



New York

Добро пожаловать в сообщество!

Child Health Plus

- Приветственное обращение
- Справочник участника плана
- Другая информация

Приветственное обращение

Добро пожаловать в план UnitedHealthcare Community Plan

Уделите немного времени на то, чтобы ознакомиться с данным Справочником участника плана. Мы всегда готовы ответить на любые вопросы, которые у Вас могут появиться. Просто позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, с 8:00 до 18:00, с понедельника по пятницу. Вы также можете посетить наш веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan.



С чего начать

Мы хотим, чтобы Вы воспользовались всеми преимуществами программы страхования здоровья Вашего ребенка прямо сейчас. Начните с этих трех простых шагов:

1. Позвоните основному лечащему врачу (PCP) Вашего ребенка и запланируйте медосмотр.

Плановые медосмотры важны для хорошего здоровья. Имя и номер телефона PCP Вашего ребенка указаны на идентификационной карте участника, которая была отправлена Вам отдельно по почте. Если Вы хотите, чтобы Вам помогли запланировать медосмотр, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**. Мы всегда готовы помочь. Если Вашему ребенку требуется необходимое с медицинской точки зрения медицинское обслуживание, прежде чем Вы получите идентификационную карту участника плана, принесите этот Справочник с собой на прием к врачу, чтобы показать, что у Вашего ребенка есть страховое покрытие в рамках плана UnitedHealthcare Community Plan.

2. Пройдите Оценку состояния здоровья Вашего ребенка.

Это короткий и простой способ получить общую картину текущего образа жизни и здоровья Вашего ребенка. Это поможет нам привести доступные льготы и услуги в соответствие с потребностями Вашего ребенка.

В ближайшее время Вам позвонит наш сотрудник, чтобы поприветствовать Вас в нашем плане. Мы позвоним Вам, чтобы объяснить все льготы, предоставляемые планом медицинского страхования Вашего ребенка. Мы также поможем Вам заполнить опросник о состоянии здоровья Вашего ребенка. Этот короткий опрос поможет нам оценить потребности Вашего ребенка в медицинских услугах и, исходя из этого, предоставить Вам наилучшее обслуживание. Вы также можете посетить наш веб-сайт и заполнить опросник для Вашего ребенка в режиме онлайн. См. на стр. 9.

3. Ознакомьтесь с планом медицинского страхования Вашего ребенка

Начните с раздела «Основные моменты программы страхования здоровья» на стр. 7, в котором приведен краткий обзор нового плана Вашего ребенка. Обязательно держите эту брошюру под рукой для дальнейшего использования.

Благодарим Вас за то, что Вы выбрали план UnitedHealthcare Community Plan в качестве Вашего плана медицинского страхования

Мы рады, что Ваш ребенок является участником плана. Компания UnitedHealthcare стремится помогать клиентам вести более счастливую, здоровую жизнь.

План UnitedHealthcare Community Plan предоставляет Вам доступ ко многим поставщикам медицинских услуг – врачам, медсестрам, больницам и аптекам, – чтобы у Вас был доступ ко всем медицинским услугам, в который есть необходимость. Мы предоставляем страховое покрытие услуг по профилактике, медосмотрам и лечению заболеваний. Мы стремимся предоставлять услуги для укрепления здоровья и благополучия Вашего ребенка.

Помните, что ответы на любые вопросы, которые у Вас есть, можно получить всего одним нажатием клавиши на веб-сайте myuhc.com/CommunityPlan. Либо Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ 711, с 8:00 до 18:00, с понедельника по пятницу.



Содержание

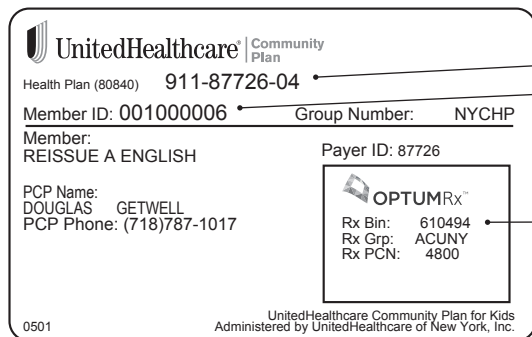
Основные моменты программы страхования здоровья	7
Идентификационная карта участника плана	7
Обзор льгот	8
Оценка состояния здоровья Вашего ребенка	9
Поддержка участников	10
Вы можете сразу начать пользоваться Вашими льготами на услуги аптеки	15
Посещение врача	17
Основной лечащий врач (PCP) Вашего ребенка	17
Ежегодные медосмотры	19
Запись на прием к PCP Вашего ребенка	20
Подготовка к приему у PCP Вашего ребенка	21
Если Вашему ребенку требуется медицинское обслуживание, а офис Вашего поставщика услуг закрыт	21
Выдача направлений к узким специалистам	22
Мнение другого специалиста	23
Продолжение медицинского обслуживания, если PCP Вашего ребенка выходит из сети	23
Если Вашему ребенку требуется медицинское обслуживание за пределами города	23
Больницы и отделения неотложной помощи	24
Неотложная медицинская помощь	24
Срочная медицинская помощь	25
Больничные услуги	25
Услуги неотложной скорой помощи	26
Отсутствие покрытия медицинского обслуживания за пределами США	26

Аптека	27
Рецептурные препараты	27
Лекарственные средства, отпускаемые без рецепта	28
Инъекционные препараты	28
Участковая аптека	28
Льготы	29
Покрываемые и непокрываемые услуги	29
Разрешение услуги и действия для получения предварительного разрешения . .	35
Проверка использования	38
Управление лечением и медицинским обслуживанием	39
Программы Wellness	39
Другая информация о плане	40
Поиск поставщика, входящего в сеть плана	40
Справочник поставщиков услуг	40
Опрос участников	40
Мошенничество и злоупотребление	41
Ваше мнение имеет значение	41
Политика недопущения дискриминации	42
Права и обязанности участников	42
Предварительные распоряжения	44
Претензии и апелляции	45
Процедура подачи жалобы	50
Услуги устного перевода и помощь на других языках	52
Уведомления плана страхования здоровья о методах сохранения конфиденциальности	53

План Child Health Plus от UnitedHealthcare Community Plan предоставляется тем участникам, которые проживают в округах Олбани, Бронкс, Брум, Кайюга, Чатоква, Шиманг, Шенанго, Клинтон, Колумбия, Датчесс, Эри, Эссекс, Франклин, Фултон, Дженеси, Грин, Херкимер, Джефферсон, Кингз, Льюис, Ливингстон, Мэдисон, Монро, Нассау, Нью-Йорк, Ниагара, Онайда, Онондага, Онтарио, Оранж, Орлеанс, Осуиго, Куинс, Ренсселер, Ричмонд, Рокленд, Саратога, Скенектади, Сенека, Сент-Лоренс, Саффолк, Тайога, Олстер, Уоррен, Уэйн, Уэстчестер, Вайоминг и Йейтс.

Основные моменты программы страхования здоровья

Идентификационная карта участника плана

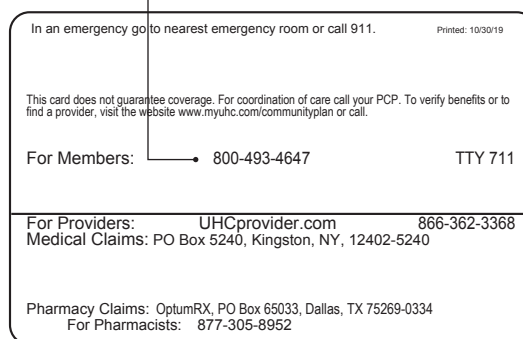


Информация для фармацевта
Вашего ребенка

Идентификационный номер
плана Вашего ребенка

Идентификационный номер
Вашего ребенка как участника
плана

Номер телефона отдела
обслуживания участников



В идентификационной карте участника плана Вашего ребенка содержится много важной информации. Это дает вам доступ к покрываемым льготам Вашего ребенка. Вы должны были получить идентификационную карту участника плана Вашего ребенка по почте в течение 10 дней после регистрации в плане UnitedHealthcare Community Plan. У каждого члена семьи будет своя собственная карта. Проверьте правильность всей информации. Если какая-либо информация указана неверно, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**.

- Берите с собой идентификационную карту участника плана Вашего ребенка на приемы к врачу
- Предъявляйте ее при получении рецептурного препарата
- Подготовьте карту, когда позвоните в отдел обслуживания участников; это поможет нам лучше обслуживать Вас
- Не позволяйте другим лицам использовать карту(-ы) Вашего ребенка. Это противоречит закону.

Предъявите Вашу карту. Всегда предъявляйте идентификационную карту участника UnitedHealthcare Вашего ребенка при получении медицинской помощи. Это помогает обеспечить получение Вашим ребенком всех доступных льгот. И помогает избежать ошибок при выставлении счетов.

Утеряна карта участника плана Вашего ребенка?

Если Вы или член Вашей семьи потеряли карту, немедленно обратитесь в отдел обслуживания участников, и мы отправим вам новую карту. Чтобы распечатать временную карту, зарегистрируйтесь на веб-сайте myuhc.com/CommunityPlan.

Есть вопросы? Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**.

7

Основные моменты программы страхования здоровья

Обзор льгот

Как участник плана UnitedHealthcare Community Plan, Вы получаете множество льгот и услуг, доступных для Вашего ребенка. Ниже представлен краткий обзор. С полным списком можно ознакомиться в разделе «Льготы».

Основное медицинское обслуживание

Страховое покрытие действует в отношении всех визитов Вашего ребенка к своему основному лечащему врачу (PCP). PCP Вашего ребенка – основной лечащий врач, с которым Ваш ребенок будет встречаться в большинстве случаев, когда ему/ей потребуется медицинская помощь. К таким случаям относятся медосмотры, лечение при простуде и гриппе, жалобы на здоровье, вакцинация и другие медицинские обследования.

Большая сеть поставщиков медицинских услуг

Вы можете выбрать любого PCP из нашей большой сети поставщиков медицинских услуг. В состав нашей сети входят специалисты, больницы и аптеки, которые предоставят Вам множество возможностей для заботы о здоровье Вашего ребенка. Полный список поставщиков медицинских услуг можно получить на веб-сайте myuhc.com/CommunityPlan или позвонив по телефону **1-800-493-4647**, ТTY **711**.

Услуги узких специалистов

Страхование Вашего ребенка включает услуги узких специалистов. Специалисты – это врачи или медсестры, обладающие высокой квалификацией в лечении определенных заболеваний. Возможно, Вам потребуется сначала получить направление от Вашего PCP. См. на стр. 22.

Лекарственные препараты

План Вашего ребенка покрывает стоимость рецептурных препаратов без доплат для участников всех возрастов. Также предусмотрено страховое покрытие стоимости инсулина, игл и шприцев, аспирина в оболочке для лечения артрита, пилюлей углекислого железа и жевательных витаминов.

Больничные услуги

Предусмотрено страховое покрытие стоимости пребывания Вашего ребенка в больнице. Также страховое покрытие распространяется на амбулаторные услуги для Вашего ребенка. Это услуги, которые Вы получаете в больнице, не оставаясь там на ночь.

Лабораторные услуги

Покрываемые услуги включают анализы крови и рентген, которые помогают найти причину заболевания.

Основные моменты программы страхования здоровья

Профилактические визиты для детей

Все профилактические визиты и вакцинация покрываются Вашим планом.

Услуги для беременных женщин и женщин с детьми

Вам оплатят все визиты к врачу до и после того, как Ваш малыш родится. Оплачивается также и пребывание в больницах. При необходимости мы также покрываем визиты на дом после рождения ребенка.

Планирование семьи

Вам оплатят все услуги, которые помогут Вам проконтролировать время наступления беременности. Будут оплачиваться также и противозачаточные средства и процедуры.

Оценка состояния здоровья Вашего ребенка

Оценка состояния здоровья – это короткий и несложный опрос, во время которого Вам необходимо будет ответить на простые вопросы о Вашем образе жизни и состоянии Вашего здоровья. После того как Вы заполните опрос и отправите его нам по почте, мы сможем познакомиться с Вами поближе. И это поможет нам привести в соответствие с Вашими потребностями доступные льготы и услуги.

Пожалуйста, уделите несколько минут заполнению форм оценки состояния здоровья.

Чтобы заполнить их, посетите веб-сайт в Интернете myuhc.com/CommunityPlan. Или позвоните по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ 711.

Поддержка участников

Мы хотим максимально упростить для Вас возможность получения всех преимуществ плана медицинского страхования Вашего ребенка. Как наш участник, Вы можете воспользоваться многими услугами, включая перевозку и услуги переводчиков, если это необходимо. А в случае возникновения вопросов Вы можете получить ответы в различных местах.

Веб-сайт предлагает круглосуточный доступ к подробной информации о плане

Чтобы узнать о многих Ваших потребностях в обслуживании участников, посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan. Помимо подробной информации о плане, на веб-сайте представлены полезные инструменты, которые помогут вам:

- Пройдите Оценку состояния здоровья Вашего ребенка.
- Найти поставщика медицинских услуг или аптеку
- Найти препарат в Перечне предпочтительных препаратов
- Получить информацию о льготах
- Загрузить новый Справочник участника плана
- Отслеживать историю болезни Вашего ребенка с помощью личной медицинской карты Вашего ребенка
- Вы можете отправить нам электронное письмо с нашего веб-сайта. Нажмите на ссылку «Связаться с нами»

Отдел обслуживания участников работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00

Отдел обслуживания участников может помочь Вам с Вашими вопросами или опасениями. В том числе:

- Понимание льгот, предоставляемых Вашему ребенку
- Помощь в получении новой идентификационной карты участника плана
- Поиск врача или клиники срочной помощи

Звоните по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ 711, круглосуточно 7 дней в неделю.

Основные моменты программы страхования здоровья

Программа управления оказываемой помощью

Если у Вашего ребенка хроническое заболевание, такое как астма или диабет, Вам может быть полезна программа координированного управления по оказанию медицинской помощи. Мы можем помочь Вам в решении ряда вопросов, таких как планирование визитов к врачу и информирование всех Ваших поставщиков о получаемом Вами медицинском обслуживании. Для получения дополнительной информации звоните по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**.

Если Вы пожелаете лично встретиться с представителем UnitedHealthcare, чтобы узнать больше о покрытии Вашего плана медицинского страхования или подать жалобу, обратитесь в один из наших местных офисов для назначения встречи с представителем. Мы предусмотрели восемь удобных мест расположения офисов:

Позвоните заранее, чтобы узнать, когда закрываются офисы.

Округ Kings

6402 8th Avenue, Suite 107
Brooklyn, NY 11220
Тел.: **1-800-632-6311**
Понедельник-пятница, 9:00-17:30

2343 86th Street
Brooklyn, NY 11220
Тел.: **1-800-632-6311**
Понедельник-пятница, 9:00-17:30

Округ Nassau

250 Fulton Avenue, Suite 121
Hempstead, NY 11570
Тел.: **1-516-247-6352**
Понедельник-пятница, 9:00-16:00

Округ New York

161 Canal Street
New York, NY 10013
Тел.: **1-800-632-6311**
Понедельник-пятница, 9:00-17:30

Округ New York (продолжение)

27 East Broadway, 2nd Floor
New York, NY 10002
Тел.: **1-800-632-6311**
Понедельник-пятница, 9:00-17:30

558 W 181 Street
New York, NY 10033
Тел.: **1-212-781-3960**
Понедельник-пятница, 10:00-17:00

Округ Queens

136-02 Roosevelt Avenue
Flushing, NY 11354
Тел.: **1-800-632-6311**
Понедельник-пятница, 9:00-17:30

Округ Suffolk

46 Suffolk Avenue
Brentwood, NY 11717
Тел.: **1-631-231-0180** или **1-631-231-0181**
Понедельник-пятница, 9:00-16:00

Основные моменты программы страхования здоровья

Мы говорим на Вашем языке

Если Вы говорите на языке, отличном от английского, мы обеспечим Вас переведенными печатными материалами. Мы также можем предоставить Вам устного переводчика, который поможет Вам понять эти материалы. С более подробной информацией об услугах устного перевода и помощи на других языках Вы можете ознакомиться в разделе «Другая информация о плане». Либо позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**.

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionar materiales impresos traducidos. O podemos proporcionar un intérprete que puede ayudar a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros detalles del plan. O llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, ТТУ **711**.

Неотложные ситуации

В неотложных случаях звоните по номеру **911**

Важные номера телефонов

Линия по вопросам платежей UnitedHealthcare Community Plan CHP **1-877-229-3439**

Ваш основной лечащий врачСмотрите свою идентификационную карту плана UnitedHealthcare Community Plan

Ближайшее к Вам отделение неотложной помощи.

Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (Жалобы) **1-800-206-8125**

Горячая линия плана Child Health Plus в штате Нью-Йорк **1-800-698-4543**

Негородские отделы соцобеспечения округа:

Отдел соцобеспечения округа Albany **1-518-447-7300**

Отдел соцобеспечения округа Broome **1-607-778-2669**

Отдел соцобеспечения округа Cayuga **1-315-253-1011**

Отдел соцобеспечения округа Chautaugua **1-716-661-8200**

Отдел соцобеспечения округа Chemung **1-607-737-5309**

Отдел соцобеспечения округа Chenango **1-607-337-1500**

Отдел соцобеспечения округа Clinton **1-518-565-3222**

Отдел соцобеспечения округа Columbia **1-518-828-9411**

Отдел соцобеспечения округа Essex **1-518-873-3450**

Отдел соцобеспечения округа Fulton **1-518-736-5640**

Отдел соцобеспечения округа Genesee **1-585-344-2580**

12 **Есть вопросы?** Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**.

Основные моменты программы страхования здоровья

Негородские отделы соцобеспечения округа (продолжение):

Отдел соцобеспечения округа Herkimer	1-315-867-1291
Отдел соцобеспечения округа Jefferson	1-315-782-9030
Отдел соцобеспечения округа Lewis	1-315-376-5105
Отдел соцобеспечения округа Madison	1-315-366-2211
Отдел соцобеспечения округа Monroe	1-585-753-2740
Отдел соцобеспечения округа Niagra	1-716-439-7600
Отдел соцобеспечения округа Oneida	1-315-798-5632
Отдел соцобеспечения округа Onondaga	1-315-435-2928
Отдел соцобеспечения округа Ontario	1-585-396-4060
Отдел соцобеспечения округа Orange	1-845-291-4000
Отдел соцобеспечения округа Oswego	1-315-963-5000
Отдел соцобеспечения округа Rensselaer	1-518-270-3928
Отдел соцобеспечения округа Rockland	1-845-364-2000
Отдел соцобеспечения округа Seneca	1-315-539-1865
Отдел соцобеспечения округа St. Lawrence	1-315-379-2276
Отдел соцобеспечения округа Tioga	1-877-882-8313
Отдел соцобеспечения округа Ulster	1-845-334-5000
Отдел соцобеспечения округа Warren	1-518-761-6300
Отдел соцобеспечения округа Wayne	1-315-946-4881
Отдел соцобеспечения округа Westchester	1-800-549-7650

Нью-Йорк Сити и Лонг-Айленд:

Отдел соцобеспечения округа Nassau	1-516-227-8000
Администрация по человеческим ресурсам Нью-Йорк Сити	1-718-557-1399
Администрация по человеческим ресурсам Нью-Йорк Сити (в пределах 5 районов)	1-877-472-8411
New York Medicaid CHOICE	1-800-505-5678
Отдел соцобеспечения округа Suffolk (Hauppauge)	1-631-853-8730
Отдел соцобеспечения округа Suffolk (Riverhead)	1-631-852-3710
Отдел соцобеспечения округа Suffolk (Ronkonkoma)	1-631-854-9700

Основные моменты программы страхования здоровья

Другие полезные ресурсы

Веб-сайт Департамента здравоохранения (Department of Health, DOH) штата Нью-Йорк:
<https://www.health.ny.gov/>

Управление по вопросам психического здоровья (Office of Mental Health, OMH) штата Нью-Йорк:
<https://www.omh.ny.gov/>

Управление по оказанию услуг при алкоголизме и наркомании (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) штата Нью-Йорк:
<https://www.ny.gov/agencies/office-alcoholism-and-substance-abuse-services>

Управление социальных служб для семьи и детей (Office of Children and Family Services, OCFS) штата Нью-Йорк:
<https://ocfs.ny.gov/main/>

Управление по делам лиц с инвалидностью вследствие нарушений развития (Office of People with Developmental Disabilities, OPWDD) штата Нью-Йорк:
<https://opwdd.ny.gov/>

Отдел предоставления услуг уголовного правосудия (Division of Criminal Justice Services, DCJS):
<https://www.criminaljustice.ny.gov/ofpa/jj/jj-index.htm>

Институт психического здоровья детей (The Child Mind Institute):
<https://childmind.org/report/2016-childrens-mental-health-report/mental-health-disorders-common>

Веб-сайт First Episode Psychosis (FEP) - On Track NY – программа, финансируемая штатом Нью-Йорк для людей, испытывающих первый эпизод психоза:
<https://ontrackny.org/>

Веб-сайт First Episode Psychosis (FEP) - On Track NY - Young Adults – программа, финансируемая штатом Нью-Йорк для подростков, испытывающих первый эпизод психоза:
<https://ontrackny.org/Young-Adults>

Вы можете сразу начать пользоваться Вашими льготами на услуги аптеки

План Вашего ребенка покрывает длинный список лекарств или рецептурных препаратов. Лекарственные препараты, покрываемые планом, включены в Перечень предпочтительных препаратов плана. Ваш врач использует этот список, чтобы убедиться, что Ваш план покрывает лекарства, необходимые Вашему ребенку. С Перечнем предпочтительных препаратов можно ознакомиться на веб-сайте myuhc.com/CommunityPlan. Вы также можете выполнить поиск по названию лекарственного препарата на веб-сайте. Начать получать лекарства по рецепту очень просто. Вот, как это сделать:

1. Включены ли лекарственные препараты Вашего ребенка в Перечень предпочтительных препаратов?

Да

Если лекарственные препараты Вашего ребенка включены в Перечень предпочтительных препаратов, Вы в полной готовности. Обязательно предъявляйте фармацевту новую идентификационную карту Вашего ребенка каждый раз, когда Вы получаете рецептурные препараты.

Нет

Если рецептурные препараты Вашего ребенка не включены в Перечень предпочтительных препаратов, запишитесь на прием к врачу в течение следующих 30 дней. Он или она могут помочь Вам перейти на препарат, включенный в Перечень предпочтительных препаратов. Ваш врач также может помочь Вам подать запрос на исключение, если он считает, что Вашему ребенку необходим препарат, которого нет в перечне.

Затрудняюсь ответить

Ознакомьтесь с Перечнем предпочтительных препаратов на веб-сайте myuhc.com/CommunityPlan. Вы также можете обратиться в отдел обслуживания участников по телефону. Мы всегда готовы помочь.

2. Есть ли у Вашего ребенка рецепт?

Если у Вас есть рецепт, выписанный Вашим врачом, или вам необходимо повторно получить рецептурный препарат, обратитесь в аптеку, входящую в сеть плана. Предъявите фармацевту идентификационную карту участника плана Вашего ребенка. Список аптек, входящих в сеть плана, можно найти в Справочнике поставщиков медицинских услуг на веб-сайте myuhc.com/CommunityPlan, или Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников.

3. Вашему ребенку необходимо пополнить запас препарата, который не входит в Перечень предпочтительных препаратов?

Если Вашему ребенку необходимо пополнить запас препаратов, не включенных в Перечень предпочтительных препаратов, Вы можете получить временный 3-дневный запас. Для этого посетите аптеку, входящую в сеть плана, и предъявите идентификационную карту участника плана Вашего ребенка. Если у Вас нет идентификационной карты участника плана Вашего ребенка, Вы можете показать фармацевту приведенную ниже информацию. Поговорите с врачом Вашего ребенка о вариантах рецептурных препаратов.

Вниманию фармацевта

Обработайте это заявление участника плана UnitedHealthcare Community Plan, используя следующую информацию:

VIN: 610494

Контрольный номер процессора: 4800

Группа: ACUNY

Если Вы получили сообщение о том, что для получения препарата участника требуется предварительное разрешение или препарат не включен в наш фармацевтический справочник, позвоните в **OptumRx®** по телефону **1-877-305-8952** для получения временного запаса препарата.

Посещение врача

Основной лечащий врач (PCP) Вашего ребенка

Мы называем врача, которого Ваш ребенок в основном посещает, основным лечащим врачом, или PCP. Когда Ваш ребенок посещает одного и того же PCP в течение длительного периода времени, с ним проще наладить отношения. У каждого члена Вашей семьи может быть личный PCP, либо вы все можете выбрать обслуживание у одного и того же врача. Ваш ребенок будет обращаться к PCP для получения следующего обслуживания:

- профилактическое обслуживание, включая ежегодные медосмотры;
- координация обслуживания Вашего ребенка специалистом;
- лечение простуды и гриппа;
- прочие сомнения в отношении здоровья.

У вас есть варианты

Вы можете выбрать одного из множества поставщиков, входящих в сеть плана, в качестве PCP Вашего ребенка. Некоторые типы PCP:

- Семейный врач (также называемый врачом общей практики) – медицинское обслуживание детей и взрослых
- Гинеколог (GYN) – медицинское обслуживание женщин
- Специалист по внутренним болезням (также называемый терапевтом) – медицинское обслуживание взрослых
- Практикующая медсестра (NP) – медицинское обслуживание детей и взрослых
- Акушер (OB) – медицинское обслуживание беременных женщин
- Педиатр – медицинское обслуживание детей
- Помощник врача (PA) – медицинское обслуживание детей и взрослых

Кто такой поставщик, входящий в сеть плана?

Поставщики, входящие в сеть плана, заключили договор с планом UnitedHealthcare Community Plan на обслуживание наших участников. Вам не нужно звонить нам, прежде чем обращаться к одному из этих поставщиков. В некоторых случаях Ваш ребенок может получать услуги за пределами нашей сети. Позвоните в отдел обслуживания участников, чтобы узнать, покрывается ли страховое покрытие в полном объеме. Возможно, придется оплатить полученные услуги.

Посещение врача

Выбор PCP Вашего ребенка

Если Ваш ребенок обращался к врачу до того, как стал участником плана UnitedHealthcare, проверьте, входит ли врач Вашего ребенка в сеть нашего плана. Если Вы ищете нового PCP, подумайте о выборе такого врача, офис которого находится рядом с Вашим домом или работой. Так Вам будет проще попасть на прием к врачу.

Существует три способа найти подходящего PCP для Вашего ребенка.

1. Ознакомьтесь с нашим печатным Справочником поставщиков услуг.
2. Используйте инструмент «Поиск врача» на веб-сайте myuhc.com/CommunityPlan.
3. Обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**. Мы ответим на Ваши вопросы и поможем найти ближайшего к Вам PCP.

После того как Вы выберете PCP, позвоните в отдел обслуживания участников и сообщите нам об этом. Мы проследим за тем, чтобы документы Вашего ребенка были обновлены. Если Вы не хотите выбирать PCP, UnitedHealthcare может выбрать его для Вас, исходя из Вашего местоположения и языка, на котором Вы говорите.

Узнайте больше о врачах, входящих в сеть плана

Вы также можете узнать информацию о врачах, входящих в сеть плана, например об их профессиональной сертификации и языках, на которых они говорят, посетив веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвонив в отдел обслуживания участников. Мы можем предоставить Вам следующую информацию: Ф. И. О., адрес и телефон, уровень профессиональной подготовки, специальность, данные о медицинском учебном заведении, данные об интернатуре и наличие у врачей профессиональных сертификатов, выданных специальным аттестационным комитетом.

Замена PCP Вашего ребенка

Очень важно, чтобы Вам понравился PCP Вашего ребенка и Вы доверяли ему. Вы можете сменить PCP в любое время. Позвоните в отдел обслуживания участников, и мы поможем Вам внести изменения.

Медицинский центр, прошедший федеральную аттестацию (FQHC)

Мы также заключили договор с медицинскими центрами, прошедшими федеральную аттестацию (Federally Qualified Health Centers, FQHC). Все FQHC оказывают первичную и специализированную помощь. Некоторые потребители хотят получать медицинскую помощь в FQHC из-за того, что центры долго работают в их районе. Может быть, Вы захотите попробовать воспользоваться их услугами из-за того, что до них легко добраться. Вы должны знать, что у Вас есть право выбора. Вы можете выбрать одного из наших поставщиков услуг. Или Вы можете прикрепиться к основному лечащему врачу в одном из FQHC, работающих с нами; они перечислены в Справочнике поставщиков услуг. Просто позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, и они помогут Вам.

Ежегодные медосмотры

Важность ежегодного медосмотра Вашего ребенка

Вашему ребенку не обязательно заболеть, чтобы обратиться к врачу. На самом деле, ежегодные медосмотры у Вашего PCP могут помочь Вашему ребенку сохранить здоровье. В дополнение к проверке общего состояния здоровья Вашего ребенка, Ваш PCP будет следить за тем, чтобы Ваш ребенок прошел необходимые ему скрининги, анализы и прививки. И если есть проблемы со здоровьем, то обычно их намного легче лечить, когда они выявляются на ранней стадии.

Вот несколько важных скринингов. Частота прохождения Вашим ребенком скрининга зависит от возраста и факторов риска Вашего ребенка. Поговорите со своим врачом о том, что подходит именно Вам.

Если Вы получили счет

Если Вас просят оплатить услугу, и Вы не уверены, оплачивается ли она планом, позвоните в отдел обслуживания участников плана UnitedHealthcare Community Plan по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, прежде чем оплачивать счет.

Профилактические визиты для детей

Профилактические визиты для детей – это время для того, чтобы Ваш PCP узнал, как Ваш ребенок растет и развивается. Во время этих визитов также проводятся необходимые обследования, такие как проверка речи и слуха, а также проводится вакцинация. Во время таких плановых визитов в Вас также появляется прекрасная возможность задать вопросы о поведении и общем благополучии Вашего ребенка, в том числе касающиеся следующего:

- Еда
- Сон
- Поведение
- Социальное взаимодействие
- Физическая активность

График медосмотров

Важно планировать Ваши профилактические осмотры для детей следующих возрастов:

3–5 дней	15 месяцев
1 месяц	18 месяцев
2 месяца	24 месяца
4 месяца	30 месяцев
6 месяцев	3 года
9 месяцев	4 года
12 месяцев	Раз в год после 5 лет

Посещение врача

Ниже приведены прививки, которые врач, вероятно, сделает, и как они защищают Вашего ребенка:

- Гепатит А и гепатит В:** предотвращает вероятность возникновения двух распространенных инфекций печени
- Ротавирус:** защищает от вируса, вызывающего тяжелую диарею
- Дифтерия:** предотвращает опасную инфекцию горла
- Столбняк:** предотвращает опасное заболевание нервов
- Коклюш:** предотвращает появление судорожного кашля
- НіВ-вакцина:** предотвращает менингит в детском возрасте
- Менингококк:** предотвращает бактериальный менингит
- Полиомиелит:** предотвращает вирус, вызывающий паралич
- КПК:** предотвращает корь, паротит и краснуху
- Ветряная оспа:** предотвращает вероятность ветрянки
- Грипп:** защищает от вируса гриппа
- Пневмококковая инфекция:** предотвращает вероятность развития инфекций уха, инфекций крови, пневмонию и бактериальный менингит
- ВПЧ:** защищает от вируса, передающегося половым путем, который может привести к раку шейки матки у женщин и генитальным кондиломам у мужчин

Запись на прием к РСР Вашего ребенка

Позвоните непосредственно в офис Вашего врача. Номер должен быть указан на идентификационной карте участника плана Вашего ребенка. Когда Вы звоните, чтобы записаться на прием, обязательно сообщите сотрудникам офиса причину обращения Вашего ребенка. Это поможет обеспечить получение Вашим ребенком необходимого медицинского обслуживания, когда он/она в этом нуждается. Как быстро можно ожидать осмотра Вашего ребенка:

Сколько времени потребуется для посещения РСР Вашего ребенка:

Неотложная ситуация	Немедленно, или отправка в пункт неотложной помощи
Ситуация, требующая срочной (но не неотложной) помощи	В течение 48 часов
Плановый осмотр	В течение 14 дней
Профилактический осмотр для детей и плановое посещение	В течение 4 недель

- Первый дородовой визит: в течение 3 недель в 1-м триместре (2 недель во 2-м триместре, 1 недели в 3-м триместре)
- Первый визит к новорожденному: в течение 2 недель с выписки из больницы
- Первый визит планирования семьи: в течение 2 недель

20 **Есть вопросы?** Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ 711.

- Визиты с целью наблюдения после психиатрического лечения/лечения злоупотребления препаратами в отделении неотложной помощи или в больнице: через 5 дней
- Не срочный визит для психиатрического лечения или лечения злоупотребления препаратами: через 2 недели

Подготовка к приему у РСР Вашего ребенка

Перед визитом

1. Вы должны понимать, что Вы хотите получить от визита (устранение симптомов, направление к специалисту, конкретная информация и т. д.).
2. Запишите новые симптомы и время их появления.
3. Составьте список всех лекарственных препаратов или витаминов, которые Ваш ребенок принимает на постоянной основе.

Во время визита

Когда Вы будете находиться у врача Вашего ребенка, Вы можете:

- задавать вопросы;
- делать заметки, если это поможет Вам вспомнить;
- попросить врача говорить медленно или объяснить все, что вам непонятно;
- запросить дополнительную информацию о любых лекарственных препаратах, методах лечения или заболеваниях.

Если Вашему ребенку требуется медицинское обслуживание, а офис Вашего поставщика услуг закрыт

Позвоните РСР Вашего ребенка, если Вам требуется помощь, которая не является неотложной. С поставщиком медицинских услуг можно связаться по телефону круглосуточно 7 дней в неделю. Ваш поставщик медицинских услуг или кто-либо из его сотрудников поможет Вам сделать правильный выбор в отношении Вашего медицинского обслуживания.

Вам могут предложить:

- пойти в поликлинику, предоставляющую обслуживание в нерабочее время, или центр срочной медицинской помощи;
- посетить офис утром;
- поехать в ближайшее отделение неотложной помощи (Emergency Room, ER);
- получить лекарственный препарат в Вашей аптеке.

Посещение врача

Выдача направлений к узким специалистам

Направление – это когда Ваш РСР говорит, что Вашему ребенку необходимо обратиться к другому врачу, который уделяет особое внимание уходу за определенной частью тела или лечению определенного заболевания. Этот другой врач называется узким специалистом. Вы должны посетить своего РСР, прежде чем обратиться к специалисту. Если Ваш врач хочет направить Вашего ребенка к специалисту, которого Вы не хотите посещать, Вы можете попросить своего РСР выдать направление к другому специалисту. Вот несколько примеров специалистов:

- Кардиолог – при проблемах с сердцем
- Пульмонолог – для лечения проблем с легкими и дыханием

Вам не требуется направление от Вашего РСР для посещения следующих специалистов:

- Акушер-гинеколог
- Специалист в области оптометрии
- Специалист в области подиатрии
- Дерматолог
- Специалисты по поведенческому здоровью/заболеваниям, связанным со злоупотреблением психоактивными веществами
- Хиропрактики

Если Вам нужно увидеться с врачом узкой специальности для продолжения лечения, РСР сможет дать Вам направление на определенное число визитов или на определенную продолжительность лечения (**постоянно действующее направление**). Если у Вас имеется постоянно действующее направление, Вам не нужно новое направление каждый раз, когда Вам потребуется медицинская помощь.

Если у Вас хроническое или инвалидизирующее заболевание, которое становится со временем все более тяжелым, РСР может организовать:

- Назначение специалиста Вашим РСР; или
- Направление в центр специализированного лечения, который занимается такими заболеваниями как у Вас.

Также Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников, сотрудники которого помогут Вам связаться с центром специализированной медицинской помощи.

Если Вы хотите, чтобы этот специалист был Вашим РСР, Вы должны обсудить это с самим специалистом, спросить его, хочет ли он или она быть Вашим РСР. Это означает, что этот врач будет отвечать за контроль всех Ваших медицинских услуг, за выдачу направлений на лабораторные анализы, рентген и визиты к другим узким специалистам. Если специалист согласится, пожалуйста, попросите его прислать Нам письменное подтверждение, что он или она хочет быть Вашим РСР, и причины такого решения на адрес:

Member Services Director
UnitedHealthcare Community Plan
77 Water Street, 14th Floor
New York, NY 10005.

Мы проанализируем Ваш запрос и известим Вас о дате вступления изменений в силу.

Если у нас в плане UnitedHealthcare Community Plan отсутствует специалист, который может оказать необходимую Вам медицинскую помощь, мы направим Вас к специалисту, не входящему в сеть UnitedHealthcare Community Plan. Это называется направлением к специалисту вне сети. Ваш PCP должен связаться с отделом предварительных разрешений UnitedHealthcare по телефону 1-866-604-3267, для получения разрешения на Вашу встречу со специалистом, не относящимся к сети UnitedHealthcare. Специалист должен согласиться сотрудничать с UnitedHealthcare и принять наши платежи в качестве оплаты в полном объеме. Такое разрешение называется «предварительным разрешением». PCP объяснит Вам все это, когда будет направлять к специалисту, не входящему в сеть UnitedHealthcare. Пожалуйста, смотрите раздел «Разрешение услуги и действия» для получения дополнительной информации о том, какие документы нужны при Вашем запросе на встречу с поставщиком медицинских услуг, не относящимся к сети UnitedHealthcare. Если UnitedHealthcare Community Plan направляет Вас к поставщику медицинских услуг за пределами нашей сети, Вы не несете никакой ответственности за расходы, кроме доплат, в соответствии с описанием в этом справочнике.

Мнение другого специалиста

Мнение другого специалиста – это когда Вы хотите обратиться к другому врачу для решения той же проблемы со здоровьем. Вы имеете право на получение мнения другого специалиста от поставщика услуг, входящего в сеть плана, в отношении любой из Ваших покрываемых льгот.

Продолжение медицинского обслуживания, если PCP Вашего ребенка выходит из сети

Иногда PCP выходят из сети плана. Если это произойдет с PCP Вашего ребенка, Вы получите письмо от нас с уведомлением. Иногда план UnitedHealthcare Community Plan оплачивает Вам услуги врача, покрываемые планом, в течение короткого периода времени после его выхода из сети. Вы можете продолжать получать лечение, когда врач Вашего ребенка покидает сеть плана, если Ваш ребенок находится в активной фазе лечения по поводу серьезной медицинской проблемы. Например, Ваш ребенок может соответствовать критериям, если он получает химиотерапию по поводу рака, когда Ваш врач выходит из сети. Чтобы попросить об этом, позвоните Вашему врачу. Попросите его или ее подать запрос в UnitedHealthcare о получении разрешения на продолжение лечения и ухода.

Если Вашему ребенку требуется медицинское обслуживание за пределами города

План UnitedHealthcare Community Plan оплатит плановое обслуживание за пределами зоны обслуживания только в том случае, если:

- Вы сначала обратитесь к PCP Вашего ребенка, и он подтвердит необходимость получения медицинской помощи до Вашего возвращения домой

Если Вы находитесь за пределами Соединенных Штатов и нуждаетесь в медицинской помощи, любые полученные Вашим ребенком медицинские услуги не будут покрываться планом UnitedHealthcare Community Plan. Child Health Plus не может оплачивать какие-либо медицинские услуги, которые Ваш ребенок получает за пределами Соединенных Штатов.

Больницы и отделения неотложной помощи

Неотложная медицинская помощь

Больничные отделения неотложной помощи предлагают экстренное лечение травм, серьезных травм и симптомов, представляющих угрозу для жизни. Причины обращения в отделение неотложной помощи:

- Серьезное заболевание
- Перелом костей
- Сердечный приступ
- Отравление
- Сильные порезы или ожоги

План UnitedHealthcare Community Plan предоставляет покрытие любой неотложной медицинской помощи, необходимой Вашему ребенку в Соединенных Штатах и на относящихся к ним территориях. В течение 24 часов после визита Вашего ребенка к врачу позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**. Вам также следует позвонить РСР Вашего ребенка и сообщить ему о визите Вашего ребенка, чтобы он мог при необходимости обеспечить последующее наблюдение.

Не ждите!

Если вам требуется неотложная помощь, позвоните по телефону 911 или обратитесь в ближайшую больницу.

Срочная медицинская помощь

Клиники срочной медицинской помощи всегда готовы помочь, если Вашему ребенку необходимо обратиться к врачу для лечения не представляющего угрозы для жизни состояния, но РСР вашего ребенка недоступен или не предоставляет обслуживание в нерабочее время. Распространенные проблемы со здоровьем, идеально подходящие для оказания срочной медицинской помощи, включают:

- Боль в горле
- Инфекция органов слуха
- Незначительные порезы или ожоги
- Грипп
- Субфебрильная лихорадка
- Растяжения

Если у Вашего ребенка возникла проблема, требующая оказания срочной медицинской помощи, сначала позвоните РСР Вашего ребенка. Ваш врач может помочь Вам получить правильный вид лечения. Ваш врач может попросить Вас обратиться в отделение срочной или неотложной медицинской помощи.

Планирование на будущее

Следует знать, какая клиника срочной медицинской помощи находится ближе всего к Вам. Список клиник скорой медицинской помощи можно найти в Вашем Справочнике поставщиков медицинских услуг. Или можно обратиться в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**.

Больничные услуги

Бывают случаи, когда состояние здоровья Вашего ребенка может потребовать, чтобы Ваш ребенок обратился в больницу. Существуют стационарные и амбулаторные больничные услуги.

Амбулаторные услуги включают рентген, лабораторные анализы и незначительные хирургические вмешательства. РСР Вашего ребенка сообщит Вам, нуждается ли Ваш ребенок в амбулаторных услугах. Ваш врач может помочь Вам с планированием.

Для получения стационарных услуг Ваш ребенок должен остаться на ночь в больнице. Это может быть серьезное заболевание, хирургическое вмешательство или рождение ребенка.

Услуги стационарного лечения требуют госпитализации Вашего ребенка в больницу. Больница свяжется с планом UnitedHealthcare Community Plan и попросит разрешения на лечение Вашего ребенка. Если врач, который принимает Вашего ребенка в больницу, не является РСР Вашего ребенка, Вам следует позвонить РСР Вашего ребенка и сообщить ему о том, что Вашего ребенка госпитализируют.

Больницы и отделения неотложной помощи

Посещение больницы

Вы должны обращаться в больницу только в том случае, если Вам требуется неотложная помощь или если Ваш врач направил Вас в больницу.

Услуги неотложной скорой помощи

В экстренных случаях для Вашего ребенка предусмотрена перевозка медицинским транспортом. Перевозка в ситуациях (плановых), не требующих неотложной помощи, не покрывается.

UnitedHealthcare покрывает необходимые с медицинской точки зрения услуги скорой помощи, если Вы соответствуете следующим условиям:

- заболевание или травма Вашего ребенка настолько серьезны, что он/она могут попасть в больницу только в машине скорой помощи;
- если Ваш ребенок едет в машине скорой помощи, его/ее необходимо доставить в ближайшую больницу с нужным оборудованием для оказания помощи;
- если Ваш ребенок переезжает из одной больницы в другую, в учреждение квалифицированного сестринского ухода или в лицензированное учреждение сестринского ухода.

UnitedHealthcare не будет оплачивать следующие услуги (плановые) по перевозке, не требующие неотложной помощи:

- перевозка из дома в офис врача Вашего ребенка;
- перевозка в амбулаторную зону больницы, если только поставщик, входящий в сеть плана, или UnitedHealthcare не решат, что болезнь или травма Вашего ребенка требуют этого;
- перевозка из одного частного дома в другой.

Отсутствие покрытия медицинского обслуживания за пределами США

Если Вы находитесь за пределами Соединенных Штатов и нуждаетесь в медицинской помощи, любые полученные Вашим ребенком медицинские услуги не будут покрываться планом UnitedHealthcare Community Plan. Child Health Plus не может оплачивать какие-либо медицинские услуги, которые Ваш ребенок получает за пределами Соединенных Штатов.

Аптека

Рецептурные препараты

Ваши льготы включают рецептурные препараты

План UnitedHealthcare Community Plan покрывает сотни рецептурных препаратов из сотен аптек. Полный список покрываемых препаратов включен в Перечень предпочтительных препаратов. Вы можете получить свои рецептурные препараты в любой аптеке нашей сети. Все, что Вам необходимо сделать, – это предъявить Вашу идентификационную карту.

Что такое Перечень предпочтительных препаратов?

Это список лекарственных препаратов, покрываемых Вашим планом. С полным списком можно ознакомиться в Вашем фармацевтическом справочнике или онлайн на веб-сайте myuhc.com/CommunityPlan.

Непатентованные и патентованные препараты

UnitedHealthcare Community Plan требует, чтобы, когда это возможно, использовались непатентованные препараты. Непатентованные препараты содержат те же ингредиенты, что и патентованные препараты – они часто стоят дешевле, но работают одинаково.

В некоторых случаях покрывается ограниченное количество патентованных препаратов. Они ограничены определенными классами (или типами) лекарственных препаратов. Некоторые из них могут потребовать наличия предварительного разрешения плана UnitedHealthcare Community Plan.

Изменения в Перечне предпочтительных препаратов

Список покрываемых препаратов регулярно пересматривается Департаментом социального обеспечения и может меняться при наличии новых непатентованных препаратов.

Лекарственные средства, отпускаемые без рецепта (ОТС)

План UnitedHealthcare Community Plan также покрывает многие лекарственные средства, отпускаемые без рецепта.

Поставщик, входящий в сеть плана, должен выписать Вам рецепт на лекарственный препарат, отпускаемый без рецепта. Запас препарата ограничен до 30 дней. Все, что от Вас требуется, – это принести рецепт и идентификационную карту участника плана в любую аптеку, входящую в сеть плана, и бесплатно получить препарат. К лекарственным средствам, отпускаемым без рецепта, относятся:

- Обезболивающие препараты
- Лекарства от кашля
- Крем для оказания первой помощи
- Лекарство от простуды
- Контрацептивы

С полным списком покрываемых лекарственных средств, отпускаемых без рецепта, можно найти на веб-сайте myuhc.com/CommunityPlan. Либо позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ 711.

Инъекционные препараты

Инъекционные препараты – это лекарственные препараты, вводимые путем инъекции, которые покрываются страховкой. Ваш РСР может доставить инъекционный препарат в офис врача или на дом. В некоторых случаях Ваш врач выпишет Вам рецепт на инъекционный препарат (например, инсулин), который Вы можете получить в аптеке.

Участковая аптека

Некоторые участники плана UnitedHealthcare Community Plan будут закреплены за участковой аптекой. В этом случае участники должны получать рецептурные препараты в одной аптеке в течение двух лет. Это основано на предшествующем применении лекарственных препаратов, включая чрезмерное использование фармацевтических льгот, наркотических средств, разных аптек и другую информацию.

Участникам этой программы будет отправлено письмо с названием аптеки, услугами которой они должны пользоваться. Если Вы получили это письмо, у Вас есть 30 дней с даты письма, чтобы подать запрос о смене аптеки. Чтобы сменить аптеку в этот период времени, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ 711. По истечении 30 дней с даты письма Вам необходимо будет подать запрос в письменной форме. Отправьте Ваш запрос по адресу:

UnitedHealthcare Community Plan
Pharmacy Department
P.O. Box 41566
Philadelphia, PA 19101

Льготы

Покрываемые и непокрываемые услуги

Информация о покрываемых льготах и непокрываемых услугах приведена в договоре на участие в плане Child Health Plus. С информацией о покрываемых услугах можно ознакомиться в разделах с третьего по шестой договора на участие в плане. Описание непокрываемых услуг приведено в разделе 8.

Соответствие критериям для участия в плане Child Health Plus

Право на участие в плане Child Health Plus зависит от размера и дохода Вашей семьи. Некоторые дети будут иметь право на бесплатное покрытие в рамках плана Child Health Plus, а другие будут обязаны платить ежемесячный страховой взнос. Мы сообщим Вам, нужно ли Вам платить ежемесячный страховой взнос за Вашего ребенка (детей). В некоторых случаях Вы можете выплачивать полный страховой взнос, если Ваш семейный доход превышает ограничения, установленные штатом Нью-Йорк. См. раздел 2 «Для кого предусмотрено страховое покрытие согласно Вашему договору на участие в плане».

Продление страхового покрытия в рамках плана Child Health Plus (повторная сертификация)

Ваше страховое покрытие в рамках плана Child Health Plus требует ежегодного продления или повторной сертификации Вашего страхового покрытия. Каждый год Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк будет просить Вас предоставить информацию о Вашем семейном доходе, возрасте Вашего ребенка, местожительстве и статусе другого страхования. Это необходимо для продления или повторной сертификации страхового покрытия Вашего ребенка (детей). Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк должен собрать эту информацию, чтобы определить, имеет ли Ваш ребенок право на участие в плане Child Health Plus, и определить сумму страховых взносов, которую Вы должны оплачивать ежемесячно за страховое покрытие. Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк отправит Вам форму повторной сертификации для плана Child Health Plus по почте за 2–3 (два-три) месяца до даты повторной сертификации. Форма будет включать список местоположений, где Вы сможете получить помощь в заполнении формы повторной сертификации. Важно, чтобы Вы заполнили и послали форму повторной сертификации для плана Child Health Plus до этой даты. Если Вы не пройдете повторную сертификацию вовремя, Ваш ребенок (дети) потеряет страховое покрытие. Для получения дополнительной информации см. договор на участие в плане Child Health Plus.

Льготы

Изменения в соответствии критериям для участия в плане

Если в течение года произойдут изменения, влияющие на соответствие Вашего ребенка критериям для участия в плане или оплату страхового взноса, позвоните в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 1-855-355-5777, чтобы сообщить об изменении.

Вот несколько примеров изменений семейных обстоятельств:

- Ваш ребенок (дети) переезжает за пределы зоны обслуживания плана; или
- Вы получаете другое медицинское страхование для Вашего ребенка (детей); и
- У Вас изменился адрес или номер телефона.

В случае любого из вышеуказанных изменений сообщите об этом в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 1-855-355-5777. Другие изменения касательно соответствия критериям могут также изменить сумму страхового взноса, которую Вы платите за Ваше страховое покрытие. Они включают следующее:

- Снижение дохода семьи в результате смены места работы, брака или развода, получение пособия на ребенка или другого источника дохода
- Увеличение или уменьшение количества людей в семье ребенка

Страховые взносы по плану Child Health Plus

Если Ваш ребенок (дети) зачислен в план Child Health Plus, то, возможно, Вам потребуется оплачивать страховые взносы. План Child Health Plus является франкированным планом медицинского страхования. Это означает, что страховые взносы оплачиваются до начала месяца, покрываемого страховкой. Сумма страховых взносов плана Child Health Plus может варьироваться в зависимости от доходов и размера каждой конкретной семьи. Страховые взносы должны поступать на счет плана UnitedHealthcare Community Plan ранее или в последний день льготного периода. В противном случае действие Вашего страхового покрытия прекращается.

Как работает процесс выставления счетов по страховым взносам

План UnitedHealthcare Community Plan будет ежемесячно выставлять Вам счет на сумму страхового взноса. План UnitedHealthcare Community Plan выставит Вам счет за два месяца до месяца действия страхового покрытия, и оплата должна быть произведена за месяц до наступления месяца действия страхового покрытия. Мы также предоставляем льготный период для получения Вашего платежа. Страховые взносы должны поступать на счет плана UnitedHealthcare Community Plan ранее или в последний день льготного периода. В противном случае действие страхового покрытия для Вашего ребенка (детей) прекращается. Чтобы снова стать участником плана Child Health Plus, Вам нужно будет подать повторное заявление.

Цикл выставления счетов для оплаты ежемесячных страховых взносов в размере от \$9 до \$60 на ребенка в месяц

Если Ваш ежемесячный страховой взнос на ребенка составляет от \$9 до \$60 в месяц, в таблице ниже приведена информация о дате выставления и сроке оплаты Вашего счета. Если у Вас более трех детей, покрываемых планом UnitedHealthcare Community Plan, Вы будете платить страховую премию только за трех детей. Мы рекомендуем Вам отправить платеж с достаточным временем для его получения до истечения льготного периода.

Месяц выставления счета	Дата выставления счета	Срок оплаты	Последний день льготного периода
Январь	5 ноября	1 декабря	31 января
Февраль	5 декабря	1 января	28/29 февраля
Март	5 января	1 февраля	31 марта
Апрель	5 февраля	1 марта	30 апреля
Май	5 марта	1 апреля	31 мая
Июнь	5 апреля	1 мая	30 июня
Июль	5 мая	1 июня	31 июля
Август	5 июня	1 июля	31 августа
Сентябрь	5 июля	1 августа	30 сентября
Октябрь	5 августа	1 сентября	31 октября
Ноябрь	5 сентября	1 октября	30 ноября
Декабрь	5 октября	1 ноября	31 декабря

Льготы

Цикл выставления счетов для плательщиков ежемесячных страховых взносов в полном объеме

Если Вам необходимо оплатить ежемесячный страховой взнос за ребенка (обычно свыше \$150 за ребенка в месяц) в полном объеме, в таблице ниже приведена информация о дате выставления и сроке оплаты Вашего счета. Если Вы оплачиваете страховой взнос в полном объеме, Вам необходимо оплатить его за каждого застрахованного ребенка в Вашей семье. Страховые взносы не ограничиваются тремя детьми для плательщиков страховых взносов в полном объеме. Мы рекомендуем Вам отправить платеж с достаточным временем для его получения до истечения льготного периода.

Месяц выставления счета	Дата выставления счета	Срок выполнения	Последний день льготного периода
Январь	5 ноября	1 декабря	31 декабря
Февраль	5 декабря	1 января	31 января
Март	5 января	1 февраля	28/29 февраля
Апрель	5 февраля	1 марта	31 марта
Май	5 марта	1 апреля	30 апреля
Июнь	5 апреля	1 мая	31 мая
Июль	5 мая	1 июня	30 июня
Август	5 июня	1 июля	31 июля
Сентябрь	5 июля	1 августа	31 августа
Октябрь	5 августа	1 сентября	30 сентября
Ноябрь	5 сентября	1 октября	31 октября
Декабрь	5 октября	1 ноября	30 ноября

Страховые взносы должны поступать на счет плана ранее или в последний день льготного периода. В противном случае действие страхового покрытия для Вашего ребенка (детей) прекращается.

32 **Есть вопросы?** Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ 711.

Должен ли я оплачивать какие-либо услуги?

Нет. Участники плана Child Health Plus не оплачивают покрываемые услуги, предоставляемые поставщиком услуг, заключившим договор с планом. Доплата за все покрываемые услуги составляет \$0. Возможно, Вам потребуется оплатить услуги в следующих случаях:

- Ваш ребенок получает услуги от поставщика, не входящего в сеть плана; или
- Ваш ребенок получает услуги за пределами зоны обслуживания плана; или
- Ваш ребенок получает услуги, не требующие неотложной помощи, в отделении неотложной помощи.

Что делать, если я не заплатил(-а) страховой взнос за своего ребенка?

Некоторые люди должны оплачивать страховой взнос за своих детей, участвующих в плане Child Health Plus. План UnitedHealthcare Community Plan выставит Вам счет за два месяца до месяца действия страхового покрытия, и оплата должна быть произведена за месяц до наступления месяца действия страхового покрытия. Мы также предоставляем льготный период для получения Вашего платежа. Для получения дополнительной информации о страховых взносах и сроках оплаты см. приведенную выше таблицу циклов выставления счетов.

Если Вам необходимо оплатить страховой взнос, важно, чтобы Вы оплатили страховой взнос за каждого ребенка, участвующего в плане UnitedHealthcare Community Plan, до наступления срока оплаты страхового взноса. Если мы не получим от Вас страховой взнос до наступления последнего дня льготного периода, Ваш ребенок будет исключен из плана Child Health Plus.

Мы отправим Вам письменное уведомление о том, что страховое покрытие Вашего ребенка будет прекращено до окончания льготного периода. Если у Вас есть вопросы относительно того, поступила ли оплата Вашего страхового взноса на счет плана UnitedHealthcare Community Plan, или хотите узнать, когда должен быть произведен платеж, позвоните по бесплатному номеру 1-877-229-3439.

Важная информация о плане – NY Child Health Plus

UnitedHealthcare предлагает новый способ упростить оплату Вашего ежемесячного страхового взноса. Теперь участники плана UnitedHealthcare Child Health Plus могут оплатить свой ежемесячный страховой взнос в режиме онлайн, зарегистрировавшись на веб-сайте myuhc.com.

Участники также могут оплатить свой ежемесячный страховой взнос в телефонном режиме круглосуточно 7 дней в неделю, воспользовавшись нашей автоматизированной системой оплаты счетов. Позвоните по телефону **1-877-229-3439**, ТТУ **711**.

Кроме того, участники могут отправить чек или денежный перевод почтой по указанному ниже адресу:

UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 785462
Philadelphia, PA 19178-5462

Льготы

Как и всегда, если для осуществления оплаты Вы предпочитаете поговорить с представителем Службы поддержки участников, позвоните по телефону **1-877-229-3439**, ТТУ **711**, с 8:00 до 17:00, с понедельника по пятницу. Мы ценим наших участников и находимся в постоянном поиске новых способов помочь нашим участникам получить необходимое им медицинское обслуживание. Благодарим Вас за то, что Вы выбрали UnitedHealthcare.

Участники также могут отправить оплату страхового взноса экспресс-почтой.

Адрес экспресс-почты:

UnitedHealthcare Community Plan
Lock Box #5462
Wells Fargo Bank Y1372-045
401 Market Street
Philadelphia, PA 19106

Может ли страховое покрытие моего ребенка быть прекращено?

План UnitedHealthcare Community Plan может по своему усмотрению прекратить действие этого страхового плана по следующим причинам:

- a. Ваша неспособность вовремя оплатить ежемесячный страховой взнос Вашего ребенка (детей)
- b. Потеря права на участие в плане Child Health Plus (Вашему ребенку исполнилось 19 лет, он имеет право на участие в программе Medical Assistance или включен в другое медицинское страхование)
- c. Предоставление нам ложной информации
- d. Разрешение другим людям использовать идентификационную карту Вашего ребенка (детей)
- e. Вы и Ваш застрахованный ребенок (дети) переехали из зоны обслуживания
- f. Письменный запрос от участника о прекращении участия
- g. Прекращение действия договора Child Health Plus между UnitedHealthcare of New York, Inc. и штатом Нью-Йорк
- h. Смерть

Разрешение услуги и действия для получения предварительного разрешения

Предварительное разрешение

Существуют некоторые виды лечения и услуг, на которые Вам необходимо получить разрешение, прежде чем Вы начнете получать их, или на их продолжение. Это называется **предварительным разрешением**. Вы или кто-либо, кому Вы доверяете, может сделать соответствующий запрос. Ваш поставщик медицинских услуг может попросить об этом от Вашего имени. Предварительное разрешение необходимо получать на следующие виды лечения и услуг:

- Госпитализация в стационар, включая медицинское обслуживание, психическое здоровье, хирургическое лечение и уход за беременными женщинами
- Услуги специализированных учреждений сестринского ухода
- Услуги медицинского ухода на дому
- Медицинское оборудование длительного пользования (DME) дороже \$500
- Протезы и биопротезы дороже \$500
- Косметическая и восстановительная хирургия
- Обследования с целью наложения обходного желудочного анастомоза и проведение соответствующей хирургической операции
- Инфузионная терапия
- Услуги хосписа, стационарные и амбулаторные
- Новейшие рентгенологические услуги, в том числе исследования ядерной радиологии и ядерной медицины, МРТ, МРА, ПЭТ и КТ
- Медицинские услуги, носящие экспериментальный или исследовательский характер
- Услуги не в рамках сети и за пределами штата
- Услуги специалистов по психиатрическим проблемам и злоупотреблению алкоголем и наркотиками, стационарные и амбулаторные
- Физиотерапию, лечение профессиональных заболеваний и лечение дефектов речи после 20 визита. Это ограничение не распространяется на участников младше 21 года, с задержкой развития или на участников, страдающих последствиями черепно-мозговой травмы.
- Обследования при трансплантации
- Рецептурные препараты, не включенные в Перечень предпочтительных препаратов

Запрос разрешения на лечение или услугу называется **запросом разрешения на услугу**. Для получения разрешения на такие виды лечения и услуг Ваш врач или поставщик медицинских услуг должен позвонить в Отдел предварительных разрешений UnitedHealthcare Community Plan по телефону 1-866-604-3267, или Ваш врач или поставщик медицинских услуг могут отправить письменный запрос по почте или по факсу на номер 1-866-950-4490.

Льготы

План UnitedHealthcare Community использует процесс поиска новых медицинских процедур, видов лечения и лекарств, которые признаются безопасными и разрешаются к использованию признанными национальными ассоциациями экспертов (например, FDA или Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов). Как только процедура, вид лечения или лекарство признаются безопасными, запускается внутренний процесс анализа и утверждения, который приводит к тому, что эта процедура, лечение или лекарство становятся доступными для Вас, то есть покрывается планом.

Письменные запросы врача или поставщика медицинских услуг можно отправлять по адресу:

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

Также Вам необходимо будет получить предварительное разрешение, если Вы получаете одну из таких услуг в настоящее время и хотите продолжить ее получать или нуждаетесь в дополнительном уходе. Сюда включаются запросы на услуги медицинского работника на дому, пока Вы находитесь в больнице, или после того, как Вы только что покинули больницу. Это называется **параллельным рассмотрением**.

Услуги медицинского работника на дому (Home Health Care, ННС) после приема пациента на стационарное лечение оцениваются и определяются так же, как в случаях, когда Вы уже получаете такие услуги, но необходимо продолжить их получение или необходимо дополнительное лечение (одновременный анализ).

Что случится после того, как мы получим Ваш запрос на разрешение услуги:

В штате медицинского страхового плана имеются эксперты, которые должны убедиться, что Вы получаете услуги, которые покрываются нашим планом, при необходимости с медицинской точки зрения. В числе таких экспертов – врачи и медсестры. Их работа состоит в том, чтобы убедиться, что лечение и услуги, о которых Вы просите, необходимы по медицинским показаниям и подходят Вам. Они сравнят Ваш план лечения с приемлемыми медицинскими стандартами.

Любое решение отказать в запросе на разрешение услуги или разрешить ее в меньшем объеме, чем Вы запрашивали, называется **первоначальным решением об отказе**. Такие решения принимаются квалифицированными специалистами-медиками. Если мы решим, что запрашиваемая услуга не является необходимой с медицинской точки зрения, это решение примет клинический аналитик, который может быть врачом или специалистом в сфере здравоохранения, обычно предоставляющим такое лечение, запрашиваемое Вами. Вы или кто-либо, кому Вы доверяете, можете запросить медицинские стандарты, называемые **критериями клинического рассмотрения**, которые использовались при принятии отказных решений, связанных с медицинской необходимостью.

После того как мы получим Ваш запрос на услугу, мы рассмотрим его в соответствии со **стандартной** процедурой или в **ускоренном порядке**. Вы или Ваш врач можете попросить провести рассмотрение в ускоренном порядке, если Вы уверены, что отсрочка подвергнет Ваше здоровье серьезной опасности. Если запрос на рассмотрение в ускоренном порядке будет отклонен, мы сообщим Вам об этом, и Ваше дело будет рассматриваться в соответствии со стандартной процедурой. Если Вы в больнице, или только что покинули больницу, и мы получили запрос на услуги медицинской помощи на дому, мы рассмотрим этот вопрос в ускоренном порядке.

36 **Есть вопросы?** Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ 711.

Мы расскажем Вам и Вашему поставщику медицинских услуг по телефону и в письменной форме, утвержден Ваш запрос или отклонен. Также мы объясним Вам причины того или иного решения. Мы объясним, какие у Вас есть возможности для апелляции, если Вы не согласитесь с нашим решением.

Сроки рассмотрения запросов на предварительное разрешение:

- **Рассмотрение в соответствии со стандартной процедурой:** Мы примем решение по Вашему запросу в течение 3 рабочих дней с момента получения всей необходимой информации, но Вы узнаете о нем от нас не позднее чем через 14 дней после того, как мы получим Ваш запрос. К 14-му дню мы сообщим Вам, нужна ли дополнительная информация.
- **Ускоренное решение.** Мы примем решение, и Вы узнаете о нем от нас в течение 3 рабочих дней. К третьему рабочему дню мы сообщим Вам, нужна ли дополнительная информация.

Мы попытаемся сообщить Вам о решении по телефону и пошлем письменное извещение позднее.

Сроки рассмотрения запросов на проведение текущего анализа:

- **Рассмотрение в соответствии со стандартной процедурой:** Мы примем решение в течение 1 рабочего дня с момента, когда получим всю необходимую информацию, но сообщим его Вам не позднее чем через 14 дней после получения Вашего запроса. К 14-му дню мы сообщим Вам, нужна ли дополнительная информация.
- В отношении запросов о медицинской помощи на дому (ННС) непосредственно после госпитализации, мы примем решение в течение 1 рабочего дня с момента, когда получим всю необходимую информацию, но Вы получите его не позднее, чем через 14 дней после получения нами Вашего запроса, или в течение 72 (семидесяти двух) часов с момента получения всей необходимой информации, если день, следующий за датой подачи запроса, выпадает на пятницу или праздничный день.
- **Ускоренное решение.** Мы примем решение в течение 1 рабочего дня с момента, когда получим всю необходимую информацию. Однако, если Вы в госпитале, или только что покинули госпиталь, и просите нас о медицинской помощи на дому в пятницу или в день перед отпуском, мы примем решение не позднее, чем через 72 часа с момента получения всей необходимой информации. В любом случае, Вы услышите его от нас не позднее, чем через 3 рабочих дня после получения нами Вашего запроса. К третьему рабочему дню мы сообщим Вам, нужна ли дополнительная информация. Мы попытаемся сообщить Вам о решении по телефону и пошлем письменное извещение позднее.

Если нам будет необходимо больше информации для того, чтобы принять решение о запрашиваемой Вами услуге либо в соответствии со стандартной процедурой, либо в ускоренном порядке, мы:

- Напишем и сообщим Вам, какая информация нам нужна. Если запрос рассматривается в ускоренном порядке, мы позвоним Вам сразу, а письменное извещение пришлем позднее.
- Сообщим Вам, почему отсрочка соответствует Вашим интересам
- Примем решение не позднее чем через 14 дней с даты, когда мы запросили у Вас дополнительную информацию

Льготы

Вы, Ваш поставщик медицинских услуг или кто-либо, кому Вы доверяете, также можете запросить у нас больше времени для принятия решения. Оно может Вам потребоваться для получения дополнительной информации для плана, которая поможет принять решение по Вашему случаю. Это можно сделать, позвонив по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, или по факсу 1-866-950-4490.

Письменные запросы врача или поставщика медицинских услуг можно отсылать по адресу:

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

Вы или кто-либо, кому Вы доверяете, можете пожаловаться плану, если Вы не согласны с нашим решением потратить дополнительное время на рассмотрение Вашего запроса. Вы или кто-либо, кому Вы доверяете, можете пожаловаться в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 1-800-206-8125.

Мы известим Вас о нашем решении к дате истечения срока рассмотрения. Но если по каким-либо причинам на эту дату мы с Вами не свяжемся, это будет означать, что мы отклонили запрос на разрешение Вашей услуги. Если Вы не удовлетворены этим ответом, Вы имеете право подать апелляцию. Смотрите ниже в этом справочнике раздел «Подача апелляции».

Другие решения по Вашему лечению

Иногда мы будем проводить сопутствующее рассмотрение лечения, которое Вы получаете, чтобы определить, в каком еще обслуживании Вы нуждаетесь. Мы также проанализируем другие виды лечения и услуг, которые Вы уже получали. Это называется **ретроспективным рассмотрением**. Мы сообщим Вам в случае проведения рассмотрения.

Проверка использования

Мы проверяем медицинские услуги для того, чтобы определить, являются или являлись ли эти услуги **Необходимыми** по медицинским показаниям или были экспериментальными или проводившимися с целью исследования («Необходимые по медицинским показаниям»). Этот процесс называется проверкой использования. Проверка использования включает проверку всех видов деятельности, несмотря на то, имели ли они место до оказания услуги (Предварительное разрешение); при оказании услуги (одновременная проверка) или после оказания услуги (ретроспективная проверка). Со всеми вопросами о процедуре проверки использования обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, с 8:00 до 18:00, с понедельника по пятницу. Возможно получение помощи на Вашем языке.

Управление лечением и медицинским обслуживанием

Если у Вас хроническое заболевание, такое как астма или диабет, планом UnitedHealthcare Community Plan предусмотрена программа, которая поможет Вам жить с Вашим заболеванием и улучшить качество жизни. Эти программы являются добровольными и доступны бесплатно для Вас. В этих программах представлена важная информация о состоянии Вашего здоровья, лекарственных препаратах, методах лечения и важности визитов к Вашему врачу в рамках последующего наблюдения.

Группа зарегистрированных медсестер и социальных работников будет работать с Вами, Вашей семьей, Вашим РСР, другими поставщиками медицинских услуг и общественными ресурсами для разработки плана медицинского обслуживания, отвечающего Вашим потребностям в наиболее подходящих условиях. Они также могут помочь Вам с другими вопросами, такими как потеря веса, отказ от курения, назначение визитов к Вашему врачу и напоминание о специальных обследованиях, которые могут Вам понадобиться.

Вы или Ваш врач можете позвонить нам и узнать, могут ли наши программы управления обслуживанием или лечением заболеваний помочь Вам. Если Вы или Ваш врач считаете, что менеджер по медицинскому обслуживанию может Вам помочь, или Вы хотите получить дополнительную информацию о наших программах лечения или программах лечения заболеваний, позвоните нам по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ 711.

Программы Wellness

В плане UnitedHealthcare Community Plan предусмотрено множество программ и инструментов, помогающих Вам поддерживать свое здоровье и здоровье членов Вашей семьи. К ним относятся:

- Медицинское обслуживание при беременности, а также учебные курсы по материнству и уходу за детьми
- Учебный курс по кормлению детей
- Напоминания по уходу за ребенком

Ваш поставщик услуг может предложить Вам одну из следующих программ. Для получения дополнительной информации или для поиска программы, работающей вблизи Вашего места жительства, обратитесь к своему РСР или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ 711.

Другая информация о плане

Поиск поставщика, входящего в сеть плана

Мы упрощаем поиск поставщиков, входящих в сеть плана. Чтобы найти поставщика, входящего в сеть плана, или аптеку, расположенную рядом с Вами:

Чтобы найти поставщика услуг в режиме онлайн, посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan. – Нажмите вкладку «Найти поставщика».

Обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**. Мы можем найти для Вас поставщиков, входящих в сеть плана. Или, если Вы хотите, мы можем отправить Вам Справочник поставщиков услуг по почте.

Справочник поставщиков услуг

У Вас есть список поставщиков медицинских услуг, доступных в Вашем районе. В справочнике указаны адреса и номера телефонов наших поставщиков, входящих в сеть плана.

Информация о поставщике часто меняется. Посетите наш веб-сайт, чтобы ознакомиться с обновленным списком на веб-сайте myuhc.com/CommunityPlan. Вы можете просмотреть или распечатать справочник поставщиков услуг на веб-сайте или нажать вкладку «Найти поставщика услуг», чтобы воспользоваться нашим интерактивным поисковым справочником.

Если Вы хотите получить распечатанную копию нашего справочника, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, и мы отправим Вам ее по почте.

Опрос участников

Каждый год UnitedHealthcare проводит опрос некоторых наших участников о том, что они думают о плане UnitedHealthcare Community Plan. Этот опрос помогает нам решить, над чем мы должны поработать, чтобы внести улучшения, и что мы делаем хорошо.

Если Вы получили опрос, пожалуйста, ответьте на него. Опрос проводит сторонняя организация, и мы никогда не видим Ваших ответов. Ваша конфиденциальность защищена. Ваши ответы никогда не будут использоваться для принятия решений о Вашем медицинском обслуживании или медицинском обслуживании Вашей семьи. Ваши ответы, а также ответы многих других участников объединены, чтобы мы понимали, насколько эффективна наша работа. Это Ваш шанс дать нам оценку. Мы хотим узнать Ваше мнение.

40 **Есть вопросы?** Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**.

Мошенничество и злоупотребление

Любой человек может сообщить о возможном мошенничестве и злоупотреблении. Если Вам стало известно о мошенничестве или злоупотреблении, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, чтобы сообщить об этом. Ниже приведены некоторые примеры мошенничества и злоупотреблений:

- Получение льгот в штате Нью-Йорк и другом штате одновременно
- Изменение или подделка рецептов
- Льготы получает лицо, не имеющее права на их получение
- Предоставление идентификационной карты участника плана UnitedHealthcare Community Plan для использования другому лицу
- Чрезмерное использование или злоупотребление льготами
- Врачи или больницы, которые выставляют Вам или компании UnitedHealthcare счет за услуги, которые Вам не были предоставлены
- Врачи или больницы, которые выставляют счета компании UnitedHealthcare более одного раза за услуги, которые Вы получали только один раз
- Врачи, предоставляющие компании UnitedHealthcare ложную документацию, чтобы Вы могли получать услуги, которые предоставляются только по медицинским показаниям

Ваше мнение имеет значение

Есть ли у Вас какие-либо идеи о том, как улучшить план UnitedHealthcare Community Plan? Существует много способов, с помощью которых Вы можете рассказать нам о своих мыслях.

- Обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**
- Напишите нам по адресу:

UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

Консультативный комитет участников

У нас также есть Консультативный комитет участников, который проводит заседания каждые три месяца. Если Вы хотите присоединиться к нам, обратитесь в отдел обслуживания участников.

Политика недопущения дискриминации

При получении услуги от НМО в отношении участников UnitedHealthcare не допускается дискриминация на основании возраста, пола, цвета кожи, расы, религии или национального происхождения. Мы призываем любого участника, который считает, что произошла несправедливая дискриминация, подать жалобу в соответствии с процедурой подачи жалоб и апелляций компании UnitedHealthcare. Наш персонал заинтересован сделать все, чтобы отношение к нашим участникам было справедливым.

Права и обязанности участников

Ваши права

Как участник программы UnitedHealthcare Community Plan Вы имеете право на:

- Получение информации о плане UnitedHealthcare, его услугах, его сотрудниках и поставщиках услуг, а также правах и обязанностях участников.
- Уважительное отношение, уважение достоинства и неприкосновенности частной жизни независимо от состояния здоровья, пола, расы, цвета кожи, религии, страны происхождения, возраста, семейного положения или сексуальной ориентации.
- Получение сведений о том, когда, где и как Вы будете получать нужные Вам услуги от программы UnitedHealthcare Community Plan.
- Получение сведений от РСР о том, что с Вами не так, что можно сделать для Вас и каков будет вероятный результат лечения, на языке, который Вы понимаете.
- Получение заключения о Вашем лечении от второго врача у поставщика, входящего в сеть плана, или у поставщика, не входящего в сеть плана, без дополнительной оплаты, если поставщик, входящий в сеть плана, не доступен.
- Запрос копии большей части недавних отдельных прямых платежей по договорам на участие.
- Получение Вашего согласия на любое лечение или план медицинского обслуживания после полного объяснения этого плана.
- Отказ от лечения и объяснение риска для Вас в этом случае.
- Получение копий Вашей медицинской документации и обсуждение ее с Вашим РСР, а также при необходимости запрос на внесение исправлений или изменений в эти документы.
- Обеспечение хранения Вашей медицинской документации с соблюдением конфиденциальности и недопущение ее раскрытия посторонним лицам, за исключением случаев, когда это требуется в соответствии с законодательством, условиями договора, или с Вашего согласия.
- Использование системы обжалования UnitedHealthcare Community Plan при подаче любых жалоб, или Вы можете жаловаться в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк или в местный отдел социального обеспечения в любое время, когда Вы сочтете, что Вас неправильно лечат.
- Назначение кого-либо (родственника, друга, юриста и т. д.) для обсуждения ухода за Вами и лечения от Вашего имени, если Вы не можете это делать сами.

- Получение обслуживания при обеспечении внимательного и уважительного отношения, чистых и безопасных условий, без необоснованных ограничительных мер.
- Откровенное обсуждение возможностей подходящего или необходимого с медицинской точки зрения лечения Вашего заболевания, независимо от его стоимости и покрытия льгот.
- Внесение рекомендаций относительно политики прав и обязанностей членов организации.

Если Вы получили счет

План UnitedHealthcare Community Plan предоставляет полный спектр медицинских услуг совершенно бесплатно для Вас. Вы ни в каких случаях не должны платить своему PCP или другому поставщику услуг для плана UnitedHealthcare Community Plan. На Вас не возлагается оплата утвержденных услуг, предоставляемых через план UnitedHealthcare Community Plan, если Вы получаете их у поставщика медицинских услуг в рамках UnitedHealthcare Community Plan.

Если Вас просят заплатить за услуги поставщика UnitedHealthcare Community Plan, напомните поставщику, что за Вас платит план UnitedHealthcare Community Plan, и покажите идентификационную карту UnitedHealthcare Community Plan. Также Вы можете обратиться в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647, ТТУ 711**, и они помогут Вам. Вас могут попросить заплатить за услуги, которые не покрываются планом UnitedHealthcare Community Plan. Вам не может быть выставлен счет ни за какую услугу, кроме случаев, когда Вы были в курсе и заранее согласились на оплату до начала лечения.

Если Вы получили счет за медицинские услуги, позвоните в отдел обслуживания участников плана UnitedHealthcare Community Plan по телефону **1-800-493-4647, ТТУ 711**, и наш представитель поможет Вам разрешить проблему. Большая часть счетов должна содержать биллинг-номер, Вы можете позвонить и сказать им идентификационный номер участника UnitedHealthcare Community Plan и попросить их направить счет в план UnitedHealthcare Community Plan.

Если Вас просят оплатить услугу, и Вы не уверены, оплачивается ли она планом, позвоните в отдел обслуживания участников плана UnitedHealthcare Community Plan по телефону **1-800-493-4647, ТТУ 711**, прежде чем оплачивать счет.

Если Вы оплатили счет и теперь хотите, чтобы Вам возместили траты, позвоните в отдел обслуживания участников плана UnitedHealthcare Community Plan по телефону **1-800-493-4647, ТТУ 711**, и наш представитель поможет Вам.

Ваши обязанности

Как участник программы UnitedHealthcare Community Plan, Вы соглашаетесь:

- Сотрудничать с PCP с целью сохранения и улучшения Вашего здоровья
- Постараться понять, как работает система здравоохранения
- Слушать рекомендации PCP и задавать вопросы при наличии сомнений
- Звонить или приходить к PCP при отсутствии улучшений либо запрашивать мнение другого специалиста
- Обращаться с медработниками с тем же уважением, которое Вы ожидаете по отношению к себе
- Рассказывать нам о любых проблемах с любым медработником. Звонить в отдел обслуживания участников

Есть вопросы? Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647, ТТУ 711**. 43

Другая информация о плане

- Вовремя приходить на визиты. Если Вы не можете прийти, как можно скорее позвоните нам
- Пользоваться неотложной помощью только в действительно неотложных ситуациях
- Звонить своему РСР, когда возникает необходимость в медицинской помощи, даже в нерабочее время
- Предоставлять правдивую и полную информацию, необходимую организации, ее сотрудникам и поставщикам услуг для обеспечения медицинского обслуживания
- Соблюдать планы и инструкции по медицинской помощи, согласованные между Вами и Вашим поставщиком медицинских услуг
- Понимать свои проблемы со здоровьем и участвовать в разработке взаимно согласованных целей лечения

Предварительные распоряжения

Может наступить время, когда Вы не сможете принимать решения относительно своего здоровья. Планируя свое будущее, Вы можете организовать его так, чтобы Ваши желания исполнялись.

- Во-первых, объясните своей семье, друзьям и врачу, какой вид лечения Вы хотите получать, а какой не хотите
- Во-вторых, Вы можете поручить взрослому человеку, которому доверяете, принимать решения за Вас. Поговорите со своим РСР, членами семьи и другими близкими людьми о том, чего Вы хотите.
- В-третьих, лучше всего, если Вы изложите свои мысли письменно. Перечисленные ниже документы могут быть Вам полезны. Вы не обязаны иметь адвоката, но Вы можете пожелать поговорить с одним из них.

В любое время Вы можете изменить свое мнение и эти документы. Мы можем помочь Вам понять или получить эти документы. Это не повлияет на Ваше право на получение качественных медицинских услуг. Нам необходимо знать, чего Вы хотите, только на тот случай, если Вы не сможете сказать это сами.

Health Care Proxy – Этим документом Вы назначаете другого взрослого человека, которому Вы доверяете (обычно друга или члена семьи), ответственным за решения, какая медицинская помощь Вам нужна, если Вы сами будете не в состоянии это делать. Если Вы сделаете это, Вы должны обсудить это с тем человеком, чтобы он знал, чего Вы хотите.

СЛР и НР – Вы имеет право решить, хотите ли Вы получать специальную или экстренную медицинскую помощь с целью повторного запуска работы сердца и легких, если Ваше дыхание и сердцебиение прекратятся. Если Вы не хотите специальной медицинской помощи, в том числе, сердечно-легочной реанимации (СЛР), Вы должны написать о своем нежелании. Ваш РСР приложит форму «Не реанимировать» (НР) к Вашим медицинским записям. Также Вы можете получить форму НР, которую Вы сможете носить с собой, и/или специальный браслет, по которому врач скорой помощи узнает о Ваших пожеланиях.

Карта донора органов (Organ Donor Card) – Это карта, которая помещается в кошельке и в которой указывается, что Вы согласны стать донором органов после смерти. Также сделайте пометку на обратной стороне Вашего водительского удостоверения, чтобы люди знали, хотите ли Вы быть донором органов и каким образом.

44 **Есть вопросы?** Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ 711.

Претензии и апелляции

Существуют некоторые виды лечения и услуг, на которые Вам необходимо получить разрешение, прежде чем Вы начнете получать их, или на их продолжение. Это называется **предварительным разрешением**. Запрос разрешения на лечение или услугу называется **запросом разрешения на услугу**. Этот процесс описывался выше в этом справочнике. Любое решение отказать в запросе на разрешение услуги или разрешить ее в меньшем объеме, чем Вы запрашивали, называется **действием**.

Если Вы не удовлетворены нашим решением по Вашему лечению, есть шаги, которые Вы можете предпринять.

Ваш поставщик медицинских услуг может подать запрос о пересмотре

Если мы решили, что запрос на разрешение услуги для Вас касается услуги, не являющейся необходимой по медицинским показаниям, или носящей экспериментальный или исследовательский характер, и мы не сказали Вашему врачу об этом, Ваш врач может попросить поговорить с медицинским директором плана. Медицинский директор поговорит с Вашим врачом в течение одного рабочего дня.

Вы можете подать претензию в следующих случаях:

- Если Вы получили отказ или мы не оплатили направление.
- Если Вы получили отказ в предоставлении непокрываемых льгот.
- Вы можете сделать это самостоятельно или попросить кого-либо, кому Вы доверяете, подать претензию за Вас. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, если Вам нужна помощь при подаче апелляции.
- Ваша апелляция не повлияет на Ваше лечение, и мы не будем подвергать Вас санкциям из-за подачи претензии.
- Претензию можно подать по телефону или в письменной форме. Если Вы подали апелляцию по телефону, затем Вы должны отправить ее в письменной форме. Вы должны подписать письменную претензию, которую Вы отправляете нам.
- Вы можете попросить кого-либо, кому Вы доверяете (например, законного представителя, члена семьи или друга), подать претензию за Вас.
- Если Вам нужна наша помощь из-за плохого зрения или слуха, или если Вам нужна услуга перевода, или помощь в заполнении форм, мы можем помочь Вам.
- Мы не будем предпринимать каких-либо действий, затрудняющих Вашу ситуацию и препятствующих подаче Вами претензии.

Что происходит после получения нами Вашей жалобы

В течение 15 дней мы пришлем Вам письмо, которым известим Вас, что работаем с Вашей претензией. В письме будет сказано:

- Что мы получили Вашу претензию
- Кто работает над Вашей претензией
- Как связаться с сотрудником плана медицинского страхования по поводу Вашей претензии
- Нужна ли нам дополнительная информация

Есть вопросы? Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**.

Другая информация о плане

Все претензии рассматриваются в максимально краткие сроки, не позднее чем через 48 часов после получения всей необходимой информации, когда задержка значительно увеличит риск для Вашего здоровья, или в течение 30 дней после получения всей необходимой информации о направлениях или решениях относительно покрываемой льготы.

Вы будете уведомлены в письменной форме о причинах нашего решения и процессе подачи апелляции в отношении претензии.

Вы можете подать апелляцию в следующих случаях:

- Если Вы не удовлетворены действием, которое мы предприняли, или решением по Вашему запросу на получение разрешения на услугу, Вы должны в течение 60 рабочих дней с даты направления нашего письма/извещения в Ваш адрес подать апелляцию на наше действие
- Вы можете сделать это самостоятельно или попросить кого-либо, кому Вы доверяете, подать апелляцию за Вас. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, если Вам нужна помощь при подаче апелляции.
- Ваша апелляция не повлияет на Ваше лечение, и мы не будем подвергать Вас санкциям из-за апелляции
- Апелляцию можно подать по телефону или в письменном виде. Если Вы подали апелляцию по телефону, затем Вы должны отправить ее в письменной форме. Вы должны подписать письменную апелляцию на отказ, которую Вы отправляете нам.
- Вы можете попросить кого-либо, кому Вы доверяете (например, законного представителя, члена семьи или друга), подать апелляцию за Вас
- Если Вам нужна наша помощь из-за плохого зрения или слуха, или если Вам нужна услуга перевода, или помощь в заполнении форм, мы можем помочь Вам
- Мы не будем предпринимать каких-либо действий, затрудняющих Вашу ситуацию и препятствующих подаче Вами апелляции

Пожалуйста, отправляйте письменные апелляции на адрес:

Attn: Member Complaints, Grievances and Appeals
UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Ваша апелляция на действие будет рассмотрена по ускоренной/срочной процедуре в следующих случаях:

- Если Вы или Ваш врач попросите рассмотреть Вашу апелляцию на действие по ускоренной/срочной процедуре. Ваш врач должен будет объяснить, каким образом задержка может нанести вред Вашему здоровью. Если мы откажемся рассматривать запрос по ускоренной/срочной процедуре, мы скажем Вам об этом, и Ваша апелляция на действие будет рассматриваться по стандартной процедуре.
- Если Ваш запрос, в котором Вы просили продлить получаемое в настоящее время лечение или нуждались в продлении предоставляемой услуги, отклонили; или
- Если Ваш запрос отклонили, когда Вы просили о медицинских услугах на дому после выписки из больницы.
- Апелляцию на отказ по ускоренной/срочной процедуре можно подать по телефону и не нужно сопровождать апелляцией в письменном виде

46 **Есть вопросы?** Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**.

Что случится после того, как мы получим Вашу апелляцию на отказ:

В течение 15 дней мы направим Вам письмо, которым известим Вас, что работаем с Вашей апелляцией. В письме будет сказано:

- Что мы получили Вашу апелляцию
- Кто работает с Вашей апелляцией
- Как связаться с сотрудником плана медицинского страхования по поводу Вашей апелляции
- Нужна ли нам дополнительная информация

Апелляции, касающиеся клинических вопросов, будут рассматриваться квалифицированными специалистами в области здравоохранения, которые не участвовали в принятии первого решения, при этом как минимум один из них будет авторитетным клиническим специалистом.

Решения, не касающиеся клинических проблем, будут рассматриваться сотрудниками, занимающими более высокую должность, чем сотрудники, принимавшие первое решение. До и во время жалобы на действие Вы или Ваш представитель можете получить доступ к Вашей медицинской карте, в том числе к медицинской документации и любым другим документам, используемым при принятии решения по Вашему вопросу.

Также Вы можете предоставлять информацию, которую следует учитывать в принятии решения, лично или в письменном виде. Звоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, если Вы не уверены, какая информация дошла до нас. Если Вы подаете апелляцию на решение об оказании услуги за пределами сети, а эта услуга не отличается от услуги, предоставляемой внутри сети, попросите Вашего врача прислать нам:

1. Письменное заявление, что услуга, о которой Вы просите, отличается от услуги, предоставляемой внутри сети плана; и
2. Два медицинских доказательства (опубликованные статьи и научные исследования), которые показывают, что услуга, о которой Вы просите, лучше для вас, и не причинит Вам больше вреда, чем услуга в нашей сети.

Вам разъяснят причины нашего решения и предоставят клиническое обоснование, если применимо. Если Вы все еще не будете удовлетворены, Вам разъяснят, что у Вас есть право на дальнейшее обжалование, и Вы, или кто-либо, кому Вы доверяете, может отправить жалобу в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 1-800-206-8125.

Сроки рассмотрения апелляций

- **Стандартные апелляции:** Если у нас есть вся необходимая информация, мы сообщим Вам о нашем решении в течение 30 (тридцати) дней с даты подачи апелляции. Письменное извещение о нашем решении будет отправлено в течение 2 рабочих дней с даты принятия решения.
- **Апелляции по ускоренной/срочной процедуре:** Если у нас есть вся необходимая информация, решение по апелляции, рассматриваемой в ускоренном порядке, будет принято в течение 2 рабочих дней с даты подачи апелляции на действие.
- Если нам потребуется дополнительная информация, мы сообщим Вам об этом в течение 3 рабочих дней с даты Вашей апелляции на действие. Мы сообщим Вам о нашем решении по телефону, а также позднее пришлем письменное извещение.

Другая информация о плане

Если нам потребуется дополнительная информация для принятия решения по Вашей апелляции на решение сотрудников плана в стандартные сроки или по ускоренной/ срочной процедуре, мы:

- Напишем Вам и сообщим, какая информация нам нужна. Если запрос рассматривается в ускоренном порядке, мы позвоним Вам сразу, а письменное извещение пришлем позднее.
- Сообщим Вам, почему отсрочка соответствует Вашим интересам

Вы, Ваш поставщик медицинских услуг или кто-либо, кому Вы доверяете, также можете запросить у нас больше времени для принятия решения. Оно может Вам потребоваться для получения дополнительной информации для плана, которая поможет принять решение по Вашему случаю. Это можно сделать, позвонив по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, или написав нам. Пожалуйста, посылайте письменные запросы по адресу:

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Вы или кто-либо, кому Вы доверяете, можете подать жалобу, если Вы не согласны с нашим решением уделить дополнительное время рассмотрению Вашего запроса. Вы можете подать эту жалобу в план медицинского страхования, позвонив в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647** (если у Вас проблемы со слухом, звоните в службу TDD Relay Service по номеру **711**) или в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк, позвонив по телефону **1-800-206-8125**.

Если Ваш первоначальный отказ был из-за того, что мы сказали:

- Услуга не была необходимой с медицинской точки зрения; или
- Услуга была экспериментальной, или проводилась в исследовательских целях; или
- Услуга за пределами сети не отличалась от услуги, предоставляемой в нашей сети; и
- Мы не сообщаем Вам о нашем решении по Вашей апелляции вовремя, начальный отказ в предоставлении услуги отменяется. Это означает, что Ваш запрос на разрешение на услугу будет одобрен.

Внешние апелляции

Если план решает отказать в оплате медицинской услуги, которую Вы и Ваш врач просили, из-за того, что:

- услуга не была необходима с медицинской точки зрения; или
- услуга была экспериментальной; или
- услуга за пределами сети не отличалась от услуги, предоставляемой в нашей сети;

Вы можете попросить штат Нью-Йорк о независимой **внешней апелляции**. Она называется внешней апелляцией, потому что решение принимается специалистами, независимыми от плана медицинского страхования или штата. Эти специалисты являются квалифицированными экспертами, утвержденными штатом Нью-Йорк. Услуга должна предоставляться в комплексе льгот плана или быть экспериментальным лечением, клиническим исследованием или лечение редкого заболевания. Вы не должны оплачивать внешнюю апелляцию.

48 **Есть вопросы?** Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**.

До того, как Вы подадите апелляцию в штат:

1. Вы должны подать апелляцию на решение сотрудника плана и получить окончательное отрицательное решение плана; или
2. Если Ваша апелляция рассматривалась в ускоренном порядке, и Вы не удовлетворены решением плана, Вы можете решить подавать стандартную апелляцию в план или обратиться непосредственно к независимым экспертам для рассмотрения апелляции.
3. Вы и план можете договориться о пропуске стадии рассмотрения апелляции и передать рассмотрение непосредственно независимым экспертам.

У Вас есть 45 дней на подачу внешней апелляции после того, как Вы получили окончательное отрицательное решение от плана. Если Вы и план договорились пропустить стадию рассмотрения апелляции планом, Вы должны подать внешнюю апелляцию в течение 45 дней с момента достижения такого соглашения.

Можно подавать плану дополнительные апелляции, если Вы захотите воспользоваться ими. Однако, если Вы захотите внешнюю апелляцию, Вы должны отправить еще одно заявление в Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк в течение 45 дней с момента получения от плана извещения об окончательном определении, или когда вы и план соглашаетесь пропустить стадию апелляции к плану.

Вы можете потерять право на независимую апелляцию, если не отправите заявление на внешнюю апелляцию вовремя.

Чтобы подать внешнюю апелляцию, заполните заявление и вышлите его в Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, если Вам нужна помощь при подаче апелляции. Вы и Ваш врач должны предоставить информацию о Вашей медицинской проблеме. В заявлении о внешней апелляции указано, какая информация потребуется.

Вот несколько способов подачи заявления о внешней апелляции:

- Позвоните в Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк по телефону 1-800-400-8882 или зайдите на веб-сайт www.dfs.ny.gov
- Свяжитесь с планом медицинского страхования по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**

Решение по Вашей внешней апелляции будет принято в течение 30 дней. Больше времени (дополнительно до пяти (5) рабочих дней) может понадобиться, если рассматривающий внешнюю апелляцию специалист попросит дополнительную информацию. Вам и плану сообщат об окончательном решении в течение 2 (двух) дней после принятия такого решения.

Если Ваш поставщик услуг подал запрос о внешней апелляции в отношении одновременного отрицательного решения, включая запрос о внешней апелляции, в качестве Вашего уполномоченного лица, поставщику услуг запрещается требовать от Вас оплату (за исключением любой применимой доплаты) за услуги, которые, по мнению агента по вопросам внешней апелляции, не являются необходимыми с медицинской точки зрения.

Вы можете получить решение в ускоренном порядке, если Ваш врач объяснит, каким образом задержка может нанести вред Вашему здоровью. Это называется **ускоренной внешней апелляцией**. Эксперт, рассматривающий внешнюю апелляцию, примет решение в ускоренном порядке в течение 3 (трех) дней или быстрее. Этот эксперт сообщит Вам и плану о принятом решении немедленно, по телефону или факсу. Позднее он пришлет Вам письмо с решением.

Процедура подачи жалобы

Жалобы

Мы надеемся, что план будет хорошо обслуживать Вас. Большинство проблем можно разрешить немедленно. Если у Вас есть проблема или спор о Вашем лечении или услугах, Вы можете пожаловаться на план. Проблемы, которые не были разрешены сразу по телефону, и любые жалобы, поступающие по почте, будут рассматриваться в соответствии с нашей процедурой рассмотрения жалоб, описанной ниже.

Как подать жалобу на план

Если у Вас возникли проблемы, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, и они помогут Вам. Если после обсуждения проблемы с отделом обслуживания участников Вы захотите подать жалобу, отдел обслуживания участников может помочь Вам в этом. Вы также можете написать нам по адресу:

Attn: Member Complaints, Grievances and Appeals
UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Вы можете попросить кого-либо, кому Вы доверяете (например, законного представителя, члена семьи или друга), подать жалобу за Вас. Если Вам нужна помощь из-за проблем со зрением или слухом, или если Вам нужны услуги переводчика, мы поможем Вам. Мы не будем предпринимать каких-либо действий, затрудняющих Вашу ситуацию и препятствующих подаче Вами жалобы.

Вы также имеете право связаться с Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк с жалобой по телефону: 1-800-206-8125 или направив письмо по адресу: New York State, Department of Health, Division of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Corning Tower ESP, Albany, NY 12237. Также Вы можете в любое время связаться с местным отделом социального обеспечения по поводу Вашей жалобы. Вы можете позвонить в Отдел страхования штата Нью-Йорк по телефону: 1-800-342-3736, если Ваша жалоба связана с проблемой при выставлении счетов.

Что случится вслед за этим

Если мы не разрешим проблему немедленно по телефону или после получения письменной жалобы, мы пришлем Вам письмо в течение 15 рабочих дней. В письме будет сказано:

- Что мы получили Вашу жалобу
- Кто работает с Вашей жалобой
- Как связаться с сотрудником плана медицинского страхования по поводу Вашей жалобы
- Нужна ли нам дополнительная информация

Ваша жалоба будет рассматриваться одним или несколькими квалифицированными специалистами. Если Ваша жалоба касается клинических услуг, Ваше дело будет рассматриваться одним или несколькими квалифицированными специалистами в области здравоохранения.

50 **Есть вопросы?** Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**.

После того как мы рассмотрим Вашу жалобу

- Мы сообщим Вам о нашем решении в течение 45 дней с момента получения всей информации, необходимой для рассмотрения Вашей жалобы. Мы напишем Вам и объясним причины, по которым мы приняли решение.
- Если задержка подвергает Ваше здоровье риску, мы сообщим Вам о решении в течение 48 часов после получения всей информации, необходимой для рассмотрения Вашей жалобы.
- Вам расскажут, как подать апелляцию на наше решение, если Вы не будете согласны с ним. Все формы, которые могут Вам понадобиться, будут приложены.
- Если мы не сможем принять решение по Вашей жалобе из-за недостатка информации, мы пришлем Вам письмо об этом.

Апелляция на решение по жалобе

Если Вы не согласны с принятым по Вашей жалобе решением, Вы или кто-либо, кому Вы доверяете, можете подать плану апелляцию на решение по жалобе.

Как подать апелляцию на решение по жалобе

- Если Вы не удовлетворены нашим решением, у Вас имеется 60 рабочих дней с даты направления нашего письма/извещения в Ваш адрес на то, чтобы подать апелляцию.
- Вы можете сделать это самостоятельно или попросить кого-либо, кому Вы доверяете, подать апелляцию за Вас.
- Апелляция на решение по жалобе должна быть подана в письменном виде. Если Вы подали апелляцию по телефону, затем Вы должны отправить ее в письменной форме. После Вашего звонка мы пришлем Вам форму с кратким изложением Вашей апелляции по телефону. Если Вы согласитесь с этим изложением, Вы должны будете подписать форму и вернуть ее нам. Вы можете внести в форму необходимые изменения перед тем, как отправите ее нам. Пожалуйста, направляйте всю письменную корреспонденцию на адрес:

UnitedHealthcare Community Plan
Quality Management Dept. – Complaint Appeals
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

Что случится после того, как мы получим апелляцию на жалобу

После получения Вашей апелляции на жалобу мы в течение 15 рабочих дней пришлем Вам письмо с уведомлением. В письме будет сказано:

- Что мы получили Вашу жалобу
- Кто работает с Вашей апелляцией на решение по жалобе
- Как связаться с сотрудником плана медицинского страхования по поводу Вашей апелляции на решение по жалобе
- Нужна ли нам дополнительная информация

Другая информация о плане

Ваша апелляция на решение по жалобе будет рассматриваться одним или несколькими квалифицированными специалистами, занимающими более высокие должности, чем те, которые принимали первоначальное решение по Вашей жалобе. Если Ваша апелляция по жалобе касается клинических проблем, Ваш случай будет рассматриваться одним или несколькими квалифицированными специалистами, и минимум одним клиническим экспертом, которые не участвовали в принятии первоначального решения по Вашей жалобе.

После получения всей необходимой информации мы сообщим Вам о нашем решении в течение 2 рабочих дней, если задержка может повредить Вашему здоровью. При всех апелляциях по жалобам мы сообщим Вам о нашем решении в течение 30 дней. Мы разъясним Вам причины нашего решения и представим клиническое обоснование, если применимо. Если Вы по-прежнему не будете удовлетворены, Вы или кто-либо от Вашего имени может в любое время подать жалобу в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 1-800-206-8125; или Вы можете написать в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по адресу: Division of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Corning Tower ESP, Albany, NY 12237.

Услуги устного перевода и помощь на других языках

Многие сотрудники отдела обслуживания участников говорят на нескольких языках. Если Вы не можете связаться с тем, кто говорит на Вашем языке, Вы можете воспользоваться услугами переводчика, который поможет Вам общаться с отделом обслуживания участников.

Многие из наших поставщиков, входящих в сеть плана, также говорят на нескольких языках. Если Вы обращаетесь к кому-либо, кто не говорит на Вашем языке, Вы можете воспользоваться услугами нашего переводчика или языком жестов, чтобы помочь Вам во время приема. Организуйте услуги перевода не менее чем за 72 часа до назначенного приема. Для получения услуг сурдопереводчика требуется уведомления за две недели.

Вы также можете получить любые печатные материалы, которые мы отправили Вам либо на другом языке, либо переведенные для Вас. Для организации получения услуг устного переводчика, услуг по переводу или материалов в формате аудиозаписи, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**.

Уведомления плана страхования здоровья о методах сохранения конфиденциальности

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЮТСЯ ВОЗМОЖНЫЕ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ТАКЖЕ В НЕМ УКАЗАНО, КАКИМ ОБРАЗОМ ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ДАННОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧТИТЕ ВНИМАТЕЛЬНО.

Дата вступления в силу: 1 января 2019 г.

Согласно законодательству, мы¹ должны обеспечивать конфиденциальность Вашей медицинской информации (далее – МИ). Мы обязаны отправить Вам данное уведомление. Из него Вы узнаете следующее:

- Каким образом мы можем использовать Вашу МИ
- Случаи, в которых мы можем обмениваться Вашей МИ с другими лицами
- Какими правами Вы обладаете в отношении Вашей МИ

Согласно законодательству, мы должны следовать положениям данного уведомления.

МИ – это информация о состоянии Вашего здоровья и медицинских услугах. Мы имеем право вносить изменения в наши методы обеспечения конфиденциальности для обработки МИ. Если мы внесем изменения, мы сообщим Вам об этом в письме или электронном сообщении. Мы опубликуем новое уведомление на нашем веб-сайте: (www.uhccommunityplan.com). Мы известим Вас о несанкционированном доступе к Вашей МИ. Мы собираем и храним Вашу МИ для того, чтобы делать свою работу. МИ может быть устной, письменной или в электронном виде. Мы ограничиваем доступ к Вашей МИ нашим сотрудникам и поставщикам медицинских услуг. Мы применяем соответствующие меры безопасности для защиты Вашей МИ.

Каким образом мы используем или передаем Вашу информацию

Мы можем использовать или передавать Вашу МИ следующим сторонам:

- Вы или Ваш законный представитель
- Государственные органы

Мы имеем право использовать и передавать Вашу МИ в определенных целях. В их число входит Ваше лечение, оплата услуг или выполнение нами своей работы. Мы можем использовать и обмениваться Вашей МИ:

- **Для совершения платежей.** Мы можем использовать и обмениваться МИ для обработки страховых взносов и жалоб. Мы можем использовать информацию и обмениваться ею для координации льгот.
- **Для проведения лечения и управления медицинской помощью.** Мы можем обмениваться Вашей МИ с поставщиками, чтобы помочь им в оказании Вам помощи.
- **Для осуществления деятельности по медицинскому обслуживанию.** Мы можем предложить проведение программы лечения заболевания или программы восстановления физической формы. Мы можем изучать данные для того, чтобы улучшить наши услуги.
- **Для того чтобы рассказать Вам о медицинских программах или продуктах.** Мы можем сообщить Вам о других возможностях лечения, продуктах и услугах. Данные действия могут быть ограничены законом.

Есть вопросы? Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647, ТТУ 711.**

Другая информация о плане

- **Для спонсоров, учреждающих страховые планы.** Мы можем предоставлять информацию о наборе в план, исключении из плана и обобщенную МИ Вашему работодателю. Мы можем предоставлять работодателям другую МИ, если они надлежащим образом ограничат ее использование.
- **Для целей страхового покрытия.** Мы можем использовать Вашу МИ для решений о подписке. Мы не будем использовать для этого Вашу генетическую МИ.
- **Для напоминаний о страховом покрытии или медицинской помощи.** Мы можем использовать Вашу МИ для того, чтобы отправить Вам напоминания о назначенных приемах у врача и сведения о Ваших медицинских льготах.

Мы можем использовать или обмениваться Вашей МИ:

- **В соответствии с требованиями законодательства.**
- **С лицами, вовлеченными в Ваше медицинское обслуживание.** В неотложной ситуации такими лицами могут быть, к примеру, члены Вашей семьи. Это может потребоваться в случае, если Вы не способны дать согласие или возразить. Если Вы не способны возразить, то мы будем руководствоваться своими соображениями о том, что лучше для Вас. С Вашего согласия после Вашей смерти мы можем передавать МИ членам семьи или друзьям, которые оказывали помощь в уходе за Вами перед Вашей смертью.
- **В рамках мероприятий общественного здравоохранения.** Например, для предотвращения вспышки эпидемии.
- **С целью сообщения о злоупотреблении, пренебрежении обязанностями или о бытовом насилии.** Мы можем обмениваться данной МИ исключительно с организациями, обмен с которыми разрешен законодательством. Такой организацией может быть, к примеру, орган социального обеспечения или орган охраны личной безопасности.
- **В рамках проведения процедур медицинского надзора организацией,** имеющей законное право на получение МИ. Например, в рамках лицензирования, аудита и проведения расследований при подозрении на мошенничество, нанесение ущерба или злоупотребление.
- **С целью проведения судебных или административных производств.** Например, для реагирования на распоряжение суда или судебную повестку.
- **С правоохранительными органами.** В случаях, когда, к примеру, необходимо найти пропавшего человека или сообщить о преступлении.
- **По поводу угроз здоровью и безопасности.** Например, передача информации органам здравоохранения или правоохранительным органам. Примером может быть неотложная ситуация или бедствие.
- **Для осуществления функций государственного управления.** Например, для использования вооруженными силами, службой ветеранов, органами национальной безопасности или охранными службами.
- **Для оформления компенсаций работникам, получившим производственные травмы.** С целью соблюдения трудового законодательства.
- **В научных целях.** Например, для изучения заболеваний или инвалидности.
- **Передавать информацию о скончавшихся лицах.** Например, передавать информацию следователю (коронеру) или судмедэксперту. Информация может передаваться с целью установления личности умершего, выяснения причины

смерти или в соответствии с требованиями законодательства. Мы можем предоставлять МИ распорядителям похорон.

- **В рамках процедур трансплантации органов.** С целью получения, добавления в банк или трансплантации органов, глаз или тканей.
- **Исправительным учреждениям или правоохранительным органам.** Лицам, содержащимся под стражей: (1) для лечения; (2) для защиты Вашего здоровья и здоровья других лиц; и (3) для безопасности учреждения.
- **Нашим деловым партнерам, если это необходимо для оказания Вам услуг.** Наши партнеры согласны защищать Вашу МИ. Им не разрешается использовать МИ в каких-либо целях, выходящих за пределы нашего с ними сотрудничества.
- **Прочие ограничения.** Федеральные законы и законы штата могут ограничивать использование МИ, перечисленной ниже. Мы соблюдаем самые строгие из действующих законов.
 1. Злоупотребление алкоголем и наркотиками
 2. Биометрические данные
 3. Жестокое обращение с ребенком или взрослым человеком, пренебрежение обязанностями или посягательство сексуального характера
 4. Заразные заболевания
 5. Генетическая информация
 6. ВИЧ/СПИД
 7. Информация о психическом здоровье
 8. Информация о несовершеннолетних
 9. Рецептурные препараты
 10. Репродуктивное здоровье
 11. Заболевания, передающиеся половым путем

Мы будем использовать Вашу МИ только в соответствии с информацией, представленной в данном документе, или с Вашего письменного согласия. Мы получим Ваше письменное согласие на передачу заметок психотерапевта о Вас. Мы получим Ваше письменное согласие на продажу Вашей МИ другим лицам. Мы получим Вашу письменное согласие на использование Вашей МИ в некоторых рекламных рассылках. Если Вы позволите нам передавать Вашу МИ, реципиент может в дальнейшем передавать ее другим лицам. Вы можете отозвать свое согласие. Чтобы узнать, как это сделать, позвоните по номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карточке.

Ваши права

Вы имеете следующие права:

- **Ограничить** использование и передачу данных вопросами лечения, оплаты и здравоохранения. Вы можете попросить не предоставлять информацию членам семьи или другим лицам. Мы можем разрешить лицам, финансово зависящим от Вас, попросить ограничить доступ к информации. Мы с уважением отнесемся к Вашему запросу, но не обязаны его выполнять.
- **Попросить проводить конфиденциальное общение** иным образом или в ином месте. Например, направлять Вам почту на абонентский ящик, а не на почтовый ящик у Вас дома. Мы выполним Вашу просьбу, если разглашение информации

Есть вопросы? Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647, ТТУ 711.**

Другая информация о плане

чревато для Вас опасностью. Мы принимаем устные просьбы. Вы можете изменить свою просьбу. Для этого необходимо письменное подтверждение. Отправьте его по адресу, указанному ниже.

- **Изучить или получить копию** определенной МИ. Вы должны попросить об этом в письменной форме. Отправьте его по адресу, указанному ниже. Если мы храним информацию в электронной форме, Вы можете запросить электронную копию. Вы можете попросить направить Вашу информацию третьему лицу. Мы можем послать Вам краткий обзор. Мы можем взимать плату за копии. Мы можем отказать в выполнении Вашей просьбы. Если мы откажем в выполнении Вашей просьбы, Вы можете потребовать рассмотрения отказа.
- **Просить о внесении поправок.** Если Вы считаете, что Ваша МИ неправильная или неполная, Вы можете попросить изменить ее. Вы должны попросить об этом в письменной форме. Вы должны указать причины, по которым следует сделать изменения. Отправьте просьбу на адрес, указанный ниже. Если мы откажем в выполнении Вашей просьбы, Вы можете добавить уведомление о своем несогласии в свою МИ.
- **Получить отчет о передаче МИ** за последние шесть лет с момента подачи запроса. Сюда не относится предоставление МИ по следующим причинам: (i) с целью предоставления лечения, оплаты и медицинского обслуживания; (ii) Вам или с Вашего согласия; (iii) исправительным учреждениям или правоохранительным органам. В отчете не будут упоминаться случаи разглашения информации, если федеральное законодательство не требует вести учет разглашений таких случаев.
- **Получить бумажный экземпляр данного уведомления.** Вы можете в любое время попросить предоставить Вам бумажный экземпляр. Копия уведомления также представлена на нашем веб-сайте: (www.uhccommunityplan.com).

Пользование Вашими правами

- **Для контакта с Вашим страховым медицинским планом.** Позвоните по номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карточке. Вы также можете связаться с центром телефонного обслуживания UnitedHealth Group, позвонив по телефону **1-866-633-2446**, или ТТУ **711**.
- **Чтобы подать письменный запрос,** напишите по следующему адресу:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- **Подача жалобы.** Если Вы считаете, что Ваши права по защите конфиденциальности были нарушены, Вы можете подать жалобу, написав на вышеупомянутый адрес.

Вы также можете уведомить секретаря Министерства здравоохранения и социального обеспечения США. Мы не будем предпринимать каких-либо действий, препятствующих подаче Вами жалобы.

¹ Данное уведомление, касающееся методик обеспечения конфиденциальности медицинской информации, распространяется на следующие планы медицинского страхования, аффилированные с UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance;

Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Этот список планов медицинского страхования действителен на дату вступления в силу настоящего уведомления. Чтобы ознакомиться с текущим списком планов медицинского страхования, на которые распространяется это уведомление, посетите веб-сайт www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2-en или позвоните по номеру, указанному в Вашей идентификационной карте плана медицинского страхования.

Уведомление по поводу конфиденциальности финансовой информации

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЮТСЯ ВОЗМОЖНЫЕ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ВАШЕЙ ФИНАНСОВОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧТИТЕ ЕГО ВНИМАТЕЛЬНО.

Дата вступления в силу: 1 января 2019 г.

Мы² защищаем Вашу личную финансовую информацию (далее – ФИ). ФИ относится к информации не медицинского характера. ФИ – это информация, не предназначенная для широкой огласки, в которой указывается Ваша личность.

Собираемая нами информация

- Мы получаем ФИ из Ваших заявок и форм. К информации относятся имя и фамилия, адрес, возраст и номер социального страхования.
- Мы получаем ФИ из Ваших транзакций с нами и другими лицами. К этому могут, в частности, относиться данные об уплате страховых премий.

Передача ФИ

Мы передаем Вашу ФИ только в случаях, когда это разрешено законом.

Мы можем передавать Вашу ФИ для того, чтобы делать свою работу. Мы можем передавать Вашу ФИ нашим аффилированным лицам. Нам не требуется Ваше согласие на это.

- Мы можем передавать Вашу ФИ для обработки транзакций
- Мы можем передавать Вашу ФИ для поддержания Вашей учетной записи(-ей)
- Мы можем передавать Вашу ФИ по требованию суда и при расследованиях законности деятельности
- Мы можем передавать Вашу ФИ компаниям, которые готовят наши рекламные материалы

Есть вопросы? Посетите веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647, ТТУ 711.** 57

Другая информация о плане

Конфиденциальность и безопасность

Мы ограничиваем доступ к Вашей ФИ нашим сотрудникам и поставщикам медицинских услуг. Мы применяем соответствующие меры безопасности для защиты Вашей ФИ.

Вопросы об этом уведомлении

Просим обращаться по бесплатному номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карте плана медицинского страхования. Вы также можете связаться с центром телефонного обслуживания UnitedHealth Group, позвонив по телефону **1-866-633-2446**, или ТТУ **711**.

² В рамках Уведомления о защите конфиденциальности финансовой информации слова «мы» или «нас» относятся к организациям, перечисленным в сноске № 1, начиная с первой страницы Уведомления о методах сохранения конфиденциальности плана медицинского страхования, а также относятся к следующим структурам, аффилированным с UnitedHealthcare: AmeriChoice Health Services, Inc.; CNIC Health Solutions, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; Lifepoint East, Inc.; Lifepoint Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; Optum Women's and Children's Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO of Florida, Ltd.; POMCO West, Inc.; POMCO, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Services LLC; and UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc. Настоящее Уведомление о конфиденциальности финансовой информации применяется только в тех случаях, когда это требуется по закону. В частности, они не относятся к (1) страховым медицинским продуктам, предоставляемым в штате Невада планом Health Plan of Nevada, Inc. и Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; или (2) другим планам UnitedHealth Group в штатах, которые представляют исключения. Этот список планов медицинского страхования действителен на дату вступления в силу настоящего уведомления. Чтобы ознакомиться с текущим списком планов медицинского страхования, на которые распространяется это уведомление, посетите веб-сайт: www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2-en или позвоните по номеру, указанному в Вашей идентификационной карте плана медицинского страхования.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

UnitedHealthcare Community Plan соблюдает применимые федеральные законы о гражданских правах. UnitedHealthcare Community Plan не исключает участников плана и не меняет своего отношения к ним на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола.

UnitedHealthcare Community Plan предоставляет следующие услуги:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями, чтобы облегчить общение с нами, например:
 - Услуги квалифицированных сурдопереводчиков
 - Письменную информацию в других форматах (напечатанную крупным шрифтом, в форме аудиозаписи, в доступном электронном и других форматах)
- Бесплатные услуги перевода людям, для которых английский язык не является родным, например:
 - Услуги квалифицированных устных переводчиков
 - Информацию, напечатанную на других языках

Если Вам необходимы данные услуги, позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в Вашей идентификационной карте участника.

Если Вы считаете, что сотрудники плана медицинского страхования UnitedHealthcare Community Plan не предоставили Вам данные услуги или отнеслись к Вам по-другому на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола, Вы можете подать жалобу Координатору по гражданским правам следующими способами:

По почте: Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130

По электронной почте: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Также Вы можете подать жалобу по поводу гражданских прав в Министерство здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services), Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) следующими способами:

Через веб-сайт: Портал для подачи жалоб Office for Civil Rights Complaint Portal по адресу
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

По почте: U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

По телефону: Бесплатный номер 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

UnitedHealthcare Community Plan® является торговой маркой, принадлежащей компании UnitedHealthcare of New York, Inc.

Мы предоставляем бесплатные услуги, которые помогут Вам общаться с нами. К ним относится составление писем на других языках или распечатка информации крупным шрифтом. Вы также можете попросить предоставить Вам устного переводчика. Если Вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, с 8:00 до 18:00, с понедельника по пятницу.

CSNY21MC4950025_000- CHPlus

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. English
Call 1-800-493-4647 TTY 711

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-493-4647 TTY 711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-493-4647 TTY 711.	Spanish/Español
注意：您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-493-4647 TTY 711。	Chinese/中文
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-493-4647 رقم هاتف الصم والبكم TTY 711	Arabic/اللغة العربية
주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-800-493-4647 TTY 711로 전화하시기 바랍니다.	Korean/한국어
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-493-4647 (телетайп: TTY 711).	Russian/Русский
ATTENZIONE: Nel caso in cui la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il 1-800-493-4647 TTY 711.	Italian/Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-493-4647 TTY 711.	French/Français
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-493-4647 TTY 711.	French Creole/ Kreyòl ki soti nan Fransè
אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען פאראן פאר איין שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-493-4647 TTY 711	Yiddish/אידיש
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-493-4647.	Polish/Polski
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyong pantulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-493-4647 TTY 711	Tagalog
দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনার ভাষা “Bengali বাংলা” হয় তাহলে আপনি বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পাবেন। 1-800-493-4647 TTY 711 নম্বরে ফোন করুন।	Bengali/বাংলা
KUJDES: Ju vendosen në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-493-4647	Albanian/Shqip
Προσοχή: Στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε «1-800-493-4647» TTY 711.	Greek/ Ελληνικά
توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-493-4647 TTY 711	Urdu/اردو



Мы работаем для Вас

Помните, что Мы всегда готовы ответить на любые вопросы, которые у Вас могут появиться. Просто позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-493-4647**, ТТУ **711**, с 8:00 до 18:00, с понедельника по пятницу. Вы также можете посетить наш веб-сайт myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare Community Plan of New York
77 Water Street, 14th Floor
New York, NY 10005
myuhc.com/CommunityPlan
1-800-493-4647, ТТУ 711

**United
Healthcare
Community Plan**

