или посредством телемедицины. Если вы хотите воспользоваться возможностью получения телемедицинских услуг, вам следует выбрать поставщика, оказывающего такие услуги <ul style="list-style-type: none"> ● Телемедицинские услуги, связанные с ежемесячными консультациями, предоставляемыми пациентам с терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD), получающим услуги диализа на дому, в центре гемодиализа на базе больницы, в центре гемодиализа на базе больницы, предназначенной для оказания помощи в критических ситуациях, или в ином центре гемодиализа ● Телемедицинские услуги по диагностированию, оценке и устранению последствий инсульта ● Краткие виртуальные консультации врача (например, по телефону или посредством видеосвязи) продолжительностью 5-10 минут при условии, что: <ul style="list-style-type: none"> ○ вы не являетесь новым пациентом, а также <p style="text-align: center;"><i>Продолжение на следующей странице</i></p>	\$0
---	-----

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Услуги врачей и других специалистов, в том числе посещение кабинета врача (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ консультация не связана с посещением врача, имевшим место в последние семь дней, а также ○ консультация не влечет за собой посещения врача в течение следующих 24 часов или при первой возможности. ● Заключение по результатам рассмотрения видеозаписи или снимков, присланных вами врачу, а также разъяснения со стороны врача и дополнительные консультации в течение 24 часов, при условии, что: <ul style="list-style-type: none"> ○ вы не являетесь новым пациентом, а также ○ заключение по результатам рассмотрения не связано с посещением врача, имевшим место в последние семь дней, а также ○ заключение по результатам рассмотрения не влечет за собой посещения врача в течение следующих 24 часов или при первой возможности. ● Консультации вашего врача с другими врачами по телефону, посредством Интернета или с использованием электронного медицинского архива при условии, что вы не являетесь новым пациентом ● Независимое заключение от другого сетевого поставщика перед проведением медицинской процедуры ● Внеплановые стоматологические услуги. Покрывается только следующее: <ul style="list-style-type: none"> ○ хирургия челюсти и соседних структур; ○ лечение переломов челюсти или лицевых костей; ○ удаление зубов перед лучевой терапией раковых новообразований; ○ услуги, которые покрывались бы при предоставлении врачом (не стоматологом). <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Подиатрические услуги</p> <p>Мы оплатим следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • диагностика и медицинское или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (например, молоткообразного пальца стопы или костных выростов на пятках); • плановый уход за стопами для участников, чьи заболевания дают осложнения на ноги (например, диабет). <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0
<p> Скрининг рака простаты</p> <p>Для мужчин в возрасте 50 лет и старше мы оплатим следующие услуги один раз в 12 месяцев:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пальцевое исследование прямой кишки; • анализ на специфический антиген простаты (PSA). <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Протезы и сопутствующие принадлежности</p> <p>Протезы – это устройства, которые полностью или частично заменяют часть тела или функцию организма. Мы оплатим следующие протезные приспособления и устройства, а также, возможно, другие, не указанные здесь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • калоприемники и принадлежности, связанные с колостомией; • оборудование и иные товары, предназначенные для энтерального и парентерального питания, включая комплекты для обеспечения питанием, инфузионные насосы, трубки и адаптеры, растворы и расходные материалы для самостоятельного выполнения инъекций; • кардиостимуляторы; • шины; • ортопедическая обувь; • протезы рук и ног; • протезы молочной железы (в том числе хирургические бюстгальтеры после удаления молочной железы); • протезы, предназначенные для замены части лица, отсутствующей или изувеченной вследствие заболевания, травмы или врожденной патологии; • крем и подгузники при недержании. <p>Мы также оплатим некоторые расходные материалы, связанные с протезами. Мы также оплатим ремонт или замену протезных устройств.</p> <p>Мы предлагаем покрытие некоторых услуг после удаления катаракты или хирургического лечения катаракты. Дополнительную информацию см. в пункте «Услуги по охране зрения» ниже в данном разделе.</p> <p>Мы не оплачиваем зубопротезные устройства.</p> <p>Зубопротезные устройства могут быть покрыты по программе Denti-Cal. Подробнее см. в разделе F данной главы или посетите сайт www.denti-cal.ca.gov.</p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Реабилитационные услуги при заболеваниях легких</p> <p>Мы оплатим программы легочной реабилитации участникам, страдающим хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) от умеренной до очень тяжелой степени. Для этого нужно направление на легочную реабилитацию от врача или поставщика, лечащего ХОБЛ.</p> <p>Мы оплачиваем пользование дыхательным оборудованием для пациентов, нуждающихся в искусственной вентиляции легких.</p> <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0
<p> Скрининг и консультирование по поводу инфекций, передающихся половым путем (ИППП)</p> <p>Мы оплачиваем обследования для выявления хламидии, гонореи, сифилиса и гепатита В. Эти обследования оплачиваются для беременных женщин и для некоторых лиц, подверженных повышенному риску развития заболеваний, передающихся половым путем. Такие анализы назначаются лечащим врачом. Мы оплачиваем эти анализы один раз в 12 месяцев или в определенные сроки во время беременности.</p> <p>Кроме того, мы оплачиваем не более двух индивидуальных высокоинтенсивных консультаций по поведению каждый год для взрослых, ведущих активную половую жизнь и подверженных повышенному риску заражения заболеваниями, передающимися половым путем. Каждая консультация может длиться от 20 до 30 минут. Мы оплатим такие консультации в качестве профилактической меры только при условии их проведения поставщиком первичных медицинских услуг. Консультации должны проводиться в учреждении первичного медицинского обслуживания, например в кабинете врача.</p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



<p>Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (Skilled Nursing Facility, SNF)</p> <p>Мы оплатим следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не указанные здесь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • размещение в палате на двоих (или в отдельной палате, если это необходимо по медицинским показаниям); • питание, в том числе особая диета; • услуги медсестры; • физиотерапия, эрготерапия, терапия при расстройствах речи; • препараты, назначенные вам в рамках планового ухода, в том числе вещества, в естественном виде присутствующие в организме, например факторы свертываемости крови; • хранение и переливание крови; • медицинские и хирургические принадлежности, выдаваемые учреждениями долгосрочного ухода; • лабораторные анализы, проводимые в учреждениях долгосрочного ухода; • рентген и другие услуги радиологии, оказываемые в учреждениях долгосрочного ухода; • приспособления, например кресла-каталки, обычно предоставляемые в учреждениях сестринского ухода; • услуги врачей и других специалистов. <p>Такой уход, как правило, следует получать в учреждениях, входящих в сеть плана. Однако у вас может быть возможность получить уход в учреждении, не входящем в нашу сеть. Вы можете получить уход в следующих учреждениях, если они принимают оплату по ставкам, действующим в нашем плане:</p> <ul style="list-style-type: none"> • дом сестринского ухода или заведение пансионатного типа для пожилых людей, в котором вы проживали непосредственно перед поступлением в больницу (если в нем предоставляется уход уровня учреждения долгосрочного ухода); • учреждение сестринского ухода, в котором проживает ваш(а) супруг(а) на момент вашей выписки из больницы. <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	\$0
--	-----

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Лечебная физкультура под наблюдением (SET)</p> <p>План оплачивает лечебную физкультуру под наблюдением (Supervised Exercise Therapy, SET) участникам с симптоматическим заболеванием периферических артерий, у которых имеется направление от врача, проводящего лечение этого заболевания. План оплачивает следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • до 36 занятий в течение 12 недель, если программа SET соответствует всем необходимым критериям; • дополнительные 36 занятий, если врач заключит, что они необходимы по медицинским показаниям. <p>Программа SET должна отвечать следующим критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • состоять из занятий лечебной физкультурой продолжительностью 30–60 минут для страдающих заболеванием периферических артерий, у которых наблюдаются болезненные судороги в ногах из-за недостаточного кровоснабжения (перемежающаяся хромота); • занятия проводятся амбулаторно при больнице или в офисе врача; • занятия проводятся квалифицированными специалистами, прошедшими обучение методикам лечебной физкультуры для страдающих заболеванием периферических артерий, с тем чтобы минимизировать риски; • занятия проводятся под прямым наблюдением врача, помощника врача или практикующей медсестры/клинической медсестры, прошедшим обучение простым и расширенным методам реанимации. <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
<p>Срочная помощь</p> <p>Срочная помощь предоставляется для лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • состояний, не являющихся неотложными, но требующих незамедлительной помощи; или • внезапных заболеваний; или • травм; или • состояний, требующих немедленной помощи. <p>Если вам требуется срочная помощь, следует сначала попытаться обратиться к поставщику, входящему в сеть плана. Однако если это невозможно, вы имеете право получить срочную медицинскую помощь от поставщика, не входящего в нашу сеть.</p> <p>План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan возместит ваши расходы на срочную медицинскую помощь, полученную в любом месте за пределами Соединенных Штатов, на сумму до \$25,000 в каждом календарном году. Мы возместим ваши расходы только в том случае, если они были оказаны вам для лечения состояния, требующего срочной помощи (см. критерии выше). Подробнее см. в разделе о покрытии неотложной и срочной помощи во всем мире в конце данной таблицы.</p>	<p>\$0</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
 <p>Услуги по охране зрения</p> <p>Мы оплатим следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • одна регулярная проверка зрения в год; и • до \$500 на очки (оправу и линзы) или контактные линзы раз в два года (период предоставления льготы). <p>Остаток вашего баланса может быть израсходован в любое время в течение периода предоставления льготы.</p> <p>Мы оплатим амбулаторные услуги врача для диагностики и лечения заболеваний и травм глаз, например ежегодные проверки зрения для выявления диабетической ретинопатии у больных диабетом и лечение возрастной макулодистрофии.</p> <p>Участникам с высоким риском развития глаукомы мы оплатим одно обследование для выявления глаукомы в год. В число лиц с повышенным риском развития глаукомы входят:</p> <ul style="list-style-type: none"> • лица со случаями заболевания глаукомой в семье; • больные диабетом; • афроамериканцы в возрасте от 50 лет и старше. • латиноамериканцы в возрасте от 65 лет. <p>Мы оплатим одну пару очков или контактных линз после каждой операции по удалению катаракты, при которой производится имплантация искусственного хрусталика. (Если вам проводятся две отдельные операции по удалению катаракты, вы должны получить по паре очков после каждой операции. Нельзя получить две пары очков после второй операции, даже если вы не получили очки после первой операции.)</p> <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение. Поговорите со своим врачом и получите направление.</i></p>	<p>\$0</p> <p>Вы несете расходы на материалы сверх \$500</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Услуги, оплачиваемые нашим планом	Сумма, которую платите вы
 <p>Первичный профилактический визит при регистрации в программе Medicare</p> <p>Мы покрываем однократный первичный профилактический визит при регистрации в программе Medicare. Данный визит охватывает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • обзор вашего состояния здоровья; • просвещение и консультации по поводу необходимых вам профилактических услуг (в том числе обследований и прививок); и • направления для получения других медицинских услуг при необходимости. <p>Примечание. Мы оплачиваем первичный профилактический визит при регистрации в программе Medicare только в течение первых 12 месяцев после регистрации в части В программы Medicare. Когда вы позвоните в офис своего основного лечащего врача, скажите, что хотите пройти первичный профилактический визит «Welcome to Medicare».</p>	\$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Е. Услуги, покрываемые не в рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Ниже перечислены услуги, которые не покрываются планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, но доступны в рамках программ Medicare и Medi-Cal.

Е1. Программа California Community Transitions (CCT)

Программа California Community Transitions (CCT) сотрудничает с ведущими местными организациями в оказании помощи отвечающим необходимым требованиям участникам программы Medi-Cal, которые прожили в стационарном учреждении 90 или более дней подряд и хотят вернуться домой и безопасно проживать дома. В рамках программы CCT оплачиваются услуги по координации переезда в период подготовки к нему, а также в течение 365 дней после переезда, чтобы помочь отвечающим соответствующим требованиям участникам вернуться домой и адаптироваться к проживанию дома.

Вы можете воспользоваться услугами по координации переезда в любой организации, предлагающей услуги CCT в вашем округе. Список таких организаций и округов, которые они обслуживают, см. на сайте Департамента здравоохранения по адресу www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx.

Услуги по программе CCT предоставляются на следующих условиях:

Эти услуги оплачиваются программой Medi-Cal. Вы ничего не платите за эти услуги.

Услуги, не связанные с программой CCT, предоставляются на следующих условиях:

Поставщик выставляет счет за услуги, предоставленные вам, плану Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan оплатит услуги, предоставленные вам после вашего переезда. Вы ничего не платите за эти услуги.

Когда вы пользуетесь услугами по координации подготовки к переезду по программе CCT, план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan оплатит услуги, указанные в таблице льгот (см. раздел D данной главы).

Условия страхового покрытия лекарств по плану Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan не изменились:

Программа CCT не покрывает лекарства. Вы продолжите получать обычные льготы на лекарства по плану Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Подробнее см. в главе 5, раздел F.

Примечание: Если вам требуется медицинское обслуживание, не относящееся к переезду по программе CCT, свяжитесь со своим «навигатором». Под таким медицинским обслуживанием имеется в виду обслуживание, не связанное с переездом из учреждения. Чтобы связаться со

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



своим навигатором обслуживания, позвоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 в любой день недели и выберите опцию «Care Navigator» («навигатор обслуживания»).

E2. Стоматологическая программа Medi-Cal

В рамках стоматологической программы Medi-Cal Dental Program доступны некоторые стоматологические услуги, такие как:

- первичный осмотр, рентгеновские снимки, чистки и лечение фтором;
- восстановление зубов и коронки;
- лечение корневых каналов;
- зубные протезы, а также их подгонка, ремонт и коррекция.

Эти стоматологические льготы предоставляются в рамках программы Medi-Cal Dental Program на платной основе (fee-for-service). Чтобы получить подробную информацию или помощь с поиском стоматолога, сотрудничающего с программой Medi-Cal Dental Program, позвоните в отдел обслуживания участников программы по номеру 1-800-322-6384 (телетайп: 1-800-735-2922). Звонок бесплатный. К представителям стоматологической программы Medi-Cal Dental Services Program можно обращаться за помощью с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00. Более подробную информацию можно также получить на сайте dental.dhcs.ca.gov/.

Помимо платной программы Medi-Cal Dental Program, льготы на стоматологические услуги также предоставляются в рамках планов управляемого стоматологического ухода. Планы управляемого стоматологического ухода доступны только в округе Los Angeles. Если вы хотите узнать подробнее о стоматологических планах, выяснить, каким планом пользуетесь, или сменить свой план, обратитесь в организацию Health Care Options по номеру 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077) с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Звонок бесплатный.

E3. Услуги хосписов

Мы покрываем услуги всех хосписных программ, сертифицированных Medicare. Право на услуги хосписа имеют участники, которые, по заключению врача или медицинского директора хосписной программы, сочтены неизлечимо больными. Пациент считается неизлечимо больным, если он страдает неизлечимым заболеванием и ему, по прогнозу, осталось жить не более шести месяцев. Ваш врач, предоставляющий услуги хосписного ухода, может быть как поставщиком, входящим в сеть плана, так и внесетевым поставщиком.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Подробная информация о том, что оплачивается планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, когда вы пользуетесь услугами хосписного ухода, приведена в таблице льгот (см. раздел D данной главы).

Услуги хосписного ухода и услуги, покрываемые по части А или В программы Medicare и связанные с неизлечимым заболеванием, предоставляются на следующих условиях:

- Поставщик услуг хосписного ухода выставит счет за ваши услуги программе Medicare. Услуги хосписного ухода, связанные со смертельным диагнозом, оплачиваются в рамках программы Medicare. Вы ничего не платите за эти услуги.

Услуги, покрываемые по части А или В программы Medicare, но не связанные с терминальной стадией заболевания (кроме неотложной и срочной помощи), предоставляются на следующих условиях:

- Поставщик выставит счет за ваши услуги программе Medicare. Программа Medicare оплатит услуги, покрываемые по части А или В программы Medicare. Вы ничего не платите за такие услуги.

В отношении лекарств, на которые может распространяться покрытие по части D программы Medicare в рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, действуют следующие условия:

- Лекарства никогда не покрываются хосписом и нашим планом одновременно. Подробнее см. в главе 5, раздел F.

Примечание: Если вам требуется медицинское обслуживание, не относящееся к хосписному уходу, свяжитесь со своим навигатором обслуживания. «Не относящееся к хосписному уходу» означает, что медицинское обслуживание не связано с диагнозом неизлечимого заболевания. Чтобы связаться со своим навигатором обслуживания, позвоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 в любой день недели и выберите опцию «Care Navigator» («навигатор обслуживания»).

F. Услуги, не покрываемые планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и программами Medicare и Medi-Cal

В этом разделе описаны услуги, которые исключены из покрытия плана. Исключение означает, что мы не оплачиваем эти услуги. Программы Medicare и Medi-Cal также не оплачивают данные услуги.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



В приведенном ниже списке описаны некоторые услуги и принадлежности, которые не покрываются планом ни при каких обстоятельствах, а также услуги и принадлежности, которые исключаются только в некоторых случаях.

Мы не оплачиваем исключенные медицинские услуги, перечисленные в данном разделе (или в других разделах этого *Справочника участника*), кроме описанных в настоящем документе особых случаев. Если вы считаете, что мы должны оплатить услугу, на которую не распространяется покрытие, вы можете подать апелляцию. Подробнее о подаче апелляций см. в главе 9, разделы D, E, F и G.

Помимо исключений и ограничений, описанных в таблице льгот, покрытие в рамках плана не предоставляется для следующих принадлежностей и услуг:

- Услуги, которые не считаются «разумно обоснованными и необходимыми по медицинским показаниям» согласно стандартам Medicare и Medi-Cal, за исключением услуг, покрываемых нашим планом.
- Экспериментальное медицинское и хирургическое лечение, принадлежности и препараты, кроме случаев, когда они покрываются по программе Medicare, в рамках одобренного Medicare клинического исследования или по нашему плану. Дополнительную информацию о клинических исследованиях см. в главе 3 на стр. 54. Экспериментальными являются лечебные процедуры и принадлежности, которые не имеют широкого применения в медицинской практике.
- Хирургическое лечение патологического ожирения, кроме случаев, когда оно признано необходимым по медицинским показаниям и оплачивается программой Medicare.
- Отдельная палата в больнице, кроме случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям.
- Персональная медицинская сестра.
- Установка в вашей палате в больнице или учреждении долгосрочного ухода дополнительных личных удобств и предметов, таких как телефон или телевизор.
- Постоянный сестринский уход на дому.
- Оплата, взимаемая вашими близкими родственниками или членами вашего домохозяйства.
- Необязательные или добровольные оздоровительные и эстетические процедуры и услуги (в том числе для снижения веса, улучшения роста волос,

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



половой функции, спортивной подготовки, в косметических целях, в целях омоложения и улучшения умственной деятельности), кроме случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям.

- Косметическая хирургия и другие косметические процедуры, кроме случаев, когда это необходимо в связи с травмой при несчастном случае или для коррекции плохо сформированной части тела. Однако мы оплачиваем реконструкцию молочной железы после мастэктомии, а также изменение формы противоположной груди для восстановления симметрии.
- Услуги мануальной терапии, кроме мануальных процедур на позвоночнике, в соответствии с правилами страхового покрытия.
- Плановый уход за стопами, кроме того, который описан в подразделе «Подиатрические услуги» таблицы льгот (раздел D).
- Ортопедическая обувь, кроме случаев, когда обувь является частью фиксатора ноги и входит в стоимость фиксатора или когда обувь предназначена для лица с синдромом диабетической стопы.
- Поддерживающие устройства для стоп, кроме ортопедической или лечебной обуви для лиц с синдромом диабетической стопы.
- Радиальная кератотомия, операции LASIK и прочие виды помощи для людей плохим зрением.
- Восстановление детородной функции после стерилизации и безрецептурные контрацептивы.
- Натуропатические услуги (с использованием природных или альтернативных видов лечения).
- Услуги, предоставляемые ветеранам в учреждениях по делам демобилизованных военнослужащих (VA). Однако при получении ветераном неотложной помощи в больнице для демобилизованных военнослужащих (VA), если сумма разделения затрат в VA превышает сумму разделения затрат по нашему плану, мы возместим демобилизованному военнослужащему эту разницу. Вы по-прежнему обязаны оплатить свою сумму разделения затрат.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Глава 5. Получение рецептурных препаратов для амбулаторного лечения в рамках плана

Введение

В этой главе описаны правила получения рецептурных лекарств для амбулаторного лечения. Такие лекарства выписываются поставщиком медицинских услуг, и их можно получить в аптеке или по почте. В эту категорию входят лекарства, покрываемые по части D программы Medicare и по программе Medi-Cal. В главе 6 объясняется, сколько вы должны платить за эти лекарства. Основные термины и их определения предлагаются в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan также покрывает следующие лекарства, хотя о них не идет речь в данной главе:

- препараты, покрываемые частью А программы Medicare, в число которых входят лекарства, получаемые во время пребывания в больнице или учреждении сестринского ухода;
- препараты, покрываемые частью В программы Medicare, к которым относятся определенные препараты для химиотерапии, некоторые инъекции, которые вы получаете при посещении врача и других специалистов, а также препараты, предоставляемые в учреждении, проводящем диализ. Подробная информация о том, на какие лекарства, перечисленные в части В программы Medicare, распространяется покрытие, приведена в таблице льгот (см. раздел D главы 4).

Правила покрытия планом лекарств для амбулаторных больных

Обычно наше покрытие будет распространяться на ваши лекарства при условии соблюдения вами правил, изложенных в данном разделе.

Для получения лекарства врач или другой поставщик услуг должен выписать вам рецепт. Обычно это делает ваш поставщик первичных медицинских услуг (PCP). Это может сделать и другой поставщик услуг, входящий в сеть плана, если ваш поставщик первичных медицинских услуг направил вас к нему на лечение.

Для получения рецептурных препаратов, как правило, необходимо пользоваться услугами аптеки, входящей в сеть.

Лекарство, на которое вам выписан рецепт, должно быть включено в *Список покрываемых препаратов* плана. Для краткости мы называем его «Списком препаратов» (Drug List).

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте [www.blueshieldca.com/promise/Cal MediConnect](http://www.blueshieldca.com/promise/Cal%20MediConnect).



- Если лекарство не входит в Список препаратов, мы, возможно, покроем его, предоставив вам исключение.
- Дополнительная информация о порядке подачи запроса о предоставлении исключения из правил содержится в главе 9.

Ваш препарат должен использоваться по принятым с медицинской точки зрения показаниям. Это означает, что использование этого препарата должно быть одобрено Food and Drug Administration (FDA) или рекомендовано авторитетными медицинскими справочниками. Использование лекарств для лечения состояний, применение при которых не утверждено FDA или справочниками, называется применением вне утвержденных показаний. Лекарства, применяемые вне утвержденных показаний, не соответствуют принятым с медицинской точки зрения показаниям и поэтому не оплачиваются, за исключением случаев, когда:

- Применение вне утвержденных показаний упоминается в одном из справочников, согласованных CMS.
- Такие лекарства упоминаются в 2 (двух) статьях, опубликованных в ведущих рецензируемых медицинских журналах, где приводятся данные в пользу предлагаемого применения вне утвержденных показаний как в целом безопасного и эффективного (применимо только к лекарствам, запрошенным в рамках программы Medi-Cal).

Содержание

А. Получение лекарств по рецепту	140
А1. Получение препаратов по рецепту в аптеках, входящих в сеть плана	140
А2. Предъявление идентификационной карты участника плана при получении рецептурных препаратов.....	140
А3. Что делать, если вы хотите пользоваться услугами другой аптеки, входящей в сеть плана	141
А4. Что делать, если ваша аптека выйдет из сети нашего плана	141
А5. Что делать, если нужна специализированная аптека	141
А6. Как заказывать лекарства по почте.....	142
А7. Получение запаса препаратов на длительный срок	144
А8. Можно ли воспользоваться аптекой, которая не входит в сеть плана?	145

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



A9. Возмещение расходов на рецептурные препараты	145
B. Список лекарств плана.....	145
B1. Какие препараты входят в Список препаратов.....	146
B2. Как найти нужный препарат в Списке препаратов	146
B3. Какие препараты не входят в Список препаратов.....	146
B4. Уровни разделения затрат в Списке препаратов	147
C. Ограничения на покрытие определенных препаратов	148
D. Почему ваш препарат может не покрываться планом	149
D1. Получение временного запаса	150
E. Изменения покрытия ваших лекарств	152
F. Покрытие расходов на лекарства в особых случаях	155
F1. В случае покрываемого планом пребывания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода	155
F2. Если вы находитесь в учреждении долгосрочного ухода	155
F3. Если вы получаете услуги программы хосписного ухода, сертифицированной программой Medicare.....	155
G. Программы по безопасности лекарственных средств и контролю за приемом лекарств	156
G1. Программы, помогающие участникам безопасно использовать препараты	156
G2. Программы, помогающие участникам контролировать прием лекарств	156
G3. Программа управления медикаментозной терапией, помогающая участникам правильно принимать опиоидные препараты	157



А. Получение лекарств по рецепту

А1. Получение препаратов по рецепту в аптеках, входящих в сеть плана

В большинстве случаев рецептурные препараты оплачиваются планом **только в том случае**, если вы получаете их в одной из аптек, входящих в сеть нашего плана. Аптека, входящая в сеть плана, – это аптека, которая согласилась отпускать рецептурные препараты участникам нашего плана. Вы можете обратиться в любую из аптек, входящих в нашу сеть.

Чтобы найти аптеку, входящую в сеть плана, просмотрите *Справочник поставщиков услуг и аптек*, посетите наш сайт, обратитесь в отдел обслуживания участников или к своему навигатору обслуживания.

А2. Предъявление идентификационной карты участника плана при получении рецептурных препаратов

Чтобы получить рецептурный препарат, **предъявите свою идентификационную карту участника плана** сотруднику аптеки, входящей в сеть плана. Аптека, входящая в сеть плана, выставит нам счет на нашу часть стоимости приобретенного вами рецептурного препарата, которой покрывается планом. При получении лекарственного препарата вам потребуется уплатить аптеке сумму доплаты.

Если при получении препарата по рецепту у вас нет при себе идентификационной карты участника, попросите фармацевта позвонить нам для получения необходимой информации.

Если аптеке не удастся получить необходимую информацию, то вам, возможно, придется оплатить полную стоимость рецептурного препарата при его получении в аптеке. После этого вы сможете обратиться к нам с просьбой о возмещении вам нашей части стоимости. Если вы не можете заплатить за препарат, незамедлительно свяжитесь с отделом обслуживания участников. Мы постараемся сделать все возможное, чтобы помочь вам.

- Подробнее о том, как подать запрос на возврат части уплаченных средств, см. в разделах А и В главы 7.
- Если вам нужна помощь в получении лекарств по рецепту, обратитесь в отдел обслуживания участников или к вашему навигатору обслуживания.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



A3. Что делать, если вы хотите пользоваться услугами другой аптеки, входящей в сеть плана

Если вы меняете аптеку, но продолжаете принимать свое лекарство, обратитесь к врачу за новым рецептом или попросите старую аптеку передать рецепт, если он все еще действует, в новую аптеку.

Если вам нужна помощь в смене аптеки, входящей в сеть плана, обратитесь в отдел обслуживания участников или к своему навигатору обслуживания.

A4. Что делать, если ваша аптека выйдет из сети нашего плана

Если аптека, услугами которой вы пользуетесь, выходит из сети плана, вам потребуется найти другую аптеку, входящую в сеть.

Чтобы найти новую аптеку, входящую в сеть плана, просмотрите *Справочник поставщиков услуг и аптек*, посетите наш сайт, обратитесь в отдел обслуживания участников или к своему навигатору обслуживания.

A5. Что делать, если нужна специализированная аптека

В некоторых случаях препарат требуется получить по рецепту в специализированной аптеке. К специализированным аптекам относятся:

- Аптеки, которые поставляют препараты для инфузионной терапии на дому.
- Аптеки, поставляющие препараты лицам, постоянно проживающим в различных учреждениях долгосрочного ухода, например в домах сестринского ухода.
 - Обычно в учреждениях долгосрочного ухода есть свои аптеки. Если вы проживаете в учреждении долгосрочного ухода, нам необходимо убедиться, что вы можете получить все необходимые лекарства в аптеке этого учреждения.
 - Если аптека учреждения долгосрочного ухода, в котором вы проживаете, не входит в нашу сеть или вы испытываете трудности с доступом к льготным лекарствам в этом учреждении, обратитесь в отдел обслуживания участников.
- Аптеки, обслуживающие программы здравоохранения для коренных американцев (Indian Health Service/Tribal/Urban Indian). За исключением неотложных ситуаций, только коренные американцы и коренные жители Аляски имеют право пользоваться услугами этих аптек.
- Аптеки, выдающие препараты, которые требуют особого обращения и специального инструктажа по их использованию.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Чтобы найти специализированную аптеку, просмотрите *Справочник поставщиков услуг и аптек*, посетите наш сайт, обратитесь в отдел обслуживания участников или к своему навигатору обслуживания.

А6. Как заказывать лекарства по почте

Для получения некоторых видов препаратов вы можете воспользоваться сетевыми службами почтовой доставки. Обычно через службу почтовой доставки доступны лекарства, которые вы принимаете регулярно в связи с хроническим заболеванием или длительным медицинским состоянием. Лекарственные препараты, которые можно получить через действующую в рамках нашего плана службу почтовой доставки, помечены в списке препаратов как «mail-order drugs».

Служба почтовой доставки, которая обслуживает наш план, позволяет вам заказывать 100-дневный запас лекарств уровня 1 и 90-дневный запас лекарств уровней 2-3. Размер доплаты за 90-дневный и 100-дневный запас лекарства такой же, как и за одномесячный запас.

Как заказать рецептурный препарат по почте

Для получения информации о получении рецептурных препаратов по почте прочитайте приведенные ниже инструкции, посетите страницу CVS Caremark Mail Order Services на сайте www.caremark.com или позвоните по номеру 1-866-346-7200 (TTY: 711). Звонки принимаются круглосуточно, без выходных. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру, указанному в нижней части страницы.

Чтобы заказать рецептурный препарат по почте:

- Зарегистрируйтесь в CVS Caremark Mail Order Services на сайте www.caremark.com или позвоните по номеру 1-866-346-7200 (TTY: 711). Звонки принимаются круглосуточно, без выходных.
- После того как вы регистрируетесь, вам необходимо будет отправить рецепт в CVS Caremark Mail Order Services. Это можно сделать следующими способами:
 - В электронном виде – попросите своего врача отправить электронный рецепт на 90-дневный или 100-дневный запас лекарства в CVS Caremark. Это самый простой способ отправки рецептов (по-английски он называется «e-prescribing»).
 - По телефону или факсу — попросите своего врача отправить рецепт на 90-дневный запас лекарства в CVS Caremark по номеру телефона 1-800-378-5697 или по номеру факса 1-800-378-0323.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- По почте – вы можете отправить рецепт, полученный от врача, вместе с заполненным бланком заказа и доплатой, требуемой при заказе лекарств по почте, по адресу:

CVS Caremark
P.O. Box 659541
San Antonio, TX 78265-9541

- Позвоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Мы будем рады помочь вам воспользоваться нашими услугами заказа по почте, а также при необходимости отправим вам бланки заказа.

Обычно заказанные по почте рецептурные препараты доходят в течение 10 - 14 дней. Однако иногда доставка задерживается. В этом случае позвоните в отдел обслуживания участников.

Как обрабатываются заказы на доставку лекарств по почте

В службе заказа по почте предусмотрены разные процедуры для новых рецептов, получаемых от вас, для новых рецептов, получаемых непосредственно от офиса вашего поставщика, и для пополнения запаса лекарств по старым рецептам заказа по почте.

1. При получении аптекой новых рецептов от вас

При получении новых рецептов от вас аптека автоматически обработает заказ и доставит вам заказанные препараты.

2. При получении аптекой новых рецептов непосредственно от вашего врача или иного специалиста

При получении аптекой рецепта от поставщика медицинских услуг ее сотрудники свяжутся с вами, чтобы выяснить, хотите ли вы получить лекарство немедленно или позже.

- Это даст вам возможность убедиться в том, что аптека доставит вам нужный препарат (в правильной дозировке, количестве и форме), и при необходимости отменить или отложить выполнение заказа до того, как вам будет выставлен счет, а лекарство будет отправлено вам по почте.
- Важно отвечать на все звонки из аптеки и сообщать ее сотрудникам, как следует поступать с новыми рецептами; это поможет избежать задержек в отправке заказов.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



3. При пополнении запаса препаратов по почте по уже действующим рецептам

Для пополнения запаса препаратов можно зарегистрироваться в программе автоматического пополнения под названием «Automatic Refills» (Автопополнение). По условиям этой программы мы будем автоматически отправлять следующую партию препаратов, когда, согласно нашим данным, ваш запас будет на исходе.

- Представитель аптеки свяжется с вами перед доставкой следующей партии препаратов, чтобы убедиться, что она вам необходима. При этом вы можете отменить запланированную доставку, если у вас достаточно препаратов или если курс вашего лечения был изменен.
- Если вы не хотите участвовать в программе автопополнения, свяжитесь со своей аптекой за 14 дней до того момента, когда, по вашим оценкам, должны закончиться лекарства. Это позволит обеспечить своевременную отправку следующего заказа.

Чтобы отказаться от участия в программе автоматического пополнения запаса препаратов, позвоните в отдел по работе с почтовыми отправлениями CVS Caremark Mail Order Services по номеру 1-866-346-7200 (TTY: 711) в любое время суток и в любой день недели.

Обязательно сообщите сотрудникам аптеки, как лучше связаться с вами, чтобы они могли обратиться к вам для подтверждения заказа перед его отправкой. Если ваша контактная информация изменится, обязательно сообщите об этом представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Чтобы сообщить о смене номера телефона или адреса, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (номер телефона указан в нижней части страницы).

A7. Получение запаса препаратов на длительный срок

Вы можете получить долговременный запас поддерживающих препаратов (maintenance drugs), входящих в Список препаратов плана. Поддерживающие препараты – это препараты, которые вы принимаете регулярно при наличии хронического или долговременного медицинского заболевания.

Некоторые аптеки, входящие в сеть плана, позволяют получить запас поддерживающих препаратов на длительный срок. Размер доплаты за 100-дневный запас лекарства Уровня 1 и 90-дневный запас лекарства Уровня 2-3 такой же, как и за однемесячный запас. В *Справочнике поставщиков услуг и аптек* указано, в каких аптеках можно получить запас поддерживающих препаратов на длительный срок. Чтобы получить дополнительную информацию, также можно позвонить в отдел обслуживания участников.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Для получения долговременного запаса некоторых поддерживающих препаратов вы можете воспользоваться предлагаемой планом услугой почтовой доставки препаратов. Чтобы узнать об услугах заказа по почте, см. раздел выше.

A8. Можно ли воспользоваться аптекой, которая не входит в сеть плана?

Как правило, мы оплачиваем препараты, полученные в аптеке, не входящей в сеть, только если у вас нет возможности воспользоваться аптекой, входящей в сеть. В нашей сети есть аптеки, расположенные за пределами территории обслуживания, в которых вы можете получить препарат по рецепту как участник нашего плана.

Мы оплатим лекарства, полученные по рецепту в аптеке, не входящей в сеть, в следующих случаях:

- в неотложных ситуациях;
- в случае вашего нахождения за пределами территории обслуживания до 6 (шести) месяцев.

Мы рекомендуем перед выездом за пределы нашей территории обслуживания получить по рецепту все необходимые лекарственные препараты, чтобы у вас оставался достаточный запас. Если вам нужна помощь в получении достаточного запаса перед отъездом, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

В таких случаях сначала узнайте в отделе обслуживания участников, есть ли поблизости аптеки, входящие в сеть плана.

A9. Возмещение расходов на рецептурные препараты

Если вы будете вынуждены обратиться в аптеку, не входящую в сеть, то вам, как правило, вместо доплаты придется оплатить полную стоимость приобретенного препарата. Однако вы сможете обратиться к нам с запросом, чтобы мы вернули вам нашу часть стоимости.

Дополнительную информацию см. в разделе A главы 7.

V. Список лекарств плана

Планом предусмотрен *Список покрываемых препаратов*. Для краткости мы называем его «Списком препаратов» (Drug List).

Препараты в этом списке отобраны нами с помощью группы врачей и фармацевтов. В Списке препаратов могут также быть указаны правила, которым необходимо следовать для получения препаратов.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Как правило, мы предоставляем покрытие препаратов, входящих в Список препаратов, при соблюдении вами правил, разъясняемых в данной главе.

В1. Какие препараты входят в Список препаратов

Список препаратов включает препараты, покрываемые по части D программы Medicare, а также некоторые лекарства и принадлежности, отпускаемые по рецепту и без рецепта (over-the-counter, OTC), на которые распространяются льготы Medi-Cal.

В Список препаратов включены как фирменные препараты, такие как Januvia, так и дженерики, такие как Metformin. Дженерики содержат те же действующие вещества, что и фирменные препараты. Как правило, они действуют так же, а стоят дешевле.

План также покрывает некоторые безрецептурные средства и товары. Некоторые безрецептурные средства стоят меньше рецептурных, но при этом столь же эффективны. Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников.

В2. Как найти нужный препарат в Списке препаратов

Чтобы узнать, входит ли интересующее вас лекарство в Список препаратов, вы можете:

- свериться с последней редакцией Списка препаратов, который вы должны были получить по почте;
- посетить сайт плана www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect, где вы всегда можете ознакомиться с самой последней версией Списка препаратов;
- позвонить в отдел обслуживания участников и спросить, входит ли интересующее вас лекарство в Список препаратов, или попросить выслать вам экземпляр этого Списка.

В3. Какие препараты не входят в Список препаратов

План покрывает не все рецептурные препараты. Некоторые лекарства не входят в Список препаратов, так как закон не позволяет нам покрывать такие лекарства. В других случаях мы самостоятельно решили не включать определенное лекарство в Список препаратов.

Лекарства, перечисленные в данном разделе, не оплачиваются планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Они именуются **«исключенными препаратами» (excluded drugs)**. Если вы получили рецепт на исключенный препарат, то вам придется самим оплатить его стоимость. Если вы считаете, что в вашем случае мы должны оплатить исключенный препарат, вы можете подать апелляцию. (Подробнее о том, как подать апелляцию, см. в главе 9, раздел D.)

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



В отношении исключенных препаратов действуют три общих правила, приведенные ниже.

1. Покрытие препаратов для амбулаторного лечения в рамках нашего плана (к которым относятся лекарства, предусмотренные частью D и программой Medi-Cal) не может распространяться на препараты, покрываемые по части A или части B программы Medicare. Препараты, покрываемые по части A или части B Medicare, бесплатно покрываются планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, но не относятся к препаратам в рамках услуги по предоставлению рецептурных лекарств для амбулаторных больных.
2. Наш план не покрывает препараты, приобретенные за пределами Соединенных Штатов и их территорий.
3. Использование препарата должно быть одобрено Food and Drug Administration (FDA), либо его применение должно быть рекомендовано авторитетными медицинскими справочниками для лечения вашего заболевания. Ваш врач может выписать для лечения вашего заболевания определенный препарат, даже если он не утвержден для лечения данного заболевания. Такое использование называется применением вне утвержденных показаний. Обычно наш план не предоставляет покрытие лекарств при их назначении вне утвержденных показаний.

Кроме того, программы Medicare и Medi-Cal по закону не покрывают следующие категории препаратов:

- препараты для повышения фертильности;
- препараты, используемые для косметических целей или стимулирования роста волос;
- препараты, используемые для лечения сексуальной или эректильной дисфункции, например Viagra®, Cialis®, Levitra® и Caverject®;
- препараты, предназначенные для амбулаторного лечения, изготовитель которых требует, чтобы вы обращались за проведением необходимых анализов или процедур исключительно к нему самому.

В4. Уровни разделения затрат в Списке препаратов

Каждый препарат в списке лекарств входит в один из 4 (четырёх) уровней разделения затрат. Уровень разделения затрат – это группа лекарств, как правило одного типа (например, фирменные, дженерики или безрецептурные). В целом, чем выше уровень разделения затрат, тем больше часть стоимости, которую вы должны оплатить.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- К уровню 1 (самый низкий уровень) относятся дженерики, которым мы отдаем предпочтение.
- К уровню 2 относятся дженерики.
- К уровню 3 (самый высокий уровень) относятся фирменные препараты.
- К уровню 4 относятся препараты, на которые не распространяется программа Medicare, а также безрецептурные препараты.

Чтобы узнать, к какому уровню разделения затрат относится ваш препарат, поищите его в Списке препаратов.

В разделах C, D и E главы 6 указана стоимость лекарств для каждого уровня разделения затрат.

C. Ограничения на покрытие определенных препаратов

Для некоторых рецептурных препаратов особыми правилами ограничиваются способ и условия их покрытия планом. В целом, наши правила рекомендуют вам получать препараты, которые являются эффективными для лечения вашего заболевания и безопасными. Если безопасный и более дешевый лекарственный препарат так же эффективен, как и более дорогой, мы ожидаем от поставщика, что он назначит более дешевое лекарство.

Если для нужного препарата действует особое правило, обычно это означает, что вам или вашему врачу потребуется выполнить ряд дополнительных действий, чтобы мы покрыли расходы на покупку лекарства. Например, вашему врачу может сперва потребоваться сообщить нам диагноз или направить результаты анализа крови. Если вы или ваш врач считаете, что наше правило не должно применяться к вашей ситуации, вам следует попросить нас сделать исключение. Мы можем согласиться или отказать вам в праве использования препарата без выполнения дополнительных действий.

Для получения более подробной информации о том, как попросить, чтобы для вас было сделано исключение, см. главу 9, раздел F2.

1. Ограничение использования фирменных препаратов при наличии дженериков

Как правило, дженерики действуют так же, как фирменные препараты, и обычно стоят дешевле. В большинстве случаев, если существует дженерик, аналогичный фирменному препарату, аптека, входящая в сеть плана, выдаст вам именно дженерик.

- Как правило, при наличии аналога-дженерика мы не оплачиваем фирменный препарат.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Тем не менее, если ваш врач предоставит нам медицинские основания, по которым дженерик препарат и другие покрываемые препараты для лечения одного и того же заболевания не подходят вам, мы предоставим покрытие фирменного препарата.
- Ваша сумма доплаты за фирменный препарат может оказаться выше по сравнению с аналогичным дженериком.

2. Предварительное разрешение

Для приобретения некоторых рецептурных препаратов вам или вашему врачу необходимо вначале получить разрешение от плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Если вы не получите такого разрешения, план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan может не покрыть стоимость препарата.

3. Предварительное применение альтернативного препарата

Как правило, мы хотим, чтобы прежде чем получить покрытие более дорогих лекарств, вы испробовали более дешевые препараты (которые зачастую не менее эффективны). Например, если препарат А и препарат Б используются для лечения одного и того же заболевания, но препарат А стоит дешевле, чем препарат Б, мы можем требовать, чтобы вы сначала попробовали препарат А.

Если препарат А окажется неэффективным для вас, мы предоставим покрытие препарата Б. Такой подход называется «поэтапным лечением».

4. Количественные ограничения

Для некоторых препаратов установлены ограничения на отпускаемое количество. Эта называется «количественным ограничением». Например, мы можем ограничить количество препарата, предоставляемое по рецепту за один раз.

Чтобы узнать, распространяются ли какие-либо из этих ограничений на препараты, которые вы принимаете или собираетесь принимать, сверьтесь со Списком препаратов. Для получения актуальной информации позвоните в отдел обслуживания участников или посетите наш сайт www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

D. Почему ваш препарат может не покрываться планом

Мы стараемся, чтобы ваши препараты покрывались наиболее эффективным для вас способом, однако иногда определенный препарат не покрывается в той степени, в какой вам бы хотелось. Например:

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Препарат, который вы хотите принимать, не покрывается планом. Этот препарат может не входить в Список препаратов. Возможно также, что предоставляется покрытие только аналога-дженерика, а не патентованного препарата, который вы хотите принимать. Речь может идти о новом препарате, который мы еще не оценили на предмет безопасности и эффективности.
- Препарат покрывается планом, но на него распространяются особые правила или ограничения. Как описано в разделе выше, для некоторых препаратов, на которые предоставляется покрытие нашего плана, действуют правила, ограничивающие их использование. В некоторых случаях вы или лицо, назначающее вам лекарства, можете попросить нас об исключении из правила.

Если покрытие одного из ваших препаратов не соответствует желаемому, вы можете принять определенные меры.

D1. Получение временного запаса

В некоторых случаях мы можем предоставить вам временный запас препарата, который не включен в список лекарств или для которого действуют какие-либо ограничения. Это даст вам время обсудить с врачом возможность приема другого препарата или обратиться к нам с запросом о покрытии препарата.

Для получения временного запаса препарата необходимо выполнение двух условий, которые описаны ниже.

1. Препарат, который вы принимали:
 - больше не входит в наш Список препаратов; **или**
 - никогда не входил в наш Список препаратов; **или**
 - теперь в отношении него действуют какие-либо ограничения.
2. Вы должны находиться в одной из следующих ситуаций:
 - Вы были участником плана и в прошлом году.
 - Мы будем покрывать расходы на временный запас нужного препарата **в течение первых 90 дней календарного года.**
 - Выданного запаса препарата будет достаточно на срок до 30 дней.
 - Если ваш рецепт выписан на меньшее число дней, мы разрешим получить препарат несколько раз на общий срок до 30 дней приема. Вы должны будете получить рецептурный препарат в аптеке, входящей в сеть плана.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Обращаем ваше внимание на то, что аптека учреждения долгосрочного ухода может отпускать препарат в меньших количествах во избежание излишних расходов.
- Вы стали участником нашего плана недавно.
 - Мы будем покрывать расходы на временный запас нужного **препарата в течение первых 90 дней вашего участия в плане.**
 - Выданного запаса препарата будет достаточно на срок до 30 дней.
 - Если ваш рецепт выписан на меньшее число дней, мы разрешим получить препарат несколько раз на общий срок до 30 дней приема. Вы должны будете получить рецептурный препарат в аптеке, входящей в сеть плана.
 - Обращаем ваше внимание на то, что аптека учреждения долгосрочного ухода может отпускать препарат в меньших количествах во избежание излишних расходов.
- Вы зарегистрированы в плане более 90 дней, проживаете в учреждении длительного медицинского обслуживания и нуждаетесь в препарате незамедлительно.
 - Мы однократно покроем расходы на 31-дневный запас препарата (или меньше, если ваш рецепт выписан на меньший срок). Это покрытие будет предоставлено дополнительно к упомянутому ранее временному запасу препарата.
 - Чтобы запросить временный запас, обратитесь в отдел обслуживания участников.

При получении временного запаса препарата вам нужно будет обсудить со своим врачом дальнейшие действия. У вас есть следующие варианты:

- Вы можете перейти на другой препарат.

Возможно, существует другой препарат, который покрывается нашим планом и подойдет вам. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников и попросить список покрываемых препаратов, которые применяются для лечения того же заболевания. Этот перечень поможет вашему врачу выбрать покрываемый препарат, который может вам подойти.

ИЛИ

- Вы можете обратиться к нам с просьбой сделать исключение.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Вы и ваш врач можете попросить нас сделать исключение. Например, вы можете обратиться к нам с просьбой предоставить покрытие препарата, даже если он не входит в Список препаратов. Кроме того, вы можете попросить нас предоставить покрытие препарата без ограничений. Если ваш врач считает, что у вас есть убедительные медицинские основания для получения исключения из правил, он может помочь вам подать запрос о его предоставлении.

Подробнее о порядке подачи запроса на предоставление исключения из правил см. в главе 9, раздел F.

Если вам нужна помощь в подаче запроса об исключении, обратитесь в отдел обслуживания участников или к своему навигатору обслуживания.

Е. Изменения покрытия ваших лекарств

Большинство изменений в покрытии лекарств вступают в действие с 1 января, но мы можем вносить изменения в Список препаратов в течение всего года. Мы можем также вносить изменения в правила получения и использования препаратов. Например, мы можем:

- ввести или отменить требование о получении предварительного разрешения на приобретение данного препарата (предварительное разрешение (prior approval) — это разрешение на приобретение препарата, которое надо заранее получить от плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan);
- ввести или изменить ограничение на количество препарата, которое вы можете получить («количественное ограничение»);
- ввести или изменить требование о «поэтапном лечении» (step therapy), касающееся препарата (требование поэтапного лечения означает, что, прежде чем мы начнем покрывать стоимость данного препарата, вы должны попробовать использовать другой препарат).

Чтобы узнать больше этих правилах, касающихся препаратов, см. раздел С этой главы выше.

Если вы принимаете препарат, который покрывался планом в **начале** года, мы продолжим его покрытие без изменений **в течение всех оставшихся месяцев года**, если только:

- на рынке не появилось новое, более дешевое лекарство, действующее так же эффективно, что и лекарство, входящее в Список препаратов, **или**

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- нам не стало известно, что препарат небезопасен; **или**
- препарат не был снят с продажи.

Чтобы узнать больше о том, что происходит, когда в Список препаратов вносятся изменения, вы можете:

- Просмотреть самую последнюю версию Списка препаратов на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect или
- Позвонить в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00, без выходных, чтобы уточнить текущий состав Списка препаратов.

Некоторые изменения, вносимые в Список препаратов, вступают в силу **немедленно**. Например:

- **На рынке появился новый препарат-дженерик.** Иногда на рынке появляется новый дженерик, действующий так же эффективно, что и фирменный препарат, входящий в Список препаратов в настоящее время. В таком случае мы можем удалить из списка фирменный препарат и добавить новый дженерик, но вы будете платить за новое лекарство столько же, сколько платили за прежний препарат, или даже меньше.

Когда мы добавляем новый препарат-дженерик, мы можем оставить старое лекарство в Списке препаратов, но ввести новые правила или ограничения в отношении страхового покрытия этого лекарства.

- Мы можем не сообщить вам заранее о своем решении, но проинформируем об уже внесенном конкретном изменении.
- Вы или ваш врач можете попросить нас предоставить вам исключение из правил, чтобы эти изменения не затронули вас. Мы направим вам уведомление с инструкциями о том, как запросить исключение. Более подробная информация об исключениях приведена в главе 9 данного Справочника.
- **Препарат был снят с продажи.** Если Управление по контролю за продуктами питания и лекарствами (Food and Drug Administration, FDA) сообщит о том, что принимаемый вами препарат небезопасен или что производитель снял этот препарат с производства, мы удалим его из Списка препаратов. Если вы принимаете этот препарат, мы отправим вам уведомление. Мы можем предоставить вам 60-дневный запас этого препарата. Вам нужно будет

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



совместно с вашим врачом решить вопрос о переходе на другой препарат для лечения вашего заболевания, который покрывается планом.

Мы можем внести другие изменения, затрагивающие лекарства, которые вы принимаете. Мы сообщим вам о таких изменениях в Списке препаратов заранее.

Такие изменения могут быть введены, если:

- FDA выпустит новые инструкции или появятся новые клинические рекомендации относительно того или иного препарата;
- Мы добавим препарат-дженерик, который не является новым на рынке, и
 - заменим им фирменный препарат, включенный в Список препаратов, **или**
 - изменим правила или ограничения, касающиеся страхового покрытия фирменного препарата.

В этом случае:

- мы сообщим вам об изменениях в списке препаратов не позднее чем за 30 дней до внесения таких изменений, либо
- сообщим вам о внесении изменений и снабдим вас запасом препарата, достаточным на срок 60 дней, когда вы очередной раз попросите выдать вам препарат по рецепту.

Это даст вам время на то, чтобы поговорить со своим врачом или иным специалистом, выписавшим рецепт. Он поможет вам выяснить:

- содержится ли в списке препаратов аналогичный препарат, на прием которого вы можете перейти, или
- вам следует попросить о предоставлении исключения из правил. Для получения более подробной информации о том, как попросить, чтобы для вас было сделано исключение, см. главу 9, раздел F.

Иногда мы вносим в покрытие принимаемых вами препаратов изменения, которые в настоящий момент вас не касаются. В таких случаях, если **в начале года** мы покрывали принимаемый вами препарат, обычно мы продолжаем покрывать его в том же объеме **до конца года**.

Например, если мы прекратим покрывать принимаемый вами медицинский препарат или введем ограничения на его покрытие, такие изменения на коснутся вас до конца года.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



F. Покрытие расходов на лекарства в особых случаях

F1. В случае покрываемого планом пребывания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода

Если вы поступили в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода и ваше пребывание покрывается нашим планом, мы, как правило, предоставляем покрытие расходов на рецептурные препараты, которые вы принимаете во время этого пребывания. Вам не нужно будет вносить доплату. После вашей выписки из больницы или учреждения квалифицированного сестринского ухода мы покроем ваши препараты, если они соответствуют всем нашим правилам страхового покрытия.

Подробнее о покрытии препаратов и их стоимости для вас см. в главе 6.

F2. Если вы находитесь в учреждении долгосрочного ухода

Как правило, учреждение долгосрочного ухода, например дом сестринского ухода, имеет собственную аптеку или аптеку, поставляющую препараты для всех лиц, проживающих в учреждении. Если вы постоянно проживаете в учреждении долгосрочного ухода, вы можете получить препараты, отпускаемые по рецепту, в аптеке учреждения, если она входит в нашу сеть.

Чтобы узнать, входит ли эта аптека в сеть плана, см. *Справочник поставщиков услуг и аптек*. Если нет или если вам нужна дополнительная информация, обратитесь в отдел обслуживания участников.

F3. Если вы получаете услуги программы хосписного ухода, сертифицированной программой Medicare

Лекарства никогда не покрываются хосписом и нашим планом одновременно.

- Если вы получаете услуги программы хосписного ухода, сертифицированной программой Medicare, и вам требуется болеутоляющее, противорвотное, слабительное или успокоительное средство, не покрываемое хосписом в связи с тем, что оно не относится к вашему терминальному диагнозу и сопутствующему состоянию, сотрудники плана должны получить уведомление от назначающего лекарство лица или от вашего хосписа о том, что это лекарство не связано с таким заболеванием, прежде чем вы сможете получить его в рамках плана.
- Во избежание задержек в получении любого не связанного с текущим заболеванием препарата, который должен быть покрыт нашим планом, попросите поставщика услуг или специалиста хосписа, выписавшего вам

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



препарат, заблаговременно уведомить нас о нем (до того, как вы обратитесь за ним в аптеку).

Если вы покинете хоспис, наш план будет покрывать все ваши препараты. Во избежание задержек в аптеке по окончании предоставления вам услуг хосписа по программе Medicare вам необходимо принести в аптеку документацию, подтверждающую, что вы покинули хоспис. См. предыдущие разделы этой главы, в которых описаны правила покрытия препаратов по части D.

Подробнее о хосписных льготах см. в разделе D главы 4.

G. Программы по безопасности лекарственных средств и контролю за приемом лекарств

G1. Программы, помогающие участникам безопасно использовать препараты

Каждый раз, когда вы получаете препараты по рецепту, мы проводим проверку для выявления возможных проблем, таких как ошибки при отпуске препаратов или назначение вам препаратов:

- в которых может не быть необходимости, поскольку вы принимаете другой препарат для лечения того же самого заболевания;
- которые могут быть небезопасны для вас в силу вашего возраста или пола;
- которые могут вам навредить в случае одновременного приема;
- которые содержат компоненты, на которые у вас есть или с высокой степенью вероятности может проявиться аллергия;
- которые содержат высокую концентрацию опиоидных компонентов.

При обнаружении возможной проблемы с вашими рецептурными препаратами мы совместно с вашим врачом постараемся ее устранить.

G2. Программы, помогающие участникам контролировать прием лекарств

Если вы принимаете препараты для лечения разных заболеваний и/или являетесь участником Программы управления медикаментозной терапией, помогающей вам правильно принимать опиоидные препараты, вы можете претендовать на получение бесплатных услуг программы управления медикаментозной терапией (medication therapy management, MTM). Эта программа помогает вам и вашему врачу удостовериться, что ваши лекарства эффективно помогают вам улучшить состояние

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



вашего здоровья. Фармацевт или другой специалист сферы здравоохранения проведет комплексный обзор всех ваших препаратов и побеседует с вами:

- о том, получить наибольшую пользу от принимаемых лекарств;
- обо всем, что вас беспокоит, например о стоимости лекарств и реакциях на них;
- о том, как лучше всего принимать ваши лекарства;
- обо всех вопросах и проблемах, касающихся ваших рецептурных препаратов и безрецептурных средств.

Вы получите письменное резюме этой беседы. В резюме будет включен план действий по приему лекарств с рекомендациями о том, как их лучше всего принимать. Вы также получите личный список лекарств, в котором будут перечислены все принимаемые вами лекарства и основания для их приема. Кроме того, вы получите информацию о безопасной утилизации рецептурных препаратов, которые относятся к учетным препаратам.

Полезно договориться о проведении обзора лекарств до вашего ежегодного осмотра, чтобы вы смогли побеседовать со своим врачом о плане действий и списке лекарств. Принесите план действий и список лекарств на ежегодный осмотр; приносите его также на все приемы у врачей, в аптеки и при посещении других учреждений и специалистов сферы здравоохранения. Также берите с собой свой список лекарств, если вы отправляетесь в больницу или отделение неотложной помощи.

Программы управления медикаментозной терапией являются добровольными и бесплатными для отвечающих необходимым требованиям участников. Если у нас есть программа, которая вам подходит, мы регистрируем вас в ней и отправим вам информацию. Если вы не хотите участвовать в программе, сообщите нам об этом и мы исключим вас из программы.

Если у вас возникнут вопросы об этих программах, обратитесь в отдел обслуживания участников или к своему навигатору обслуживания.

G3. Программа управления медикаментозной терапией, помогающая участникам правильно принимать опиоидные препараты

В плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan имеется программа, которая помогает участникам правильно принимать рецептурные опиоидные или другие препараты, которыми часто злоупотребляют. Эта программа называется Drug Management Program (DMP).

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Если вы получаете опиоидные препараты по рецептам от разных врачей в разных аптеках или недавно столкнулись с передозировкой опиоидных препаратов, мы можем связаться с вашими врачами, чтобы убедиться в том, что опиоидные препараты используются вами правильно и требуются по медицинским показаниям. Если мы придем к выводу, что вы неправильно используете опиоидные препараты или препараты бензодиазепина, то в консультации с вашими врачами мы можем наложить ограничения на то, каким образом вы получаете такие препараты. Такие ограничения могут включать следующее:

- мы можем потребовать, чтобы все такие препараты **выдавались только одной аптекой** и (или) **назначались только одним врачом**;
- мы можем **ограничить количество** препарата, которое план будет покрывать для вас.

Если мы решим наложить одно или несколько ограничений, мы заранее направим вам уведомление об этом. В этом уведомлении будет разъяснено, какие ограничения мы считаем целесообразными.

У вас будет возможность сообщить нам, услугами какого врача и какой аптеки вы предпочитаете пользоваться, также передать любую информацию, которую, как вы считаете, нам необходимо знать. Если мы решим ограничить покрытие данных препаратов после того, как у вас появится возможность ответить, мы отправим вам еще одно письмо, которое подтверждает ограничения.

Если вы считаете, что мы совершили ошибку или что риска злоупотребления вами препаратами не существует, или если вы не согласны с ограничениями, вы и назначивший препарат врач можете подать апелляцию. Если вы подадите апелляцию, мы рассмотрим ваше дело и сообщим о своем решении. Если мы по-прежнему будем оспаривать какую-либо часть вашей апелляции в связи с ограничениями вашего доступа к таким медикаментам, мы автоматически передадим ваше дело на рассмотрение независимой экспертной организации (Independent Review Entity, IRE). (См. главу 9, чтобы узнать, как подать апелляцию, и получить дополнительную информацию об IRE.)

Требования программы DMP могут не распространяться на вас, если вы:

- страдаете определенными заболеваниями, например раком или серповидно-клеточной анемией,
- получаете услуги хосписа, паллиативное лечение или уход, оказываемый на последней стадии заболевания, **или**
- находитесь в учреждении долгосрочного ухода.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Глава 6. Суммы, которые вы должны платить за рецептурные препараты по программам Medicare и Medi-Cal

Введение

В этой главе описано, какие суммы вы оплачиваете за рецептурные препараты для амбулаторного лечения. Под «лекарствами» («препаратами») подразумеваются:

- рецептурные препараты, покрываемые по части D программы Medicare; **а также**
- препараты и медицинские принадлежности, покрываемые по программе Medi-Cal; **а также**
- препараты и медицинские принадлежности, покрываемые планом в качестве дополнительных льгот.

Поскольку вы соответствуете критериям для участия в программе Medi-Cal, вы получаете «дополнительную помощь» (Extra Help) от программы Medicare для оплаты ваших рецептурных препаратов по части D программы Medicare.

Extra Help — это программа, предлагаемая Medicare и помогающая лицам с ограниченными доходами и ресурсами в оплате расходов на приобретение рецептурных препаратов по части D программы Medicare, таких как страховые взносы, франшиза (нестрахуемый минимум) и доплаты. Помощь, предоставляемая по этой программе, также называется субсидией для малообеспеченных (Low-Income Subsidy, LIS).

Прочие основные термины и их определения предлагаются в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Подробнее о страховом покрытии рецептурных препаратов см. в перечисленных ниже документах.

- Наш *Список покрываемых препаратов*.
 - Он также называется «Списком препаратов». В нем содержится информация о следующем:
 - какие лекарства мы оплачиваем;

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте [www.blueshieldca.com/promise/Cal MediConnect](http://www.blueshieldca.com/promise/Cal%20MediConnect).



- к какому из 4 (четырех) уровней разделения затрат относится каждое лекарство;
- действуют ли в отношении лекарств какие-либо ограничения.
- Если вам нужен экземпляр Списка препаратов, позвоните в отдел обслуживания участников. Также Список препаратов можно найти на нашем сайте по адресу www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. На сайте всегда размещается самая последняя редакция Списка препаратов.
- Глава 5 данного *Справочника участника*.
 - В главе 5 разъясняется порядок получения рецептурных препаратов для амбулаторного лечения в рамках нашего плана.
 - В ней также указано, каким правилам необходимо следовать и на какие типы отпускаемых по рецепту лекарств не распространяется покрытие нашего плана.
- Наш *Справочник поставщиков услуг и аптек*.
 - В большинстве случаев за покрываемыми планом препаратами необходимо обращаться в аптеки, входящие в сеть плана. Аптеки, входящие в сеть плана, – это аптеки, которые согласились сотрудничать с нами.
 - В *Справочнике поставщиков услуг и аптек* приведен список аптек, входящих в сеть плана. Подробнее о сетевых аптеках см. в разделе А главы 5.



Содержание

A. Разъяснение страховых выплат (EOB).....	162
B. Учет расходов на оплату ваших лекарств.....	162
C. Стадии оплаты лекарств, предусмотренные для препаратов по части D программы Medicare	164
D. Стадия 1: стадия первоначального покрытия.....	164
D1. Выбор аптеки.....	165
D2. Получение запаса препаратов на длительный срок	165
D3. Сумма, которую платите вы	165
D4. Когда завершается стадия первоначального покрытия.....	170
E. Стадия 2: стадия критического покрытия	170
F. Ваши расходы на лекарства в случае, если врач назначает прием меньше месяца.....	171
G. Помощь в оплате суммы разделения затрат для лиц с ВИЧ/СПИД	172
G1. Что такое программа AIDS Drug Assistance Program (ADAP)	172
G2. Еще не зарегистрированы в программе ADAP?.....	172
G3. Уже зарегистрированы в программе ADAP?	172
H. Прививки	172
H1. Что нужно знать перед тем, как обратиться за прививкой.....	173
H2. Сколько вы платите за прививки по части D программы Medicare.....	173

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



А. Разъяснение страховых выплат (ЕОВ)

Наш план ведет учет ваших рецептурных препаратов. Мы ведем учет двух типов расходов:

- **Ваши наличные затраты.** Это суммы, которые вы или другое лицо, действующее от вашего имени, выплачиваете за свои рецептурные препараты.
- **Общая стоимость ваших лекарств.** Это общая сумма, выплачиваемая нами и вами (либо лицом, действующим от вашего имени) за ваши рецептурные препараты.

При получении рецептурных препаратов по нашему плану мы отправляем вам отчет под названием «Разъяснение страховых выплат» (*Explanation of Benefits*). Кратко он называется ЕОВ. В Разъяснении страховых выплат содержится подробная информация о лекарствах, которые вы принимаете, в том числе о повышении цен и о других препаратах с меньшим уровнем разделения затрат, которые могут быть вам доступны. Вы можете обсудить с вашим врачом, который выписывает вам препараты, более приемлемые по стоимости варианты. В ЕОВ содержится:

- **Информация за отчетный месяц.** В отчете указывается, какие рецептурные препараты вы получили. В нем отражены совокупные затраты на лекарства, сумма, уплаченная нами, а также сумма, уплаченная вами и другими лицами, которые платят от вашего имени.
- **Информация за истекший период текущего года.** Это суммарные затраты на лекарства и суммарные платежи, совершенные с 1 января.

Мы оплачиваем некоторые лекарства, не покрываемые программой Medicare.

- Оплата этих лекарств не учитывается при подсчете ваших совокупных наличных расходов.
- Мы также оплачиваем некоторые безрецептурные средства. Вы ничего не платите за эти препараты.
- Чтобы узнать, на какие лекарства распространяется покрытие нашего плана, см. Список препаратов.

В. Учет расходов на оплату ваших лекарств

Чтобы вести учет расходов на ваши препараты и выплат, которые делаете за них вы, мы используем данные, получаемые от вас и от вашей аптеки. Вы можете помочь нам в этом:

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



1. Пользуйтесь своей идентификационной картой участника плана.

Предъявляйте свою идентификационную карту участника плана каждый раз при получении рецептурных препаратов. Благодаря этому мы будем знать, какие рецептурные препараты вы получаете и какие суммы вы платите.

2. Следите за тем, чтобы мы получали всю необходимую информацию.

Предоставляйте нам копии квитанций за оплаченные вами лекарства. Вы можете обратиться к нам с запросом, чтобы мы вернули вам нашу часть стоимости лекарства.

Вот некоторые ситуации, в которых вам следует предоставить нам копии квитанций:

- при покупке покрываемого препарата в аптеке, входящей в сеть плана, по специальной цене или использовании дисконтной карты, которая не является частью программы льгот плана;
- если вы вносите доплату за препарат, полученный по программе поддержки пациентов производителями препаратов;
- при покупке покрываемых лекарств в аптеке, не входящей в нашу сеть;
- при оплате полной стоимости покрываемого препарата.

Подробнее о том, как подать заявление на компенсацию нашей части стоимости лекарственного препарата, см. в главе 7, разделы А и В.

3. Сообщайте нам о платежах, совершенных за вас другими лицами.

Платежи, выполненные определенными сторонними лицами и организациями, также входят в состав ваших наличных затрат. Например, в счет ваших наличных затрат зачитываются платежи, совершенные программой помощи препаратами больным СПИДом, службой здравоохранения для коренных американцев и большинством благотворительных организаций. Это поможет вам выполнить требования для перехода к стадии критического покрытия. Когда начинается стадия критического покрытия, план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan до конца года оплачивает все ваши расходы на препараты из части D.

4. Проверяйте отчеты, которые мы вам отправляем.

По получении *Разъяснения страховых выплат* (ЕОВ) по почте просмотрите его и проверьте полноту и правильность содержащейся в нем информации. Если вы считаете, что в отчете содержатся ошибки или отсутствует какая-либо информация, или если у вас есть вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников. Храните эти отчеты. Это важные документы о ваших расходах на препараты.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



С. Стадии оплаты лекарств, предусмотренные для препаратов по части D программы Medicare

В рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan предусмотрены две стадии покрытия препаратов, отпускаемых по рецепту по части D программы Medicare. Размер вашего платежа зависит от того, на какой стадии вы находитесь при первом и последующих получениях рецептурных препаратов. Эти две стадии описаны ниже.

Стадия 1: стадия первоначального покрытия	Стадия 2: стадия критического покрытия
<p>На этой стадии мы оплачиваем часть стоимости ваших лекарств, а вы оплачиваете свою часть. Ваша часть называется доплатой.</p> <p>Эта стадия начинается, когда вы впервые в данном году получаете рецептурные препараты.</p>	<p>На этой стадии мы оплачиваем полную стоимость ваших лекарств до 31 декабря 2021 года.</p> <p>Эта стадия начинается, когда ваши наличные затраты достигнут определенной суммы.</p>

D. Стадия 1: стадия первоначального покрытия

На стадии первоначального покрытия мы оплачиваем часть стоимости рецептурных препаратов, а вы оплачиваете свою часть. Ваша часть называется доплатой. Сумма доплаты зависит от того, к какому уровню разделения затрат относится препарат и где вы его получаете.

Уровни разделения затрат (tiers) – это группы лекарств, для которых установлен определенный размер доплаты. Каждый препарат, входящий в список препаратов, разработанный нашим планом, относится к одному из 4 (четырех) уровней разделения затрат. В целом, чем выше уровень разделения затрат, тем больше доплата. Чтобы узнать, к каким уровням разделения затрат относятся принимаемые вами лекарства, обратитесь к списку препаратов.

- К уровню 1 (самый низкий уровень) относятся дженерики, которым мы отдаем предпочтение. Сумма доплаты за препараты этого уровня составляет \$0.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- К уровню 2 относятся дженерики. Сумма доплаты за препараты этого уровня составляет от \$0 до \$3.70.
- К уровню 3 (самый высокий уровень) относятся фирменные препараты. Сумма доплаты за препараты этого уровня составляет от \$0 до \$9.20.
- Уровень 4 включает препараты, не покрываемые программой Medicare, а также безрецептурные средства (ОТС). Сумма доплаты за препараты этого уровня составляет \$0.

Чтобы узнать, к какому уровню разделения затрат относится ваш препарат, найдите его в Формуляре (Списке препаратов) плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

D1. Выбор аптеки

Сумма оплаты за лекарства зависит от того, в какой аптеке вы их получаете:

- в аптеке, входящей в сеть нашего плана; **или**
- в аптеке, не входящей в его сеть.

В ограниченном ряде случаев мы покрываем покупку лекарств по рецепту в аптеках, не входящих в сеть. Случаи, в которых мы предоставляем такое покрытие, описаны в разделе А главы 5.

Более подробную информацию о выборе аптек см. в главе 5, раздел А, данного справочника, а также в *Справочнике поставщиков услуг и аптек*.

D2. Получение запаса препаратов на длительный срок

Вы можете получить запас некоторых рецептурных препаратов на длительный срок (также именуемый «долгосрочным запасом»). Запас на длительный срок — это запас на 100 дней приема для уровня 1 и 90 дней приема для уровней 2-3. Он будет стоить для вас столько же, сколько и месячный запас.

Подробнее о том, где и как получить долгосрочный запас лекарств, см. в главе 5, раздел А, или в *Справочнике поставщиков услуг и аптек*.

D3. Сумма, которую платите вы

На стадии первоначального покрытия вы должны будете вносить доплату при каждом получении препарата по рецепту. Если покрываемое лекарство стоит меньше суммы доплаты, вы заплатите более низкую цену.

Чтобы узнать сумму доплаты для конкретного покрываемого лекарства, свяжитесь с отделом обслуживания участников.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



В таблице ниже указана ваша часть стоимости месячного запаса покрываемого лекарства, которое отпускается по рецепту, в зависимости от места покупки.

	Аптека, входящая в сеть плана	Заказ препаратов по почте	Аптека при учреждении долгосрочного ухода, входящая в сеть плана	Аптека, не входящая в сеть плана
	Запас на один месяц или не более 30 дней	Запас на один месяц или не более 30 дней	Запас не более чем на 31 день	Запас не более чем на 10 дней. Покрытие представляется только в определенных ситуациях. Подробнее см. в разделе А главы 5.
Уровень разделения затрат 1 (Дженерики, которым отдается предпочтение)	Доплата в размере \$0	Доставка по почте недоступна	Доплата в размере \$0	Доплата в размере \$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



	Аптека, входящая в сеть плана	Заказ препаратов по почте	Аптека при учреждении долгосрочного ухода, входящая в сеть плана	Аптека, не входящая в сеть плана
	Запас на один месяц или не более 30 дней	Запас на один месяц или не более 30 дней	Запас не более чем на 31 день	Запас не более чем на 10 дней. Покрытие представляется только в определенных ситуациях. Подробнее см. в разделе А главы 5.
Уровень разделения затрат 2 (Дженерики)	Доплата в размере \$0, \$1.30 или \$3.70 Сумма доплаты зависит от размера помощи, получаемой вами по программе Extra Help.	Доставка по почте недоступна.	Доплата в размере \$0, \$1.30 или \$3.70 Сумма доплаты зависит от размера помощи, получаемой вами по программе Extra Help.	Доплата в размере \$0, \$1.30 или \$3.70 Сумма доплаты зависит от размера помощи, получаемой вами по программе Extra Help.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



	Аптека, входящая в сеть плана	Заказ препаратов по почте	Аптека при учреждении долгосрочного ухода, входящая в сеть плана	Аптека, не входящая в сеть плана
	Запас на один месяц или не более 30 дней	Запас на один месяц или не более 30 дней	Запас не более чем на 31 день	Запас не более чем на 10 дней. Покрытие представляется только в определенных ситуациях. Подробнее см. в разделе А главы 5.
Уровень разделения затрат 3 (Фирменные препараты)	Доплата в размере \$0, \$4.00 или \$9.20 Сумма доплаты зависит от размера помощи, получаемой вами по программе Extra Help.	Доставка по почте недоступна.	Доплата в размере \$0, \$4.00 или \$9.20 Сумма доплаты зависит от размера помощи, получаемой вами по программе Extra Help.	Доплата в размере \$0, \$4.00 или \$9.20 Сумма доплаты зависит от размера помощи, получаемой вами по программе Extra Help.
Уровень разделения затрат 4 (Рецептурные препараты, не покрываемые Medicare, и безрецептурные средства)	Доплата в размере \$0	Препараты, относящиеся к уровню 4, нельзя заказать по почте	Доплата в размере \$0	Доплата в размере \$0

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



В таблице ниже указана ваша часть стоимости долгосрочного запаса покрываемого рецептурного препарата в зависимости от места покупки.

	Аптека, входящая в сеть плана	Заказ препаратов по почте
Уровень разделения затрат 1: Дженерики, которым отдается предпочтение Запас не более чем на 100 дней	Доплата в размере \$0	Доплата в размере \$0
Уровень разделения затрат 2: Дженерики Запас не более чем на 90 дней приема	Доплата в размере \$0, \$1.30 или \$3.70 Сумма доплаты зависит от размера помощи, получаемой вами по программе Extra Help.	Доплата в размере \$0, \$1.30 или \$3.70 Сумма доплаты зависит от размера помощи, получаемой вами по программе Extra Help.
Уровень разделения затрат 3: Фирменные препараты Запас не более чем на 90 дней приема	Доплата в размере \$0, \$4.00 или \$9.20 Сумма доплаты зависит от размера помощи, получаемой вами по программе Extra Help.	Доплата в размере \$0, \$4.00 или \$9.20 Сумма доплаты зависит от размера помощи, получаемой вами по программе Extra Help.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



	Аптека, входящая в сеть плана	Заказ препаратов по почте
Уровень разделения затрат 4: Рецептурные препараты, не покрываемые Medicare, и безрецептурные средства Запас не более чем на 90 дней приема	Для препаратов уровня 4 нельзя заказать долгосрочный запас	Препараты, относящиеся к уровню 4, нельзя заказать по почте

Информацию об аптеках, которые могут предоставить запас препаратов на длительный срок, см. в *Справочнике поставщиков услуг и аптек*.

D4. Когда завершается стадия первоначального покрытия

Стадия первоначального покрытия завершается, когда совокупная сумма ваших собственных затрат достигает \$6,550. С этого момента начнется стадия критического покрытия. С этого времени и до конца года мы будем оплачивать полную стоимость лекарств.

Отчеты с *разъяснением страховых выплат* помогут вам вести учет сумм, которые вы уже уплатили за лекарства в течение года. Мы сообщим вам, когда вы достигнете лимита в \$6,550. Многие люди не достигают его за год.

E. Стадия 2: стадия критического покрытия

После достижения лимита собственных затрат на рецептурные препараты в размере \$6,550 начинается стадия критического покрытия. Эта стадия будет продолжаться до конца календарного года. На этой стадии план будет оплачивать полную стоимость ваших лекарств по программе Medicare.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Г. Ваши расходы на лекарства в случае, если врач назначает прием меньше месяца

Обычно вы вносите доплату за месячный запас покрываемого препарата. Однако ваш врач может выдать рецепт на срок меньше месяца.

- Может случиться и так, что вы сами попросите своего врача выписать рецепт на более короткий срок (например, если вы впервые принимаете препарат, у которого возможны серьезные побочные эффекты).
- В случае некоторых препаратов, если ваш врач согласится выписать препарат на срок меньше месяца, то вам не придется платить за полный месяц.

Если вы получаете запас препарата, рассчитанный меньше чем на месяц приема, сумма вашей доплаты будет исчисляться исходя из количества дней, на которое хватит полученного вами препарата. Мы рассчитаем сумму доплаты за ваш препарат за один день («ежедневная ставка разделения затрат») и умножим ее на количество дней, на которое вы получаете препарат.

- Пример: Допустим, сумма доплаты за месячный запас (запас, рассчитанный на 30 дней приема) нужного препарата составляет \$1.30. Значит, стоимость препарата для вас составит чуть больше \$0.04 в день. Если вам отпускают препарат в количестве, необходимом на 7 дней приема, сумма доплаты составит для вас \$0.30, т. е. дневную стоимость препарата (чуть более \$0.04), помноженную на 7 дней.
- Ежедневное разделение затрат позволяет убедиться в эффективности лекарства, прежде чем вам придется заплатить за запас на полный месяц.
- Вы также можете попросить врача выписывать рецепты на количество препарата, рассчитанное меньше, чем на месяц приема, если это позволит вам:
 - облегчить планирование визитов в аптеку;
 - приобретать препарат одновременно с другими принимаемыми вами препаратами;
 - реже ходить в аптеку.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Г. Помощь в оплате суммы разделения затрат для лиц с ВИЧ/СПИД

Г1. Что такое программа AIDS Drug Assistance Program (ADAP)

Программа помощи в приобретении препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа AIDS Drug Assistance Program (ADAP) помогает гарантировать доступ к жизненно необходимым лекарствам для лиц с ВИЧ/СПИД, которые отвечают установленным требованиям. Рецептурные препараты для амбулаторного лечения, покрываемые по части D программы Medicare, на которые также распространяется покрытие программы ADAP, соответствуют критериям для получения помощи в оплате суммы разделения затрат на рецептурные препараты. Такая помощь предоставляется Отделом по делам больных СПИДом Департамента здравоохранения Калифорнии лицам, участвующим в программе ADAP.

Г2. Еще не зарегистрированы в программе ADAP?

Чтобы узнать критерии участия, на какие лекарства распространяется покрытие и как зарегистрироваться в программе, позвоните по номеру 1-844-421-7050 или зайдите на сайт ADAP по адресу

www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

Г3. Уже зарегистрированы в программе ADAP?

Программа ADAP может продолжать предоставлять своим участникам помощь с оплатой расходов на рецептурные препараты, покрываемые по части D программы Medicare, если эти рецептурные препараты включены в формуляр ADAP. Чтобы обеспечить непрерывное получение помощи, сообщайте своему местному специалисту по регистрации в программе ADAP о любых изменениях в названии своего плана Medicare, предоставляющего покрытие по части D, или в номере полиса. Если вам нужна помощь в поиске ближайшего центра регистрации в программе ADAP и (или) специалиста по регистрации, позвоните по номеру 1-844-421-7050 или зайдите на указанный выше сайт.

Н. Прививки

Мы предоставляем покрытие прививок по части D программы Medicare. Покрытие прививок по части D программы Medicare включает две части:

1. Первая часть покрытия распространяется на стоимость **самой вакцины**. Вакцина – это отпускаемое по рецепту лекарственное средство.
2. Вторая часть покрытия распространяется на стоимость **проведения вакцинации**. Например, вы можете получить прививку в кабинете своего врача.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Н1. Что нужно знать перед тем, как обратиться за прививкой

Если вы планируете сделать прививку, рекомендуем сначала позвонить нам в отдел обслуживания участников.

- Мы расскажем вам о том, как ваша прививка покрывается нашим планом, и объясним, какова ваша часть стоимости.
- Мы расскажем, как можно снизить свои расходы, пользуясь услугами аптек и поставщиков, входящих в сеть плана. Аптеки, входящие в сеть плана, – это аптеки, которые согласились сотрудничать с нашим планом. Поставщик, входящий в сеть нашего плана, — это поставщик, сотрудничающий с нашим планом. Чтобы вам не пришлось ничего платить за прививку, покрываемую по части D, убедитесь в том, что поставщик услуг сотрудничает с планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Н2. Сколько вы платите за прививки по части D программы Medicare

Сумма, которую вы должны заплатить за прививку, зависит от типа вакцины (от чего вам делают прививку).

- Некоторые вакцины считаются медицинскими льготами, а не лекарственными препаратами. Такие вакцины покрываются полностью, и вы можете получить их бесплатно. Подробная информация о покрытии таких вакцин приведена в таблице льгот (см. раздел D главы 4).
- Другие вакцины считаются препаратами, покрываемыми по части D программы Medicare. Такие вакцины перечислены в списке лекарств плана. Возможно, вам придется внести доплату за вакцину, покрываемую по части D программы Medicare.

Ниже описаны три наиболее распространенных способа получить прививку, покрываемую по части D программы Medicare.

1. Вы получаете вакцину, покрываемую по части D программы Medicare, в аптеке, входящей в сеть плана, и вам делают прививку в этой же аптеке.
 - Вы должны будете внести доплату за вакцину.
2. Вы получаете вакцину, покрываемую по части D программы Medicare, в кабинете своего врача, и там же вам делают прививку.
 - Вы должны будете внести доплату за вакцину.
 - Наш план оплатит стоимость выполнения прививки.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- В таком случае врач должен позвонить в план, чтобы мы могли подтвердить, что с вас причитается только доплата за вакцину.
3. Вы получаете вакцину, покрываемую по части D программы Medicare, в аптеке и приносите ее в кабинет своего врача, чтобы вам сделали там прививку.
- Вы должны будете внести доплату за вакцину.
 - Наш план оплатит стоимость выполнения прививки.



Глава 7: Запрос на оплату нашей части счета, полученного вами за покрываемые услуги или препараты

Введение

В этой главе описывается, как и в каких случаях вы можете подать нам запрос на оплату счета. В ней также описывается порядок подачи апелляции, если вы не согласны с решением о страховом покрытии. Основные термины и их определения предлагаются в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Содержание

A. Как подать запрос на оплату услуг или препаратов	176
B. Отправка запроса на оплату	179
C. Решения о страховом покрытии	179
D. Апелляции.....	180

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



А. Как подать запрос на оплату услуг или препаратов

Вы не должны получать счета за услуги и препараты от поставщиков, входящих в сеть плана. Поставщики, входящие в сеть нашего плана, должны выставлять счета за полученные вами покрываемые услуги и препараты плану. Поставщик, входящий в сеть нашего плана, — это поставщик, сотрудничающий с нашим планом.

Если вы получили счет на полную стоимость медицинских услуг или препаратов, отправьте его нам. Информацию о том, как отправить нам счет, см. на стр. 148.

- Если услуги или препараты покрываются нашим планом, мы направим платеж непосредственно поставщику.
- Если услуги или препараты покрываются нашим планом, а вы уже заплатили больше, чем вы должны были заплатить, то вы имеете право на возмещение ваших расходов.
- Если услуги или препараты **не** покрываются нашим планом, мы сообщим вам об этом.

Если у вас возникнут вопросы, обратитесь в отдел обслуживания участников или к своему навигатору обслуживания. Если вы не знаете, какую сумму вы должны были заплатить, или если вы получили счет и не знаете, что с ним делать, мы можем вам помочь. Вы также можете позвонить, чтобы предоставить дополнительную информацию по запросу о возмещении расходов, который вы уже отправили нам.

Ниже описаны примеры ситуаций, в которых вам может понадобиться обратиться к нам с запросом о возмещении расходов или об оплате полученного вами счета.

1. Вы получили неотложную или срочную медицинскую помощь от поставщика услуг, не входящего в сеть плана

Вы должны попросить поставщика услуг выставить нам счет.

- Если вы оплатили полную стоимость при получении медицинского обслуживания, обратитесь к нам с запросом вернуть вам нашу часть стоимости. Отправьте нам счет и подтверждение совершенных вами платежей.
- Вы можете получить счет от поставщика, требующего оплаты, хотя вы считаете, что не должны оплачивать этот счет. Отправьте нам счет и подтверждение совершенных вами платежей.
 - Если поставщику следует заплатить, мы заплатим непосредственно ему.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Если вы уже заплатили больше своей части стоимости услуги, мы разберемся, сколько вы должны были заплатить, и вернем вам нашу часть стоимости.

2. Если вы получили счет от поставщика, входящего в сеть плана

Поставщики, входящие в сеть плана, должны всегда выставлять счет нам. При обращении за любыми услугами и рецептурными препаратами предъявляйте свою идентификационную карту участника плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Ситуация, в которой поставщик (например, врач или больница) выставляет участнику счет, превышающий установленную планом сумму затрат участников на услуги, является нарушением правил выставления счетов. **Если вы получили какой-нибудь счет, позвоните в отдел обслуживания участников.**

- Как участник плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, вы должны вносить только доплату за услуги, покрываемые нашим планом. Мы не позволяем поставщикам выставлять вам счета, превышающие эту сумму. Это относится даже к тем ситуациям, когда мы платим поставщику меньше, чем он взимает за данную услугу с других клиентов. Если мы приняли решение не оплачивать какие-либо начисления, вам все равно не нужно их оплачивать.
- Если вы получили от поставщика, входящего в сеть плана, счет на сумму, которая, по вашему мнению, больше, чем вы должны заплатить, отправьте этот счет нам. Мы свяжемся с поставщиком напрямую и решим проблему.
- Если вы уже оплатили счет от поставщика, входящего в сеть плана, но считаете, что заплатили слишком много, отправьте нам счет и подтверждение платежа. Мы вернем вам разницу между внесенной суммой и доплатой, которая от вас требовалась по условиям плана.

3. Вы получили препараты по рецепту в аптеке, не входящей в сеть плана

Если вы обращаетесь в аптеку, не входящую в сеть, вам нужно оплатить полную стоимость получаемых по рецепту препаратов.

- Лишь в некоторых случаях мы покроем покупку лекарств по рецепту в аптеках, не входящих в сеть. Обращаясь к нам с запросом на возврат нашей части стоимости, отправьте нам копию квитанции.
- Дополнительную информацию об аптеках, не входящих в сеть, см. в разделе А главы 5.



4. Если вы оплатили полную стоимость препарата, поскольку у вас не было при себе идентификационной карточки участника плана

Если у вас нет при себе идентификационной карты участника плана, попросите фармацевта позвонить нам или проверить информацию о вашем участии в плане.

- Если аптеке не удастся сразу получить нужную информацию, вам, возможно, придется самостоятельно оплатить полную стоимость препарата.
- Обращаясь к нам с запросом на возврат нашей части стоимости, отправьте нам копию квитанции.

5. Вам может потребоваться оплатить полную стоимость рецептурного препарата, не покрываемого планом

Если препарат не покрывается планом, вам, скорее всего, придется уплатить его полную стоимость.

- Препарат может быть не включен в *Список покрываемых препаратов* (Список препаратов) плана, или на него может распространяться требование или ограничение, о котором вам не было известно или которое, по вашему мнению, не должно касаться вас. Если вы решили приобрести такой препарат, вам, возможно, придется оплатить его полную стоимость.
 - Если вы не оплатили препарат, но считаете, что на него должно распространяться покрытие, вы можете подать соответствующий запрос (см. главу 9, раздел F).
 - Если вы и ваш врач или другой выписавший рецепт специалист считаете, что такой препарат вам требуется незамедлительно, вы можете попросить об ускоренном вынесении решения о страховом покрытии (см. главу 9, раздел F).
- Вместе с запросом о возмещении затрат отправьте нам копию квитанции. В некоторых ситуациях нам может потребоваться дополнительная информация от вашего врача или другого назначающего лица, чтобы возместить вам нашу часть стоимости препарата.

Если вы отправляете нам запрос об оплате, мы рассматриваем его и решаем, покрываются ли предоставленные вам услуги или препараты. Это называется вынесением «решения о страховом покрытии». Если будет принято положительное решение, мы вернем вам нашу часть стоимости услуги или препарата. Если мы отклоним ваш запрос об оплате, вы можете подать апелляцию на наше решение.

Чтобы узнать, как подать апелляцию, см. главу 9, раздел F.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



В. Отправка запроса на оплату

Отправьте нам счет и подтверждение сделанных вами платежей. Подтверждением платежа может служить копия чека, который вы выписали, или квитанция от поставщика.

Рекомендуется сделать копии счета и квитанций для себя. Вы можете обратиться за помощью к своему навигатору обслуживания.

Чтобы убедиться в том, что вы предоставили нам всю необходимую для принятия решения информацию, при подаче запроса заполните специальный бланк («claim form»).

- Вам не обязательно пользоваться нашим бланком, но это ускорит вынесение нами решения.
- Вы можете загрузить экземпляр бланка на нашем сайте по ссылке www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect или позвонить в отдел обслуживания участников и попросить предоставить вам бланк.

Отправьте почтой свой запрос об оплате, приложив к нему счета или квитанции, по следующему адресу:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Customer Care Department
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

Запросы на покрытие рецептурных препаратов следует направлять по адресу:
Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Вы должны подать запрос в течение 365 дней со дня получения услуги, товара или лекарственного препарата.

С. Решения о страховом покрытии

При получении от вас запроса об оплате мы примем решение о страховом покрытии. Это означает, что мы решим, предоставит ли план покрытие медицинской услуги или препарата. При необходимости мы также примем решение о сумме, которую вы должны заплатить за медицинское обслуживание или лекарство.

- Если нам потребуется дополнительная информация от вас, мы сообщим вам об этом.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Если мы решим, что на определенное медицинское обслуживание или лекарство распространяется страховое покрытие и вы следовали всем его правилам, то мы оплатим нашу часть расходов на них. Если вы уже оплатили услугу или препарат, мы отправим вам по почте чек на нашу часть стоимости. Если вы еще не оплатили услугу или препарат, мы заплатим непосредственно поставщику.

Правила, которым вам необходимо следовать для получения покрытия медицинских услуг, описаны в главе 3, разделе В. Правила, которым вам необходимо следовать для получения покрытия отпускаемых по рецепту лекарств по части D программы Medicare, описаны в главе 5, разделах А—F.

- Если мы примем решение не оплачивать нашу часть стоимости услуги или препарата, мы отправим вам письмо с объяснением такого решения. В письме также будут разъяснены ваши права на подачу апелляции.
- Для получения более подробной информации о принятии решений по поводу страхового покрытия см. главу 9, раздел D.

D. Апелляции

Если вы считаете, что мы ошибочно отклонили ваш запрос об оплате, вы можете обратиться к нам с просьбой об изменении нашего решения. Это называется подачей апелляции. Вы также можете подать апелляцию, если вы не согласны с суммой, которую мы оплачиваем.

Процесс апелляции — это юридический процесс с детально регламентированными процедурами и сроками, которые необходимо точно соблюдать. Для получения более подробной информации об апелляциях см. главу 9, разделы D и E.

- Если вы хотите подать апелляцию, касающуюся возмещения стоимости медицинской услуги, см. стр. 178.
- Если вы хотите подать апелляцию, касающуюся возмещения стоимости препарата, см. стр. 178.



Глава 8. Ваши права и обязанности

Введение

В этой главе описаны ваши права и обязанности как участника плана. Мы должны уважать ваши права. Основные термины и их определения предлагаются в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Содержание

A. Вы имеете право получать информацию удобным для вас способом	183
B. Мы обязаны обеспечить вам своевременный доступ к покрываемым услугам и препаратам	189
C. Мы обязаны обеспечить конфиденциальность и безопасность защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI)	190
C1. Как мы защищаем конфиденциальность вашей личной медицинской информации	191
C2. Вы имеете право доступа к своей медицинской документации	192
C3. Вы можете попросить нас поддерживать с вами связь предпочтительным для вас способом, а также посылать корреспонденцию по альтернативному адресу	192
C4. Вы можете попросить нас ввести ограничения на раскрытие информации	193
C5. У вас есть право выбирать кого-либо, кто будет представлять ваши интересы	193
D. Мы обязаны предоставлять вам информацию о плане, его сети поставщиков и о покрываемых услугах	193
E. Поставщики, входящие в нашу сеть, не имеют права выставлять вам счета	194
F. Вы имеете право прекратить участие в нашем плане Cal MediConnect	195
G. Вы имеете право принимать решения о своем лечении	195
G1. Вы имеете право знать о вариантах лечения и участвовать в принятии решений о своем лечении	195
G2. Вы имеете право дать указания о том, что делать, если вы не сможете принимать решения о своем медицинском обслуживании самостоятельно	196

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



G3. Что делать, если ваши распоряжения не выполняются.....	197
H. Вы имеете право подавать жалобы и обращаться с просьбами о пересмотре вынесенных нами решений.....	197
H1. Что следует сделать, если вы считаете, что с вами поступили несправедливо, или если вы хотите получить дополнительную информацию о ваших правах.....	198
I. Ваши обязанности как участника плана.....	198

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



A. Вы имеете право получать информацию удобным для вас способом

Мы обязаны предоставлять вам информацию о ваших льготах и правах в понятной и доступной вам форме. Мы обязаны предоставлять вам информацию о ваших правах в каждом году, в котором вы являетесь участником нашего плана.

- Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Estamos obligados a darle información sobre sus derechos todos los años en que usted sea miembro de nuestro plan.
- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
 - Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para el condado de Los Angeles, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, chino, armenio, ruso, tagalo, coreano, farsi, árabe y camboyano. Para el condado de San Diego, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, tagalo y árabe. Puede realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro. Para realizar una solicitud, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
 - Si está teniendo inconvenientes para recibir información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para los beneficios de Medi-Cal, también puede pedir una Audiencia estatal imparcial si el plan de salud deniega, reduce o cancela servicios que usted cree que debería recibir. Para pedir una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal y presentar una queja, llame al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349.

我們必須用您能了解的方式，告訴您計劃的福利和您的權利。您加入本計劃期間，我們每年都必須把您的權利告訴您。

要以您能了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計劃有專人能用各種語言回答您的疑問。

- 本計劃也能向您提供英語以外其他語言的資料，並以大字體、盲人點字或語音等格式提供資料。在Los Angeles縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、中文、亞美尼亞文、俄羅斯文、塔加洛文、韓文、法爾西文、阿拉伯文和柬埔寨文。在San

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Diego縣, 可提供的資料語言有西班牙文、越南文、塔加洛文和阿拉伯文。您可來電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會員服務部, 要求收到英語以外其他語言和/或其他格式的資料。您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的材料。如需申請, 請聯絡第一健保(Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan)會員服務部。

- 如果您因為語言方面的問題或因為殘疾而無法自本計劃取得資訊, 而您希望提出投訴, 請致電聯邦醫療保健計劃(Medicare), 電話1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。每週七天辦公, 每天24小時。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。關於Medi-Cal福利, 如果健保計劃拒絕、縮減或終止您認為您應該可取得的服務時, 您也可要求舉行州公平聽證會。如欲要求舉行 Medi-Cal州公平聽證會和提出投訴, 請致電1-800-952-5253。聽障和語障人士可致電1-800-952-8349。
- Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.
- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi ban Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có các nhân viên có thể trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
 - Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và dưới các dạng như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Đối với Quận Los Angeles, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Hoa, tiếng Armenia, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Hàn, tiếng Farsi, tiếng Ả-rập và tiếng Cam-pu-chia. Đối với Quận San Diego, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Tagalog và tiếng Ả-rập. Quý vị cũng có thể yêu cầu nhận các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và/hoặc dưới dạng khác bằng cách gọi cho ban Phục vụ hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
 - Nếu quý vị đang gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Đối với các quyền lợi Medi-Cal, quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang nếu các chương trình bảo hiểm y tế từ chối, giảm trừ hoặc chấm dứt các dịch vụ quý vị nghĩ rằng quý vị sẽ nhận được. Để yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang Medi-Cal và nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi số 1-800-952-5253. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-952-8349.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Մենք ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք Ձեզ հասկանալի եղանակով: Մենք Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք ամեն տարի, որ գտնվում եք մեր ծրագրում:
- Ձեզ հասկանալի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագրում կան անձեր, ովքեր հարցերին կարող են պատասխանել տարբեր լեզուներով:
 - Մեր ծրագիրը կարող է նյութերը Ձեզ տալ նաև անգլերենից տարբեր լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես՝ խոշոր տպատառերով, Բրայլյան այբուբենով կամ ձայնագրված: Լուս Անջելես վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, չինարենով, հայերենով, ռուսերենով, տազալերենով, կորեերենով, պարսկերենով, արաբերենով և կամբոջերենով: Սան Դիեգո վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, տազալերենով և արաբերենով: Կարող եք նյութերը անգլերենից տարբեր լեզուներով և/կամ այլընտրական ձևաչափով ստանալու խնդրանք ներկայացնել զանգահարելով Blue Shield Promise Cal MediConnect ծրագրի Անդամների սպասարկում:
 - Եթե դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ուզում եք զանգատ ներկայացնել, զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 համարով: Medi-Cal-ի նպաստների համար, կարող եք նաև Նահանգային արդար լսում խնդրել, եթե առողջապահական ծրագիրը մերժի, նվազեցնի կամ դադարեցնի ծառայություններ, որոնք կարծում եք, որ պետք է ստանաք: Medi-Cal-ի Նահանգային արդար լսում խնդրելու և զանգատ ներկայացնելու համար, զանգահարեք 1-800-952-5253 համարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-952-8349 համարով:
- Мы обязаны рассказать вам в понятной для вас форме о преимуществах плана и ваших правах. Мы обязаны рассказывать вам о ваших правах ежегодно на протяжении вашего участия в нашем плане.
- Позвоните в Отдел обслуживания участников (Customer Care) для получения информации в понятной для вас форме. Сотрудники нашего плана могут ответить на ваши вопросы на разных языках.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Наш план может также предоставить вам материалы на других языках, помимо английского, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудио формате. Для округа Лос-Анджелес материалы доступны на испанском, вьетнамском, китайском, армянском, русском, тагальском, корейском, языке фарси, арабском и камбоджийском языках. Для округа Сан-Диего материалы доступны на испанском, вьетнамском, тагальском и арабском языках. Вы можете подать запрос на получение материалов на других языках, помимо английского, и/или в альтернативном формате, позвонив в Отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect.
- Если у вас возникают проблемы с получением информации от нашего плана из-за языковых проблем или в связи с ограниченными возможностями и Вы хотите подать жалобу, позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить по этому номеру 24 часа в сутки, без выходных. Пользователям линии ТТУ следует обращаться по номеру 1-877-486-2048. Одним из преимуществ программы Medi-Cal является то, что вы всегда можете подать запрос о проведении Объективного слушания дела на уровне штата (State Hearing), если план медицинского страхования отказывается от предоставления услуг, сокращает или прекращает предоставление услуг, которые, на ваш взгляд, должны быть вам предоставлены. Для подачи запроса о проведении Объективного слушания дела на уровне штата и обращения с жалобой звоните по номеру 1-800-952-5253. Пользователям линии ТТУ следует обращаться по номеру 1-800-952-8349.
- Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang iyong mga karapatan sa paraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.
- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga tauhan na makakasagot ng iyong mga tanong sa iba't ibang wika.
 - Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa iba't ibang wika maliban sa Ingles at sa mga format na tulad ng malaking print, braille o audio. Para sa Los Angeles County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic at Cambodian. Para sa San Diego County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Tagalog, Hmong at Arabic. Maaari kang maghain ng kahilingan para makatanggap ng mga materyal sa iba't ibang wika maliban sa Ingles at/o sa alternatibong format sa

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect.

- Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga benepisyo ng Medi-Cal, maaari ka ring humiling para sa isang Patas na Pagdinig ng Estado kung tinanggihan, binawasan o tinapos ng planong pangkalusugan ang mga serbisyo na sa palagay mo ay dapat mong matanggap. Upang humiling sa Medi-Cal ng Patas na Pagdinig ng Estado at maghain ng reklamo, tumawag sa 1-800-952-5253. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349.
- 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다.
- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 가입자 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답변할 수 있는 직원들이 있습니다.
 - 저희 플랜은 또한 영어 이외의 언어로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료를 귀하에게 제공할 수 있습니다. 로스앤젤레스 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 중국어, 아르메니아어, 러시아어, 타갈로그어, 한국어, 페르시아어, 아랍어 및 캄보디아어로 이용할 수 있습니다. 샌디에고 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 타갈로그어 및 아랍어로 이용할 수 있습니다. **Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan** 가입자 서비스에 전화하시면 영어 이외의 언어로 된 자료 및/또는 다른 형식으로 된 자료를 요청하실 수 있습니다.
 - 언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**번으로 Medicare에 전화하십시오. 주 7일, 24시간 동안 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 이용자는 **1-877-486-2048**번으로 전화하십시오. Medi-Cal 혜택의 경우 귀하가 받아야 한다고 생각하는 서비스를 건강보험에서 거부, 축소 또는 종료한 경우 귀하는 주정부 공정심의회를 요청하실 수 있습니다. 주정부 공정심의회 요청 및 불만 접수를 하시려면 **1-800-952-5253**번으로 전화하십시오. TTY 이용자는 **1-800-952-8349** 번으로 전화하십시오.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



ما بايد موضوعات مربوط به مزایای برنامه درمانی و حقوق شما را به صورتی بیان کنیم که برایتان قابل فهمیدن باشد. ما بايد حقوق شما را در هر سالی که در برنامه درمانی عضویت دارید برایتان توضیح دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتیکه برایتان قابل فهمیدن باشد، با خدمات تماس بگیرید. برنامه درمانی ما اشخاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های گوناگون پاسخ دهند.
- برنامه درمانی ما می تواند اطلاعات را به زبان هایی به غیر از انگلیسی و به فرمت هایی از قبیل چاپ درشت، بریل یا صوتی نیز به شما ارائه کند. برای کانتی لس آنجلس، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، چینی، ارمنی، روسی، تاگالوگ، کره ای، فارسی، عربی و کامبوجی موجود هستند. برای کانتی سن دیاگو، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، تاگالوگ و عربی موجود می باشند. توسط تماس با خدمات اعضای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می توانید درخواست کنید که نشریات را به زبان های دیگری به غیر از انگلیسی و/یا فرمت متفاوتی دریافت کنید.
- اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکلی 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 شبانهروز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای مزایای Medi-Cal، اگر برنامه درمانی از ارائه خدماتی که فکر می کنید باید دریافت کنید امتناع کرد، آنها را کاهش یا خاتمه داد، می توانید برای دادرسی عادلانه ایالتی نیز درخواست کنید. برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتی، با شماره 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند.

យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គំរោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ថាអ្នកនៅក្នុងគំរោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាន ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ គំរោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាច ឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គំរោងរបស់យើង ក៏អាចឲ្យសំភារៈទៅអ្នក ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និងជាទំរង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរច្រាល ឬថាសសំឡេងផងដែរ។ សំរាប់ខោនធី Los Angeles សំភារៈគឺមានជា ភាសាអេស្ប៉ាញ៉ុល, វៀតណាម, ចិន, អាមេនី, រូស្ស៊ី, តាហ្គាឡុក, កូរេ, ហ្វីលីពីន, អារ៉ាប់, និង ខ្មែរ។ សំរាប់ខោនធី San Diego សំភារៈគឺមានជាភាសាអេស្ប៉ាញ៉ុល, វៀតណាម, តាហ្គាឡុក, និង អារ៉ាប់។ អ្នកអាចស្នើសុំទទួលបានសំភារៈជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និង/ឬ ជាទំរង់ផ្សេងទៀត ដោយទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។
- បើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគំរោងរបស់យើង ពីព្រោះបញ្ហាខាងភាសា ឬភាពពិការ ហើយអ្នក ចង់ប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. С более подробной информацией можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY ត្រូវតែហៅលេខ 1-877-486-2048។ សំរាប់
អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ផងដែរ បើកំរោងសុខភាព
បដិសេធ កាត់បន្ថយ ឬបញ្ចប់សេវា ដែលអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវបាន
ដើម្បីស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ Medi-Cal និងប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ
1-800-952-5253។ អ្នកប្រើ TTY ត្រូវតែហៅលេខ 1-800-952-8349។

يجب علينا إخبارك بمزايا الخطة وبحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب علينا إخبارك بحقوقك في كل سنة تشترك فيها في
خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن الخطة أشخاصًا يمكنهم الإجابة على الاستفسارات بمختلف اللغات.
- يمكن أن توفر الخطة أيضًا موادًا بلغات مختلفة خلاف اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل، الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو كمواد سمعية. وبالنسبة لمقاطعة لوس أنجلوس، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والصينية والألمانية والروسية والتاجالوجية والكورية والفارسية والعربية والكمبودية. وبالنسبة لمقاطعة سان دييغو، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والتاجالوجية والعربية. ويمكنك تقديم طلب للحصول على المواد بلغات أخرى خلاف اللغة الإنجليزية و/أو بالتنسيقات البديلة عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- الاتصال إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على المعلومات من الخطة بسبب مشاكل اللغة أو الإعاقة وترغب في تقديم شكوى، يُرجى برنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. ويرجى العلم بأن إمكانية الاتصال متاحة على مدار 24 ساعة ولمدة 7 أيام في الأسبوع. (TTY) وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وبالنسبة للمشاكل المتعلقة بمزايا برنامج Medi-Cal، يمكنك أيضًا طلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية إذا قامت الخطة برفض أو تخفيض أو إيقاف توفير خدمات تعتقد بأنه يحق لك الحصول عليها. ولطلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية خاصة ببرنامج Medi-Cal وتقديم شكوى، يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-952-5253. وعلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-952-8349.

В. Мы обязаны обеспечить вам своевременный доступ к покрываемым услугам и препаратам

Если вы не можете получить услуги в течение разумного периода времени, мы обязаны оплатить их получение вне сети.

Как участник нашего плана вы имеете следующие права.

- Вы имеете право выбора поставщика первичных медицинских услуг (PCP) в сети нашего плана. Поставщик услуг, входящий в сеть плана, — это поставщик услуг, с которым мы сотрудничаем. Более подробную информацию о типах поставщиков, которые могут выступать в качестве PCP, и о выборе PCP см. в главе 3, раздел D.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Чтобы узнать, какие врачи входят в нашу сеть и принимают новых пациентов, позвоните в отдел обслуживания участников или обратитесь к *Справочнику поставщиков услуг и аптек*.
- Женщины имеют право обращаться к специалистам по женским заболеваниям без получения направления. Направление – это разрешение РСР на обращение к другому поставщику услуг.
- Вы имеете право получать покрываемые услуги от поставщиков, входящих в сеть плана, в разумные сроки.
 - Сюда входит право на своевременное получение услуг специалистов, когда вам требуется их помощь.
- Вы имеете право получать неотложную или срочную медицинскую помощь без предварительного разрешения.
- Вы имеете право получать рецептурные препараты в любой аптеке, входящей в сеть, без существенных задержек.
- Вы имеете право знать, когда вы сможете посетить поставщика медицинских услуг, который не входит в сеть нашего плана. Подробнее о внесетевых поставщиках см. в разделе D главы 3.
- Если вы впервые присоединяетесь к нашему плану, то вы имеете право продолжать посещать поставщиков, обслуживавших вас до зачисления в наш план, и получать ранее утвержденные услуги в течение 12 месяцев при выполнении определенных условий. Подробнее о продолжении сотрудничества с текущими поставщиками и сохранении разрешений на предоставление услуг см. в разделе F главы 1.
- Вы имеете право управлять собственным медицинским обслуживанием с помощью своей команды медицинского обслуживания и навигатора обслуживания.

В главе 9, разделы А и В, описано, какие действия вам следует предпринять, если вы считаете, что не получаете услуги или препараты в положенный срок. В главе 9, разделы Е - J, также описываются ваши возможные действия в случае, если мы отказали вам в покрытии услуг или медицинских препаратов, а вы не согласны с нашим решением.

С. Мы обязаны обеспечить конфиденциальность и безопасность защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI)

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Мы защищаем информацию о здоровье участников программы в соответствии с требованиями федеральных законов и законов штата.

К вашей личной медицинской информации относится информация, предоставленная вами при регистрации в нашем плане. Кроме того, к ней относятся записи в вашей медицинской документации и другая информация, касающаяся медицинских вопросов и вашего здоровья.

У вас есть право получать свою личную медицинскую информацию и контролировать ее использование. Вы получите от нас письменное уведомление об этих правах, в котором также разъясняется, как мы обеспечиваем конфиденциальность вашей медицинской информации. Это уведомление называется «Уведомлением о порядке обращения с конфиденциальной информацией».

С1. Как мы защищаем конфиденциальность вашей личной медицинской информации

Мы принимаем меры по защите вашей информации от несанкционированного доступа.

В большинстве случаев мы не предоставляем вашу личную медицинскую информацию лицам и организациям, которые не предоставляют вам услуги и не оплачивают их, не обязаны по закону получать вашу PHI или не уполномочены вами или вашим представителем. Но если это необходимо, то сначала мы обязаны получить ваше письменное разрешение. Письменное разрешение может быть дано как вами лично, так и другим лицом, которое имеет законное право принимать решения за вас.

В некоторых случаях получение вашего предварительного письменного разрешения не требуется. Эти случаи определены законом. См. полный список в уведомлении о порядке обращения с конфиденциальной информацией.

- Мы обязаны предоставлять личную медицинскую информацию участников плана государственным учреждениям, контролирующим качество медицинского обслуживания.
- Мы обязаны передавать медицинскую информацию для целей решения проблем, связанных со здоровьем и безопасностью населения.
- Мы обязаны предоставлять защищенную медицинскую информацию по требованию судебных или административных органов.
- Мы обязаны предоставлять медицинскую информацию полномочным органам, если у нас имеются подозрения в жестоком обращении с пожилыми людьми или пренебрежении обязанностями, в целях выявления предполагаемых жертв жестокого обращения, пренебрежения обязанностями или домашнего насилия.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Мы обязаны передавать вашу личную медицинскую информацию в программу Medicare. Если Medicare решит предоставить эту информацию для исследования или других целей, это будет сделано в соответствии с федеральными законами.

С2. Вы имеете право доступа к своей медицинской документации

- Вы имеете право просматривать и получать копии медицинской документации, которая содержится в вашей медицинской карте. Мы предоставим вам копии документов или краткое изложение сведений о вашем состоянии здоровья, а также о рассмотрении ваших претензий. Обычно на это уходит до 30 дней с момента подачи запроса. За снятие копий может взиматься обоснованная плата в зависимости от соответствующих затрат.
- Вы можете попросить нас внести изменения в медицинские документы и документы, касающиеся ваших претензий, если считаете, что содержащаяся в них информация является неполной или неточной. Мы можем отказать вам в выполнении такой просьбы, однако мы письменно разъясним вам причины отказа в течение 60 дней.
- Вы имеете право быть уведомленными о том, что ваша защищенная медицинская информация была передана третьим сторонам, и можете запросить список или отчет по количеству раз передачи вам медицинской информации в течение шести лет до даты вашего запроса и с указанием причин. Мы включим в отчет информацию обо всех случаях раскрытия, за исключением случаев, связанных с лечением, оплатой, предоставлением вам медицинских услуг и некоторыми иными ситуациями (например, с вашими просьбами о раскрытии). Мы предоставляем один подобный отчет в год бесплатно, но можем взыскать с вас умеренную плату, если вы повторно запросите отчет в течение 12 месяцев.

С3. Вы можете попросить нас поддерживать с вами связь предпочтительным для вас способом, а также посылать корреспонденцию по альтернативному адресу

- Вы имеете право требовать конфиденциальной коммуникации.
- Мы можем отказать вам в выполнении такой просьбы, однако мы письменно разъясним вам причины отказа в течение 60 дней.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



C4. Вы можете попросить нас ввести ограничения на раскрытие информации

- Вы имеете право попросить нас не использовать и не раскрывать некоторую медицинскую информацию в целях оказания медицинских услуг, оплаты и осуществления деятельности нашей организации.
- Мы не обязаны выполнять подобные запросы и можем отказать вам, если выполнение вашей просьбы повлияет на получаемое вами лечение.

C5. У вас есть право выбирать кого-либо, кто будет представлять ваши интересы

- Если вы выдали кому-то доверенность на представление ваших интересов в сфере здравоохранения или если у вас есть законный представитель, это лицо может пользоваться вашими правами и принимать решения в отношении вашей медицинской информации.

В случае возникновения вопросов или сомнений в отношении конфиденциальности вашей защищенной медицинской информации обратитесь в отдел обслуживания участников по телефону 1-888-266-8080.

D. Мы обязаны предоставлять вам информацию о плане, его сети поставщиков и о покрываемых услугах

Как участник плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan вы имеете право на получение от нас определенной информации. Если вы не говорите по-английски, но хотите задать вопросы относительно нашего плана, вам могут предоставить услуги устного перевода. Чтобы получить услуги устного перевода, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00, без выходных. Эти услуги будут предоставлены вам бесплатно. *Справочник участника* и другие важные письменные материалы доступны не только на английском, но и на других языках. Материалы могут быть предоставлены на испанском, вьетнамском, арабском, китайском, армянском, русском, тагальском, корейском, фарси и кхмерском языках, а также на языке хмонг. Мы также предоставляем информацию, напечатанную шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в виде аудиозаписи.

Если вам нужна какая-либо информация из перечисленных ниже категорий, позвоните в отдел обслуживания участников:

- Информация о том, как выбрать или сменить план
- Информация о нашем плане, в том числе:

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



- финансовая информация;
- как оценивают нашу работу участники плана;
- количество апелляций, поданных участниками нашего плана;
- как выйти из плана.
- Информация о поставщиках услуг и аптеках, входящих в нашу сеть, в том числе:
 - как выбрать или сменить поставщика первичных медицинских услуг;
 - сведения о квалификации аптек и поставщиков услуг, входящих в нашу сеть;
 - как мы оплачиваем услуги поставщиков, входящих в сеть.
- Информация о покрываемых услугах и препаратах, а также о правилах, которые вам необходимо соблюдать, в том числе:
 - услуги и препараты, покрываемые нашим планом;
 - ограничения на покрытие услуг и препаратов;
 - правила, которые вы должны соблюдать, чтобы получать услуги и препараты, покрываемые нашим планом.
- Информация о том, почему некоторые услуги не покрываются и что можно сделать в таких случаях, в том числе:
 - порядок запроса письменного разъяснения причин, на основании которых не покрывается определенная услуга;
 - порядок подачи просьбы об изменении нашего решения;
 - порядок подачи запроса на оплату полученного вами счета.

Е. Поставщики, входящие в нашу сеть, не имеют права выставлять вам счета

Врачи, больницы и другие поставщики услуг, входящие в нашу сеть, не имеют права требовать от вас оплаты покрываемых услуг. Также они не имеют права требовать от вас оплатить разницу в стоимости своих услуг, если оплаченная нами сумма меньше, чем сумма выставленного ими счета. Подробнее о том, что делать, если поставщик из нашей сети пытается взыскать с вас плату за покрываемые услуги, см. в главе 7.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



F. Вы имеете право прекратить участие в нашем плане Cal MediConnect

Никто не может заставить вас продолжать участие в нашем плане, если вы этого не желаете.

- Вы имеете право получать основной объем медицинских услуг в рамках программы Original Medicare или плана Medicare Advantage.
- Вы можете получать покрытие рецептурных препаратов, предусмотренных частью D программы Medicare, в рамках другого плана страхового покрытия рецептурных препаратов или через план Medicare Advantage.
- Для получения дополнительной информации о том, когда вы можете перейти в другой план Medicare Advantage или план, покрывающий рецептурные препараты, см. главу 10.
- Вы можете продолжать пользоваться льготами по программе Medi-Cal в рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan или выбрать иной план, доступный в этом округе.

G. Вы имеете право принимать решения о своем лечении

G1. Вы имеете право знать о вариантах лечения и участвовать в принятии решений о своем лечении

У вас есть право получать от обслуживающих вас врачей и других поставщиков услуг полную информацию. Ваши поставщики обязаны изложить вам информацию о вашем состоянии и вариантах лечения понятным вам способом. У вас имеются следующие права:

- **Право на выбор.** У вас есть право знать обо всех возможных вариантах лечения.
- **Право знать о рисках.** У вас есть право знать о любых возникающих рисках. Вам должны заранее сообщить, если предлагаемое вам медицинское обслуживание или лечение является экспериментальным. У вас есть право отказаться от любых видов экспериментального лечения.
- **Право получить независимое заключение другого врача.** Вы имеете право проконсультироваться с другим врачом, прежде чем согласиться на предложенное вам лечение.
- **Право отказаться от лечения.** У вас есть право отказаться от любого лечения. Сюда входит право покинуть больницу или другое медицинское учреждение,

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



даже если врач рекомендует не делать этого. Также вы имеете право прекратить прием назначенного вам препарата. Если вы откажетесь от лечения или прекратите прием лекарств, вы не будете отчислены из плана, однако вся ответственность за последствия этого решения будет лежать на вас.

- **Право на объяснение причин отказа в обслуживании.** У вас есть право получить от нас объяснение в том случае, если поставщик отказался предоставлять вам услуги, которые, по вашему мнению, вам полагаются.
- **Право попросить нас покрыть стоимость услуг или препаратов, в которых вам было отказано или которые обычно не покрываются.** Это значит, что вы просите принять «решение о страховом покрытии». В главе 9, разделы D, E и F, содержится информация о том, как обратиться с запросом о вынесении решения о покрытии в рамках нашего плана.

G2. Вы имеете право дать указания о том, что делать, если вы не сможете принимать решения о своем медицинском обслуживании самостоятельно

Иногда люди не в состоянии самостоятельно принимать решения об оказании им медицинской помощи. Прежде чем это произойдет, вы можете:

- заполнить письменную форму, **дающую другому лицу право принимать за вас решения об оказании вам медицинской помощи;**
- **дать врачам письменные указания** о том, как им осуществлять ваше медицинское обслуживание в случае, если вы будете не в состоянии принимать решения самостоятельно.

Законный документ, предназначенный для составления указаний на случай такой ситуации, называется «предварительное распоряжение». Существуют разные типы предварительных распоряжений, которые называются по-разному. Например, это могут быть прижизненное завещание и доверенность на медицинское обслуживание.

Вы не обязаны составлять предварительное распоряжение, однако можете сделать это по желанию. Для этого:

- **Получите бланк.** Бланк предварительных распоряжений можно получить у вашего основного лечащего врача, адвоката, в бюро юридических услуг или у социального работника. Формы предварительных распоряжений также могут быть предоставлены организациями, распространяющими информацию о программах Medicare и Medi-Cal, например такими, как программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования Health

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). За бланками можно также обратиться в отдел обслуживания участников.

- **Заполните и подпишите бланк.** Этот документ имеет юридическую силу. Для его подготовки рекомендуется обратиться к юристу.
- **Передайте копии подписанного документа людям, которые должны знать о нем.** Одну копию документа отдайте своему врачу, а еще одну – лицу, которому вы поручаете принимать решения от вашего имени в случае, если не сможете делать этого сами. Кроме того, вы можете раздать копии близким друзьям и членам семьи. Обязательно храните один экземпляр дома.
- Если вам заранее известно о предстоящей госпитализации и вы подписали предварительное распоряжение, **возьмите один экземпляр с собой в больницу.**
 - При поступлении в больницу вас спросят о наличии подписанного предварительного распоряжения и попросят предъявить экземпляр.
 - Если вы не подписывали предварительного распоряжения, вам предложат в больнице бланк для него и спросят, хотите ли вы составить и подписать распоряжение.

Помните, что только вы принимаете решение о том, составлять предварительное распоряжение или нет.

G3. Что делать, если ваши распоряжения не выполняются

Если вы подписали предварительное распоряжение, но изложенные в нем инструкции, по вашему мнению, не выполняются врачом или больницей, вы можете подать жалобу в рамках программы Livanta BFCC-QIO в организацию по повышению качества обслуживания (QIO) в штате Калифорния по номеру 1-877-588-1123 (TTY: 711 или 1-855-887-6668).

H. Вы имеете право подавать жалобы и обращаться с просьбами о пересмотре вынесенных нами решений

Подробнее о том, что делать, если у вас возникли проблемы или сомнения касательно покрываемых услуг или медицинского обслуживания, см. в главе 9, разделы D - F. Например, вы можете обратиться к нам с просьбой о вынесении решения о покрытии, подать апелляцию для пересмотра вынесенного нами решения или подать жалобу.

У вас есть право получать информацию об апелляциях и жалобах, поданных другими участниками против нашего плана. Для получения этой информации позвоните в отдел обслуживания участников.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Н1. Что следует сделать, если вы считаете, что с вами поступили несправедливо, или если вы хотите получить дополнительную информацию о ваших правах

Если вы считаете, что с вами поступили несправедливо, и речь **не** идет о дискриминации по причинам, указанным в главе 11, а также если вы хотите получить дополнительную информацию о ваших правах:

- Позвоните в отдел обслуживания участников.
- Позвоните в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Для получения дополнительной информации об этой организации и способах связи с ней см. главу 2, раздел E.
- Позвоните в программу омбудсмана Cal MediConnect Ombuds Program. Для получения дополнительной информации об этой организации и способах связи с ней см. главу 2, раздел I.
- Звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. (Ознакомьтесь с руководством «Medicare Rights & Protections» («Medicare: ваши права и их защита») и загрузить его вы можете на веб-сайте Medicare по адресу www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Ваши обязанности как участника плана

Как участник нашего плана вы обязаны выполнять перечисленные ниже требования. С любыми вопросами обращайтесь в отдел обслуживания участников.

- Чтобы узнать о покрываемых услугах и препаратах, а также о том, каким правилам необходимо следовать, чтобы их получать, **прочитайте *Справочник участника***. Более подробную информацию
 - о покрываемых услугах см. в главах 3 и 4. В этих главах описано, что покрывается планом, а что нет; какие правила вы обязаны соблюдать и за что вы должны платить.
 - о покрываемых препаратах см. в главах 5 и 6.
- **Сообщите нам обо всех других имеющихся у вас медицинских страховках и планах покрытия рецептурных препаратов.** Мы обязаны проследить, чтобы

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



при получении услуг вы полностью использовали все свои страховки. Если они у вас есть, сообщите о них по телефону в отдел обслуживания участников.

- **Сообщите своему врачу и поставщикам медицинских услуг**, что вы зарегистрированы в нашем плане. При получении медицинских услуг и препаратов показывайте свою идентификационную карту участника плана.
- **Помогите врачам** и другим поставщикам медицинских услуг обеспечить вам лучшее возможное лечение.
 - Сообщайте необходимую им информацию о себе и своем состоянии здоровья. Узнайте как можно больше о своих проблемах со здоровьем. Следуйте плану лечения и указаниям, согласованным с вашим поставщиком услуг.
 - Убедитесь, что ваш лечащий врач и другие поставщики услуг знают обо всех принимаемых вами препаратах. Это касается препаратов, которые отпускаются из аптек по рецепту врача и без рецепта, а также витаминов и добавок.
 - Если у вас возникают вопросы, смело задавайте их. Ваш врач и другие поставщики медицинских услуг должны доступно отвечать на все интересующие вас вопросы. Если вы задаете вопрос, но не понимаете ответа, спросите еще раз.
- **Будьте тактичны.** Мы ожидаем от всех участников уважения прав других пациентов. Мы также рассчитываем на ваше корректное поведение в кабинете вашего врача, в больницах и других медицинских учреждениях.
- **Оплачивайте свою долю расходов.** Как участник плана вы обязаны оплачивать указанные ниже расходы.
 - Страховые взносы за участие в части А и части В программы Medicare. Для большинства участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan взносы за часть А и часть В оплачивает Medi-Cal.
 - При получении определенных услуг долгосрочного ухода и поддержки или препаратов, покрываемых планом, вы должны оплачивать свою часть стоимости при получении услуги или препарата. Предусмотрена доплата (фиксированная сумма) **или** совместное страхование (процент от общей стоимости). Подробнее о том, сколько вам нужно доплачивать за услуги долгосрочного ухода и поддержки, см. в главе 4 . Подробнее о том, сколько вам нужно доплачивать за препараты, см. в главе 6, раздел D.
 - **При получении вами услуг или препаратов, не покрываемых нашим планом, вы должны оплатить их полную стоимость самостоятельно.**

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Если вы не согласны с нашим решением не покрывать услугу или препарат, вы можете подать апелляцию. Чтобы узнать, как подать апелляцию, см. главу 9, разделы D - J.

- **Сообщите нам, если вы переедете.** Если вы собираетесь переехать, незамедлительно сообщите нам об этом. Позвоните в отдел обслуживания участников.
 - **Если вы переезжаете за пределы территории обслуживания нашего плана, вы не сможете оставаться участником плана.** Зарегистрироваться в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan могут только лица, проживающие в пределах нашей территории обслуживания. Подробнее о территории обслуживания см. в разделе D главы 1.
 - Мы можем помочь вам выяснить, останетесь ли вы на территории обслуживания после переезда. Прибыв на новое место жительства, в течение специального периода регистрации вы сможете перейти в программу Original Medicare, зарегистрироваться в плане медицинского страхования Medicare или в плане покрытия рецептурных препаратов по программе Medicare. Мы можем проконсультировать вас о предоставляемых нами планах в районе вашего нового места жительства.
 - Также при переезде не забудьте сообщить ваш новый адрес сотрудникам Medicare и Medi-Cal. Номера телефонов, по которым можно связаться с сотрудниками Medicare и Medi-Cal, см. в разделах G и H главы 2.
 - **Даже если вы переезжаете куда-либо в пределах территории обслуживания плана, вы все равно должны сообщить нам об этом.** Мы должны будем обновить вашу регистрационную запись участника и знать, как с вами связаться.
- Если вам нужна помощь или у вас возникли какие-либо сомнения, обращайтесь в отдел обслуживания участников.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Глава 9. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Введение

В этой главе содержится информация о ваших правах. Прочитайте эту главу, чтобы узнать, что делать в случаях, если:

- у вас возникли проблемы или жалобы, связанные с нашим планом;
- вам необходима услуга, принадлежность или препарат, а сотрудники плана сообщили вам, что план не будет их оплачивать;
- вы не согласны с решением о вашем обслуживании, принятым в рамках данного плана;
- вы считаете, что покрываемые услуги прекращаются слишком быстро;
- у вас возникли проблемы или жалобы, связанные с услугами долгосрочного ухода и поддержки, которые включают многоцелевую программу обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP), услуги для взрослых, предоставляемые по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS) и услуги учреждений долгосрочного ухода (Nursing Facilities, NF).

Если у вас имеется проблема или вопрос, вам необходимо прочитать только ту часть этой главы, которая относится к вашей ситуации. Эта глава разделена на несколько разделов для удобства поиска.

Если у вас возникла проблема, касающаяся медицинского обслуживания или услуг долгосрочного ухода и поддержки

Вы должны получать медицинское обслуживание, препараты, а также услуги долгосрочного ухода и поддержки, которые ваш врач и другие поставщики услуг сочли необходимыми для вас в рамках вашего плана. **Если у вас возникли проблемы с медицинским обслуживанием, вы можете обратиться за помощью в программу омбудсмана Cal MediConnect Ombuds Program по телефону 1-855-501-3077.** В этой главе описаны различные варианты решения разных вопросов, связанных с проблемами и жалобами, однако вы всегда можете позвонить сотрудникам программы омбудсмана Cal MediConnect Ombuds Program и попросить их помочь вам в решении возникшей проблемы. За дополнительной помощью по поводу беспокоящих вас вопросов и контактной информацией организаций, могущих ее оказать, обращайтесь к главе 2, в которой более подробно рассказывается о программах омбудсмана.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Содержание

A. Что делать, если возникла проблема.....	204
A1. Используемые юридические термины	204
B. Куда обращаться за помощью	204
B1. Где получить дополнительную информацию и помощь	204
C. Проблемы со льготами.....	206
C1. Использование процедуры для принятия решений о покрытии и подачи апелляций или жалобы	206
D. Решения о страховом покрытии и апелляции.....	207
D1. Обзор вопросов, связанных с вынесением решений о страховом покрытии и с апелляциями.....	207
D2. Помощь в вопросах, связанных с решениями о страховом покрытии и апелляциями.....	207
D3. Использование определенного раздела данной главы, который будет вам полезен.....	209
E. Проблемы с получением услуг, принадлежностей и препаратов (кроме препаратов, указанных в части D)	211
E1. Когда нужно использовать этот раздел	211
E2. Запрос решений о страховом покрытии.....	212
E3. Апелляция уровня 1 в отношении услуг, принадлежностей и препаратов (кроме препаратов, покрываемых по части D).....	215
E4. Апелляция уровня 2 в отношении услуг, принадлежностей и препаратов (кроме препаратов, указанных в части D)	220
E5. Вопросы оплаты	228
F. Препараты части D.....	230
F1. Что делать, если возникли проблемы с получением препарата по части D или вы хотите получить возмещение его стоимости.....	230
F2. Что такое исключение из правила	232

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



F3. Важная информация о запросе исключений.....	234
F4. Как запросить вынесение решения о страховом покрытии препарата по части D или о возмещении затрат на него, в том числе решения об исключении	235
F5. Апелляции уровня 1 в отношении препаратов, покрываемых по части D	239
F6. Апелляции уровня 2 в отношении препаратов, покрываемых по части D	242
G. Запрос о покрытии продленного пребывания в больнице	244
G1. Информация о ваших правах по программе Medicare.....	244
G2. Апелляция уровня 1 для изменения даты выписки из больницы	245
G3. Апелляция уровня 2 для изменения даты выписки из больницы	248
G4. Что произойдет, если вы пропустите срок подачи апелляции	249
H. Что делать, если вы считаете, что предоставление вам медицинских услуг на дому, услуг квалифицированного сестринского ухода или многопрофильного амбулаторного реабилитационного учреждения заканчивается слишком рано.....	252
H1. Мы заранее сообщим вам о дате прекращения покрытия	253
H2. Апелляция уровня 1 на продление медицинского ухода	253
H3. Апелляция уровня 2 на продление медицинского ухода	256
H4. Что произойдет, если вы пропустите срок подачи апелляции уровня 1	258
I. Продолжение апелляционной процедуры после уровня 2.....	260
I1. Дальнейшие действия в отношении услуг и принадлежностей, покрываемых по программе Medicare.....	260
I2. Дальнейшие действия в отношении услуг и принадлежностей, покрываемых по программе Medi-Cal	261
J. Как подать жалобу	262
J1. Какие проблемы подлежат обжалованию	262
J2. Внутренние жалобы	264
J3. Внешние жалобы	265

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



А. Что делать, если возникла проблема

В этой главе описываются процедуры (порядок действий), которым нужно следовать, если возникнут проблемы с нашим планом, услугами или оплатой. Эти процедуры утверждены программами Medicare и Medi-Cal. Для каждой процедуры установлены правила, сроки и последовательность действий, которые необходимо соблюдать и нам, и вам.

А1. Используемые юридические термины

В этой главе для разъяснения некоторых правил и сроков используются сложные юридические термины. Многие из них трудно понять неспециалисту, поэтому мы заменили некоторые термины более простыми словами. Использование сокращений сведено к минимуму.

Например, мы используем словосочетания:

- «подача жалобы», а не «подача претензии»;
- «решение о страховом покрытии» (услуг или препаратов), а не «решение организации относительно покрытия», «оценка степени риска» или «выдача заключения по страховому покрытию»;
- «ускоренное вынесение решения о страховом покрытии», а не «срочная выдача заключения».

Тем не менее, знание и понимание юридических терминов облегчают общение со специалистами, поэтому их определения тоже приведены в данной главе.

В. Куда обращаться за помощью

В1. Где получить дополнительную информацию и помощь

Иногда трудно понять, с чего и как начать решение проблемы. Это особенно сложно, если у вас плохое самочувствие и мало сил. Кроме того, часто люди просто не знают, что нужно делать дальше.

Вы можете обратиться за помощью в программу омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program

Если вам нужна помощь, вы всегда можете позвонить в программу омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program. Сотрудники этой программы ответят на ваши вопросы и помогут вам понять, что делать для разрешения вашей проблемы. Программа омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program не связана с нами, со страховыми компаниями и планами медицинского страхования. Ее сотрудники помогут вам понять,

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



какую процедуру следует применить для решения проблемы. Номер телефона программы Cal MediConnect Ombuds Program: 1-855-501-3077. Услуги предоставляются бесплатно. Подробнее о программах омбудсмена см. в главе 2.

Вы можете получить помощь от программы консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования

Вы также можете позвонить в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Консультанты HICAP могут ответить на ваши вопросы и помогут вам понять, что делать для разрешения вашей проблемы. Программа HICAP не связана с нами, со страховыми компаниями и другими планами медицинского страхования. Программа HICAP располагает подготовленными консультантами во всех округах, а ее услуги бесплатны. Телефон программы HICAP: 1-800-434-0222.

Как обратиться в программу Medicare

Вы можете звонить непосредственно в Medicare и обращаться за помощью в решении проблем. Это можно сделать двумя способами.

- Звоните по номеру 1-800-24MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно, без выходных. ТТУ: 1-877-486-2048. Звонок бесплатный.
- Посетите веб-сайт Medicare www.medicare.gov.

Вы можете получить помощь от California Department of Managed Health Care

В этом абзаце термин «претензия» имеет значение «апелляция или жалоба относительно услуг, предоставляемых Medi-Cal, вашим планом медицинского страхования или одним из ваших поставщиков услуг».

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care) осуществляет контроль за планами медицинского страхования. Если у вас имеются претензии к вашему плану медицинского обслуживания, то сначала вы должны позвонить его сотрудникам по телефону 1-855-905-3825 (линия ТТУ: 711) и пройти процедуру предъявления претензий к своему плану, и только после этого можете обращаться в вышеупомянутый департамент. Подача претензии плану не лишает вас возможных законных прав и средств судебной защиты, которые могут быть вам доступны. Если вам нужна помощь в предъявлении претензий касательно неотложной помощи, претензий, которые не были надлежащим образом удовлетворены вашим планом, или претензий, которые не были рассмотрены в течение более 30 дней, то вы можете позвонить и в департамент. Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR). Если вы имеете право на проведение независимой медицинской

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



экспертизы, то данный процесс обеспечит беспристрастную оценку медицинских решений, принятых планом медицинского страхования в отношении медицинской необходимости предложенной услуги или лечения, решений об оплате планом видов лечения, являющихся по сути экспериментальными или исследовательскими, и споров об оплате неотложной медицинской помощи или срочных медицинских услуг.

Связаться с сотрудниками Департамента можно по бесплатному телефону (1-888-466-2219) и по линии ТТУ для лиц, страдающих нарушениями слуха или речи (1-877-688-9891). На веб-сайте Департамента по адресу www.dmhca.gov можно найти бланки для подачи жалоб, бланки для подачи запросов на проведение независимой медицинской экспертизы и соответствующие инструкции.

С. Проблемы со льготами

С1. Использование процедуры для принятия решений о покрытии и подачи апелляций или жалобы

Если у вас имеется проблема или вопрос, вам необходимо прочесть только ту часть этой главы, которая относится к вашей ситуации. С помощью следующей таблицы вы сможете определить, какой раздел этой главы необходим вам для решения проблем или подачи жалоб.

<p>Ваша проблема или вопрос относятся к льготам или покрытию?</p> <p>(Здесь входят проблемы, связанные с предоставлением покрытия определенной медицинской услуги или рецептурного препарата, а также услуг долгосрочного ухода и поддержки, со способом предоставления этого покрытия, а также проблемы, связанные с оплатой медицинских услуг или рецептурных препаратов).</p>	
<p>Да.</p> <p>Моя проблема касается льгот или страхового покрытия.</p> <p>Перейдите к разделу D: «Решения о страховом покрытии и апелляции» на стр. 207.</p>	<p>Нет.</p> <p>Моя проблема не касается льгот или страхового покрытия.</p> <p>Перейдите к разделу J: «Как подать жалобу» на стр. 262.</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



D. Решения о страховом покрытии и апелляции

D1. Обзор вопросов, связанных с вынесением решений о страховом покрытии и с апелляциями

Процедуры запроса решения о страховом покрытии и подачи апелляции относятся к проблемам, связанным с льготами и покрытием, включая вопросы оплаты. Вы не должны оплачивать расходы по программе Medicare, за исключением ваших доплат за препараты, покрываемые по части D.

Что такое решение о страховом покрытии?

Решение о страховом покрытии – это первоначальное решение, которое принимается по вашим льготам и покрытию или по сумме, которая будет уплачена нами за оказанные вам медицинские услуги, предоставленные принадлежности или препараты. Решение принимается по каждому отдельному случаю страхового покрытия и по сумме, которую мы будем оплачивать.

Если вы или ваш врач не уверены, оплатит ли Medicare или Medi-Cal данные услуги, принадлежность или препарат, то любой из вас может сделать запрос решения о покрытии, прежде чем эта услуга, принадлежность или препарат будут предоставлены.

Что такое апелляция?

Подача апелляционной жалобы – это официальный способ попросить нас пересмотреть свое решение и изменить его, если, по вашему мнению, мы совершили ошибку. Например, мы могли принять решение об отказе или о прекращении покрытия программой Medicare или Medi-Cal услуги, принадлежности или препарата, которые вы хотели бы получить. Если вы или ваш врач не согласны с таким решением, вы можете подать апелляцию.

D2. Помощь в вопросах, связанных с решениями о страховом покрытии и апелляциями

К кому можно обратиться за помощью, если необходимо запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию?

Для получения помощи вы можете:

- Позвонить в **отдел обслуживания участников** по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Позвонить в программу омбудсмена **Cal MediConnect Ombuds Program** и бесплатно получить помощь. Программа омбудсмена Cal MediConnect Ombuds

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Program помогает участникам Cal MediConnect в решении проблем с обслуживанием и счетами. Номер телефона: 1-855-501-3077.

- Позвонить в **программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования (HICAP)** и бесплатно получить помощь. HICAP является независимой организацией. Она не связана с нашим планом. Телефон: 1-800-434-0222.
- Позвонить в **центр помощи при Департаменте управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC)** и бесплатно получить помощь. DMHC осуществляет контроль за планами медицинского страхования. DMHC помогает участникам Cal MediConnect подать жалобу в связи с услугами Medi-Cal или с оплатой счетов. Номер телефона: 1-888-466-2219. Глухие, слабослышащие и страдающие нарушениями речи могут воспользоваться специальной бесплатной линией ТТУ: 1-877-688-9891.
- Поговорить со **своим врачом или другим поставщиком услуг**. Врач или другой поставщик услуг могут попросить нас принять решение о покрытии или подать апелляцию от вашего имени.
- Поговорить с **друзьями или членами семьи** и попросить кого-либо из них действовать от вашего имени. Вы можете предоставить другому лицу право действовать в ваших интересах в роли вашего представителя, и он может запросить вынесение решения о страховом покрытии или подать апелляцию.
 - Если вы хотите назначить друга, родственника или другого человека своим представителем, позвоните в отдел обслуживания участников и попросите форму для назначения представителя. Вы также можете загрузить форму с веб-сайта www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Эта форма даст другому человеку право действовать от вашего имени. Вы должны предоставить нам экземпляр заполненной и подписанной формы.
- **У вас также есть право нанять адвоката**, который будет действовать от вашего имени. Вы можете обратиться к своему адвокату, найти себе адвоката в местной коллегии адвокатов либо воспользоваться справочной службой. Существуют организации, которые бесплатно предоставят вам юридические услуги, если вы подойдете по критериям. Если вы хотите, чтобы ваши интересы представлял адвокат, вам нужно будет заполнить форму для назначения представителя. Вы можете обратиться за предоставлением вам бесплатной юридической помощи в сеть Health Consumer Alliance по номеру 1-888-804-3536.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Однако **вам не обязательно нанимать адвоката**, чтобы запросить вынесение решения о страховом покрытии или подать апелляцию.

D3. Использование определенного раздела данной главы, который будет вам полезен

Существует четыре вида ситуаций, в которых можно подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляцию. Для каждой ситуации предусмотрены свои правила и сроки. Мы поделили эту главу на несколько разделов, чтобы облегчить вам поиск правил, которых вы должны придерживаться. **Вам достаточно прочитать только тот раздел, который имеет отношение к вашей проблеме.**

- **В разделе E на стр. 212** приведена информация о разрешении проблем с получением услуг, товаров и препаратов (кроме препаратов, перечисленных в части D). Например, этот раздел будет вам полезен, если:
 - Вы не получаете желаемое медицинское обслуживание, хотя уверены, что план его покрывает.
 - Мы не утвердили предоставление вам услуг, принадлежностей или препаратов, назначенных врачом, хотя вы считаете, что план должен покрывать их.
 - **ПРИМЕЧАНИЕ:** В разделе E описаны препараты, которые **не** включены в покрытие по части D. Препараты в *Списке покрываемых препаратов*, также именуемом «Списком препаратов», которые помечены «NPD», не покрываются по части D. Инструкции по подаче апелляций по поводу получения препаратов, указанных в части D, приведены в разделе F на стр. 230.
 - Вы получили медицинский уход или услуги, которые, по вашему мнению, должны покрываться планом, но мы их не оплатили.
 - Вы заплатили за предоставленные медицинские услуги или принадлежности, которые, как вы были уверены, покрываются планом, и теперь хотите, чтобы мы возместили вам их стоимость.
 - Вам сообщили, что покрытие услуг, которые вы получали, будет сокращено или полностью прекращено, а вы не согласны с этим решением.
 - **ПРИМЕЧАНИЕ.** Если приостанавливается покрытие таких услуг, как больничный уход, медицинские услуги на дому, услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода или многопрофильного амбулаторного реабилитационного учреждения (CORF), вам необходимо

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



ознакомиться с отдельным разделом этой главы, потому что к этим типам ухода применяются особые правила. См. разделы G и H на стр. 244 и 252.

- **В разделе F на стр. 230** приведена информация о препаратах, покрываемых в рамках части D. Например, этот раздел будет вам полезен, если:
 - Вы хотите попросить нас в виде исключения покрыть стоимость препарата из части D, который не включен в наш список покрываемых препаратов (список препаратов).
 - Вы хотите попросить нас пересмотреть ограничения на количество препарата, которое вам отпускается.
 - Вы хотите попросить нас покрыть стоимость препарата, требующего предварительного утверждения.
 - Мы не утвердили ваш запрос о предоставлении исключения, а вы, ваш врач или другой выписавший рецепт специалист считаете, что мы должны были это сделать.
 - Вы хотите попросить нас возместить стоимость рецептурного препарата, который вы уже купили (это называется запросом решения о страховом покрытии в отношении оплаты).
- **В разделе G на стр. 244** приводится информация о том, как обратиться к нам с просьбой о предоставлении покрытия продленного пребывания в стационаре, если врач, как вы считаете, выписывает вас слишком быстро. Этот раздел будет вам полезен, если:
 - Вы находитесь в больнице и считаете, что врач назначил вам выписку слишком рано.
- **В разделе H на стр. 252** приведена информация о том, как поступить, если вы считаете, что предоставление вам услуг медицинского ухода на дому, услуг центра квалифицированного сестринского ухода или всестороннего амбулаторного реабилитационного учреждения (CORF) прекращается слишком быстро.

Если вы не знаете точно, какой раздел вам нужен, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711).

За помощью и информацией вы также можете обратиться в программу по защите прав Cal MediConnect Ombuds Program по телефону 1-855-501-3077.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Е. Проблемы с получением услуг, принадлежностей и препаратов (кроме препаратов, указанных в части D)

Е1. Когда нужно использовать этот раздел

Этот раздел посвящен описанию того, как поступить в случае проблем с льготами по получению медицинской или психологической помощи, а также услуг долгосрочного ухода и поддержки (LTSS). Этот раздел также посвящен проблемам с препаратами, которые **не** покрываются по части D, включая препараты Medicare, часть B. Препараты в Списке препаратов, которые помечены «NPD», **не** покрываются по части D.

Инструкции по подаче апелляций по поводу получения препаратов, указанных в части D, приведены в разделе F.

В этом разделе рассказывается, что делать, если вы оказались в одной из следующих ситуаций.

1. План покрывает медицинскую, психологическую помощь или услуги долгосрочного ухода и поддержки (LTSS), которые, по вашему мнению, вам необходимы, но вы их не получаете.

Что можно сделать: Подать нам запрос на вынесение решения о страховом покрытии. Информация о том, как подавать запрос на вынесение решения о страховом покрытии, доступна в разделе E2 на стр. 212.

2. Мы не утвердили медицинские услуги, назначенные вам врачом, а вы не согласны с этим решением.

Что можно сделать: Подать апелляцию и оспорить наше решение об отказе в покрытии услуг. Информация о том, как подать апелляцию, доступна в разделе E3 на стр. 215.

3. Вы получили услуги или принадлежности, которые, по вашему мнению, покрываются планом, но план отказывается их оплачивать.

Что можно сделать: Подать апелляцию и оспорить наше решение об отказе в оплате. Информация о том, как подать апелляцию, доступна в разделе E3 на стр. 215.

4. Вы заплатили за предоставленные медицинские услуги или принадлежности, которые, как вы были уверены, покрываются планом, и теперь хотите, чтобы мы возместили вам их стоимость.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Что можно сделать: Вы можете обратиться к нам с запросом о возмещении стоимости. Информация о том, как подавать запрос на оплату, доступна в разделе E5 на стр. 228.

5. Мы сократили или прекратили покрытие определенной услуги, а вы не согласны с этим решением.

Что можно сделать: Подать апелляцию и оспорить наше решение о сокращении или прекращении оплаты услуги. Информация о том, как подать апелляцию, доступна в разделе E3 на стр. 215.

ПРИМЕЧАНИЕ: К случаям, когда приостанавливается покрытие больничного ухода, медицинских услуг на дому, услуг учреждения квалифицированного сестринского ухода или многопрофильного амбулаторного реабилитационного учреждения (CORF), применяются особые правила. Ознакомьтесь с Разделами G или H на стр. 244 и 252, чтобы узнать больше.

E2. Запрос решений о страховом покрытии

Как попросить вынести решение о предоставлении покрытия медицинской или психологической помощи, а также определенных видов услуг долгосрочного ухода и поддержки (услуг MSSP, CBAS или NF)

Чтобы попросить вынести решение о предоставлении покрытия, позвоните нам по телефону, напишите по почте или по факсу или попросите своего представителя или врача обратиться к нам с таким запросом.

- Обращайтесь по номеру 1-855-905-3825, ТТУ: 711.
- Обращайтесь по факсу 1-323-889-6577
- Вы можете написать нам по следующему адресу: Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care
601 Potrero Grande Drive, Monterey Park, CA 91755

Сколько времени занимает вынесение решения о покрытии?

После того как вы подали запрос на вынесение решения о покрытии, а мы получили всю необходимую нам информацию, мы обычно выносим решение в течение пяти рабочих дней, кроме тех случаев, когда ваш запрос касается рецептурного препарата Medicare, часть В. Если ваш запрос касается рецептурного препарата Medicare, часть В, мы предоставим вам решение не позднее чем через 72 часа после получения вашего запроса. Если вы не получили решение в течение 14 календарных дней (или 72 часов для рецептурного препарата Medicare, часть В), то вы можете подать апелляцию.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Иногда нам необходимо больше времени для рассмотрения запроса; в таком случае мы вышлем вам уведомление о том, что срок рассмотрения вашего запроса продлен на срок до 14 календарных дней. В письме будет объяснена причина задержки. Мы не можем взять дополнительное время на вынесение решения, если ваш запрос касается рецептурного препарата Medicare, часть В.

Можно ли ускорить вынесение решения о страховом покрытии?

Да. Если по состоянию здоровья вам нужен быстрый ответ, вы можете попросить нас об «ускоренном вынесении решения о страховом покрытии». В случае положительного ответа мы уведомим вас о нем в течение 72 часов (или в течение 24 часов, если запрос касается рецептурного препарата Medicare, часть В).

Однако иногда нам необходимо больше времени для рассмотрения запроса; в таком случае мы вышлем вам уведомление о том, что срок рассмотрения вашего запроса продлен на срок до 14 календарных дней. В письме будет объяснена причина задержки. Мы не можем взять дополнительное время на вынесение решения, если ваш запрос касается рецептурного препарата Medicare, часть В.

В юридической практике «ускоренное вынесение решения о страховом покрытии» называется «срочной выдачей заключения по страховому покрытию».

Запрос ускоренного вынесения решения о страховом покрытии:

- Сначала вам следует позвонить нам или отправить факс с просьбой покрыть необходимую вам услугу.
- Позвоните нам по телефону 1-855-905-3825 или отправьте факс по номеру 1-323-889-5049.
- Дополнительные сведения о том, как связаться с нами, содержатся в главе 2.

Вы также можете обратиться к вашему поставщику услуг или к вашему представителю с просьбой подать запрос об ускоренном вынесении решения о покрытии.

Правила подачи запроса об ускоренном вынесении решения о страховом покрытии:

Для ускоренного вынесения решения о страховом покрытии вам необходимо соответствовать двум требованиям.

1. Вы можете подать запрос об ускоренном вынесении решения о страховом покрытии **только в отношении услуги или принадлежности, которые вы еще не**

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



получили (вы не можете требовать ускоренного вынесения решения о страховом покрытии, если ваш запрос касается оплаты услуги или принадлежности, которые вы уже получили).

2. Ваша просьба об ускоренном вынесении решения о страховом покрытии будет удовлетворена **только при условии, что в течение стандартного срока рассмотрения (14 календарных дней или 72 часов для рецептурных препаратов Medicare, часть B) вашему здоровью или функциям организма может быть нанесен серьезный вред.**
 - Если ваш врач считает, что вам необходимо ускоренное вынесение решения о страховом покрытии, мы однозначно предоставим его.
 - Если вы обращаетесь с просьбой об ускоренном вынесении решения о страховом покрытии самостоятельно, без поддержки врача, то сначала мы определим, действительно ли вам необходимо ускоренное вынесение решения о страховом покрытии.
 - Если мы придем к заключению, что вам по состоянию здоровья не требуется ускоренное вынесение решения, то сообщим вам об этом в письме. В этом случае для рассмотрения вашего запроса будет назначен стандартный срок: 14 календарных дней (или 72 часа для рецептурных препаратов Medicare, часть B).
 - В этом письме мы сообщим, что, если врач запросит ускоренное вынесение решения о страховом покрытии, мы автоматически вынесем решение о страховом покрытии по ускоренной процедуре.
 - В этом письме также будет рассказано, как подать жалобу, требующую срочного рассмотрения, на наше решение отказать в ускоренном вынесении решения о страховом покрытии, которое вы запросили. Дополнительная информация о процедуре подачи жалоб, в том числе об ускоренном рассмотрении жалоб, приведена в разделе J этой главы на стр. 262.

Как узнать о вынесении отрицательного решения о покрытии?

Если наш ответ был **отрицательным**, мы пришлем вам письмо с объяснением причин **отказа**.

- В случае **отрицательного** ответа у вас есть право потребовать пересмотра и изменения вынесенного решения, подав апелляцию. Подать апелляцию – значит попросить нас пересмотреть наше решение об отказе в страховом покрытии.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- При подаче апелляции вы должны перейти к процедуре апелляции уровня 1 (см. следующий раздел).

Е3. Апелляция уровня 1 в отношении услуг, принадлежностей и препаратов (кроме препаратов, покрываемых по части D)

Что такое апелляция?

Подача апелляционной жалобы – это официальный способ попросить нас пересмотреть свое решение и изменить его, если, по вашему мнению, мы совершили ошибку. Если вы или ваш врач не согласны с таким решением, вы можете подать апелляцию.

В большинстве случаев начинать эту процедуру следует с уровня 1. Если вы не желаете подавать апелляцию по поводу услуги, покрываемой Medi-Cal, руководству плана, если ваша проблема требует немедленного вмешательства и представляет серьезную и непосредственную угрозу для вашего здоровья, либо если вы испытываете сильную боль и нуждаетесь в срочном вынесении решения, вы можете подать просьбу о проведении независимой медицинской экспертизы в Department of Managed Health Care на сайте www.dmhc.ca.gov. Подробнее об этом см. на стр. 222. Если вам нужна помощь в подаче апелляции, вы можете обратиться в программу омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program по телефону 1-855-501-3077. Программа омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program не связана с нами, со страховыми компаниями и планами медицинского страхования.

Что такое апелляция уровня 1?

Апелляция уровня 1 – это первая апелляция на решение в рамках нашего плана. В ответ на нее мы повторно рассматриваем свое решение о страховом покрытии, чтобы проверить его правильность. Повторное рассмотрение выполняет сотрудник, который не участвовал в

Краткие сведения: Как подать апелляцию уровня 1

Вы, ваш врач или ваш представитель должны составить запрос в письменном виде и отправить его нам по почте или факсу. Апелляцию можно также подать, позвонив нам по телефону.

- Апелляцию необходимо подать в течение **60 календарных дней** с даты оспариваемого решения. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, то можете подать апелляцию позже (см. стр. 213).
- Если вы подаете апелляцию, потому что вас уведомили об изменении или прекращении покрытия получаемой вами услуги, **вы должны подать апелляцию в более короткие сроки**, если хотите продолжать получать услугу в период рассмотрения апелляции (см. стр. 205).
- Дополнительная информация о сроках подачи апелляции приведена далее в этом разделе.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



принятии первоначального решения. После пересмотра мы отправим вам письмо с его результатами.

Если после пересмотра вам снова было отказано в покрытии услуги или принадлежности, ваша апелляция может быть передана на уровень 2.

Как подать апелляцию уровня 1?

- Чтобы подать апелляцию, вы, ваш врач, другой поставщик или ваш представитель должны обратиться к нам. Вы можете позвонить нам по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711). Дополнительная информация о том, как с нами связаться для подачи апелляции, приведена в главе 2.
- Вы можете подать запрос на рассмотрение апелляции в стандартные сроки или на срочное рассмотрение апелляции.
- Подать запрос на рассмотрение апелляции в стандартные сроки или на срочное рассмотрение апелляции можно в письменной форме или устно, позвонив нам по телефону.
 - Письменные апелляции следует отправлять по адресу:
Blue Shield of California Promise Health Plan
Member Appeals and Grievances
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755
 - Вы можете подать запрос в режиме онлайн на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect
 - Также подать апелляцию можно по телефону 1-855-905-3825 (линия TTY: 711).
- В течение 5 календарных дней после получения апелляции мы вышлем вам письмо с уведомлением о том, что мы получили апелляцию.

В юридической практике «апелляция, требующая срочного рассмотрения» называется «срочной выдачей повторного заключения».

Может ли другой человек подать апелляцию от моего имени?

Да. Подать апелляцию от вашего имени может ваш врач или другой поставщик услуг. Помимо врача и других поставщиков услуг подать апелляцию от вашего имени может также другой человек, но для этого вам сначала необходимо заполнить форму для

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



назначения представителя. Эта форма дает другому человеку право действовать от вашего имени.

Форму для назначения представителя можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников или по ссылке www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

Если апелляция поступает к нам не от вас, вашего врача или другого поставщика, а от другого лица, то к ней должна прилагаться заполненная форма для назначения представителя, иначе такая апелляция не будет рассмотрена.

Каковы сроки подачи апелляции?

Апелляцию следует подать **в течение 60 календарных дней** с даты на уведомлении о решении.

Если вы не успеваете сделать это по уважительной причине, мы можем предоставить вам дополнительное время. Уважительной причиной являются, например, серьезная болезнь или случаи, когда вы были неправильно информированы о сроках подачи апелляции по нашей вине. Вы должны объяснить, почему вы задержали подачу вашей апелляции, в момент ее подачи.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы подаете апелляцию, потому что вас уведомили об изменении или прекращении покрытия получаемой вами услуги, **вы должны подать апелляцию скорее**, если хотите продолжать получать услугу во время рассмотрения апелляции. Дополнительная информация представлена в разделе «Буду ли я продолжать получать льготы в период рассмотрения апелляции первого уровня?» на странице 219.

Могу ли я получить копию материалов по своему делу?

Да. Получите бесплатный экземпляр, позвонив в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711).

Может ли мой врач предоставить вам дополнительную информацию по моей апелляции?

Да. Вы и ваш врач можете предоставить дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

Как мы выносим решение по апелляции?

Мы внимательно изучаем всю информацию по вашему запросу о страховом покрытии медицинского ухода. Затем мы проверяем, соблюдали ли мы все правила, когда **отклонили** ваш запрос. Повторное рассмотрение выполняет сотрудник, который не участвовал в принятии первоначального решения.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Если нам понадобится дополнительная информация, мы можем обратиться за ней к вам или вашему врачу.

Когда я узнаю о решении по стандартной апелляции?

Мы обязаны дать вам ответ в течение 30 календарных дней после получения апелляции (или в течение 7 календарных дней после получения вашей апелляции касательно рецептурного препарата Medicare, часть B). Мы вынесем решение быстрее, если это необходимо в связи с состоянием вашего здоровья.

- Если мы не дадим вам ответ в течение 30 календарных дней (или в течение 7 календарных дней после получения вашей апелляции касательно рецептурного препарата Medicare, часть B), мы автоматически передадим ваше дело на уровень 2 рассмотрения апелляций при условии, что ваша проблема касается услуги или товара, покрываемых по программе Medicare. Если это произойдет, вы получите уведомление.
- Если ваша проблема касается услуги или принадлежности, покрываемых по программе Medi-Cal, то апелляцию уровня 2 вы должны будете подать самостоятельно. Подробная информация о процедуре рассмотрения апелляции на уровне 2 приведена в разделе E4 этой главы (стр. 220).

Если мы даем положительный ответ по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, мы обязаны выдать разрешение или предоставить покрытие в течение 30 календарных дней получения вашей апелляции (или в течение 7 календарных дней после получения вашей апелляции касательно рецептурного препарата Medicare, часть B).

Если мы даем отрицательный ответ по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, то мы сообщим об этом в письме. Если ваш запрос касается услуги или товара, покрываемых Medicare, то в письме будет указано, что ваше дело передано независимой экспертной организации (Independent Review Entity, IRE) для рассмотрения апелляции на уровне 2. Если ваша проблема касается услуги или принадлежности, покрываемых Medi-Cal, то в письме будет сказано, как можно подать апелляцию уровня 2 самостоятельно. Подробная информация о процедуре рассмотрения апелляции на уровне 2 приведена в разделе E4 этой главы (стр. 220).

Когда я узнаю о решении по результатам ускоренного рассмотрения апелляции?

Если вы просите о срочном рассмотрении апелляции, то мы дадим ответ в течение 72 часов с момента получения апелляции. Мы предоставим ответ быстрее, если это необходимо по состоянию вашего здоровья.

- Если мы не дадим вам ответ в течение 72 часов, мы автоматически передадим ваше дело на уровень 2 рассмотрения апелляций, при условии, что ваша

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



проблема касается услуги или товара, покрываемых по программе Medicare. Если это произойдет, вы получите уведомление.

- Если ваша проблема касается услуги или принадлежности, покрываемых по программе Medi-Cal, то апелляцию уровня 2 вы должны будете подать самостоятельно. Подробная информация о процедуре рассмотрения апелляции на уровне 2 приведена в разделе E4 этой главы (стр. 220).

Если мы даем положительный ответ по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, мы обязаны выдать разрешение или предоставить согласованное покрытие в течение 72 часов после получения вашей апелляции.

Если мы даем отрицательный ответ по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, то мы сообщим об этом в письме. Если ваш запрос касается услуги или принадлежности, покрываемых Medicare, то в письме будет сказано, что ваше дело передано на рассмотрение независимой экспертной организации (IRE) в качестве апелляции уровня 2. Если ваша проблема касается услуги или принадлежности, покрываемых Medi-Cal, то в письме будет сказано, как можно подать апелляцию уровня 2 самостоятельно. Подробная информация о процедуре рассмотрения апелляции на уровне 2 приведена в разделе E4 этой главы (стр. 220).

Буду ли я продолжать получать льготы в период рассмотрения апелляции первого уровня?

Если мы решим изменить или прекратить покрытие получаемой вами ранее утвержденной услуги или принадлежности, мы отправим вам уведомление до вступления решения в силу. Если вы не согласны с решением, вы можете подать апелляцию уровня 1 и попросить продолжать предоставлять вам соответствующую услугу или принадлежность. Чтобы продолжать пользоваться льготами, вы должны **подать соответствующий запрос до того, как произойдет более позднее из упомянутых ниже событий:**

- Истечет десятидневный срок с даты отправки вам нашего уведомления о решении; **или**
- до даты предполагаемого вступления решения в силу.

Если вы уложитесь в срок, то во время рассмотрения апелляции вы сможете продолжать получать оспариваемые услуги или принадлежности.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Е4. Апелляция уровня 2 в отношении услуг, принадлежностей и препаратов (кроме препаратов, указанных в части D)

Если план отклонит апелляцию уровня 1, что произойдет далее?

Если мы вынесем **отрицательное** решение по всем или по некоторым пунктам вашей апелляции уровня 1, мы направим вам письмо с уведомлением об этом. В письме будет сказано, покрывается ли обычно запрашиваемая услуга или принадлежность программами Medicare или Medi-Cal.

- Если ваша проблема касается услуг или принадлежностей, обычно покрываемых программой **Medicare**, то мы автоматически передадим ваше дело на уровень 2 апелляционной процедуры сразу после завершения рассмотрения на уровне 1.
- Если ваша проблема касается услуги или принадлежности, покрываемых в рамках **Medi-Cal**, то апелляцию 2 уровня вы можете подать самостоятельно. В письме будут даны указания, как это сделать. Эта информация также приведена ниже.

Что такое апелляция уровня 2?

Апелляция уровня 2 – это вторая апелляция, которая рассматривается независимой организацией, не связанной с нашим планом.

Мой запрос касается услуги или принадлежности, предусмотренной Medi-Cal. Как подать апелляцию уровня 2?

Есть два способа подачи апелляции уровня 2, касающейся получения услуг и товаров, предусмотренных программой Medi-Cal: (1) путем подачи жалобы или запроса на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR) или (2) путем подачи запроса на проведение объективного разбирательства (слушания) дела на уровне штата.

1) Независимая медицинская экспертиза

Можно направить жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR) в центр помощи при Департаменте управляемого медицинского обслуживания (Help Center at the California Department of Managed Health Care, DMHC). Если вы подадите жалобу, DMHC изучит вынесенное нами решение и вынесет заключение. Независимая медицинская экспертиза может быть проведена в отношении любых услуг и принадлежностей, покрываемых программой Medi-Cal, которые являются медицинскими по своей природе. Независимая медицинская экспертиза (IMR) – это рассмотрение дела врачами, не связанными с нашим планом или с DMHC. Если по результатам независимой медицинской экспертизы будет принято решение в вашу пользу, мы обязаны предоставить вам услугу или

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



принадлежность, о которых шла речь в вашей апелляции. За проведение независимой медицинской экспертизы вы ничего не платите.

Вы можете подать жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR), если наш план:

- отказывает, изменяет или откладывает предоставление услуг или лечения по программе Medi-Cal, поскольку не считает их необходимыми по медицинским показаниям;
- не покрывает экспериментальное или исследовательское лечение серьезного медицинского состояния по программе Medi-Cal;
- отказывается оплачивать неотложную или скорую помощь в рамках Medi-Cal, которую вы уже получили;
- не дает ответа на вашу апелляцию уровня 1 на получение услуги Medi-Cal в течение 30 календарных дней для стандартной апелляции или 72 часов для апелляции, требующей срочного рассмотрения.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если апелляция была подана вместо вас вашим поставщиком услуг, но вы не заполнили бланк назначения представителя, вам нужно будет повторно подать апелляцию в наш адрес, прежде чем вы сможете подать запрос на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR) уровня 2 в Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care).

Вы можете подать запрос о проведении независимой медицинской экспертизы наряду с запросом о проведении объективного разбирательства (слушания) на уровне штата, кроме случаев, когда разбирательство на уровне штата уже состоялось.

В большинстве случаев, прежде чем обращаться за независимой медицинской экспертизой, вы должны подать апелляцию нам. Информация о процедуре рассмотрения апелляции первого уровня приведена на стр. 216. Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать жалобу в DMHC или обратиться в DMHC с просьбой провести независимую медицинскую экспертизу (IMR).

Если вам было отказано в покрытии лечения из-за того, что оно является экспериментальным или исследовательским, то вам не нужно сперва подавать апелляцию в наш план, а можно сразу обращаться за проведением независимой медицинской экспертизы.

Если проблема, с которой вы столкнулись, представляет непосредственную и серьезную угрозу вашему здоровью, либо если вы испытываете сильную боль, вы можете сразу обращаться в DMHC, не подавая апелляции в адрес плана.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Обратиться за проведением независимой медицинской экспертизы необходимо в течение 6 месяцев после того, как мы отправили вам решение об апелляции в письменном виде. При наличии уважительной причины DMHC может принять апелляцию на рассмотрение и после истечения шестимесячного срока, например, если у вас было заболевание, которое помешало вам подать запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в течение шести месяцев, или если вы не получили от нас четкого разъяснения процедуры подачи запроса на проведение независимой медицинской экспертизы.

Чтобы подать запрос на проведение независимой медицинской экспертизы:

- Заполните форму запроса (жалобы) на проведение независимой медицинской экспертизы, которую можно загрузить на веб-сайте www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx или попросить прислать вам, позвонив в центр помощи DMHC, позвонив по номеру 1-888-466-2219. Пользователям ТТУ следует обращаться по номеру 1-877-688-9891.
- Приложите к своему запросу копии писем и других документов (если таковые имеются) об услуге или принадлежности, в которых вам было отказано. Это может ускорить процедуру независимой медицинской экспертизы. Отправляйте копии документов, а не оригиналы. Центр помощи не возвращает документы, которые вы присылаете.
- Если вместо вас запрос на проведение независимой медицинской экспертизы будет подавать другой человек, то сначала вы должны заполнить форму о назначении этого лица своим уполномоченным представителем. Форму можно загрузить в Интернете по ссылке www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx или получить в Центре помощи Департамента, позвонив по номеру 1-888-466-2219. Пользователям ТТУ следует обращаться по номеру 1-877-688-9891.
- Заполненные формы и копии дополнительных документов (если таковые имеются) отправьте по почте или по факсу:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
ФАКС: 916-255-5241

Если вы имеете право на проведение независимой медицинской экспертизы, DMHC рассмотрит ваш запрос и в течение 7 календарных дней направит вам уведомление о

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



том, что вы имеете право на проведение независимой медицинской экспертизы. После получения от плана вашего заявления и сопровождающих документов решение по результатам независимой медицинской экспертизы будет принято в течение 30 календарных дней. Вы должны получить это решение в течение 45 календарных дней с даты подачи вами надлежащим образом заполненного заявления.

Если ваша ситуация требует неотложного проведения независимой медицинской экспертизы и вы имеете на нее право, то DMHC рассмотрит ваш запрос и в течение 2 календарных дней направит вам уведомление о том, что вы имеете право на проведение независимой медицинской экспертизы. После получения от плана вашего заявления и сопровождающих документов решение по результатам независимой медицинской экспертизы будет принято в течение 3 календарных дней. Вы должны получить это решение в течение 7 календарных дней с даты подачи вами надлежащим образом заполненного заявления. Если вы не согласны с решением по результатам независимой медицинской экспертизы, вы можете попросить о проведении объективного разбирательства (слушания) своего дела на уровне штата.

IMR может занять больше времени, если DMHC не получит все медицинские документы, которые должны быть предоставлены вами или вашим лечащим врачом. Если вы наблюдаетесь у врача, который не входит в сеть вашего плана медицинского страхования, важно получить и отправить нам медицинские документы от этого врача. Ваш план медицинского страхования должен получить копии ваших медицинских документов от врачей, которые входят в сеть.

Если DMHC решит, что по вашему запросу не может проводиться IMR, то DMHC рассмотрит ваш вопрос в рамках обычной процедуры рассмотрения жалоб потребителей. Вы должны получить ответ на жалобу в течение 30 календарных дней с даты подачи вами надлежащим образом заполненного заявления. Если ваша жалоба требует срочного рассмотрения, вы получите ответ раньше.

2) Объективное разбирательство (слушание) на уровне штата

Вы можете подать запрос на проведение объективного разбирательства (слушания) на уровне штата в отношении услуг и товаров, покрываемых программой Medi-Cal. Если ваш врач или другой поставщик услуг просит предоставить вам услугу или товар, которые не получили нашего одобрения, или если мы отказываемся продолжать оплачивать услугу или товар, которые ранее вам предоставлялись, и мы отклонили вашу апелляцию уровня 1, у вас есть право оспорить наше решение в рамках объективного разбирательства на уровне штата.

В большинстве случаев **запрос объективного разбирательства на уровне штата необходимо подать в течение 120 дней** после получения уведомления «Ваши права на объективное разбирательство» («Your Hearing Rights»), высланного вам по почте.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы запрашиваете объективное разбирательство на уровне штата, потому что вас уведомили об изменении или прекращении покрытия получаемой вами услуги, **вы должны сделать это скорее**, если хотите продолжать получать услугу во время объективного разбирательства. Подробнее об этом см. в разделе «Буду ли я продолжать получать льготы в период рассмотрения апелляции второго уровня?» на стр. 225 .

Попросить о проведении объективного разбирательства (слушания) дела на уровне штата можно двумя способами.

1. Вы можете заполнить форму «Запрос на проведение объективного разбирательства на уровне штата» (Request for State Fair Hearing), напечатанную на обратной стороне уведомления о решении. Вы должны указать всю необходимую информацию, включая свое полное имя, адрес, номер телефона, название плана или округа, принявшего решение не в вашу пользу; задействованные программы помощи, а также подробное описание ваших оснований для проведения разбирательства. Затем вы должны подать этот запрос одним из следующих способов:
 - в окружной отдел социального обеспечения по адресу, указанному в уведомлении;
 - в Департамент социального обеспечения штата Калифорния:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - в State Hearings Division по факсу 833-281-0905
2. Вы можете позвонить в California Department of Social Services по номеру 1-800-952-5253. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-952-8349. Если вы решили подать запрос по телефону, имейте в виду, что телефонные линии часто перегружены.

Мой запрос касается услуги или принадлежности, обычно покрываемой по программе Medicare. Как рассматриваются апелляции уровня 2?

Независимая экспертная организация (Independent Review Entity, IRE) тщательно проверит решение, принятое на уровне 1, и решит, следует ли его изменить.

- Вам не нужно подавать запрос на рассмотрение апелляции уровня 2. Мы автоматически отправляем все апелляции, по которым было принято

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



отрицательное решение (полностью или в какой-либо части), в IRE. Если это произойдет, вы получите уведомление.

- Независимая экспертная организация нанята Medicare и не связана с нашим планом.
- Вы можете попросить копию своего дела, позвонив в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711).

IRE обязана дать вам ответ на вашу апелляцию уровня 2 в течение 30 календарных дней со дня получения вашей апелляции (или в течение 7 календарных дней со дня получения вашей апелляции касательно рецептурного препарата Medicare, часть B). Это правило действует и для случаев, когда вы подаете апелляцию до того, как вы получили медицинские услуги или принадлежности.

- Однако если IRE потребуется собрать дополнительную информацию, которая может положительно отразиться на решении для вас, пересмотр может занять дополнительно до 14 календарных дней. Если IRE потребуются дополнительные дни, вам будет сообщено об этом в письме. IRE не может взять дополнительное время на предоставление вам решения, если ваша апелляция касается рецептурного препарата Medicare, часть B.

Если на уровне 1 апелляция рассматривалась по ускоренной процедуре, на уровне 2 рассмотрение апелляции также будет срочным. IRE обязана дать вам ответ в течение 72 часов с момента получения апелляции.

- Однако если IRE потребуется собрать дополнительную информацию, которая может положительно отразиться на решении для вас, пересмотр может занять дополнительно до 14 календарных дней. Если IRE потребуются дополнительные дни, вам будет сообщено об этом в письме. IRE не может взять дополнительное время на предоставление вам решения, если ваша апелляция касается рецептурного препарата Medicare, часть B.

Буду ли я продолжать получать льготы в период рассмотрения апелляции второго уровня?

Если ваш запрос касается услуги или товара, покрываемых программой Medicare, то на период рассмотрения апелляции 2 уровня Организацией по проведению независимого обзора эти предметы или услуги покрываться не будут.

Если ваш запрос касается услуг или принадлежностей, покрываемых программой Medi-Cal, и вы подали запрос на проведение объективного разбирательства (слушания) дела на уровне штата, то вы сможете продолжать пользоваться этими услугами или принадлежностями, покрываемыми Medi-Cal, пока не будет вынесено

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



решение по результатам объективного разбирательства. Для продолжения получения льгот **запрос необходимо подать до следующей даты (в зависимости от того, какая из них наступит позже):**

- В течение 10 дней с даты отправки вам нашего решения по апелляции уровня 1, которым подтверждалось наше предыдущее решение; **или**
- до даты предполагаемого вступления решения в силу.

Если вы уложите в срок, то вы сможете продолжать получать оспариваемые услуги или принадлежности, пока не будет вынесено решение по результатам объективного разбирательства.

Как я узнаю о принятом решении?

Если вы подавали апелляцию уровня 2 в организацию по проведению независимой медицинской экспертизы, то Department of Managed Health Care отправит вам письмо с описанием решения, принятого врачами, которые рассматривали ваше дело.

- Если по результатам независимой медицинской экспертизы будет принято **положительное** решение по всем или некоторым пунктам вашей апелляции, мы обязаны предоставить вам услугу или лечение, о которых шла речь.
- Если по результатам независимой медицинской экспертизы будет принято **отрицательное** решение по всем или некоторым пунктам вашей апелляции, это значит, что эксперты согласны с решением, принятым по апелляции уровня 1. В этом случае вы можете подать запрос на проведение объективного разбирательства (слушания) дела на уровне штата. Информация о том, как подать заявление на проведение слушания на уровне штата, приведена на стр. 225.

Если апелляцию уровня 2 вы подавали в форме запроса объективного разбирательства на уровне штата, то California Department of Social Services направит вам письмо с разъяснением своего решения.

- Если по результатам объективного разбирательства на уровне штата будет принято **положительное** решение по всем или некоторым пунктам вашей апелляции, мы обязаны исполнить это решение. Мы обязаны выполнить требуемые действия в течение 30 календарных дней с даты получения нами копии решения по вашему делу.
- Если по результатам объективного разбирательства на уровне штата будет принято **отрицательное** решение по всем или некоторым пунктам вашей апелляции, это означает, что лица, проводившие разбирательство, согласны с

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



решением, принятым по апелляции уровня 1. В этом случае мы имеем право прекратить оплачивать услугу или принадлежности, которые были предметом спора.

Если ваша апелляция уровня 2 поступила в независимую экспертную организацию (IRE) программы Medicare, ее сотрудники пришлют вам письмо с разъяснением решения по вашему делу.

- Если IRE даст **положительный** ответ по всем или некоторым пунктам вашей стандартной апелляции, мы обязаны выдать разрешение или предоставить покрытие медицинского ухода в течение 72 часов либо предоставить услугу или принадлежности в течение 14 календарных дней после получения решения IRE. Если ваша апелляция рассматривалась в ускоренные сроки, мы обязаны выдать разрешение или предоставить покрытие медицинского ухода в течение 72 часов после получения решения IRE.
- Если IRE даст **положительный** ответ по всем или некоторым пунктам вашего запроса в рамках вашей стандартной апелляции, мы обязаны выдать разрешение или предоставить рецептурный препарат Medicare, часть B, в течение 72 часов после получения решения IRE. Если ваша апелляция рассматривалась в ускоренные сроки, мы обязаны выдать разрешение или предоставить рецептурный препарат Medicare, часть B, в течение 24 часов после получения решения IRE.
- Если IRE даст **отрицательный** ответ по всем или некоторым пунктам вашей стандартной апелляции, это значит, что она согласна с решением, принятым по апелляции уровня 1. Это называется «поддержкой решения». Другое название – «отклонение апелляции».

Если по всем или некоторым пунктам моей апелляции было вынесено отрицательное решение, могу ли я подать еще одну апелляцию?

Если ваша апелляция уровня 2 рассматривалась в рамках независимой медицинской экспертизы, вы можете подать запрос на проведение объективного разбирательства (слушания) дела на уровне штата. Информация о том, как подать заявление на проведение слушания на уровне штата, приведена на стр. 225.

Если апелляцию уровня 2 вы подавали в виде запроса объективного разбирательства на уровне штата, то в случае отрицательного решения вы можете попросить провести еще одно слушание для пересмотра вашего дела в течение 30 дней после получения решения по нему. Вы также можете попросить пересмотреть отрицательное решение по вашему делу, вынесенное в ходе объективного разбирательства на уровне штата, в порядке судебного надзора. Для этого следует подать петицию в Высший суд (согласно

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



разделу 1094.5 Гражданского процессуального кодекса) в течение одного года после получения решения. Если вы уже прошли процедуру объективного разбирательства на уровне штата, то вы не можете обращаться за проведением независимой медицинской экспертизы (IMR).

Если ваша апелляция уровня 2 поступила на рассмотрение в независимую экспертную организацию при Medicare, вы можете подать апелляцию повторно, только если стоимость желаемой услуги или принадлежности в долларах составляет не менее установленной минимальной суммы. IRE направит вам письмо, в котором будут изложены ваши возможные дополнительные права.

Дополнительная информация о других уровнях апелляции приведена в Разделе I на стр. 260.

Е5. Вопросы оплаты

Мы не разрешаем нашим сетевым поставщикам выставлять счета участникам за покрываемые услуги и товары. Это относится и к тем случаям, когда оплаченная нами сумма меньше суммы, указанной в счете, который был выставлен поставщиком за покрываемую услугу или принадлежность. Это запрещено правилами плана, и вы не обязаны оплачивать остаток. Единственная взимаемая с вас плата – это доплата за фирменные лекарственные препараты и дженерики.

Если вы получили счет на сумму, превышающую размер вашей доплаты за покрываемые услуги и принадлежности, вы не должны его оплачивать. **Вы не должны оплачивать счет самостоятельно.** Мы свяжемся с поставщиком напрямую и решим проблему.

Подробнее см. в главе 7 «Запрос на оплату нашей части счета, полученного за покрываемые услуги или препараты». В ней описаны ситуации, когда у вас может появиться необходимость обратиться к нам с просьбой о возмещении расходов или оплате счетов, полученных от поставщика услуг. В ней также разъясняется, как отправить нам документы с требованием об оплате.

Могу ли я попросить руководство плана возместить мне причитающуюся с плана долю стоимости оплаченных мною товаров или услуг?

Помните, что если вы получили счет на сумму, превышающую размер вашей доплаты за покрываемые услуги и принадлежности, вы не должны его оплачивать. Однако если вы уже оплатили такой счет, вы можете получить возмещение при условии, что вы следовали правилам получения услуг и принадлежностей.

Обращаясь с просьбой о возмещении затрат, вы запрашиваете решение о страховом покрытии. Мы проверим, покрывается ли нашим планом оплаченная вами услуга или

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



принадлежность, а также выясним, соблюдали ли вы все правила использования страхового покрытия.

- Если оплаченные вами услуга или товар покрываются и вы следовали всем правилам, мы перечислим вашему поставщику сумму, равную нашей доле стоимости услуги или товара, в течение 60 календарных дней после получения вашего запроса.
- Если вы еще не оплатили услугу или принадлежность, мы направим платеж непосредственно поставщику. Если мы направляем платеж, это равноценно **положительному** ответу по вашему запросу страхового покрытия.
- Если данная услуга или принадлежность не покрывается или вы не следовали всем правилам, мы направим вам письмо с отказом и объяснением его причины.

Что делать, если план отказывается платить?

Если вы не согласны с нашим решением, **вы можете подать апелляцию**. Соблюдайте положения процедуры подачи апелляций, указанные в Разделе Е3 на стр. 215. При выполнении этих инструкций просим иметь в виду следующее:

- Если вы подаете апелляцию с требованием о возмещении, мы обязаны дать ответ в течение 30 календарных дней с даты ее получения.
- Если вы требуете возмещения стоимости услуги или принадлежности, которую вы уже получили и оплатили самостоятельно, вы не имеете права требовать срочного рассмотрения апелляции.

Если мы вынесем **отрицательное** решение по вашей апелляции, а запрашиваемая услуга или принадлежность обычно покрывается Medicare, мы автоматически передадим ваше дело в независимую экспертную организацию (IRE). Если это произойдет, мы уведомим вас об этом в письме.

- Если IRE отменит наше решение и постановит, что мы должны заплатить, мы обязаны перечислить оплату вам или поставщику в течение 30 календарных дней. Если на любом этапе апелляционного процесса после уровня 2 будет вынесено **положительное** решение по вашей апелляции, мы должны будем направить запрошенный платеж вам или поставщику услуг в течение 60 календарных дней.
- Если IRE **отклоняет** вашу апелляцию, это значит, что она согласна с нашим решением об отказе. (Это называется «поддержкой решения». Другое название — «отклонение апелляции»). Вы получите письмо, в котором будут изложены

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



ваши возможные дополнительные права на апелляцию. Вы можете подать апелляцию повторно, только если стоимость желаемой услуги или принадлежности в долларах составляет не менее установленной минимальной суммы. Дополнительная информация о других уровнях апелляции приведена в Разделе I на стр. 260.

Если мы выносим **отрицательное** решение по вашей апелляции, а запрашиваемая услуга или принадлежность обычно покрывается программой Medi-Cal, вы можете подать апелляцию уровня 2 самостоятельно (см. раздел E4 на стр. 220).

Ф. Препараты части D

F1. Что делать, если возникли проблемы с получением препарата по части D или вы хотите получить возмещение его стоимости

Для вас, как для участника нашего плана, покрываются многие рецептурные препараты. Большинство этих препаратов являются «препаратами, покрываемыми по части D». Существует несколько препаратов, которые не покрываются по части D программы Medicare, но могут покрываться программой Medi-Cal. **Данный раздел относится только к апелляциям, касающимся препаратов, которые покрываются по части D.**

В списке покрываемых препаратов некоторые лекарства помечены «NPD». Эти препараты **не** покрываются по части D. Порядок рассмотрения апелляций и вынесения решений о страховом покрытии препаратов, отмеченных «NPD», описан в разделе E на стр. 209.

Можно ли запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию в отношении рецептурных препаратов, покрываемых по части D?

Да. Ниже приводятся примеры решений о страховом покрытии, которые вы можете запросить в отношении препаратов по части D:

- Вы можете попросить нас сделать исключение, например:
 - предоставить покрытие препарата по части D, который отсутствует в Списке препаратов плана;
 - отменить ограничение на покрытие препарата, введенное планом (например, ограничение количества препарата, которое вы можете получить).
- Вы можете попросить нас вынести решение о страховом покрытии препарата (например, если он входит в Список препаратов, но согласно нашим правилам

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



его покрытие предоставляется только после получения предварительного разрешения).

ПРИМЕЧАНИЕ: Если в вашей аптеке сказали, что препарат, который указан в рецепте, не может быть вам выдан, вы получите письменное уведомление, где будет описано, как связаться с нами для запроса решения о страховом покрытии.

- Вы можете попросить нас возместить стоимость уже приобретенного вами рецептурного препарата. Это называется запросом решения о страховом покрытии в отношении оплаты.

В юридической практике решение о страховом покрытии препаратов, покрываемых по части D, называется «**выдачей заключения по страховому покрытию**».

Если вы будете не согласны с таким решением, вы можете подать апелляцию. В этом разделе описано, как запросить решение о страховом покрытии **и** как подать апелляцию.

С помощью следующей таблицы определите, в каком разделе содержится информация, которая будет полезной в вашей ситуации.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



В какой из следующих ситуаций вы находитесь?

<p>Вам необходим препарат, которого нет в нашем Списке препаратов, или вы хотите, чтобы мы отменили правило или ограничение для покрываемого препарата.</p>	<p>Вы хотите, чтобы мы покрыли препарат, который входит в наш Список препаратов, и уверены, что в вашем случае соблюдены все правила и ограничения плана (например, есть предварительное разрешение) для получения требуемого препарата.</p>	<p>Вы хотите обратиться к нам с просьбой о возмещении стоимости препарата, который вы уже получили и оплатили.</p>	<p>Мы уже сообщили вам, что не предоставим покрытие и не оплатим препарат так, как вы хотите.</p>
<p>Можно обратиться к нам с просьбой сделать для вас исключение (это один из видов решений о страховом покрытии).</p>	<p>Вы можете подать запрос о вынесении решения о страховом покрытии.</p>	<p>Вы можете обратиться к нам с запросом о возмещении стоимости (это один из видов решений о страховом покрытии).</p>	<p>Вы можете подать апелляцию (это значит, что вы запрашиваете пересмотр вынесенного решения).</p>
<p>Начните с раздела F2 на стр. 232. Также см. разделы F3 и F4 на стр. 234 и 235.</p>	<p>Перейдите к разделу F4 на стр. 235.</p>	<p>Перейдите к разделу F4 на стр. 235.</p>	<p>Перейдите к разделу F5 на стр. 239.</p>

F2. Что такое исключение из правила

Исключение – это разрешение на покрытие стоимости препарата, который обычно не входит в наш список покрываемых препаратов, либо на отмену определенных правил и

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



ограничений, применяемых к покрытию препарата. Если препарат не входит в наш список покрываемых препаратов или вас не устраивает объем его покрытия, вы можете обратиться к нам с просьбой сделать для вас исключение.

Если вам требуется исключение, ваш врач или другой выписавший рецепт специалист должен будет предоставить медицинское обоснование для исключения.

Далее приведены два примера исключений, о которых вы, ваш врач или другой выписавший рецепт специалист можете попросить нас.

1. Покрытие препарата из части D, которого нет в нашем списке покрываемых препаратов.
 - Если мы согласимся сделать для вас исключение и покрыть препарат, который не входит в Список препаратов, вы должны будете оплатить свою долю совместного платежа согласно правилам, применяемым к препаратам на уровне 3 в отношении фирменных препаратов или уровне 2 для дженериков.
 - Вы не имеете права просить нас сделать исключение и освободить вас от вашей доплаты или причитающейся с вас доли совместного страхования.
2. Снятие ограничения на покрытие для покрываемого препарата. К некоторым препаратам в нашем списке препаратов применяются дополнительные правила и ограничения (подробнее см. в разделе C главы 5).
 - К таким дополнительным правилам и ограничениям, применяемым к покрытию определенных препаратов, относятся следующие:
 - получение предварительного разрешения плана, перед тем как вам будет предоставлено покрытие препарата (в некоторых случаях это называется «предварительным разрешением»);
 - требование сначала попробовать другой препарат, прежде чем будет выдано разрешение на использование запрашиваемого препарата (в некоторых случаях это называется «поэтапным лечением»);
 - количественные ограничения: для некоторых препаратов установлены ограничения на отпускаемое количество.
 - Если мы соглашаемся сделать для вас исключение и снять это ограничение, вы можете попросить нас сделать еще одно исключение и внести за вас доплату за этот препарат.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



В юридической практике просьба о снятии ограничения с покрытия препарата иногда называется запросом о предоставлении **«исключения из правил формуляра»**.

F3. Важная информация о запросе исключений

Ваш врач должен предоставить нам медицинское обоснование

Ваш врач или другой выписавший рецепт специалист должен предоставить нам заявление, содержащее медицинское обоснование для требуемого исключения. Если вы приложите эту информацию от своего врача или другого выписавшего рецепт специалиста к своему запросу исключения, это может ускорить принятие решения.

Как правило, в Списке препаратов предусмотрено более одного препарата для лечения определенного заболевания. Эти различные варианты называются «альтернативными» препаратами. Если эффективность альтернативного препарата такая же, как и у запрашиваемого, и он не вызовет больше побочных эффектов или других проблем со здоровьем, как правило, запрос об исключении отклоняется.

Мы вынесем положительное или отрицательное решение по вашему запросу

- Если мы выносим **положительное** решение по вашему запросу исключения, то оно будет в силе, как правило, до конца календарного года. Принятое решение остается в силе до тех пор, пока ваш врач продолжает выписывать этот препарат, а само лекарственное средство не становится опасным или неэффективным для лечения вашего заболевания.
- Если мы выносим **отрицательное** решение по вашему запросу об исключении, вы можете обратиться с просьбой о пересмотре нашего решения, подав апелляцию. В разделе F5 на стр. 239 описано, как подать апелляцию в случае **отрицательного** решения с нашей стороны.

В следующем разделе указано, как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии, в том числе об исключении.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



F4. Как запросить вынесение решения о страховом покрытии препарата по части D или о возмещении затрат на него, в том числе решения об исключении

Порядок действий

- Сообщите, нуждаетесь ли вы в ускоренном вынесении решения. Подать запрос можно по телефону, факсу или по почте. Это можете сделать вы сами, ваш представитель или ваш врач (либо другой выписавший рецепт специалист). Вы можете позвонить нам по номеру 1-888-697-8122 (TTY: 711).
- Вы, ваш врач (либо другой выписавший рецепт специалист) или другое лицо, действующее от вашего имени, можете обратиться к нам с просьбой о вынесении решения о страховом покрытии. Вы также можете нанять адвоката, который будет действовать от вашего имени.
- Чтобы узнать о том, как назначить другое лицо своим представителем, прочтите раздел D, стр. 207.
- Чтобы ваш врач или другой выписавший рецепт специалист могли попросить нас принять решение о покрытии от вашего имени, письменного разрешения от вас не требуется.
- Если вы хотите обратиться в план с запросом о возмещении стоимости препарата, ознакомьтесь с главой 7 данного справочника. В ней описаны ситуации, в которых вы можете обратиться с просьбой о возмещении расходов. В ней также описано, как отправить нам документы с

Краткие сведения: Как запросить вынесение решения о страховом покрытии препарата или возмещении платежа

Свяжитесь с нами по телефону, факсу или почте либо попросите своего представителя, врача или другого выписавшего рецепт специалиста обратиться к нам с таким запросом. Мы примем стандартное решение о покрытии в течение 72 часов. Мы дадим вам ответ о возмещении стоимости препарата по части D, за который вы уже заплатили, в течение 14 календарных дней.

- Если вы просите об исключении, приложите заявление в поддержку своего запроса от вашего врача или другого выписавшего рецепт специалиста.
- Вы, ваш врач или другой выписавший рецепт специалист можете попросить об ускоренном вынесении решения обычно по ускоренной процедуре решение выносится в течение 24 часов).
- Внимательно изучите данный раздел, чтобы узнать, можете ли вы рассчитывать на вынесение решения по ускоренной процедуре. В нем также приведена информация о сроках вынесения решений.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



требованием возмещения нашей доли стоимости препарата, за который вы уже заплатили.

- Если вы просите об исключении, приложите заявление от своего поставщика услуг. Ваш врач или другой специалист, выписавший рецепт, должен предоставить нам медицинские обоснования для требуемого исключения. Мы называем их «заявлением в поддержку запроса» («supporting statement»).
- Ваш врач или другой специалист, выписавший рецепт, может отправить это заявление нам по почте или факсу. Кроме того, врач или другой специалист, выписавший рецепт, может сообщить нам об этом по телефону, а затем отправить заявление по факсу или по почте.

Если это необходимо по состоянию вашего здоровья, попросите об «ускоренном вынесении решения о страховом покрытии».

Мы вынесем решение в стандартные сроки, если не было одобрено ускоренное рассмотрение.

- **Вынесение решения о страховом покрытии в стандартные сроки** означает, что вы получите ответ в течение 72 часов после получения нами заявления от вашего врача.
- **Ускоренное вынесение решения о страховом покрытии** означает, что вы получите ответ в течение 24 часов с момента получения нами заявления от вашего врача.

В юридической практике «ускоренное вынесение решения о страховом покрытии» называется «срочной выдачей заключения по страховому покрытию».

Ускоренное вынесение решения о страховом покрытии может иметь место только в том случае, когда вы обращаетесь по вопросу покрытия препарата, который вы еще не получили. (Решение о страховом покрытии не может быть вынесено в ускоренные сроки, если вы обращаетесь с просьбой возместить стоимость препарата, который вы уже купили.)

Ускоренное вынесение решения о страховом покрытии может иметь место только в том случае, когда вынесение решения в стандартные сроки может причинить серьезный вред вашему здоровью или жизнедеятельности.

Если ваш врач или другой выписавший рецепт специалист заявляет, что вам требуется «ускоренное вынесение решения о страховом покрытии», мы автоматически соглашаемся вынести решение о страховом покрытии по ускоренной процедуре, о чем вам будет сообщено в письме.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Если вы самостоятельно обращаетесь с просьбой об ускоренном вынесении решения о страховом покрытии (без рекомендации врача или другого выписавшего рецепт специалиста), мы сами определим, насколько это необходимо.
- Если мы определим, что ваше состояние не требует ускоренного вынесения решения о страховом покрытии, мы рассмотрим ваш запрос в стандартные сроки.
 - Мы направим вам соответствующее уведомление об этом. В нем будет сказано, как подать жалобу на наше решение рассмотреть запрос в стандартные сроки.
 - Вы можете подать «жалобу, требующую срочного рассмотрения» и получить ответ в течение 24 часов. Дополнительная информация о процедуре подачи жалоб, в том числе об ускоренном рассмотрении жалоб, приведена в разделе J этой главы на стр. 262.

Сроки при ускоренном вынесении решения о страховом покрытии

- При ускоренном вынесении решения мы обязаны дать ответ в течение 24 часов, то есть, в течение 24 часов с момента получения вашего запроса или, если вы просите об исключении, через 24 часа после получения заявления от вашего врача или другого специалиста, имеющего право назначать препараты, в поддержку вашего запроса. Мы дадим ответ быстрее, если это необходимо по состоянию вашего здоровья.
- Если мы не уложимся в этот срок, мы направим ваш запрос на уровень 2 апелляционного процесса. На уровне 2 ваш запрос будет рассмотрен независимой экспертной организацией.
- **Если мы даем положительный ответ** по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, мы обязаны предоставить страховое покрытие в течение 24 часов с момента получения запроса или заявления от врача либо другого специалиста, имеющего право назначать препараты, подкрепляющего ваш запрос.
- Если мы даем **отрицательный** ответ по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, то мы сообщим об этом в письме, где будут указаны причины **отказа** и даны инструкции о том, как подать апелляцию.

Стандартные сроки вынесения решения о страховом покрытии препарата, который вы еще не получили

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



- При использовании стандартных сроков рассмотрения мы обязаны дать ответ в течение 72 часов после получения запроса или, если вы просите об исключении, после получения заявления от вашего врача или другого специалиста, имеющего право назначать препараты, в поддержку вашего запроса. Мы дадим ответ быстрее, если это необходимо по состоянию вашего здоровья.
- Если мы не уложимся в этот срок, мы направим ваш запрос на уровень 2 апелляционного процесса. На уровне 2 ваш запрос будет рассмотрен независимой экспертной организацией.
- **Если мы даем положительный ответ** по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, мы обязаны выдать разрешение или предоставить покрытие в течение 72 часов после получения запроса или, если вы просите об исключении, после получения заявления от врача либо другого специалиста, имеющего право назначать препараты, в поддержку вашего запроса.
- **Если мы даем отрицательный ответ** по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, то мы сообщим об этом в письме, где будут указаны причины отказа и даны инструкции о том, как подать апелляцию.

Стандартные сроки для вынесения решения о страховом покрытии стоимости препарата, который вы уже приобрели

- Мы обязаны дать вам ответ в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- Если мы не уложимся в этот срок, мы направим ваш запрос на уровень 2 апелляционного процесса. На уровне 2 ваш запрос будет рассмотрен независимой экспертной организацией.
- **Если мы даем положительный ответ** по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, то мы направим вам платеж в течение 14 календарных дней.
- **Если мы даем отрицательный ответ** по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, то мы сообщим об этом в письме, где будут указаны причины отказа и даны инструкции о том, как подать апелляцию.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



F5. Апелляции уровня 1 в отношении препаратов, покрываемых по части D

- Чтобы подать апелляцию, вы, ваш врач, другой специалист, выписавший рецепт, или ваш представитель должны связаться с нами.
- Вы можете подать апелляцию, предусматривающую стандартный срок рассмотрения, в письменном виде. Также подать апелляцию можно по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Апелляцию, требующую срочного рассмотрения, можно подать в письменном виде или по телефону.
- Апелляцию следует подать **в течение 60 календарных дней** с даты на уведомлении о решении. Если вы не укладываетесь в срок по уважительной причине, мы можем предоставить вам больше времени для подачи апелляции. Примерами уважительных причин для пропуска сроков могут служить тяжелое заболевание, в результате которого вы не могли связаться с нами, или предоставление с нашей стороны неправильной или неполной информации о сроках запроса апелляции.
- У вас есть право запросить копию дела, относящегося к вашей апелляции. Чтобы получить копию, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711).

Краткие сведения: Как подать апелляцию уровня 1

Вы, ваш врач, другой специалист, выписавший рецепт, или ваш представитель должны составить апелляцию в письменном виде и отправить ее нам по почте или факсу. Апелляцию можно также подать, позвонив нам по телефону.

- Апелляцию необходимо подать **в течение 60 календарных дней** с даты оспариваемого решения. Если вы не смогли уложиться в этот срок по уважительной причине, то можете подать апелляцию и позже.
- Вы, ваш врач или другой специалист, имеющий право назначать препараты, либо ваш представитель можете позвонить нам и попросить об ускоренном рассмотрении апелляции.
- Внимательно изучите данный раздел, чтобы узнать, можете ли вы рассчитывать на вынесение решения по ускоренной процедуре. В нем также приведена информация о сроках вынесения решений.

В юридической практике апелляция к плану по решению о страховом покрытии препаратов из части D называется «**выдачей повторного заключения**».

При желании вы и ваш врач или другой выписавший вам рецепт специалист можете предоставить дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Если по состоянию здоровья вам нужен быстрый ответ, запросите срочное рассмотрение апелляции

- Если вы подаете апелляцию на решение, вынесенное нашим планом в отношении покрытия препарата, который вы еще не получили, вы и ваш врач или другой выписавший вам рецепт специалист должны определить целесообразность ускоренного рассмотрения апелляции.
- Требования для ускоренного рассмотрения апелляции те же, что и требования для ускоренного вынесения решения о покрытии, изложенные в разделе F4 на стр. 235.

В юридической практике ускоренное рассмотрение апелляции называется «срочной выдачей повторного заключения».

Наш план рассмотрит вашу апелляцию и сообщит о своем решении

- Мы повторно и внимательно изучим всю информацию по вашему запросу о покрытии. Мы проверим, соблюдали ли мы все правила, **отклонив** ваш запрос. Мы можем связаться с вами, вашим врачом или другим выписавшим вам рецепт специалистом и запросить дополнительную информацию. Повторное рассмотрение выполняет сотрудник, который не участвовал в принятии первоначального решения.

Сроки при ускоренном рассмотрении апелляции

- При рассмотрении апелляции в ускоренном порядке мы обязаны дать ответ в течение 72 часов после получения апелляции или ранее, если этого требует состояние вашего здоровья.
- Если мы не дадим ответ в течение 72 часов, мы обязаны передать ваш запрос на уровень 2 апелляционного процесса. На уровне 2 ваша апелляция будет рассмотрена независимой экспертной организацией.
- **Если мы даем положительный ответ** по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, мы обязаны предоставить покрытие в течение 72 часов с момента получения апелляции.
- **Если мы даем отрицательный ответ** по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, то мы сообщим вам об этом в письме, где будут указаны причины **отказа**.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Стандартные сроки рассмотрения апелляции

- При рассмотрении апелляции в стандартном порядке мы обязаны дать ответ в течение 7 календарных дней после получения апелляции или ранее, если этого требует состояние вашего здоровья, за исключением случаев, когда вы просите нас возместить вам стоимость препарата, который вы уже купили. Если вы просите нас возместить вам стоимость препарата, который вы уже купили, мы обязаны дать ответ в течение 14 календарных дней после получения апелляции. Если вы полагаете, что по состоянию здоровья вам нужен быстрый ответ, попросите нас об ускоренном рассмотрении апелляции.
- Если мы не дадим ответ в течение 7 календарных дней (или в течение 14 календарных дней, если вы просите нас возместить вам стоимость препарата, который вы уже купили), мы будем обязаны передать ваш запрос на уровень 2 апелляционного процесса. На уровне 2 ваша апелляция будет рассмотрена независимой экспертной организацией.
- **Если мы даем положительный** ответ по всем или некоторым пунктам вашего запроса:
 - Если мы утверждаем ваш запрос на покрытие, мы обязаны предоставить покрытие в кратчайшие сроки с учетом состояния вашего здоровья, но не позднее чем в течение 7 календарных дней после получения апелляции (или в течение 14 календарных дней, если вы просите нас возместить вам стоимость препарата, который вы уже купили).
 - Если мы утверждаем ваш запрос на возмещение стоимости уже приобретенного препарата, мы направим вам платеж в течение 30 календарных дней после получения апелляции.
- **Если наш ответ отрицательный** по всем или некоторым пунктам вашего запроса, мы отправим вам письмо с разъяснением причин **отказа** и указаниями по подаче апелляции на наше решение.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Ф6. Апелляции уровня 2 в отношении препаратов, покрываемых по части D

В случае **отклонения** вашей апелляции, частично или полностью, вы либо соглашаетесь с этим решением, либо подаете еще одну апелляцию. Если вы решите подать апелляцию уровня 2, то вынесенное нами решение будет повторно рассмотрено независимой экспертной организацией (IRE).

- Если вы хотите, чтобы ваше дело рассмотрела независимая экспертная организация, апелляция должна быть оформлена в письменном виде. В нашем письме о решении по апелляции уровня 1 будет указано, как запросить апелляцию уровня 2.
- Когда вы подаете апелляцию уровня 2, мы направляем ваше дело в независимую экспертную организацию. У вас есть право запросить копию материалов по своему делу. Для этого обратитесь в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- У вас есть право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку апелляции.
- Независимая экспертная организация нанимается программой Medicare. Она не связана с нашим планом и не является государственной организацией.
- Специалисты этой организации внимательно изучат все материалы по вашей апелляции и отправят вам письмо с разъяснением своего решения.

Краткие сведения: как подать апелляцию уровня 2

Если вы хотите, чтобы ваше дело было рассмотрено независимой экспертной организацией, запрос на апелляцию должен быть подан в письменном виде.

- Апелляцию необходимо подать **в течение 60 календарных дней** с даты оспариваемого решения. Если вы не смогли уложиться в этот срок по уважительной причине, то можете подать апелляцию и позже.
- Апелляцию уровня 2 можете запросить вы, ваш врач или другой выписавший вам рецепт специалист, либо ваш представитель.
- Внимательно изучите данный раздел, чтобы узнать, можете ли вы рассчитывать на вынесение решения по ускоренной процедуре. В нем также приведена информация о сроках вынесения решений.

В юридической практике апелляция, поданная в независимую экспертную организацию в отношении решения о страховом покрытии препаратов по части D, называется **«выдачей повторного заключения»**.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Сроки при ускоренном рассмотрении апелляции уровня 2

- Если по состоянию здоровья вам нужен быстрый ответ, попросите независимую экспертную организацию рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке.
- Если независимая экспертная организация согласится рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке, она должна дать ответ по вашей апелляции уровня 2 в течение 72 часов после получения апелляции.
- Если эта организация даст **положительный** ответ по всем или некоторым пунктам вашего запроса, мы обязаны выдать разрешение или предоставить покрытие препарата в течение 24 часов после получения решения.

Стандартные сроки рассмотрения апелляции уровня 2

- Если на уровне 2 вы запросили рассмотрение апелляции в стандартные сроки, независимая экспертная организация обязана дать ответ по вашей апелляции уровня 2 в течение 7 календарных дней с даты получения вашей апелляции (или в течение 14 календарных дней, если вы просите нас возместить вам стоимость препарата, который вы уже купили).
- Если эта организация даст **положительный** ответ по всем или некоторым пунктам вашего запроса, мы обязаны выдать разрешение или предоставить покрытие препарата в течение 72 часов после получения решения.
- Если организация утвердит ваш запрос на возмещение стоимости уже приобретенного препарата, мы направим вам платеж в течение 30 календарных дней после получения решения.

Что делать, если независимая экспертная организация отклонит вашу апелляцию уровня 2?

Если независимая экспертная организация даст **отрицательный** ответ на вашу апелляцию, это значит, что она согласна с нашим решением и не утверждает ваш запрос. Это называется «поддержкой решения». Другое название – «отклонение апелляции».

Если вы хотите, чтобы ваша апелляция была передана на уровень 3 апелляционного процесса, стоимость запрашиваемых препаратов должна быть не ниже установленного минимума (в долларах США). Если стоимость (в долларах США) ниже минимального уровня, вы не сможете подать апелляцию следующего уровня. Если стоимость (в долларах США) достаточно высока, вы можете подать апелляцию уровня 3. В уведомлении, которое вам направит независимая экспертная организация, будет указана минимальная стоимость препаратов (в долларах США), позволяющая продолжить апелляционный процесс.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Г. Запрос о покрытии продленного пребывания в больнице

При поступлении в больницу у вас есть право получить все покрываемые больничные услуги, необходимые для диагностирования и лечения вашего заболевания или травмы.

Во время покрываемого планом пребывания в больнице ваш врач и персонал больницы совместно с вами будут готовить вас к выписке. Они также помогут в организации ухода, который вам может потребоваться после выписки.

- День, в который вы покидаете больницу, называется «датой выписки».
- Ваш врач или сотрудники больницы сообщат вам, когда вас выпишут.

Если вам кажется, что вас слишком рано просят покинуть больницу, вы можете попросить о продлении пребывания в больнице. В этом разделе описано, как это сделать.

Г1. Информация о ваших правах по программе Medicare

В течение двух дней после поступления в больницу социальный работник или медсестра вручит вам уведомление под названием «Важная информация о правах участника программы Medicare» («An Important Message from Medicare about Your Rights»). Если вам его не вручили, обратитесь к персоналу больницы. Если вам нужна помощь, обратитесь в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 в любой день недели. Звонки бесплатные. Вы также можете обратиться по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Внимательно прочитайте это уведомление и задайте вопросы, если вам непонятно его содержание. В «Важном сообщении» описаны ваши права на время пребывания в больнице, в том числе следующие.

- Право получать услуги, покрываемые по программе Medicare, во время пребывания в больнице и после выписки. Право знать о том, какие это услуги, кто их оплачивает и где вы можете их получить.
- Право участвовать в принятии решений о продолжительности пребывания в больнице.
- Право знать, куда обращаться с жалобами по качеству больничного ухода.
- Право подать апелляцию, если вы считаете, что вас выписывают из больницы слишком рано.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Вы должны подписать уведомление программы Medicare в подтверждение того, что вы его получили и понимаете свои права. Ваша подпись на уведомлении **не** означает, что вы согласны с датой выписки, которую вам сообщил врач или персонал больницы.

Сохраните экземпляр подписанного уведомления, чтобы иметь под рукой эту информацию, если она понадобится.

- Чтобы заранее ознакомиться с копией этого уведомления, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 в любой день недели. Звонок бесплатный. Вы также можете обратиться по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Звонок бесплатный.
- С уведомлением можно также ознакомиться на веб-сайте www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Если вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников или программу Medicare по указанным выше номерам телефона.

G2. Апелляция уровня 1 для изменения даты выписки из больницы

Если вы хотите запросить покрытие более продолжительного лечения в больнице, вы должны подать апелляцию. Организация по повышению качества обслуживания рассмотрит апелляцию уровня 1 и выяснит, является ли запланированная дата выписки приемлемой для вас с медицинской точки зрения. В штате Калифорния организацией по улучшению качества обслуживания является Livanta BFCC-QIO.

Чтобы подать апелляцию на изменение даты вашей выписки, позвоните в Livanta BFCC-QIO по телефону 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Звоните без промедления!

Позвоните в организацию по повышению качества обслуживания **до** того, как покинете больницу, и не позднее назначенной даты выписки. В уведомлении «Важная информация о правах участника программы Medicare» содержится информация о том, как связаться с этой организацией.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



- **Если вы позвоните до того, как покинете больницу,** вы сможете остаться в больнице после назначенной даты выписки, не оплачивая свое пребывание, пока вы ожидаете решения по апелляции от организации по повышению качества обслуживания.
- **Если вы не позвоните, чтобы подать апелляцию,** и решите остаться в больнице после назначенной даты выписки, вам, возможно, придется самим оплатить все расходы на больничный уход, полученный после назначенной даты выписки.

Краткие сведения: Как подать апелляцию уровня 1 для изменения даты выписки из больницы

Позвоните в организацию по повышению качества обслуживания в вашем штате по номеру 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) и попросите об ускоренном пересмотре решения.

Вы должны позвонить до того, как покинете больницу, и до запланированной даты вашей выписки.

- **Если вы пропустите срок** обращения с апелляцией в организацию по повышению качества обслуживания, можно подать апелляцию непосредственно в план. См. подробные сведения в Разделе G4 на стр. 249.
- Поскольку пребывание в стационаре покрывается как Medicare, так и Medi-Cal, то, если организация по повышению качества обслуживания не рассмотрит ваш запрос на продление пребывания в больнице, или вы считаете, что ваша ситуация является неотложной, подразумевает непосредственную и серьезную угрозу вашему здоровью, или вы испытываете значительную боль, вы также можете подать жалобу или попросить California Department of Managed Health Care (DMHC) провести независимую медицинскую экспертизу. Порядок подачи жалобы и запроса на проведение независимой медицинской экспертизы в DMHC описан в разделе E4 на стр. 220.

Мы хотим, чтобы вы знали, что вам нужно делать и в какие сроки.

- **Если вам нужна помощь, обратитесь за ней.** Если у вас есть вопросы или нужна помощь на любом этапе, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711). Вы также можете позвонить в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования (HICAP) по номеру 1-800-434-0222 или в программу омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program по телефону 1-855-501-3077.

Что представляет собой организация по повышению качества обслуживания?

Это группа врачей и других специалистов сферы здравоохранения, деятельность которых финансируется федеральным правительством. Эти специалисты не являются

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



сотрудниками нашего плана. Организация финансируется за счет средств Medicare и предназначена для повышения качества обслуживания участников программы Medicare.

Попросите об ускоренном пересмотре решения

Вам необходимо попросить организацию по улучшению качества обслуживания об **ускоренном пересмотре** решения о дате выписки. Подавая просьбу об ускоренном пересмотре, вы просите организацию рассмотреть апелляцию в более сжатые сроки, чем обычно.

В юридической практике ускоренный пересмотр решения называется **«срочным пересмотром»**.

Что происходит во время ускоренного пересмотра решения?

- Эксперты, работающие в организации по улучшению качества обслуживания, спросят вас (или вашего представителя) о том, почему вы считаете, что покрытие должно продолжиться после назначенной даты выписки. Вам не нужно составлять какие-либо письменные заявления, но при желании вы можете это сделать.
- Эксперты изучат вашу медицинскую карту, побеседуют с вашим врачом и рассмотрят всю информацию о вашем пребывании в больнице.
- К полудню следующего дня после получения нами извещения о вашей апелляции вам вручат письмо с указанием назначенной даты выписки. В письме будут объяснены причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем правильным, что вас выписывают в этот день.

В юридической практике это письмо называется **«подробным уведомлением о выписке»**. Чтобы получить образец, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711). Вы также можете обратиться по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. С образцом уведомления вы также можете ознакомиться на веб-сайте www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Что произойдет в случае положительного ответа?

- Если организация по улучшению качества обслуживания даст **положительный** ответ на вашу апелляцию, мы будем обязаны продолжить покрытие пребывания в больнице, пока оно необходимо по медицинским показаниям.

Что произойдет в случае отрицательного ответа?

- Если организация по улучшению качества обслуживания даст **отрицательный** ответ на вашу апелляцию, это значит, что она считает запланированную дату вашей выписки обоснованной с медицинской точки зрения. В таком случае предоставление покрытия услуг стационарного лечения будет остановлено в полдень следующего дня после получения ответа от Организации по улучшению качества обслуживания (QIO).
- Если организация по улучшению качества обслуживания даст **отрицательный** ответ на вашу апелляцию, но вы решите остаться в больнице, вам, возможно, придется самостоятельно оплатить продолжение пребывания в больнице, т. е. стоимость больничного ухода, который вы получите после полудня следующего дня после получения вами ответа от этой организации.
- Если организация по повышению качества обслуживания отклонит апелляцию, а вы останетесь в больнице после назначенной даты выписки, вы можете подать апелляцию уровня 2 в соответствии с процедурой, описанной в следующем разделе.

G3. Апелляция уровня 2 для изменения даты выписки из больницы

Если организация по улучшению качества обслуживания отклонила апелляцию, но вы остались в больнице после назначенной даты выписки, вы можете подать апелляцию уровня 2. Вам придется обратиться в организацию по улучшению качества обслуживания еще раз и запросить еще один пересмотр.

Вы должны подать апелляцию уровня 2 **в течение 60 календарных дней** с даты получения **отрицательного** ответа от организации по повышению качества обслуживания по апелляции уровня 1. Вы можете запросить этот пересмотр, только если вы остались в больнице после даты окончания покрытия вашего пребывания в больнице.

В штате Калифорния организацией по улучшению качества обслуживания является Livanta BFCC-QIO. Вы можете обратиться в Livanta BFCC-QIO по телефону **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)**.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Эксперты организации по повышению качества обслуживания еще раз тщательно изучат всю информацию, относящуюся к вашей апелляции.
- В течение 14 календарных дней после получения вашего запроса о втором пересмотре эксперты организации по повышению качества обслуживания вынесут решение.

Краткие сведения: Как подать апелляцию уровня 2 для изменения даты выписки из больницы

Позвоните в организацию по повышению качества обслуживания в вашем штате по номеру 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) и попросите о повторном рассмотрении решения.

Что произойдет в случае положительного ответа?

- Мы будем обязаны возместить вам нашу долю в расходах на больничный уход, который вы получили после полудня следующего дня после даты вынесения решения по первой апелляции. Кроме того, мы продолжим покрытие пребывания в стационаре, пока оно остается необходимым по медицинским показаниям.
- Вы будете обязаны продолжить оплату своей доли в расходах. Могут применяться ограничения покрытия.

Что произойдет в случае отрицательного ответа?

Это значит, что организация согласна с решением, вынесенным по апелляции уровня 1, и оно не будет изменено. В письме, которое вы получите, будут описаны ваши возможные действия на случай, если вы решите продолжить апелляционный процесс.

Если организация по повышению качества обслуживания отклонит вашу апелляцию уровня 2, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость вашего пребывания в больнице после запланированной даты вашей выписки.

Вы также можете подать жалобу или запрос в департамент DMHC на проведение независимой медицинской экспертизы по вопросу продления вашего пребывания в больнице. Порядок подачи жалобы и запроса на проведение независимой медицинской экспертизы в DMHC описан в разделе E4 на стр. 220.

G4. Что произойдет, если вы пропустите срок подачи апелляции

Если вы пропустили сроки подачи апелляции, существует еще один способ запустить процедуру апелляции 1-го и 2-го уровней, который называется «альтернативной апелляцией». Однако первые два уровня апелляции в данном случае отличаются от обычных.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Альтернативная апелляция уровня 1 для изменения даты выписки из больницы

Если вы не свяжетесь с организацией по повышению качества обслуживания (т. е. в течение 60 дней или не позднее вашей плановой даты выписки, в зависимости от того, что наступит ранее) относительно вашей апелляции в срок, то можете подать апелляцию нам, запросив «ускоренный пересмотр». Ускоренный пересмотр – это апелляция, которая рассматривается в ускоренном порядке, а не в стандартные сроки.

- В ходе рассмотрения мы изучим всю информацию о вашем пребывании в больнице. Мы проверим, было ли решение о дате выписки из больницы вынесено обоснованно и с соблюдением всех правил.
- Решение будет принято в ускоренные, а не в стандартные сроки. Мы оповестим вас о нашем решении в течение 72 часов после запроса «ускоренного пересмотра».
- **Если мы дадим положительный ответ по результатам ускоренного пересмотра**, это значит, что мы согласны с тем, что вам все еще требуется пребывание в больнице после назначенной даты выписки. Мы также продолжим предоставление покрытия услуг стационарного лечения, пока оно будет необходимо по медицинским показаниям.
- Это также значит, что мы согласны возместить вам нашу долю в расходах на уход, который вы получили после назначенной даты прекращения покрытия.
- **Если мы дадим отрицательный ответ по результатам ускоренного пересмотра**, это значит, что назначенная дата выписки признана обоснованной с медицинской точки зрения. Покрытие услуг стационарного лечения прекратится в указанный нами день.
 - Если вы останетесь в больнице после наступления назначенной даты выписки, **вам, возможно, придется самостоятельно оплатить полную стоимость больничного ухода**, полученного вами после назначенной даты выписки.
- Чтобы убедиться в том, что мы соблюдали все правила, **отклонив** ваш запрос на ускоренное рассмотрение апелляции, мы отправим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию. При этом ваше дело автоматически переходит на уровень 2 процедуры рассмотрения апелляции.

Краткие сведения: Как подать альтернативную апелляцию уровня 1

Позвоните в наш отдел обслуживания участников и запросите «ускоренный пересмотр решения» о дате вашей выписки из больницы.

Мы вынесем решение в течение 72 часов.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



В юридической практике под «срочным рассмотрением апелляции» понимается «ускоренный пересмотр решения» или «апелляция, требующая срочного рассмотрения».

Альтернативная апелляция уровня 2 для изменения даты выписки из больницы

Мы отправим информацию по вашей апелляции уровня 2 в независимую экспертную организацию (IRE) в течение 24 часов с момента предоставления вам нашего решения по апелляции уровня 1. Если вы считаете, что мы нарушаем этот или другие сроки, вы можете подать жалобу. В разделе J на стр. 262 описана процедура подачи жалобы.

На уровне 2 апелляционного процесса независимая экспертная организация (IRE) рассмотрит **отрицательное** решение, которое мы вынесли по результатам ускоренного рассмотрения. Эта организация решит, следует ли изменить принятое нами решение.

Краткие сведения: Как подать альтернативную апелляцию уровня 2

Вам не нужно ничего делать. План автоматически отправит вашу апелляцию в независимую экспертную организацию.

- Независимая экспертная организация проведет ускоренное рассмотрение вашей апелляции. Как правило, эксперты дают ответ в течение 72 часов.
- Независимая экспертная организация занимается программой Medicare. Она не связана с нашим планом и не является государственной организацией.
- Специалисты независимой экспертной организации внимательно изучат всю информацию, относящуюся к вашей апелляции по дате выписки из больницы.
- Если независимая экспертная организация даст **положительный** ответ на апелляцию, то мы должны будем возместить нашу часть расходов на больничный уход, который вы получили после назначенной даты выписки. Мы также обязуемся продолжить предоставление покрытия планом услуг стационарного лечения, пока оно будет необходимо с медицинской точки зрения.
- Если эта организация даст **отрицательный** ответ на вашу апелляцию, это означает, что она согласна с нами в том, что запланированная для вас дата выписки является подходящей с медицинской точки зрения.
- В письме, которое вы получите из независимой экспертной организации, будут описаны ваши возможные действия на случай, если вы решите продолжить

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



апелляционный процесс. В нем будут содержаться подробные сведения о том, как подать апелляцию уровня 3, которая будет рассматриваться судьей.

Вы также можете подать жалобу и запрос в департамент DMHC на проведение независимой медицинской экспертизы по вопросу продления вашего пребывания в больнице. Порядок подачи жалобы и запроса на проведение независимой медицинской экспертизы в DMHC описан в разделе E4 на стр. 220. Вы можете попросить о проведении независимой медицинской экспертизы в дополнение к апелляции уровня 3 или вместо нее.

Н. Что делать, если вы считаете, что предоставление вам медицинских услуг на дому, услуг квалифицированного сестринского ухода или многопрофильного амбулаторного реабилитационного учреждения заканчивается слишком рано

Этот раздел относится только к следующим видам ухода:

- Медицинский уход на дому.
- Услуги квалифицированного сестринского ухода в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- Реабилитационный уход, который вы получаете в качестве амбулаторного пациента многопрофильного амбулаторного реабилитационного учреждения (CORF), утвержденного Medicare. Как правило, это означает, что вы получаете лечение по поводу заболевания или после несчастного случая, либо проходите восстановительный период после тяжелой операции.
 - По всем этим трем видам ухода вы имеете право получать покрываемые услуги в течение всего периода, пока врач расценивает их необходимыми для вас.
 - Если мы решим прекратить покрытие каких-либо из перечисленных выше видов услуг, мы обязаны известить вас об этом заранее. Когда покрытие услуг заканчивается, мы перестаем оплачивать уход за вами.

Если вы считаете, что покрытие услуг заканчивается слишком рано, **вы можете подать апелляцию по нашему решению**. В данном разделе описано, как подать апелляцию.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Н1. Мы заранее сообщим вам о дате прекращения покрытия

Вы получите соответствующее извещение не менее чем за два дня до того, как будет прекращено покрытие предоставляемых услуг. Оно называется «Уведомлением о прекращении покрытия по программе Medicare» («Notice of Medicare Non-Coverage»).

- В этом письменном уведомлении будет указана дата приостановки покрытия ухода.
- В нем также будет описано, как опротестовать это решение, подав апелляцию.

Вы (или ваш представитель) должны подписать письменное уведомление в подтверждение его получения. Ваша подпись **не** означает, что вы согласны с решением плана о том, что оказание вам услуг должно быть прекращено.

Когда страховое покрытие услуг закончится, мы перестанем оплачивать нашу долю стоимости медицинского обслуживания.

Н2. Апелляция уровня 1 для продолжения покрытия услуг

Если вы считаете, что покрытие услуг прекращается слишком рано, вы можете подать апелляцию на наше решение. В данном разделе описано, как подать апелляцию.

Но сначала определитесь, что вы должны сделать и к какому сроку.

- **Соблюдайте сроки.** Сроки очень важны. Убедитесь, что вы понимаете и соблюдаете сроки, установленные для действий, которые вам необходимо предпринять. Наш план тоже обязан соблюдать установленные сроки. (Если вы считаете, что мы нарушаем наши сроки, вы можете подать жалобу. В разделе J на стр. 262 описана процедура подачи жалобы)
- **Если вам нужна помощь, обратитесь за ней.** Если у вас есть вопросы или нужна помощь на любом этапе, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711). Вы также можете позвонить в программу State Health Insurance Assistance по номеру 1-877-839-2675.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



После подачи вами апелляции уровня 1 организация по повышению качества обслуживания рассмотрит ее и даст рекомендации по поводу целесообразности изменения решения, принятого нами. В штате Калифорния организацией по улучшению качества обслуживания является Livanta BFCC-QIO. Вы можете обратиться в Livanta BFCC-QIO по телефону 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Информация о том, как подать апелляцию в организацию по повышению качества обслуживания, также приводится в «Уведомлении о прекращении покрытия по программе Medicare» («Notice of Medicare Non-Coverage»). Вы получите это уведомление вместе с сообщением о том, что мы вскоре прекратим оплату услуг.

Краткие сведения: Как подать апелляцию уровня 1 для продолжения покрытия услуг

Позвоните в организацию по повышению качества обслуживания в вашем штате по номеру 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) и попросите провести ускоренное рассмотрение апелляции.

Это нужно сделать до того, как вы покинете учреждение, предоставляющее услуги (т. е. до запланированной даты выписки).

Что представляет собой организация по повышению качества обслуживания?

Это группа врачей и других специалистов сферы здравоохранения, деятельность которых финансируется федеральным правительством. Эти специалисты не являются сотрудниками нашего плана. Организация финансируется за счет средств Medicare и предназначена для повышения качества обслуживания участников программы Medicare.

О чем следует попросить?

Попросите рассмотреть апелляцию в сжатые сроки («fast-track appeal»). Это независимое рассмотрение медицинской обоснованности решения о приостановке покрытия услуг.

Сроки обращения в эту организацию

- Вам необходимо связаться с организацией по улучшению качества обслуживания не позднее полудня дня, следующего за тем, в который вы получили письменное уведомление о приостановке покрытия вашего медицинского ухода.
- Если вы не свяжетесь с организацией по повышению качества обслуживания по вопросу вашей апелляции в срок, вы можете подать апелляцию непосредственно нам. Дополнительную информацию об этом способе подачи апелляции см. в разделе H4 на стр. 258.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Если организация по повышению качества обслуживания не рассмотрит ваш запрос на продление покрытия ваших медицинских услуг или вы считаете, что ваша ситуация является неотложной, подразумевает непосредственную и серьезную угрозу вашему здоровью, или вы испытываете значительную боль, вы также можете подать жалобу или попросить California Department of Managed Health Care (DMHC) провести независимую медицинскую экспертизу. Порядок подачи жалобы и запроса на проведение независимой медицинской экспертизы в DMHC описан в разделе E4 на стр. 220.

В юридической практике такое письменное уведомление называется «**Уведомлением о прекращении покрытия по программе Medicare**». Чтобы получить образец, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00, без выходных (звонки бесплатные), или 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (линия работает круглосуточно и без выходных). Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. С образцом уведомления вы также можете ознакомиться на веб-сайте www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Что происходит во время рассмотрения апелляции в организации по повышению качества обслуживания?

- Эксперты, работающие в организации по улучшению качества обслуживания, спросят вас (или вашего представителя) о том, почему вы считаете, что покрытие услуг должно продолжиться. Вам не нужно составлять какие-либо письменные заявления, но при желании вы можете это сделать.
- Когда вы подадите апелляцию, план должен будет направить вам и организации по улучшению качества обслуживания письмо с объяснением причин прекращения услуг.
- Эксперты организации также изучат вашу медицинскую документацию, побеседуют с вашим врачом и рассмотрят информацию, предоставленную им нашим планом.
- **В течение одного полного дня после получения всей необходимой информации эксперты сообщат вам о своем решении.** Вы получите письмо, в котором будет разъяснено принятое решение.

В юридической практике письмо с объяснением причин прекращения предоставление вам услуг называется «**подробным объяснением причин прекращения покрытия**».

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Что произойдет, если эксперты вынесут положительное решение?

- Если эксперты вынесут **положительное** решение по вашей апелляции, мы будем обязаны продолжать покрытие услуг, пока они необходимы по медицинским показаниям.

Что произойдет, если эксперты вынесут отрицательное решение?

- Если эксперты вынесут **отрицательное** решение по вашей апелляции, покрытие получаемых вами услуг будет прекращено в указанный нами день. Мы перестанем оплачивать нашу долю в расходах на эти услуги.
- Если вы решите продолжить получать медицинские услуги на дому, услуги центра квалифицированного сестринского ухода или многопрофильного амбулаторного реабилитационного учреждения (CORF) после даты прекращения их покрытия, вам придется самостоятельно оплатить их полную стоимость.

Н3. Апелляция уровня 2 для продолжения покрытия услуг

Если организация по повышению качества обслуживания **отклонит** вашу апелляцию, **но** вы решите продолжить получение ухода после окончания его покрытия, вы можете подать апелляцию уровня 2.

После подачи апелляции уровня 2 организация по повышению качества обслуживания еще раз рассмотрит решение, которое она приняла по апелляции уровня 1. Если эта организация оставит в силе решение по апелляции уровня 1, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость медицинского обслуживания на дому, услуг учреждения квалифицированного сестринского ухода или многопрофильного амбулаторного реабилитационного учреждения, полученных после назначенной даты прекращения покрытия.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



В штате Калифорния организацией по улучшению качества обслуживания является Livanta BFCC-QIO. Вы можете обратиться в Livanta BFCC-QIO по телефону 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Вы должны подать апелляцию уровня 2 **в течение 60 календарных дней** с даты получения **отрицательного** ответа от организации по повышению качества обслуживания по апелляции уровня 1. Вы можете подать эту апелляцию, только если продолжаете получать услуги после даты прекращения покрытия.

- Эксперты организации по повышению качества обслуживания еще раз тщательно изучат всю информацию, относящуюся к вашей апелляции.
- Организация по улучшению качества обслуживания вынесет решение по вашей апелляции в течение 14 календарных дней.

Краткие сведения: Как подать апелляцию уровня 2 для продолжения покрытия услуг

Позвоните в организацию по повышению качества обслуживания в вашем штате по номеру 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) и попросите о повторном пересмотре решения.

Это нужно сделать до того, как вы покинете учреждение, предоставляющее услуги (т. е. до запланированной даты выписки).

Что произойдет, если эксперты организации вынесут положительное решение?

- Мы должны будем оплатить свою часть расходов на услуги, полученные вами после указанной нами даты окончания покрытия. Мы должны будем продолжать покрывать расходы на медицинское обслуживание до тех пор, пока необходимость в нем сохраняется.

Что произойдет, если эксперты организации вынесут отрицательное решение?

- Это значит, что они согласны с решением, вынесенным по вашей апелляции уровня 1, и не будут его менять.
- В письме, которое вы получите, будет указано, что вы должны сделать, если хотите продолжить апелляционный процесс. В нем будут содержаться подробные сведения о том, как подать апелляцию уровня 3, которая будет рассматриваться судьей.
- Вы также можете подать жалобу и запрос в DMHC на проведение независимой медицинской экспертизы по вопросу о продлении покрытия вашего медицинского обслуживания. Порядок подачи запроса на проведение независимой медицинской экспертизы в DMHC описан в разделе E4 на стр. 220. Вы можете подать жалобу и попросить DMHC о проведении независимой медицинской экспертизы в дополнение к апелляции уровня 3 или вместо нее.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Н4. Что произойдет, если вы пропустите срок подачи апелляции уровня 1

Если вы пропустили сроки подачи апелляции, существует еще один способ запустить процедуру апелляции 1-го и 2-го уровней, который называется «альтернативной апелляцией». Однако первые два уровня апелляции в данном случае отличаются от обычных.

Подача альтернативной апелляции уровня 1 для продолжения покрытия услуг

Если вы не свяжетесь с организацией по улучшению качества обслуживания относительно вашей апелляции в срок, то можете подать апелляцию нам, запросив «ускоренный пересмотр». Ускоренный пересмотр – это апелляция, которая рассматривается в ускоренном порядке, а не в стандартные сроки.

- Мы проанализируем всю информацию о вашем медицинском обслуживании, получаемом на дому, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или в многопрофильном амбулаторном реабилитационном учреждении (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). Мы проверим, было ли решение о прекращении предоставления услуг обосновано и вынесено с соблюдением всех правил.
- Решение будет принято в ускоренные, а не в стандартные сроки. Мы оповестим вас о нашем решении в течение 72 часов после запроса «ускоренного пересмотра».
- **Если мы дадим положительный ответ** после ускоренного пересмотра, это значит, что мы согласны продолжать покрытие услуг, пока они остаются необходимыми по медицинским показаниям.
- Это также значит, что мы согласны возместить вам нашу долю в расходах на уход, который вы получили после назначенной даты прекращения покрытия.
- **Если мы дадим отрицательный ответ** после ускоренного пересмотра, это значит, что прекращение услуг признано обоснованным с медицинской точки зрения. Покрытие услуг прекратится в день, указанный изначально.

Краткие сведения: Как подать альтернативную апелляцию уровня 1

Позвоните в наш отдел обслуживания участников и запросите «ускоренный пересмотр решения».

Мы вынесем решение в течение 72 часов.

Если вы продолжите пользоваться услугами после даты, с которой мы прекратили их покрытие, **вам, возможно, придется оплатить полную стоимость** полученных услуг.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Чтобы убедиться в том, что мы соблюдали все правила, **отклонив** ваш запрос на ускоренное рассмотрение апелляции, мы отправим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию. При этом ваше дело автоматически переходит на уровень 2 процедуры рассмотрения апелляции.

В юридической практике под «срочным рассмотрением апелляции» понимается «ускоренный пересмотр решения» или «апелляция, требующая срочного рассмотрения».

Подача альтернативной апелляции уровня 2 для продолжения покрытия услуг

Мы отправим информацию по вашей апелляции уровня 2 в независимую экспертную организацию (IRE) в течение 24 часов с момента предоставления вам нашего решения по апелляции уровня 1. Если вы считаете, что мы нарушаем этот или другие сроки, вы можете подать жалобу. В разделе J на стр. 262 описана процедура подачи жалобы.

На уровне 2 апелляционного процесса независимая экспертная организация (IRE) рассмотрит **отрицательное** решение, которое мы вынесли по результатам ускоренного рассмотрения. Эта организация решит, следует ли изменить принятое нами решение.

- Независимая экспертная организация проведет ускоренное рассмотрение вашей апелляции. Как правило, эксперты дают ответ в течение 72 часов.
- Независимая экспертная организация нанимается программой Medicare. Она не связана с нашим планом и не является государственной организацией.
- Специалисты этой организации внимательно изучат все материалы по вашей апелляции.
- **Если IRE даст положительный ответ по апелляции**, то мы будем обязаны возместить нашу часть расходов на оплату медицинских услуг. Мы также будем обязаны продолжать покрывать услуги, предоставляемые вам в больнице, пока они будут необходимы с медицинской точки зрения.
- **Если эта организация даст отрицательный ответ** на апелляцию, это означает, что она согласна с нами в том, что прекращение покрытия услуг является обоснованным с медицинской точки зрения.

Краткие сведения: Как подать апелляцию уровня 2 с требованием, чтобы план продолжил оплату услуг

Вам не нужно ничего делать. План автоматически отправит вашу апелляцию в независимую экспертную организацию.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



В письме, которое вы получите из независимой экспертной организации, будут описаны ваши возможные действия на случай, если вы решите продолжить апелляционный процесс. В нем будут содержаться подробные сведения о том, как подать апелляцию уровня 3, которая будет рассматриваться судьей.

Вы также можете подать жалобу и запрос в DMHC на проведение независимой медицинской экспертизы по вопросу о продлении покрытия вашего медицинского обслуживания. Порядок подачи запроса на проведение независимой медицинской экспертизы в DMHC описан в разделе E4 на стр. 220. Вы можете подать жалобу и попросить о проведении независимой медицинской экспертизы в дополнение к апелляции уровня 3 или вместо нее.

I. Продолжение апелляционной процедуры после уровня 2

11. Дальнейшие действия в отношении услуг и принадлежностей, покрываемых по программе Medicare

Если вы подавали апелляции 1-го и 2-го уровней в отношении услуг или принадлежностей, покрываемых по программе Medicare, но обе они были отклонены, вы имеете право запросить рассмотрение вашей апелляции на дополнительных уровнях. В письме, которое вы получите из независимой экспертной организации будут описаны шаги, которые необходимо предпринять, если вы хотите продолжить апелляционный процесс.

Рассмотрение апелляций на уровне 3 проводится на слушании под председательством судьи по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ). Решения по апелляциям на уровне 3 принимаются судьей по административным делам или юристом-арбитром (attorney adjudicator). Если вы хотите, чтобы ваше дело рассмотрел судья по административным делам или юрист-арбитр, стоимость запрашиваемых препаратов должна быть не ниже установленного минимума (в долларах). Если эта сумма ниже минимального уровня, вы не можете подать апелляцию следующего уровня. Если стоимость (в долларах) достаточно высока, вы можете обратиться за рассмотрением дела к судье по административным делам или юристу-арбитру.

Если вы не согласны с решением судьи по административным делам или юриста-арбитра, вы можете обратиться в Совет по апелляциям Medicare (Medicare Appeals Council). После этого вы можете обратиться за рассмотрением апелляции в федеральный суд.

Если на любом этапе апелляционного процесса вам понадобится помощь, вы можете обратиться в программу Cal MediConnect Ombuds Program по номеру 1-855-501-3077.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



12. Дальнейшие действия в отношении услуг и принадлежностей, покрываемых по программе Medi-Cal

У вас также есть дополнительные права на обжалование принятых решений, если ваши апелляции касаются услуг и товаров, которые могут покрываться программой Medi-Cal. Если вы не согласны с решением, вынесенным в ходе разбирательства (слушания) на уровне штата, и вы хотите, чтобы ваше дело рассмотрел другой судья, вы можете подать запрос на проведение повторного слушания вашего дела и (или) проведение судебного пересмотра.

Чтобы попросить о проведении повторного слушания, отправьте письменный запрос (письмо) почтой по адресу:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Это письмо должно быть отправлено в течение 30 дней после того, как вы получили наше решение. Если у вас есть уважительная причина для пропуска срока, этот срок может быть продлен до 180 дней.

В запросе повторного слушания укажите дату получения вами нашего решения и причину, по которой вы настаиваете на проведении этого слушания. Если вы хотите предоставить дополнительные доказательства своей правоты, опишите их в этом письме и поясните, почему вы не предоставили их ранее, а также то, как они могут повлиять на изменение решения по вашему делу. Вы можете обратиться за помощью в юридическую фирму.

Чтобы попросить пересмотреть решение по вашему делу в порядке судебного надзора, вам следует подать петицию в Высший суд (согласно разделу 1094.5 Гражданского процессуального кодекса) в течение одного года после получения этого решения. Подавайте петицию в Высший суд округа, упомянутого в вашем решении. Вы можете подать эту петицию, не запрашивая повторного слушания. Платить за подачу запроса не нужно. Если суд решит дело в вашу пользу, возможно, вам будут возмещены расходы на гонорар адвоката и судебные издержки.

Если вы не согласны с решением, принятым после повторного слушания, то можете запросить проведение судебного надзора, однако вы не можете претендовать на еще одно повторное слушание.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Ж. Как подать жалобу

Ж1. Какие проблемы подлежат обжалованию

Процедура подачи жалоб используется только для определенных вопросов, связанных с качеством медицинского ухода, временем ожидания и обслуживанием клиентов. Ниже приводятся примеры проблем, к которым может быть применена процедура подачи жалобы.

Жалобы на качество обслуживания

- Вы недовольны качеством услуг, например больничным уходом.

Жалобы на несоблюдение конфиденциальности

- Вы считаете, что стали жертвой неуважительного отношения к вашему праву на неприкосновенность частной жизни, или кто-то обнародовал информацию о вас, которую вы считаете конфиденциальной.

Жалобы на плохое обслуживание

- Врач или медицинский персонал проявил по отношению к вам грубость или неуважение.
- Сотрудники плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan обошлись с вами ненадлежащим образом.
- Вы считаете, что вас вынуждают выйти из плана.

Жалобы на отсутствие доступа к услугам

- Вы физически не можете получить доступ к медицинским услугам и оборудованию в кабинете врача или другого поставщика услуг.
- Поставщик услуг не обеспечивает вам разумных условий, в которых вы нуждаетесь, например услугах перевода на американский язык жестов.

Жалобы на время ожидания

- Вам не удается записаться на прием или пришлось слишком долго его ждать.

Краткие сведения: Как подать жалобу

Вы можете подать как внутреннюю жалобу (в наш план), так и внешнюю (в стороннюю организацию).

Для подачи внутренней жалобы позвоните в отдел обслуживания участников или отправьте нам письмо, в котором опишите свою жалобу.

Внешнюю жалобу можно подать в одну из нескольких организаций. См. дополнительную информацию в разделе J3 на стр. 265.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Вы подолгу ждете, пока вас обслужат врачи, сотрудники аптек, другие специалисты сферы здравоохранения, сотрудники отдела обслуживания участников или другой персонал плана.

Жалобы на антисанитарные условия

- Вы считаете, что в клинике, больнице или кабинете врача антисанитарные условия.

Жалобы на отсутствие переводчика

- Врач или другой поставщик услуг не предоставляет вам переводчика во время вашего визита.

Жалобы на ненадлежащую коммуникацию

- Вы считаете, что мы не прислали вам уведомление или письмо, которое вы должны были получить.
- Вы считаете, что материалы, которые мы вам отправили, слишком трудно понять.

Жалобы на несвоевременность наших действий, связанных с решениями о страховом покрытии или апелляциями

- Вы считаете, что мы не укладываемся в сроки вынесения решения о страховом покрытии или ответа на апелляцию.
- Вы считаете, что после вынесения положительного решения о покрытии или решения по апелляции мы не соблюдаем сроки выдачи вам разрешения, предоставления услуги или возмещения оплаты за определенные медицинские услуги.
- Вы считаете, что мы не передали ваше дело на рассмотрение в независимую экспертную организацию в положенные сроки.

В юридической практике «жалоба» именуется «претензией».

«Подача жалобы» – это «обращение с претензией».

Существуют ли несколько видов жалоб?

Да. Вы можете подать внутреннюю и (или) внешнюю жалобу. Внутренняя жалоба подается в наш план и рассматривается им. Внешняя жалоба подается в организацию, не связанную с нашим планом, и рассматривается ею. Если вы не знаете, какую

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



жалобу вам подать, внутреннюю или внешнюю, вы можете позвонить в программу омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program по номеру 1-855-501-3077.

J2. Внутренние жалобы

Чтобы оформить внутреннюю жалобу, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711). Любую жалобу, не касающуюся препаратов по части D, можно подать в любое время. Если жалоба касается препаратов по части D, ее необходимо подать **в течение 60 календарных дней** после обнаружения проблемы, указанной в жалобе.

- Если вам потребуется осуществить какие-либо дополнительные действия, сотрудники отдела обслуживания участников сообщат вам об этом.
- Вы также можете оформить жалобу в письменном виде и отправить ее нам. Если вы оформляете жалобу в письменном виде, мы ответим вам также в письменном виде.
- Мы дадим вам знать о том, что получили вашу письменную жалобу, в течение пяти (5) дней после ее получения. Мы проведем обзор вашего дела. В рамках этого обзора мы можем запросить вашу медицинскую документацию. Мы отправим вам ответ на вашу жалобу в течение тридцати (30) дней со дня ее получения. Мы должны рассмотреть жалобу в кратчайшие сроки с учетом вашего состояния здоровья, но не позднее чем в течение тридцати (30) дней с даты ее получения. Мы можем продлить срок до четырнадцати (14) дней, если вы попросите о его продлении или если мы со своей стороны обоснуем необходимость продления срока для получения дополнительной информации и докажем, что эта отсрочка — в ваших же интересах.
- Если вы подаете жалобу, потому что вам было отказано в «ускоренном вынесении решения о страховом покрытии» или в «срочном рассмотрении апелляции», мы автоматически обеспечим вам «срочное рассмотрение жалобы». «Срочное рассмотрение жалобы» означает, что вы получите ответ в течение 24 часов.
- Жалобы относительно препаратов, покрываемых по части D программы Medicare, необходимо подавать в течение 60 календарных дней после обнаружения проблемы, указанной в жалобе. Все другие виды жалоб должны подаваться нам или поставщикам услуг в течение 60 календарных дней со дня, когда произошел инцидент или действие, которое вызвало ваше недовольство.
- Вы постараемся разрешить проблему, о которой вы сообщили нам по телефону, в кратчайшие сроки. Если мы не сможем решить вашу проблему до наступления

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



следующего рабочего дня, то пришлем вам письмо в течение пяти календарных дней с даты получения вашей жалобы, чтобы подтвердить, что мы ее получили.

- Если у вас возникла срочная проблема (не связанная с отказом в предоставлении покрытия), которая представляет непосредственную и серьезную угрозу для вашего здоровья, вы можете подать просьбу об ускоренном рассмотрении жалобы, и мы ответим вам в течение 72 часов.

В юридической практике под «срочным рассмотрением жалобы» понимается «рассмотрение претензии в ускоренном порядке».

По возможности ответ будет дан незамедлительно. Если вы обращаетесь к нам с жалобой по телефону, возможно, ответ будет дан в ходе этого телефонного разговора. Если по состоянию вашего здоровья вам требуется быстрый ответ, мы предоставим его.

- На большинство жалоб ответ дается в течение 30 календарных дней. Если нам понадобится дополнительная информация и мы не сможем вынести решения в течение 30 календарных дней, мы письменно уведомим вас об этом. Мы также укажем, на какой стадии находится рассмотрение вашего дела и каковы примерные сроки предоставления ответа.
- Если вы подаете жалобу, потому что вам было отказано в «ускоренном вынесении решения о страховом покрытии» или «срочном рассмотрении апелляции», мы автоматически рассмотрим жалобу по ускоренной процедуре и сообщим вам о решении в течение 24 часов.
- Если вы подаете жалобу, потому что нам потребовалось дополнительное время на вынесение решения о страховом покрытии, мы автоматически рассмотрим жалобу по ускоренной процедуре и сообщим вам о решении в течение 24 часов.
- **Если мы не согласимся** со всеми или некоторыми пунктами вашей жалобы, то сообщим вам об этом и поясним причины такого решения. Мы обязаны дать ответ на жалобу независимо от того, согласны мы с ней или нет.

J3. Внешние жалобы

Вы можете подать жалобу в Medicare

Вы можете подать жалобу в программу Medicare. Форму для жалоб программы Medicare можно загрузить на веб-сайте www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

В программе Medicare с полной серьезностью относятся к поступающим жалобам, и полученная информация используется для повышения качества программы Medicare.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Если вы желаете оставить отзыв, у вас есть вопросы или если вам кажется, что план не реагирует на ваши проблемы, позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Звонок бесплатный.

Вы можете подать жалобу в Medi-Cal

Программа омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program также помогает в решении различных проблем, применяя объективный подход, чтобы убедиться, что наши участники получают все покрываемые услуги, которые мы обязаны предоставлять. Программа омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program не связана с нами, со страховыми компаниями и планами медицинского страхования.

Номер телефона программы Cal MediConnect Ombuds Program: 1-855-501-3077. Услуги предоставляются бесплатно.

Вы можете подать жалобу в California Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care (DMHC) осуществляет контроль за планами медицинского страхования. Вы можете позвонить в центр помощи DMHC и сообщить о жалобе на услуги Medi-Cal. Вы можете обратиться в DMHC, если вам необходима помощь относительно жалобы, касающейся срочного вопроса или связанной с серьезной угрозой вашему здоровью, если вы испытываете значительную боль, если вы не согласны с решением нашего плана по вашей жалобе или если наш план не рассмотрел вашу жалобу в течение 30 календарных дней.

Помощь от справочного центра можно получить двумя способами:

- Звоните по номеру 1-888-466-2219. Глухие, слабослышащие люди и люди с нарушениями речи могут воспользоваться бесплатной линией TDD: 1-877-688-9891. Звонок бесплатный.
- Посетите сайт Department of Managed Health Care (www.dmhc.ca.gov).

Вы можете подать жалобу в Office for Civil Rights

Если вы считаете, что с вами обошлись несправедливо, вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) Министерства здравоохранения и социального обеспечения (Department of Health and Human Services). Например, вы можете пожаловаться на отсутствие доступа для инвалидов или отсутствие услуг перевода. Телефон Управления по гражданским правам: 1-800-368-1019. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-537-7697. Более подробную информацию можно также найти на сайте www.hhs.gov/ocr.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Кроме того, вы можете написать или позвонить в местное отделение Office for Civil Rights по адресу:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Отдел обслуживания клиентов: (800) 368-1019
Факс: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov.

Кроме того, у вас могут быть права, предусмотренные Законом о защите прав американцев с ограниченными физическими возможностями (Americans with Disability Act), а также поправками к нему (ADA Amendments Act of 2008 (P.L. 110-325)). Вы можете обратиться за помощью в программу омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program. Номер телефона: 1-855-501-3077.

Вы можете подать жалобу в организацию по улучшению качества обслуживания

Если ваша жалоба касается качества ухода, у вас есть два возможных варианта.

- По желанию вы можете подать жалобу о качестве получаемого ухода непосредственно в организацию по повышению качества обслуживания (не подавая жалобу нам).
- Вы можете подать жалобу нам, а также в организацию по повышению качества обслуживания. В этом случае ваша жалоба будет рассмотрена совместно нами и этой организацией.

Организация по улучшению качества обслуживания – это группа практикующих врачей и других специалистов сферы здравоохранения, деятельность которых финансируется федеральным правительством в целях проверки и повышения качества обслуживания участников программы Medicare. Подробнее об организации по повышению качества обслуживания см. в главе 2.

В штате Калифорния организацией по улучшению качества обслуживания является Livanta BFCC-QIO. Телефон Livanta BFCC-QIO: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Глава 10: Выход из плана Cal MediConnect

Введение

В этой главе описаны способы прекращения участия в нашем плане Cal MediConnect и варианты медицинского страхования после выхода из нашего плана. В случае выхода из нашего плана ваше участие в программах Medicare и Medicaid не прекратится. Основные термины и их определения предлагаются в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Содержание

A. Когда можно завершить участие в нашем плане Cal MediConnect.....	269
B. Как выйти из нашего плана Cal MediConnect.....	270
C. Как перейти в другой план Cal MediConnect	271
D. Как получать услуги по программам Medicare и Medi-Cal отдельно.....	271
D1. Варианты получения льгот Medicare.....	271
D2. Варианты получения льгот Medi-Cal.....	275
E. Вы будете продолжать получать медицинские услуги и препараты по нашему плану до даты завершения участия в нем.....	275
F. Другие ситуации, когда ваше участие в нашем плане Cal MediConnect прекратится	276
G. Правила, запрещающие нам просить вас прекратить участие в плане Cal MediConnect по причинам, связанным с вашим здоровьем	277
H. У вас есть право подать жалобу, если мы прекращаем ваше участие в плане.....	278
I. Где можно получить дополнительную информацию о завершении участия в плане.....	278

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



А. Когда можно завершить участие в нашем плане Cal MediConnect

Вы можете прекратить участие в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) в любое время в течение года, зарегистрировавшись в другом плане Medicare Advantage Plan или Cal MediConnect или перейдя в Original Medicare.

Ваше участие завершается в последний день месяца после получения вашего запроса на смену плана. Например, если мы получили такой запрос 18 января, страховое покрытие по нашему плану завершится 31 января. Новое страховое покрытие начнет действовать с первого дня следующего месяца (т. е. с 1 февраля в этом примере).

Если вы завершаете участие в нашем плане, вы будете переведены на другой план, управляемый программой Medi-Cal. Вы также можете перейти на план Cal MediConnect. При выходе из нашего плана вы также сможете выбрать подходящий для вас способ получения льгот Medicare. Если вы желаете прекратить участие в нашем плане, вы можете найти информацию:

- О вариантах получения льгот Medicare в таблице на стр. 274.
- О вариантах получения льгот Medi-Cal представлены на стр. 277.

Ниже приводится информация о том, куда вы можете позвонить, чтобы получить дополнительную информацию о порядке выхода из плана.

- Отдел обслуживания участников: 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Организация Health Care Options: 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-800-430-7077.
- Позвоните в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) штата Калифорния по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Дополнительную информацию и адрес местного отделения HICAP можно найти на сайте www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Позвоните в программу омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program по номеру 1-855-501-3077 с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-855-847-7914.
- Звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно и в любой день недели. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы участвуете в программе управления медикаментозной терапией (drug management program), то, возможно, вы не сможете сменить план. Чтобы узнать подробнее о программах управления медикаментозной терапией, см. главу 5.

В. Как выйти из нашего плана Cal MediConnect

Если вы решили завершить участие, сообщите в Medi-Cal или Medicare, что вы хотите выйти из плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

- Позвоните в организацию Health Care Options по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-430-7077; ИЛИ
- Позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ (людям с нарушениями слуха и речи) следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Позвонив по номеру 1-800-MEDICARE, вы также сможете зарегистрироваться в другом плане медицинского страхования или покрытия препаратов по программе Medicare. Более подробная информация о пользовании услугами Medicare после выхода из нашего плана приведена в таблице на стр. 274.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



С. Как перейти в другой план Cal MediConnect

Если вы хотите продолжать получать льготы, предусмотренными программами Medicare и Medi-Cal, в рамках одного плана, вы можете выбрать другой план Cal MediConnect.

Чтобы зарегистрироваться в другом плане Cal MediConnect:

- Позвоните в организацию Health Care Options по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-430-7077. Сообщите, что вы хотите завершить участие в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и перейти в другой план Cal MediConnect. Если вы еще не определились с выбором другого плана, вам подскажут, какие еще планы есть в вашем регионе.

Ваше страховое покрытие по плану Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan завершится в последний день месяца, в который мы получили ваш запрос о выходе.

D. Как получать услуги по программам Medicare и Medi-Cal отдельно

Если вы не хотите регистрироваться в другом плане Cal MediConnect после выхода из плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, вы будете снова получать услуги Medicare и Medi-Cal отдельно.

D1. Варианты получения льгот Medicare

Вы можете выбрать, как получать льготы Medicare.

У вас будет три варианта получения услуг Medicare. Выбирая один из этих вариантов, вы автоматически прекращаете участие в плане Cal MediConnect.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



<p>1. Вы можете перейти:</p> <p>В план медицинского страхования Medicare, например план Medicare Advantage, или, если вы отвечаете соответствующим требованиям и проживаете на территории обслуживания, в программу комплексного обслуживания лиц пожилого возраста Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).</p>	<p>Для этого:</p> <p>Обращайтесь в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.</p> <p>С вопросами о программе PACE обращайтесь по телефону 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Если вам нужна помощь или дополнительная информация:</p> <ul style="list-style-type: none">• Позвоните в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Дополнительную информацию и адрес местного отделения HICAP можно найти на сайте www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Ваша регистрация в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan будет автоматически прекращена, когда начнет действовать покрытие нового плана.</p>
---	---

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



<p>2. Вы можете перейти:</p> <p>В программу Original Medicare, включающую отдельный план Medicare по страховому покрытию рецептурных препаратов</p>	<p>Для этого:</p> <p>Обращайтесь в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.</p> <p>Если вам нужна помощь или дополнительная информация:</p> <ul style="list-style-type: none">• Позвоните в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Дополнительную информацию и адрес местного отделения HICAP можно найти на сайте www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Ваша регистрация в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan будет автоматически прекращена, когда начнет действовать покрытие по программе Original Medicare.</p>
---	--

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



3. Вы можете перейти:**В программу Original Medicare без отдельного плана Medicare по страховому покрытию рецептурных препаратов**

ПРИМЕЧАНИЕ. При переходе в программу Original Medicare без регистрации в отдельном плане Medicare, покрывающем стоимость рецептурных препаратов, Medicare может автоматически зарегистрировать вас в плане, покрывающем стоимость рецептурных препаратов, если вы не сообщите Medicare, что не желаете в него вступить.

Выходить из плана, покрывающего рецептурные препараты, следует только в том случае, если у вас есть медицинская страховка, покрывающая стоимость лекарств, которую вы получили из другого источника, например от работодателя или профсоюза. Если у вас есть вопросы о том, нужно ли вам страховое покрытие препаратов, позвоните в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) штата Калифорния по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Дополнительную информацию и адрес местного отделения HICAP можно найти на сайте www.aging.ca.gov/HICAP/.

Для этого:

Обращайтесь в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если вам нужна помощь или дополнительная информация:

- Позвоните в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Дополнительную информацию и адрес местного отделения HICAP можно найти на сайте www.aging.ca.gov/HICAP/.

Ваша регистрация в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan будет автоматически прекращена, когда начнет действовать покрытие по программе Original Medicare.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



D2. Варианты получения льгот Medi-Cal

Если вы выйдете из плана Cal MediConnect, то будете зарегистрированы в плане управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal на ваш выбор.

Услуги Medi-Cal включают большинство услуг долгосрочного ухода и поддержки, а также услуги по охране психического здоровья.

Если вы просите о выходе из плана Cal MediConnect, вы должны будете сообщить Health Care Options, в какой план управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal вы хотите перейти.

- Позвоните в организацию Health Care Options по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-430-7077. Сообщите, что вы хотите завершить участие в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и перейти в план управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal. Если вы еще не определились с выбором другого плана, вам подскажут, какие еще планы есть в вашем регионе.

Когда вы покинете план Cal MediConnect, вам выдадут новую идентификационную карту участника, новый *Справочник участника*, а также *Справочник поставщиков услуг и аптек* вашего нового плана Medi-Cal.

E. Вы будете продолжать получать медицинские услуги и препараты по нашему плану до даты завершения участия в нем

Если вы подадите заявление о прекращении участия в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, то, прежде чем закончится ваша регистрация в нем и начнет действовать новое страховое покрытие в рамках Medicare и Medi-Cal, может пройти некоторое время. Подробнее об этом см. на стр. 218. В течение этого времени вы сможете продолжать получать услуги и препараты в рамках нашего плана.

- **Для получения рецептурных препаратов вы должны пользоваться услугами аптек, входящих в сеть нашего плана.** Как правило, расходы на рецептурные препараты покрываются только в том случае, если они получены в аптеке, входящей в сеть нашего плана; это относится и к услугам заказа препаратов по почте.
- **Если вы будете госпитализированы в день завершения участия, пребывание в больнице, как правило, покрывается нашим планом Cal MediConnect вплоть до даты выписки.** Это будет сделано даже если ваш новый план медицинского страхования начнет действовать до даты вашей выписки из больницы.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Ф. Другие ситуации, когда ваше участие в нашем плане Cal MediConnect прекратится

Ниже перечислены случаи, когда мы вынуждены исключать участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Если возникает перерыв в покрытии по части А и части В программы Medicare.
- Если вы больше не удовлетворяете критериям участия в программе Medi-Cal. Наш план предназначен для людей, которые имеют право на участие и в Medicare, и в Medi-Cal. Department of HealthCare Services (DHCS) или центры по предоставлению услуг Medicare и Medicaid (CMS) могут исключить вас, если будет установлено, что вы не имеете права на участие в этих программах.
- Если вы переезжаете за пределы территории обслуживания.
- Если вы отсутствуете на территории обслуживания более шести месяцев.
 - Если вы переезжаете или отправляетесь в долгосрочную поездку, вам необходимо обратиться в отдел обслуживания участников и узнать, входит ли регион, в который вы переезжаете или отправляетесь, в территорию обслуживания нашего плана.
- Если вы отбываете срок наказания в тюрьме или ином исправительном учреждении в связи с совершением уголовного преступления.
- Если вы предоставляете ложную или неполную информацию о других страховках, которыми вы пользуетесь и которые предоставляют покрытие рецептурных препаратов.
- Отсутствие гражданства США или нелегальное проживание на территории страны.

Для участия в нашем плане вы должны иметь гражданство США или постоянно проживать в США на законных основаниях. Центры услуг Medicare и Medicaid уведомят нас, если вы не имеете права оставаться в плане по этим причинам, и нам придется вас исключить.

Если вы больше не отвечаете критериям участия в программе Medi-Cal или произошли изменения, которые лишают вас права на участие в программе Cal MediConnect, вы сможете продолжать получать льготы по плану Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan в течение дополнительного периода продолжительностью два месяца. Если вы считаете, что по-прежнему удовлетворяете критериям участия, то этот дополнительный период позволит вам представить подтверждающую информацию. Вы

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



получите от нас уведомление о том, что вы больше не имеете права на участие. В этом уведомлении будут также содержаться инструкции, как представить информацию о том, что вы по-прежнему соответствуете критериям участия.

- Чтобы вы могли продолжить участие в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, вы должны вновь обеспечить соответствие критериям участия до завершения двухмесячного периода.
- Если информация о соответствии критериям участия не будет представлена до завершения двухмесячного периода, вы будете исключены из плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Мы можем исключить вас из плана только по следующим причинам и только после получения предварительного разрешения от Medicare и Medi-Cal:

- Если вы намеренно предоставляете нам неправильную информацию при регистрации в плане, и эта информация влияет на ваше право участия в нем.
- Если вы постоянно проявляете признаки агрессивного поведения, затрудняющего предоставление медицинского ухода вам и другим участникам плана.
- Если вы позволяете другим людям пользоваться своей идентификационной карточкой участника для получения медицинского ухода.
 - Если ваше участие в плане прекращено по этой причине, Medicare может направить ваше дело на расследование в офис Главного инспектора.

Г. Правила, запрещающие нам просить вас прекратить участие в плане Cal MediConnect по причинам, связанным с вашим здоровьем

Если вам кажется, что вас просят прекратить участие в плане по причине, связанной с вашим здоровьем, **обратитесь в Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Звонки принимаются круглосуточно и без выходных.

Позвоните также в программу омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program по номеру 1-855-501-3077 с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-855-847-7914.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Н. У вас есть право подать жалобу, если мы прекращаем ваше участие в плане

Если мы прекращаем ваше участие в плане Cal MediConnect, мы обязаны сообщить вам об этом в письменном виде и пояснить причину. Кроме того, мы обязаны объяснить вам, как можно обжаловать наше решение о прекращении вашего участия. Для получения дополнительной информации о порядке подачи жалоб см. главу 9, раздел J.

I. Где можно получить дополнительную информацию о завершении участия в плане

Если у вас есть вопросы или вам нужна дополнительная информация о том, когда мы можем прекратить ваше участие:

- Позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Позвоните в организацию Health Care Options по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-800-430-7077.
- Позвоните в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Дополнительную информацию и адрес местного отделения HICAP можно найти на сайте www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Позвоните в программу омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program по номеру 1-855-501-3077 с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-855-847-7914.
- Позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Глава 11. Правовые уведомления

Введение

В этой главе приведены правовые уведомления, касающиеся вашего участия в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Основные термины и их определения предлагаются в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

L. Содержание

A. Положение о законах.....	280
B. Положение о неприемлемости дискриминации	280
C. Положение о Medicare как втором плательщике и Medi-Cal как плательщике последней инстанции	281
D. Положение об ответственности третьих сторон.....	281
E. Уведомление о запрете дискриминации	283

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



А. Положение о законах

К данному *Справочнику участника* плана применим целый ряд законов. Эти законы могут влиять на ваши права и обязанности, даже если закон не включен в текст этого документа и не объяснен в нем. Основными законами, применяемыми к этому справочнику, являются федеральные законы о программах Medicare и Medi-Cal. Могут также применяться другие федеральные законы и законы штата.

В. Положение о неприемлемости дискриминации

Все компании и агентства, сотрудничающие с Medicare и Medi-Cal, обязаны соблюдать законы, защищающие пациентов от дискриминации и несправедливого обращения. Мы не допускаем дискриминации по признакам возраста, опыта подачи претензий, цвета кожи, этнической принадлежности, страховой приемлемости, гендерной идентичности, генетической информации, места проживания в пределах территории обслуживания, состояния здоровья, анамнеза, психических или физических ограничений, национального происхождения, расы, религиозных взглядов или пола. Кроме того, мы не допускаем дискриминации или особого обращения в связи с вашим происхождением, семейным положением или сексуальной ориентацией.

Для получения дополнительной информации и при наличии подозрений на дискриминацию и несправедливое отношение:

- Звоните в Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, по номеру 1-800-368-1019. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-537-7697. Более подробную информацию можно также найти на сайте www.hhs.gov/ocr.

Позвоните в местное представительство 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

Отдел обслуживания клиентов: (800) 368-1019

Факс: (202) 619-3818

ТТУ: (800) 537-7697

Email: ocrmail@hhs.gov

Если у вас имеется инвалидность и вам нужна помощь в получении доступа к медицинским услугам или в поддержании связи с поставщиком медицинских услуг, позвоните в отдел

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



обслуживания участников. Если у вас есть жалоба, например на наличие проблем с доступном на инвалидном кресле, вам может помочь отдел обслуживания участников.

С. Положение о Medicare как плательщике второй очереди и Medi-Cal как плательщике последней инстанции

В некоторых случаях предоставляемые нами услуги оплачиваются сперва не нами, а третьими сторонами. Например, если вы попали в ДТП или получили травму на работе, ответственность за оплату будет нести в первую очередь автостраховщик (в случае ДТП) или программа компенсаций работникам за травмы на рабочем месте.

Мы имеем право и обязанность взимать плату за покрываемые услуги Medicare, для которых Medicare не является плательщиком первой очереди.

Программа Cal MediConnect соответствует требованиям законов штата и федеральных законов, а также нормативных актов, относящихся к правовой ответственности третьих сторон, которые применяются для организаций, предоставляющих медицинские услуги участникам. Мы примем все разумные меры, чтобы добиться того, чтобы программа Medi-Cal была плательщиком последней инстанции.

Д. Положение об ответственности третьих сторон

Если у вас травма или болезнь, за которые несет ответственность третья сторона и которые возникли в результате непреднамеренного или преднамеренного действия или бездействия, то мы отправим вам резюме разумных расходов на услуги, предоставленные вам в связи с этой травмой или болезнью. Расчет расходов будет производиться согласно описанию, приведенному ниже. Однако вам не потребуется ничего платить нам до того, как будет установлено, кто несет финансовую ответственность, в ходе досудебного урегулирования спора, судебного разбирательства или другого процесса.

Если вы получите какую-либо сумму от ответственной третьей стороны, вы обязаны немедленно сообщить нам об этом. В таком случае третья сторона должна возместить нам эту сумму согласно расходам, указанным в резюме, которое мы вам отправили. На эту сумму установлены ограничения, описанные в последующих абзацах.

а) Сумма залога рассчитывается следующим образом.

- i. За медицинские услуги, не предоставляемые на основе подушной ставки, – сумма, выплаченная планом, медицинской группой или объединением, осуществляющим независимую практику в сфере здравоохранения поставщику, оказавшему медицинские услуги; или
- ii. Если услуги были предоставлены на основе подушной ставки – восемьдесят процентов (80%) от стандартной и принятой платы за те же самые услуги, предоставленные не на

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



основе подушной ставки в том же географическом районе, где были предоставлены эти услуги.

- iii. Если вам были предоставлены услуги, оплачиваемые и по подушной, и не по подушной ставкам, а ваш контрактный поставщик услуг по подушной системе платит за услуги, не включенные в подушную систему, то любой такой залог не может превышать:
 - (i) разумную сумму, выплаченную для подтверждения взноса, и
 - (ii) сумму, определенную согласно пунктам «а» и «b» выше.
- b) Максимальный размер залога, который мы сможем возместить, подлежит следующим ограничениям.
 - i. Если вы задействовали адвоката, то залог не может превышать наименьшую из следующих сумм:
 - (i) максимальная сумма, определенная выше в пункте 1;
 - (ii) одна треть (1/3) суммы денежных средств, которую вы имеете право получить согласно вступившему в законную силу решению суда, компромиссному соглашению или соглашению об урегулировании претензий.
 - ii. Если вы не задействовали адвоката, то залог не может превышать наименьшую из следующих сумм:
 - (i) максимальная сумма, определенная выше в пункте 1;
 - (ii) одна вторая (1/2) суммы денежных средств, которую вы имеете право получить согласно вступившему в законную силу решению суда, компромиссному соглашению или соглашению об урегулировании претензий.
- c) В дальнейшем наши залоговые суммы подлежат следующим сокращениям:
 - i. Если судья, присяжные или арбитр придут к особому выводу, что вы были частично виновны, сумма возмещаемого нами залога будет снижена на такой же сравнительный процент вины, на какой была уменьшена сумма вашего возмещения.
 - ii. Уменьшение суммы пропорционально гонорару вашего адвоката (если таковой имелся) и издержек.

Описанные выше правила расчета залога не применяются к залогам программы компенсаций работникам за травмы на рабочем месте.

С учетом описанных выше ограничений вы передаете плану Blue Shield of California Promise Health Plan право на любые суммы, полученные в результате урегулирования спора, по приговору или решению суда, а также право требовать их возмещения и наложения ареста на имущество. Мы можем потребовать, чтобы вы предоставили составленные и подписанные документы, а также информацию, необходимую для установления уступки права, иска о

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



возмещении убытков или ущерба либо залога, чтобы подтвердить ваше право на получение возмещения.

Также мы, согласно договору, передали поставщикам право перенимать права на залог у третьих сторон против наших участников за медицинское обслуживание, которое поставщик им предоставил, или содействовал в предоставлении.

Контрактные медицинские группы, терапевты и объединения, осуществляющие независимую практику в сфере здравоохранения, заявляющие о залоговых правах против наших участников, должны делать это в соответствии с процедурами, изложенными выше.

Е. Уведомление о запрете дискриминации

Дискриминация запрещена законом

План Blue Shield of California Promise Health Plan соблюдает законы штата и федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации, исключения людей или особого к ним отношения по признакам расы, цвета кожи, национальности, этнического происхождения, состояния здоровья, генетической информации, происхождения, религии, пола, семейного положения, гендера, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возраста и наличия инвалидности в силу психического или физического заболевания.

План Blue Shield of California Promise Health Plan предоставляет:

- лицам с ограниченными возможностями здоровья бесплатные услуги, помогающие им общаться с нами и получать от нас информацию, например:
 - квалифицированные услуги сурдоперевода;
 - изложенную письменно информацию в других форматах (крупный шрифт, аудиозапись, доступные электронные и другие форматы);
- Предоставляет лицам, для которых английский язык не является родным, бесплатные услуги перевода, в том числе:
 - квалифицированные услуги устного перевода;
 - информацию в письменном виде на других языках.

Если вы нуждаетесь в указанных услугах, свяжитесь с координатором по вопросам гражданских прав плана Blue Shield of California Promise Health Plan.

Если вы считаете, что план Blue Shield of California Promise Health Plan не предоставил вам указанные услуги или иным образом допустил дискриминацию по признакам расы, цвета кожи, национальности, этнического происхождения, состояния здоровья, генетической информации, происхождения, религии, пола, семейного положения, гендера, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возраста или наличия инвалидности в силу психического или физического заболевания, вы можете подать жалобу по адресу:

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Телефон: (844) 883-2233 (TTY: 711)
Факс: (323) 889-2228
Электронная почта: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

Вы можете подать жалобу лично или отправить ее по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь в подаче претензии, свяжитесь с координатором по гражданским правам (Civil Rights Coordinator).

Кроме того, вы можете направить жалобу на нарушение гражданских прав в U.S. Department of Health and Human Services (Министерство здравоохранения и социального обеспечения США), Office for Civil Rights (Управление по гражданским правам), в электронной форме на портале приема жалоб Office for Civil Rights Complaint Portal по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, а также по почте или по телефону:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201 (США)
1-800-368-1019, (TTY 800-537-7697)

Бланк жалобы опубликован по адресу: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Глава 12. Определения важных терминов

Введение

В этой главе предлагаются основные термины, используемые в *Справочнике участника*, и их определения. Термины приводятся в алфавитном порядке. Если вы не можете найти нужный вам термин или вам требуется более подробная информация, чем содержится в определении термина, обратитесь в отдел обслуживания участников.

Cal MediConnect. Программа, которая покрывает льготы Medicare и Medi-Cal в составе одного плана. Участники таких планов пользуются одной идентификационной картой для получения всех покрываемых льгот.

Care Plan Optional Services (Услуги СПО). Дополнительные услуги, которые не являются обязательными согласно вашему индивидуальному плану обслуживания (ICP). Они не заменяют собой услуги долгосрочного ухода и поддержки, на которые вы имеете право по программе Medi-Cal.

Medi-Cal. Это название программы Medicaid в штате Калифорния. Программа Medi-Cal реализуется штатом и оплачивается правительством штата и федеральным правительством.

- Она помогает людям с ограниченным доходом и ресурсами оплатить долгосрочные услуги и помощь, а также покрыть медицинские расходы.
- По этой программе также оплачиваются дополнительные услуги и некоторые лекарства, не покрываемые программой Medicare.
- Программы Medicaid в разных штатах различаются, однако все они покрывают большинство расходов на медицинское обслуживание, если вы имеете право на участие и в Medicare, и в Medicaid.
- Контактные данные Medi-Cal указаны в разделе H главы 2.

Medicare, часть A (Medicare Part A). Программа Medicare, покрывающая большинство необходимых по медицинским показаниям услуг больниц, учреждений квалифицированного сестринского ухода, медицинского ухода на дому и услуг хосписа.

Medicare, часть B (Medicare Part B). Программа Medicare, покрывающая услуги (лабораторные анализы, операции, посещения врачей и т. п.) и принадлежности (такие как кресла-каталки и ходунки), которые необходимы по медицинским показаниям для лечения конкретного заболевания или состояния. Часть B Medicare также покрывает многие услуги по профилактике и диагностике.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Medicare, часть D (Medicare Part D). Программа Medicare, предоставляющая льготы на рецептурные препараты. Для краткости мы называем эту программу «часть D». Часть D покрывает препараты, отпускаемые по рецепту, вакцины и некоторые товары для амбулаторных больных, которые не покрываются частями A и B Medicare или программой Medi-Cal. План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan включает Medicare, часть D.

Medicare, часть C (Medicare Part C). Программа Medicare, позволяющая частным страховым компаниям предоставлять льготы Medicare в рамках плана Medicare Advantage.

Medicare: Федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет и старше, а также некоторых лиц в возрасте до 65 лет, имеющих некоторые категории инвалидности, а также для лиц с терминальной стадией почечной недостаточности (как правило, с хронической почечной недостаточностью, при которой требуется диализ или пересадка почки). Лица, застрахованные по программе Medicare, могут получить страховое покрытие по программе Original Medicare или плану управляемого медицинского обслуживания (смотрите описание термина «План медицинского страхования»).

Original Medicare, традиционная программа Medicare или программа Fee-For-Service Medicare (Original Medicare, traditional Medicare или fee-for-service Medicare). Программа Original Medicare предлагается федеральным правительством. По программе Original Medicare покрытие услуг Medicare осуществляется путем выплат врачам, больницам и прочим поставщикам медицинских услуг сумм, установленных Конгрессом.

- Вы можете обратиться в любую больницу, к любому врачу или другому поставщику медицинских услуг, принимающему страховку Medicare. Программа Original Medicare состоит из двух частей: часть A (страхование больничных расходов) и часть B (медицинское страхование).
- Программа Original Medicare предоставляется на всей территории Соединенных Штатов.
- Если вы не хотите участвовать в нашем плане, то можете перейти в программу Original Medicare.

Амбулаторный хирургический центр (Ambulatory surgical center). Учреждение, в котором проводятся амбулаторные операции пациентам, не нуждающимся в больничном уходе и уходе в течение более чем 24 часов.

Апелляция (Appeal). Процедура обжалования принятого нами решения, которое вы считаете неверным. Вы можете попросить нас изменить решение о страховом покрытии, подав апелляцию. Определение апелляции и способы ее подачи приведены в главе 9, раздел E.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Аптека, входящая в сеть плана (Network pharmacy). Аптека, которая согласилась отпускать рецептурные препараты участникам нашего плана. Эти аптеки называются «входящими в сеть», поскольку они заключили договор с нашим планом. В большинстве случаев план оплачивает рецептурные препараты, только если вы получаете их в одной из аптек, входящих в сеть нашего плана.

Аптека, не входящая в сеть плана (Out-of-network pharmacy). Аптека, которая не заключила контракт с нашим планом на координацию или предоставление покрываемых препаратов участникам нашего плана. Большинство препаратов, приобретенных вами в аптеке, не входящей в сеть, не покрывается нашим планом, за исключением определенных обстоятельств.

Безрецептурные препараты (Over-the-counter, OTC). Термин «безрецептурные препараты» относится к любым препаратам или лекарствам, которые можно купить без назначения медицинского работника.

Врач-специалист (Specialist). Врач, специализирующийся на лечении определенных заболеваний или органов.

Выход из плана (Disenrollment). Процесс завершения вашего участия в плане (отмена регистрации в плане). Выход из плана может быть добровольным (по собственному желанию) или вынужденным (отчисление).

Департамент здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS): Департамент штата Калифорния, который управляет программой Medicaid (название для штата Калифорния – Medi-Cal). В данном справочнике обычно именуется как «штат».

Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC). Департамент штата Калифорния, который отвечает за регулирование планов медицинского обслуживания. DMHC помогает участникам Cal MediConnect подавать апелляции и жалобы в связи с услугами Medi-Cal. DMHC также проводит независимые медицинские экспертизы (IMR).

Дженерик (Generic drug). Рецептурный препарат, утвержденный федеральным правительством для применения вместо фирменного препарата. Дженерик имеет тот же состав, что и фирменный препарат. Как правило, он действует так же, как фирменный, и обычно стоит дешевле.

Добавочные пособия малоимущим (Supplemental Security Income, SSI). Ежемесячное пособие, выплачиваемое Управлением социального обеспечения гражданам с низким доходом, нетрудоспособным, с потерей зрения, либо в возрасте 65 лет и старше. Пособие SSI отличается от льгот социального обеспечения (Social Security benefits).

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Доля затрат (Share of Cost). Часть затрат на медицинское обслуживание, которую вам может потребоваться выплачивать каждый месяц, прежде чем они будут покрываться планом Cal MediConnect. Сумма таких затрат может варьироваться в зависимости от ваших доходов и ресурсов.

Домашняя сиделка (Home health aide). Человек, который предоставляет услуги, не требующие навыков лицензированной медицинской сестры или терапевта, например помощь в уходе за пациентом (принятие ванны, использование туалета, одевание или выполнение назначенных упражнений). Домашняя сиделка не имеет лицензии медицинской сестры и не проводит лечение.

Доплата (Copay). Фиксированная сумма, которую вы должны оплатить при каждом получении определенных рецептурных препаратов. Например, вам может потребоваться заплатить \$2 или \$5 за рецептурный препарат.

Ежедневная ставка разделения затрат (Daily cost sharing rate). Ставка, которая может применяться, когда врач назначает определенный препарат, который вы будете принимать в течение неполного месяца и за который вы должны будете вносить доплату. Ежедневная ставка разделения затрат – это доплата, поделенная на количество дней, в течение которых вам будет необходим данный препарат.

Приведем пример. Допустим, сумма доплаты за месячный запас (запас, рассчитанный на 30 дней приема) нужного препарата составляет \$1.30. Значит, стоимость препарата для вас составит чуть больше \$0.04 в день. Если вам отпускают препарат в количестве, необходимом на 7 дней приема, сумма доплаты составит для вас \$0.30, т. е. дневную стоимость препарата (чуть более \$0.04), помноженную на 7 дней.

Жалоба (Complaint). Письменное или устное заявление о проблеме с покрываемыми услугами или обслуживанием. Сюда относятся любые проблемы, касающиеся качества медицинских и иных услуг, а также работы поставщиков услуг и аптек, входящих в нашу сеть. Подача жалобы официально именуется «обращением с претензией» (filing a grievance).

Индивидуальный план обслуживания (Individualized Care Plan, ICP или Care Plan). План, включающий перечень услуг, которые будут вам предоставлены, и способ их предоставления. Ваш план может включать медицинские услуги, услуги по охране поведенческого здоровья и услуги долгосрочного ухода и поддержки.

Исключение (Exception). Разрешение на покрытие препарата, который обычно не покрывается, или на применение препарата без установленных для него правил и ограничений.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Количественные ограничения (Quantity limits). Ограничения на количество препарата, которое вы можете получить. Могут налагаться на количество препарата, отпускаемое по одному рецепту.

Команда (медицинского) обслуживания (Care team). См. «Междисциплинарная команда медицинского обслуживания».

Личная (защищенная) медицинская информация (Personal health information или protected health information, PHI). Информация о вас и вашем здоровье, такая как имя и фамилия, адрес, номер социального обеспечения, а также сведения о визитах к врачам и анамнез. См. «Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией» плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan для получения дополнительных справок о том, как план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan защищает, использует и раскрывает вашу личную медицинскую информацию, а также о ваших правах в этом отношении.

Медицинское оборудование длительного пользования (Durable medical equipment, DME). Определенные принадлежности, которые заказывает для вас врач, чтобы вы пользовались ими дома. Примеры таких принадлежностей: кресла-каталки, костыли, матрасы с электроприводом, принадлежности для больных диабетом и больничные койки, заказанные поставщиком для использования на дому; а также инфузионные насосы для внутривенных инъекций, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и принадлежности, распылители и ходунки.

Междисциплинарная команда медицинского обслуживания (Interdisciplinary Care Team (ICT или Care team)). Группа, в которую могут входить врачи, медсестры, консультанты или другие работники сферы здравоохранения, помогающие вам получать необходимое обслуживание. Ваша команда медицинского обслуживания также поможет вам разработать план обслуживания.

Многопрофильное амбулаторное реабилитационное учреждение (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF). Учреждение, предоставляющее главным образом реабилитационные услуги после заболеваний, травм и серьезных операций. В число таких услуг входят физиотерапия, социальные и психологические услуги, респираторная терапия, эрготерапия, речевая терапия, а также услуги по оценке бытовых условий.

Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP). Программа, в рамках которой предоставляются услуги на дому и по месту жительства (HCBS) лицам, соответствующим критериям участия в программе Medi-Cal, в возрасте от 65 лет с инвалидностью, в качестве альтернативы поступлению в учреждение сестринского ухода.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Навигатор обслуживания (Care Navigator). Сотрудник, который работает с вами, медицинским планом и поставщиками услуг, чтобы обеспечить оказание вам необходимых услуг.

Наличные затраты (Out-of-pocket costs): Требование о разделении затрат, т. е. о том, чтобы участники нашего плана выплачивали свою часть оплаты за получаемые услуги или препараты, также называется требованием о выплате «наличных затрат». См. «Разделение затрат» выше.

Направление (Referral). Направление — это разрешение, выдаваемое основным лечащим врачом на посещение другого поставщика услуг. Если вы не получите такое разрешение, план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan может отказать вам в покрытии стоимости полученных услуг. Для обращения к некоторым врачам-специалистам (например, к гинекологам) направление не требуется. Подробнее о направлениях см. в главе 3, а об услугах, которые требуют получения направления, — в главе 4.

Независимая медицинская экспертиза (Independent Medical Review, IMR).

Если мы отказываем вам в покрытии медицинских услуг или лечения, вы можете подать апелляцию на наше решение. Если вопрос, являющийся предметом разногласия, касается услуг Medi-Cal, включая предоставление медицинского оборудования длительного пользования или лекарственных препаратов, вы можете обратиться в California Department of Managed Health Care с просьбой провести независимую медицинскую экспертизу.

Независимая медицинская экспертиза – это рассмотрение дела врачами, не связанными с нашим планом. Если по результатам независимой медицинской экспертизы будет принято решение в вашу пользу, мы обязаны предоставить вам услуги или лечение, которые вы запросили. За проведение независимой медицинской экспертизы вы ничего не платите.

Необходимые по медицинским показаниям (Medically Necessary). Этот термин применяется к услугам, принадлежностям или препаратам, которые необходимы для профилактики, диагностики или лечения медицинского состояния или поддержания текущего состояния здоровья. Кроме того, необходимыми считаются услуги, позволяющие вам не поступать в больницу или учреждение сестринского ухода. В дополнение к этому, услуги, принадлежности и препараты должны соответствовать принятым стандартам медицинской практики. В программе Medi-Cal необходимыми по медицинским показаниям считаются только те медицинские услуги, которые необходимы для защиты жизни, предотвращения серьезного заболевания или нарушения функций, или для облегчения сильной боли.

Неотложная помощь (Emergency care). Покрываемые услуги, которые предоставляются поставщиком, имеющим опыт оказания неотложной помощи, и которые необходимы для лечения неотложного состояния, связанного с медицинскими проблемами или нарушением поведенческого здоровья.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Неотложное состояние (Emergency). Это такая ситуация, когда вы или другой неспециалист, обладая средними знаниями в области здоровья и медицины, предполагаете наличие симптомов, которые требуют немедленной медицинской помощи для предотвращения смерти или потери какой-либо части тела, органа или их функций. Подобными симптомами могут быть серьезная травма или сильная боль.

Неправомерное выставление счетов (Improper/inappropriate billing).

Ситуация, в которой поставщик услуг (например, врач или больница) выставляет участнику счет, превышающий установленную планом сумму затрат участников на услуги. При обращении за любыми услугами и рецептурными препаратами предъявляйте свою идентификационную карту участника плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Если вы получили какой-нибудь непонятный счет, позвоните в отдел обслуживания участников. Как участник плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan вы должны оплачивать только установленную планом сумму затрат участников на покрываемые услуги. Мы не позволяем поставщикам выставлять вам счета, превышающие эту сумму.

Обучение культурной компетентности (Cultural Competence training):

Дополнительное обучение, которое проходят наши поставщики медицинских услуг, позволяющее им лучше понимать культурные особенности, ценности и верования своих пациентов и учитывать их социальные, культурные и языковые потребности при оказании услуг.

Объективное разбирательство (слушание) дела на уровне штата (State Hearing).

Если ваш врач или другой поставщик обратился с просьбой предоставить вам услугу по программе Medi-Cal, но мы ее не утвердили, или если мы отказываемся продолжать оплачивать услугу по программе Medi-Cal, которую вы уже получаете, у вас есть право оспорить наше решение в рамках объективного разбирательства (слушания) дела на уровне штата. Если по результатам объективного разбирательства на уровне штата будет принято решение в вашу пользу, мы обязаны предоставить вам запрошенную услугу.

Омбудсмен (Ombudsman).

Программа штата, которая может представлять вас и защищать ваши интересы. Ее сотрудники могут ответить на ваши вопросы, если у вас возникла проблема или есть жалоба, а также разъяснить, что вам следует сделать. Услуги омбудсмана бесплатны. Более подробную информацию о программе Cal MediConnect Ombuds Program см. в главах 2 и 9 данного справочника.

Оплата услуг в период рассмотрения дела (Aid paid pending).

Вы можете продолжать получать льготы, пока ожидаете решения по апелляции уровня 1 или решения по результатам объективного разбирательства (слушания) дела на уровне штата (см. дополнительную информацию в главе 9, раздел E). Такое продленное страховое покрытие называется «оплатой услуг в период рассмотрения дела».

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Организация по повышению качества обслуживания (Quality improvement organization, QIO). Группа врачей и других специалистов сферы здравоохранения, которые следят за качеством медицинского обслуживания участников Medicare. Их деятельность финансируется федеральным правительством в целях мониторинга и улучшения качества обслуживания пациентов. Контактные данные организации по повышению качества обслуживания, действующей в вашем штате, приводятся в главе 2.

Отдел обслуживания участников (Customer Care): Отдел нашего плана, который отвечает на вопросы участников, касающиеся членства, льгот, жалоб и апелляций. Контактные данные отдела обслуживания участников приведены в главе 2, раздел А.

Оценка рисков здоровью (Health risk assessment). Анализ анамнеза пациента и его текущего состояния. Он используется для оценки здоровья пациента в настоящий момент и как оно может измениться в будущем.

План Medicare Advantage (Medicare Advantage Plan). Планы, предлагаемые в рамках программы Medicare частными компаниями; также могут называться «Medicare Part C» и «MA Plans». Программа Medicare платит этим компаниям за покрытие льгот Medicare.

План медицинского страхования (Health plan). Организация, в которую входят врачи, больницы, аптеки, поставщики услуг долгосрочного ухода, а также иные поставщики. В плане также имеются навигаторы обслуживания, которые будут помогать вам обращаться за помощью и получать услуги. Все вместе они будут обеспечивать вам доступ к необходимым медицинским услугам.

План обслуживания (Care Plan). См. «Индивидуальный план обслуживания».

Планы Medi-Cal (Medi-Cal Plans): Планы, которые покрывают только льготы Medi-Cal, такие как услуги длительного ухода и поддержки, медицинское оборудование и транспортные услуги. Льготы Medicare предоставляются отдельно.

Планы PACE (Program for All-Inclusive Care for the Elderly). Программа, которая покрывает льготы, предусмотренные программами Medicare и Medi-Cal для людей в возрасте от 55 лет, которым необходим более высокий уровень услуг, чтобы оставаться дома.

Поведенческое здоровье (Behavioral Health). Широкое понятие, которое относится к психическому здоровью и расстройствам, вызванным употреблением психоактивных веществ.

Повседневные действия (Activities of daily living, ADL). Действия, которые люди совершают каждый день, например прием пищи, пользование туалетом, одевание, купание в ванной, чистка зубов.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.



Покрываемые препараты (Covered drugs). Термин, который используется для обозначения всех рецептурных препаратов и безрецептурных средств (Over-the-Counter, OTC), покрываемых нашим планом.

Покрываемые услуги (Covered services). Общий термин, используемый для обозначения всех медицинских услуг, услуг долгосрочного ухода и поддержки, принадлежностей, рецептурных препаратов, безрецептурных средств, оборудования и других услуг, покрываемых нашим планом.

Поставщик первичных медицинских услуг (Primary care provider, PCP).

Поставщик первичных медицинских услуг – это врач или другой поставщик, к которому вы обращаетесь в первую очередь (в большинстве случаев) при возникновении проблем со здоровьем. Он следит за тем, чтобы вы получали необходимый уход для поддержания вашего здоровья.

- Он может обсуждать с другими врачами и поставщиками медицинских услуг ваше состояние и при необходимости направлять вас к ним для консультации.
- Во многих планах медицинского страхования Medicare вы обязаны сначала обратиться к поставщику первичных медицинских услуг и только после этого к другим поставщикам медицинских услуг.
- Информация о поставщиках первичных медицинских услуг приведена в главе 3.

Поставщик услуг или учреждение, не входящие в сеть плана (Out-of-network provider или out-of-network facility).

Поставщик услуг или учреждение, которое не является работником или подрядчиком нашего плана, не принадлежит и не находится в его ведении, а также не имеет с ним договора о предоставлении покрываемых услуг участникам нашего плана. Информация о поставщиках и учреждениях, не входящих в сеть, приведена в разделе D главы 3.

Поставщик, входящий в сеть плана (Network Provider).

К поставщикам услуг относятся врачи, медсестры и другие специалисты, предоставляющие медицинские услуги и помощь. Этот термин также включает больницы, агентства по уходу на дому, поликлиники и другие учреждения, предоставляющие вам медицинские услуги, медицинское оборудование и услуги долгосрочного ухода и поддержки.

- Поставщики, входящие в сеть плана, имеют лицензию или сертификат Medicare и штата на оказание медицинских услуг.
- Мы называем их «поставщиками, входящими в сеть плана», потому что они согласились сотрудничать с нашим планом, принимают наши условия оплаты и не взимают дополнительной платы с наших участников.

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Пока вы являетесь участником нашего плана, вы должны получать покрываемые услуги только у поставщиков, входящих в сеть плана. Поставщики, входящие в сеть плана, также иногда называются «поставщиками плана».

Поэтапное лечение (Step therapy). Правило страхового покрытия, которое требует вначале опробовать другой препарат, прежде чем мы предоставим покрытие запрошенного.

Предварительное разрешение (Prior authorization). Разрешение, которое нужно получить от плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, прежде чем получить определенную услугу или лекарственный препарат или обратиться к поставщику услуг, не входящему в сеть плана. Если вы не получите такое разрешение, план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan может не покрыть стоимость услуги или препарата.

Некоторые медицинские услуги покрываются только при условии получения вашим врачом или другим поставщиком, входящим в сеть плана, предварительного разрешения от нашего плана.

- Покрываемые услуги, для получения которых требуется предварительное разрешение, отмечены в таблице льгот, приведенной в главе 4.

Некоторые препараты покрываются только в том случае, если вы получите предварительное разрешение от нас.

- Покрываемые препараты, для получения которых требуется предварительное разрешение руководства нашего плана, помечены в *Списке покрываемых препаратов*.

Препараты, покрываемые по части D программы Medicare (Medicare Part D drugs). Препараты, которые покрываются по части D программы Medicare. Определенные категории препаратов были исключены Конгрессом из числа покрываемых по части D. Некоторые из таких препаратов могут покрываться программой Medi-Cal.

Препараты, покрываемые по части D (Part D drugs). См. «Препараты, покрываемые по части D программы Medicare».

Претензия (Grievance). Жалоба, касающаяся нашей работы либо работы поставщиков и аптек, входящих в сеть нашего плана. Сюда также относятся жалобы на качество медицинского обслуживания и иных услуг, оказываемых планом медицинского страхования.

Программа Extra Help. Программа, предлагаемая Medicare и помогающая лицам с ограниченными доходами и ресурсами в оплате расходов на приобретение рецептурных препаратов по части D программы Medicare, таких как страховые взносы, франшиза (нестрахуемый минимум) и доплаты. Помощь, предоставляемая по этой программе, также называется субсидией для малообеспеченных (Low-Income Subsidy, LIS).

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Программа консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

Программа, которая бесплатно предоставляет объективную информацию и консультирование по программе Medicare. В разделе E главы 2 описано, как связаться с HICAP.

Протезы и ортопедические приспособления (Prosthetics and Orthotics). Это медицинские устройства и изделия, которые заказываются врачом или другим поставщиком медицинских услуг. К покрываемым изделиям относятся, в частности, протезы конечностей, ортопедические корсеты, а также ортезы для рук и шеи, глазные протезы, приспособления, заменяющие внутренние органы или выполняющие их функции (включая стомы), а также устройства для энтерального и парентерального питания.

Разделение затрат (Cost sharing). Суммы, которые вы должны оплатить при получении определенных рецептурных препаратов. Доплата входит в эти суммы.

Решение о страховом покрытии (Coverage decision). Решение о том, какие услуги мы оплачиваем. Сюда входят решения о покрытии стоимости препаратов и услуг, а также о сумме нашей оплаты вашего медицинского обслуживания. Процедура подачи запроса на решение о страховом покрытии описана в главе 9.

Решение организации относительно покрытия (Organization determination).

Решение о покрытии услуг либо о сумме, которую участник должен внести за покрываемые услуги. Принимается планом или одним из его поставщиков. В данном справочнике решения организации относительно покрытия именуются «решениями о страховом покрытии». Процедура подачи запроса на решение о страховом покрытии описана в главе 9, разделы D, E и F.

Список покрываемых препаратов или Список препаратов (List of Covered Drugs, Drug List). Список рецептурных препаратов и безрецептурных средств (Over-the-Counter, OTC), покрываемых планом. Этот список составляется планом при участии квалифицированных врачей и фармацевтов. В Списке препаратов указаны возможные правила, которым вам нужно следовать для получения своих лекарств. Список препаратов иногда называется «формуляром».

Справочник участника и сопутствующие официальные документы

(Member Handbook и Disclosure Information). Данный документ и регистрационная форма, в том числе все приложения, дополнения и дополнительные выбранные покрытия, в которых разъясняются ваше страховое покрытие, наши обязанности и ваши права и обязанности как участника нашего плана.

Срочная помощь (Urgent care). Медицинское обслуживание, получаемое в связи с неожиданной болезнью, травмой или состоянием, которое не является экстренным, но требует немедленной медицинской помощи. Вы можете получать срочную медицинскую

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



помощь от поставщиков услуг, не входящих в сеть плана, если входящие в сеть поставщики услуг недоступны или вы не можете воспользоваться их услугами.

Стадия критического покрытия (Catastrophic coverage stage). Стадия получения льгот на рецептурные препараты по части D, на которой план оплачивает полную стоимость препаратов до конца года. Эта стадия начинается после достижения лимита в \$6,550, установленного для препаратов, отпускаемых по рецепту.

Стадия первоначального покрытия (Initial coverage stage). Стадия, продолжающаяся до момента, когда ваши общие расходы на препараты по части D достигнут суммы \$6,550. Сюда включаются суммы, которые оплатили вы, суммы, которые план оплатил за вас, а также суммы, выплаченные вам в рамках программы льгот для малообеспеченных лиц. Эта стадия начинается, когда вы впервые в данном году получаете рецептурные препараты. На этой стадии план оплачивает свою часть стоимости ваших медицинских препаратов, а вы оплачиваете свою часть.

Стационарный пациент (Inpatient). Термин, который используется, когда вы официально приняты в больницу для получения профессиональных медицинских услуг. Если вы не были официально приняты в больницу, вы можете считаться амбулаторным пациентом даже в том случае, если проведете ночь в больнице.

Субсидии для малообеспеченных (Low-income subsidy, LIS). См. «Программа Extra Help».

Территория обслуживания (Service area): Географическая территория, жители которой могут зарегистрироваться в плане медицинского страхования, если в нем действуют ограничения по месту проживания. Для планов, в которых установлены ограничения по выбору врача или больницы, услугами которых можно пользоваться, это также территория, в пределах которой можно получить плановые (неэкстренные) услуги. Зарегистрироваться в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan могут только лица, проживающие в пределах нашей территории обслуживания.

Уровень разделения затрат (Cost sharing tier). Группа лекарств, для которых установлен определенный размер доплаты. Каждый препарат в *Списке покрываемых препаратов* (Списке препаратов) относится к одному из 4 (четырех) уровней разделения затрат. В целом, чем выше уровень разделения затрат, тем больше часть стоимости, которую вы должны оплатить.

Уровни препаратов (Drug tiers). Группы лекарств в Списке препаратов. Примеры: дженерики, фирменные препараты, безрецептурные средства. Каждый препарат, входящий в Список препаратов, относится к одному из 4 (четырех) уровней.

Услуги для взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS). Программа амбулаторного обслуживания в учреждениях, в рамках

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



которой предоставляются квалифицированный сестринский уход, социальная помощь, эрготерапия и услуги логопеда, услуги личного ухода, обучение и поддержка членов семьи или других лиц, осуществляющих уход, услуги питания, транспортировки и другие услуги, предоставляемые лицам, отвечающим соответствующим критериям.

Услуги долгосрочного ухода и поддержки (Long-Term Services and Supports, LTSS). Услуги, помогающие улучшить состояние больного, страдающего хроническим заболеванием. Большинство этих услуг нацелены на то, чтобы помочь участникам продолжать жить дома и избежать поступления в учреждение сестринского ухода (nursing facility) или больницу. В число этих услуг входят услуги многоцелевой программы обслуживания пожилых людей (MSSP), услуги для взрослых по месту жительства (CBAS), а также услуги учреждений сестринского ухода (NF) и учреждений, оказывающих помощь при подострых заболеваниях (SCF).

Услуги реабилитации (Rehabilitation services): Услуги, которые помогают вам восстановиться после болезни, несчастного случая или серьезной операции. Более подробная информация об услугах реабилитации приведена в главе 4.

Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (Skilled nursing facility (SNF) care). Услуги квалифицированного ухода и реабилитации, предоставляемые на постоянной ежедневной основе в учреждениях квалифицированного сестринского ухода. Примерами квалифицированного медсестринского ухода могут служить физиотерапия и внутривенные инъекции, которые могут проводить только дипломированная медсестра или врач.

Услуги, покрываемые Medicare (Medicare-covered services). Услуги, покрываемые частями А и В программы Medicare. Все планы медицинского страхования Medicare, включая наш план, должны покрывать все услуги, покрываемые частями А и В программы Medicare.

Участник Medicare-Medi-Cal или бенефициар с «двойным правом» (Medicare-Medi-Cal enrollee или Dual Eligible). Лицо, которое имеет право на участие как в программе Medicare, так и в программе Medi-Cal. Участник Medicare-Medi-Cal также именуется бенефициаром с «двойным правом».

Участник, участник нашего плана или участник плана (Member, member of our plan или plan member). Лицо, застрахованное по программам Medicare и Medi-Cal, имеющее право на получение покрываемых услуг и зарегистрированное в нашем плане, при условии, что регистрация подтверждена Центрами услуг Medicare и Medicaid (CMS) и штатом.

Учреждение квалифицированного сестринского ухода (Skilled nursing facility, SNF). Учреждение, имеющее персонал и оборудование, необходимые для

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



предоставления квалифицированной сестринской помощи, а также, как правило, реабилитационных и других связанных с ними медицинских услуг.

Учреждение сестринского ухода (Nursing home or facility). Учреждение, обеспечивающее уход за лицами, которые не могут получать уход на дому, но не нуждаются в госпитализации.

Фирменный препарат (Brand name drug). Рецептурный препарат, который производится и продается фармацевтической компанией, изначально его разработавшей. Фирменные (оригинальные) препараты содержат в своем составе такие же действующие вещества, что и их аналоги (дженерики). Дженерики производятся и реализуются другими фармацевтическими компаниями.

Хоспис (Hospice). Программа, обеспечивающая уход, поддержку и максимально возможные комфортные условия для лиц с терминальной стадией болезни. На этой стадии человеку, по прогнозу, остается жить не более шести месяцев.

- Зарегистрированный участник с терминальной стадией болезни имеет право выбирать хоспис.
- Профессиональная команда врачей и лиц, осуществляющих уход, предоставляет комплексное медицинское обслуживание (включая удовлетворение физических, эмоциональных, социальных и духовных потребностей).
- Вам должны предоставить список поставщиков услуг хосписного ухода плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan в вашем регионе.

Центры услуг Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Федеральное ведомство, отвечающее за программу Medicare. В главе 2 описано, как связаться с CMS.

Часть А (Part A). См. «Medicare, часть А».

Часть В (Part B). См. «Medicare, часть В».

Часть С (Part C). См. «Medicare, часть С».

Часть D (Part D). См. «Medicare, часть D».

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

ТЕЛЕФОН	<p>1-855-905-3825</p> <p>Звонки на этот номер бесплатные. Без выходных, с 8:00 до 20:00</p> <p>Отдел обслуживания участников также предлагает бесплатные услуги перевода для лиц, не владеющих английским.</p>
ТТУ	<p>711</p> <p>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.</p> <p>Звонки на этот номер бесплатные. Без выходных, с 8:00 до 20:00</p>
АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	<p>Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Drive Monterey Park, CA 91755</p>
ВЕБ-САЙТ	<p>www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect</p>

Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **С более подробной информацией** можно ознакомиться на сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.





Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755

blueshieldca.com/promise/calmediconnect