**[СТАНДАРТНЫЙ ЯЗЫК РУКОВОДСТВА ДЛЯ УЧАСТНИКА BADGERCARE PLUS И MEDICAID SSI]**

[STANDARD MEMBER HANDBOOK LANGUAGE FOR BADGERCARE PLUS AND MEDICAID SSI]

**Услуги переводчика**

[Note to HMO: The Member Handbook must contain taglines of prevalent non-English languages spoken by members as well as large print, explaining that written translation or oral interpretation of the document is available to the member free of charge. Sample taglines are provided at:

<https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx>]

*[Insert applicable non-English taglines here.]*

[Note to HMO: The Member Handbook must also include a large print tagline with information on how to request auxiliary aids and services, including the provision of the materials in alternative formats.]

*[Name of HMO program]*:

* Предоставляет бесплатные средства и услуги лицам с ограниченными возможностями, такие как:
  + Переводчики языка жестов
  + Письменная информация крупным шрифтом, аудио, доступные электронные форматы, другие форматы.
* Предлагает бесплатные языковые услуги людям, чей основной язык не является английским, такие как:
  + Переводчики
  + Письменная информация на других языках

Если Вы нуждаетесь в этих услугах, свяжитесь с *[Name of entity or of contact at HMO]* по телефону *[800-xxx-xxxx]*.

**Содержание**

[ВАЖНЫЕ *[HMO PROGRAM NAME]* НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ 4](#_Toc169916084)

[ДРУГИЕ ВАЖНЫЕ НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ 5](#_Toc169916085)

[ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ В *[HMO]* 6](#_Toc169916086)

[Как пользоваться Bашей *[HMO]* членской карточкой 6](#_Toc169916087)

[Как пользоваться Bашей ForwardHealth карточкой 7](#_Toc169916088)

[Как пользоваться каталогом поставщиков 8](#_Toc169916089)

[Выбор основного поставщика услуг 8](#_Toc169916090)

[Обсуждение потребностей в отношении здоровья для новых членов 9](#_Toc169916091)

[ДОСТУП К НЕОБХОДИМОЙ ВАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 9](#_Toc169916092)

[Неотложная (экстренная) медицинская помощь 9](#_Toc169916093)

[Неотложная медицинская помощь 10](#_Toc169916094)

[Специализированный уход 10](#_Toc169916095)

[Медицинская помощь во время беременности и родов 10](#_Toc169916096)

[Услуги Телемедицины 11](#_Toc169916097)

[Медицинская помощь вдали от дома 11](#_Toc169916098)

[КОГДА ВАМ МОГУТ ВЫСТАВЛЯТЬ СЧЕТ ЗА УСЛУГИ 12](#_Toc169916099)

[Покрываемые и непокрываемые услуги 12](#_Toc169916100)

[Доплаты 13](#_Toc169916101)

[УСЛУГИ, ПОКРЫВАЕМЫЕ *[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI]* 13](#_Toc169916102)

[УСЛУГИ, ПОКРЫВАЕМЫЕ *[HMO]* 16](#_Toc169916103)

[Услуги в области психического здоровья или борьбы с зависимостью от наркотиков 16](#_Toc169916104)

[Услуги по планированию семьи 16](#_Toc169916105)

[HealthCheck Услуги 16](#_Toc169916106)

[Стоматологическое обслуживание 17](#_Toc169916107)

[УСЛУГИ, ПОКРЫВАЕМЫЕ FORWARDHEALTH 20](#_Toc169916108)

[Услуги по лечению поведения (аутизма) 20](#_Toc169916109)

[Услуги хиропрактики 20](#_Toc169916110)

[Транспортные услуги 20](#_Toc169916111)

[Аптечные услуги 21](#_Toc169916112)

[УСЛУГИ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ [BADGERCARE PLUS and/or MEDICAID SSI] 21](#_Toc169916113)

[ВМЕСТО УСЛУГ ИЛИ УСЛОВИЙ 22](#_Toc169916114)

[ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДРУГОГО СПЕЦИАЛИСТА 22](#_Toc169916115)

[УПРАВЛЕНИЕ ОБСЛУЖИВАНИЕМ (КООРДИНАЦИЯ) 22](#_Toc169916116)

[ЗАПОЛНЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО РАСПОРЯЖЕНИЯ, ЗАВЕЩАНИЯ ИЛИ ДОВЕРЕННОСТИ ДЛЯ УХОДА ЗА ЗДОРОВЬЕМ (POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE) 23](#_Toc169916117)

[НОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ И УСЛУГИ 23](#_Toc169916118)

[ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ СТРАХОВКИ 24](#_Toc169916119)

[ЕСЛИ ВЫ ПЕРЕЕЗЖАЕТЕ 24](#_Toc169916120)

[ИЗМЕНЕНИЯ В ВАШЕМ MEDICAID ПОКРЫТИИ 24](#_Toc169916121)

[ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ЧЛЕНСТВА В HMO 24](#_Toc169916122)

[ПОДАЧА ЖАЛОБ ИЛИ АПЕЛЛЯЦИИ 25](#_Toc169916123)

[Жалобы 25](#_Toc169916124)

[Апелляции 26](#_Toc169916125)

[Беспристрастное слушание 28](#_Toc169916126)

[ВАШИ ПРАВА 29](#_Toc169916127)

[ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ 32](#_Toc169916128)

[ПРЕКРАЩЕНИЕ ВАШЕГО ЧЛЕНСТВА В *[HMO]* 32](#_Toc169916129)

[МОШЕННИЧЕСТВО И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ 33](#_Toc169916130)

# ВАЖНЫЕ *[HMO PROGRAM NAME]* НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ

1. **Как связаться с *[HMO]* Службой поддержки клиентов**

Номер телефона: 800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

Телекоммуникационные устройства для глухих/ Телетайпы: 800-xxx-xxxx

**Позвоните в службу поддержки клиентов, чтобы:**

* Задать вопросы о Вашем *[HMO]* членстве
* Задать вопросы о том, как получить медицинскую помощь
* Помощь в выборе врача первичной медико-санитарной помощи или другого поставщика.
* Помощь в получении новой *[HMO]* членской карточки
* Помощь в получении печатной копии *[HMO]* каталога поставщиков
* Если Вы получили счет за услугу, на которую Вы не согласились

Звонки на этот номер бесплатны. Бесплатные переводчики доступны для тех, кто не говорит по-английски.

1. **Защитник членов *[HMO]***

Номер телефона: 800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

Телекоммуникационные устройства для глухих/ Телетайпы: 800-xxx-xxxx

**Позвоните зашитнику членов для:**

* Помощи в решении проблем с получением медицинской помощи
* Помощи в подаче жалобы или претензии
* Помощь с запросом апелляции или пересмотра решения, принятого *[HMO]*

Звонки на этот номер бесплатны. Бесплатные переводчики доступны для тех, кто не говорит по-английски.

1. ***[HMO]* Экстренный номер**

Номер телефона: 800-xxx-xxxx Звоните 24 часа в сутки, семь дней в неделю

Телекоммуникационные устройства для глухих/ Телетайпы: 800-xxx-xxxx

**Позвоните по этому номеру, если Вам нужна помощь в нерабочее время или если Вы не уверены, что вам требуется неотложная медицинская помощь.**

Звонки на этот номер бесплатны. Бесплатные переводчики доступны для тех, кто не говорит по-английски.

**Если у Вас экстренная ситуация, позвоните по номеру 911**

# ДРУГИЕ ВАЖНЫЕ НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ

1. **ForwardHealth Служба поддержки членов**

Номер телефона: 800-362-3002 Часы: 8:00 –18:00, понедельник - пятница

Телекоммуникационные устройства для глухих/ Телетайпы:

Электронная почта: [memberservices@wisconsin.gov](mailto:memberservices@wisconsin.gov)

**Позвоните в ForwardHealth службу поддержки клиентов, чтобы:**

* Задать вопросы о том, как пользоваться Bашей карточкой ForwardHealth
* Задать вопросы об услугах и поставщиках ForwardHealth
* Помощь в получении новой карточки ForwardHealth

1. **Специалист по регистрации HMO**

Номер телефона: 800-291-2002 Часы: 7:00 –18:00, понедельник - пятница

Телекоммуникационные устройства для глухих/ Телетайпы:

**Позвоните специалисту по регистрации HMO для:**

* Общих сведений о здравоохранительных организациях (HMOs) и управляемом уходе
* Помощи при исключении из участия или освобождении от *[HMO]* или управляемого ухода
* Если Вы выехали из района обслуживания *[HMO]*

1. **Программа HMO омбудсмен (Ombuds) штата Wisconsin**

омбудсмен (Ombuds)— это человек, который предоставляет нейтральную, частную и неформальную помощь по любым вопросам или проблемам, которые могут возникнуть у Вас как у члена *[HMO]*.

Номер телефона: 800-760-0001 Часы: 8:00 –16:30, понедельник - пятница

Телекоммуникационные устройства для глухих/ Телетайпы:

**Позвоните в программу омбудсмен (Ombuds), чтобы:**

* Получить помощь в решении проблем, связанных с уходом или услугами, которые Вы получаете от *[HMO]*
* Получить помощь в понимании Bаших прав и обязанностей члена
* Получить помощь в подаче жалобы, претензии или апелляции на решение, принятое *[HMO]*

1. **Внешний защитник (только Medicaid SSI)**

Номер телефона: 800-708-3034 Часы: 8:30 –17:00, понедельник - пятница

Телекоммуникационные устройства для глухих/ Телетайпы:

**Позвоните внешнему защитнику Medicaid SSI, чтобы:**

* Получить помощь в решении проблем, связанных с уходом или услугами, которые Вы получаете от *[HMO]*
* Получить помощь в подаче жалобы или претензии
* Получить пмощь с запросом апелляции или пересмотра решения, принятого *[HMO]*

# ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ В *[HMO]*

Добро Пожаловать В *[HMO]. [HMO]* это план медицинского страхования, который обеспечивает *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* программу. BadgerCare Plus - это программа медицинского страхования. Она помогает детям с низким доходом, беременным людям и взрослым в штате Wisconsin. Medicaid SSI - это программа, которая помогает людям, имеющим Дополнительный страховой доход (Supplemental Security Income), (SSI) в получении медицинской помощи. [Note to HMO: only include information related to the program(s) offered.]

Это руководство поможет Вам:

* Изучить основы *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI].*
* Увидеть, какие услуги покрываются *[HMO]* и ForwardHealth.
* Узнать Ваши права и обязанности
* Подать жалобу или апелляцию, если у Вас есть проблема или беспокойство.

*[HMO]* покроет большинство необходимых Вам медицинских услуг Wisconsin Medicaid покроет некоторые другие через ForwardHealth. Посмотрите на *Услуги, покрываемые [HMO]* и *Услуги, покрываемые ForwardHealth* разделы этого руководства, чтобы узнать больше.

**Как пользоваться Bашей *[HMO]* членской карточкой** [Note to HMO: only include this section if you provide an ID card.]

Вы будете пользоваться Bашей *[HMO]* членской карточкой для получения медицинской помощи у врачей, клиник и больниц в сети поставщиков *[HMO]*. Это список поставщиков, с которыми у *[HMO]* есть контракты на предоставление Вам медицинских услуг.

**Всегда носите Вашу *[HMO]* карточку с собой. Предъявляйте ее всякий раз, когда Вы получаете медицинское обслуживание.** У Вас могут возникнуть проблемы с получением медицинских услуг, если у Вас нет с собой Bашей карточки. Если Ваша *[HMO]* карточка утеряна, повреждена или украдена, пожалуйста *[insert instructions here]*.

## **Как пользоваться Bашей ForwardHealth карточкой**

Вы получите большую часть своего медицинского обслуживания через *[HMO]* поставщиков. Но Вам может потребоваться получить некоторые услуги, используя Вашу ForwardHealth карточку.

Используйте Вашу ForwardHealth карточку для получения медицинской помощи, указанной ниже:

* Услуги по лечению поведения (аутизма)
* Услуги хиропрактики
* Услуги кризисного вмешательства
* Службы восстановления сообщества
* Комплексные общественные услуги
* Стоматологическое обслуживание *[unless carved in to HMO, list counties as an exception if some are carved in]*
* Hub and spoke по поддержке восстановления в домашних условиях
* Управление медикаментозной терапией
* Лекарства и аптечные услуги
* Несрочная медицинская транспортировка
* Координация дородового ухода
* Стационарные услуги по борьбе с зависимостью от наркотиков
* Услуги на базе школы
* Целевое ведение дел
* Услуги, связанные с туберкулезом

Ваша ForwardHealth карточка отличается от Bашей *[HMO]* карточки. Это пластиковая карточка с указанным на ней Вашим именем. Она также содержит 10-значный номер и магнитную ленту. Всегда носите Вашу ForwardHealth карточку с собой. Предъявляйте ее каждый раз при посещении врача или больницы, и каждый раз при получении рецептурных лекарственных средств. У Вас могут возникнуть проблемы с получением медицинских услуг или рецептурных лекарственных средств, если у Вас нет с собой Bашей карточки. Также приносите любую другую карточку медицинского страхования, которое у Вас может быть. Это может включать идентификационную карточку от *[HMO Program]* или других поставщиков услуг.

Если у Вас есть вопросы о том, как использовать Вашу ForwardHealth карточку или если Ваша карточка утеряна, повреждена или украдена, позвоните в ForwardHealth Службу поддержки членов по телефону 800-362-3002. Чтобы найти поставщика, который принимает Вашу ForwardHealth карточку:

1. Зайдите на сайт [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. Нажмите на ссылку Члены (Members) или значок в средней части страницы.
3. Прокрутите страницу вниз и нажмите вкладку Ресурсы (Resources).
4. Нажмите на ссылку Найти поставщика (Find a Provider).
5. В разделе Программа (Program), выберите BadgerCare/Medicaid.

Или свяжитесь с ForwardHealth Службой поддержки членов по 800-362-3002.

## **Как пользоваться каталогом поставщиков**

Будучи членом *[HMO],* Вы должны получать все медицинские услуги от врачей и больниц *[HMO]* сети. Обратитесь к нашему каталогу поставщиков для ознакомления со списком этих поставщиков. Поставщики, принимающие новых пациентов, помечены в каталоге поставщиков.

Каталог поставщиков — это список врачей, клиник и больниц, которые Вы можете использовать для получения медицинских услуг в качестве участника *[HMO].* У *[HMO]* существует каталог поставщиков на разных языках и в разных форматах. Вы можете найти каталог поставщиков на нашем сайте *[insert URL]*. Чтобы получить бумажную копию каталога поставщиков, позвоните в наш отдел поддержки клиентов по телефону:   
*[800-xxx-xxxx]*.

*[HMO]* поставщики чутко реагируют на потребности многих культур. Обратитесь к *[HMO]* каталогу поставщиков для списка поставщиков, персонал которых говорит на определенных языках или понимает определенные этнические культуры или религиозные убеждения. Каталог поставщиков также может рассказать Вам о специальных услугах, которое предлагают поставщики.

## **Выбор основного поставщика услуг**

Если Вам нужна помощь, позвоните своему основному поставщику услуг (primary care provider) (PCP) сначала. Основным поставщиком услуг может быть врач, практикующая медсестра, помощник врача или другой поставщик медицинских услуг, который предоставляет, направляет или помогает вам получать медицинские услуги. Вы можете выбрать основного поставщика услуг в *[HMO]* каталоге поставщиков. Используйте список поставщиков, принимающих новых пациентов. Если Вы являетесь американским индейцем или коренным жителем Аляски, Вы можете обратиться к поставшику медицинских услуг для индейцев (Indian Health Care Provider) за пределами нашей сети.

**Позвоните в наш отдел поддержки клиентов по телефону *[800-xxx-xxxx]*, чтобы выбрать или сменить основного поставщика медицинских услуг.** Вы можете сохранить своего текущего основного поставщика услуг, если он входит в нашу сеть поставщиков. Ваш основной поставщик услуг поможет Вам принять решение, если Вам необходим визит к другому врачу или специалисту. Они могут дать Вам направление, если необходимо. Если Вы хотите обратиться к определенному специалисту или в определенную больницу, Вам понадобится направление от Вашего основного поставщика услуг. Вы должны получить утверждение Вашего основного поставщика услуг, прежде чем обратиться к другому врачу.

Помимо выбора основного поставщика услуг, Вы можете обратиться к специалисту по женскому здоровью без направления. Это может быть акушер-гинеколог (obstetrician and gynecologist) (OB/GYN), медсестра-акушерка или лицензированная акушерка.

## **Обсуждение потребностей в отношении здоровья для новых членов**

*[HMO]* свяжется с Вами через *[insert contact method]* чтобы поговорить с Вами о ваших индивидуальных потребностях и обстоятельствах в отношении здоровья. Вы можете спросить о ресурсах в Вашем сообществе или о ресурсах, которые могут быть Вам доступны в рамках Вашего нового плана медицинского обслуживания. Они могут узнать больше о Вас и помочь Вам в достижении Bаших целей в области здоровья. Позвоните *[800-xxx-xxx]*, чтобы начать.

# ДОСТУП К НЕОБХОДИМОЙ ВАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

## **Неотложная (экстренная) медицинская помощь**

Неотложная помощь — это помощь, которая необходима немедленно при заболевании, травме, симптоме или очень серьезном состоянии. Ниже приведены некоторые примеры:

* Удушье

**Если у Вас экстренная ситуация, позвоните по номеру 911**

* Судороги
* Длительные или повторяющиеся припадки
* Серьезные переломы костей
* Сильные ожоги
* Сильная боль
* Сильное или необычное кровотечение
* Подозрение на инфаркт
* Подозрение на отравление
* Подозрение на инсульт
* Проблемы с дыханием
* Бессознательное состояние

**Если Вам необходимы экстренные медицинские услуги, обратитесь за помощью как можно быстрее**. Постарайтесь обратиться в *[HMO Program Name]* больницу или отделение скорой помощи за помощью, если сможете. Если Ваше состояние требует неотложной помощи, обратитесь к ближайшему поставщику (в больницу, к врачу или в клинику). **Позвоните по телефону 911 или в местную полицию или пожарную службу для срочной медицинской помощи,** **если чрезвычайная ситуация очень серьезная и Вы не можете добраться до ближайшего поставщика.**

Если Вы вынуждены обратиться в больницу или отделение скорой помощи, не входящие в *[HMO]*, Вы или кто-либо другой должны позвонить в *[HMO]* по телефону ***[800-xxx-xxxx]*** при первой возможности, чтобы сообщить нам о случившемся.

Вам не требуется одобрение *[HMO]* или вашего основного поставщика услуг, прежде чем обращаться за неотложной помощью.

Помните, что отделения скорой помощи в больницах предназначены только для реальных чрезвычайных ситуаций. Если Ваше состояние не является очень серьезным, позвоните своему врачу или по нашему круглосуточному номеру службы экстренной помощи по телефону *[800-xxx-xxxx]*, прежде чем идти в отделение скорой помощи. Если Вы не знаете, является ли Ваша болезнь или травма чрезвычайной ситуацией, позвоните [Note to HMO: Insert applicable instructions here—call clinic, doctor, 24-hour number, nurse line, etc.]. Мы сообщим Вам, где можно получить медицинскую помощь. **Возможно, Вам придется внести доплату, если Вы обратитесь в отделение скорой помощи за медицинской помощью, не являющейся неотложной.**

## **Неотложная медицинская помощь**

Неотложная помощь — это помощь при заболевании, травме или состоянии, требующем немедленной медицинской помощи, но не требующем обращения в отделение скорой помощи. Ниже приведены некоторые примеры:

* Синяки
* Незначительные ожоги
* Незначительные порезы
* Большинство переломов костей
* Большинство лекарственных реакций
* Незначительное кровотечение
* Растяжения связок

Вы должны получить неотложную медицинскую помощь от поставщиков *[HMO]*, кроме случая, когда Вы сначала получили наше разрешение посетить поставщика вне *-[HMO]*. Не обращайтесь в отделение скорой помощи больницы за неотложной медицинской помощью, если Вы предварительно не получили разрешение от *[HMO]*.

## **Специализированный уход**

Специалист – это врач, который является экспертом в какой-либо области медицины. Существует много видов специалистов. Вот несколько примеров:

* Онкологи, которые лечат больных раком.
* Кардиологи, которые лечат людей с заболеваниями сердца.
* Ортопеды, которые лечат людей с определенными заболеваниями костей, суставов или мышц.

Свяжитесь с Вашим основным поставщиком услуг, если Вы нуждаетесь в услугах специалиста. В большинстве случаев Вам необходимо получить одобрение от Вашего основного поставщика услуг и *[HMO]* перед посещением специалиста.

## **Медицинская помощь во время беременности и родов**

Сообщите *[HMO]* и агентству Вашего округа или племени сразу же, если Вы забеременели, чтобы Вы могли получить необходимую Вам дополнительную помощь. Вы не должны делать доплаты во время беременности.

Вы должны обратиться в больницу *[HMO]*, когда придет время рожать ребенка. Поговорите с Вашим основным поставщиком, чтобы убедиться, что Вы знаете, в какую больницу Вам следует обратиться, когда придет время рожать ребенка. Не выезжайте за пределы района, когда придет время рожать ребенка, если у Вас нет разрешения *[HMO]*. Ваш *[HMO]* поставщик знает Вашу историю и является лучшим поставщиком, который может Вам помочь.

Кроме того, поговорите со своим врачом, если Вы планируете путешествовать на последнем месяце беременности. Путешествие на последнем месяце беременности увеличивает вероятность того, что Ваш ребенок родится, когда Вы не дома. У многих людей роды проходят лучше, если они обращаются к врачам и больницам, которые заботились о них на протяжении всей беременности.

## **Услуги Телемедицины**

Телемедицина — это аудио- и видеосвязь с Вашим врачом или поставщиком медицинских услуг с помощью телефона, компьютера или планшета. *[HMO]* покрывает услуги телемедицины, которые Ваш поставщик может предоставить с тем же качеством, что и личные услуги. Это могут быть визиты к врачу, услуги по охране психического здоровья или наркозависимости, консультации стоматолога и многое другое. Есть некоторые услуги, которые Вы не можете получить с помощью телемедицины. Сюда входят услуги, при которых поставщику необходимо прикоснуться к Вам или осмотреть вас.

И Вы, и Ваш поставщик должны согласиться на телемедицинский визит. Вы всегда имеете право отказаться от телемедицинского визита и вместо этого посетить врача лично. Ваши льготы *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* и медицинские услуги не будут затронуты, если Вы откажетесь от услуг телемедицины. Если Ваш поставщик предлагает только телемедицинские посещения, а Вы хотите сделать это лично, он может направить Вас к другому поставщику.

*[HMO]* и поставщики Wisconsin Medicaid должны соблюдать законы о конфиденциальности и безопасности при предоставлении услуг по телемедицине.

## **Медицинская помощь вдали от дома**

Следуйте этим правилам, если Вам нужна медицинская помощь, но Вы находитесь слишком далеко от дома, чтобы обратиться к своему обычному основному поставщику услуг или в клинику:

* **В случае действительно чрезвычайных ситуаций обратитесь в ближайшую больницу, клинику или к врачу.** Позвоните в *[HMO]* по телефону *[800-xxx-xxxx]* при первой возможности, чтобы сообщить нам о случившемся. Если Вам необходима экстренная медицинская помощь за пределами штата Wisconsin, поставщики медицинских услуг в том районе, где Вы находитесь, могут оказать Вам медицинскую помощь и выставить счет *[HMO].* Возможно, Вам придется внести доплату, если Вы получите неотложную помощь за пределами штата Wisconsin. Если Вы получили счет за услуги, полученные за пределами штата Wisconsin, позвоните в службу поддержки клиентов по телефону *[800-xxx-xxxx]*.
* **Для неотложной или плановой помощи вне дома Вы должны получить разрешение от *[HMO]*** **перед тем, как Вы обратитесь к другому врачу, клинике или больнице.** Это относится к детям, которые проводят время вне дома с родителями или родственниками. Позвоните нам по телефону ***[800-xxx-xxxx]***, чтобы получить разрешение на посещение другого врача, клиники или больницы.
* **Для получения неотложной или плановой помощи за пределами США звоните по телефону.*[HMO]* сначала.** *[HMO]* не покрывает какие-либо услуги, предоставляемые за пределами США, Канады и Мексики. Это включает неотложные медицинские услуги. Если Вам нужна неотложная медицинская помощь во время пребывания в Канаде или Мексике, *[HMO]* оплатит эту медицинскую помощь только в том случае, если банк врача или больницы находится в Соединенных Штатах. Другие услуги могут быть покрыты при наличии разрешения *[HMO]* если у поставщика есть банк в США. Пожалуйста, позвоните в *[HMO]* если Вы получите какую-либо неотложную медицинскую помощь за пределами Соединенных Штатов.

# КОГДА ВАМ МОГУТ ВЫСТАВЛЯТЬ СЧЕТ ЗА УСЛУГИ

## **Покрываемые и непокрываемые услуги**

Для планов *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI],* Вам не нужно платить за покрываемые услуги, кроме необходимых доплат.

Возможно, Вам придется оплатить полную стоимость услуг, если:

* Услуга не покрываются планом *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI].*
* Вам нужно было получить одобрение Вашего основного поставщика медицинских услуг или *[HMO]*, но Вы не получили одобрения до получения услуги.
* *[HMO]* определяет, что данная услуга не является для Вас необходимой по медицинским показаниям. Необходимые по медицинским показаниям услуги — это утвержденные услуги или материалы, необходимые для диагностики или лечения состояния, заболевания, болезни, травмы или симптома.
* Вы получили неэкстренную помощь от поставщика, не входящего в сеть *[HMO]*. Или Вы получили неэкстренную услугу от поставщика, который не принимает Вашу ForwardHealth карточку.

Вы можете запросить непокрываемые услуги, если готовы за них платить. Вам необходимо будет составить письменный план платежей со своим поставщиком. Поставщики могут выставлять Вам счета в размере до своей стандартной и общепринятой платы за непокрываемые услуги.

**Если Вы получили счет за услугу, на которую Вы не согласились, пожалуйста, позвоните по телефону *[800-xxx-xxxx]*.**

## **Доплаты**

В рамках планов BadgerCare Plus и Medicaid SSI, *[HMO]* и ее поставщики услуг и субподрядчики могут выставлять Вам счета, именуемые доплатами. Доплата — это фиксированная сумма денег, которую Вы платите за покрываемую медицинскую услугу. Доплаты для членов *[Badgercare Plus and/or Medicaid SSI]* обычно составляют $3 или меньше. Перечисленные ниже члены **не** платят доплаты:

* Лица, находящиеся в домах престарелых
* Неизлечимо больные члены, получающие хосписную помощь
* Беременные женщины
* Члены младше 19 лет.
* Дети, находящиеся под опекой или в рамках помощи по усыновлению
* Молодые люди, оказавшиеся в приемной семье в день их 18-ти летия. Им не нужно платить доплаты до достижения возраста 26 лет.
* Члены, присоединившиеся посредством экспресс-регистрации
* Американские индейцы или члены коренных племен Аляски, дети или внуки членов племени, а также любое лицо, которое может получить услуги здравоохранения для индейцев (Indian Health Care Services). Возраст и доход не имеют значения. Это применимо при получении товаров и услуг от поставщика услуги здравоохранения для индейцев (Indian Health Care Services) или от Покупка и рекомендованное обслуживание (Purchase and Referred Care) программ.

# УСЛУГИ, ПОКРЫВАЕМЫЕ *[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI]*

[Note to HMO: Information you provide for these sections must be approved by the Department of Health Services. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5d).]

*[HMO]* предоставляет наиболее необходимые с медицинской точки зрения покрываемые услуги в рамках *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*. Ознакомьтесь с *Услуги, покрываемые [HMO]* на странице *[xx]* для получения дополнительной информации об услугах, покрываемых *[HMO]*.

Некоторые услуги покрываются ForwardHealth. Чтобы узнать больше об этих услугах, обратитесь на страницу *[xx]*, *Услуги, покрываемые ForwardHealth*.

Некоторые услуги требуют **предварительного разрешения**. Предварительное разрешение - это письменное разрешение на услугу или рецепт. Вам может понадобиться предварительное разрешение от *[HMO]* или ForwardHealth прежде чем Вы получите услугу или Вам будет выписан рецепт.

|  |  |
| --- | --- |
| Услуга | Покрывается программой *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* |
| Амбулаторная помощь в хирургическом центре | *[Add coverage policy]* |
| Услуги по лечению поведения (аутизма) | Полное покрытие (с предварительным разрешением).  Без доплаты  **\*Покрывается ForwardHealth. Воспользуйтесь Bашей карточкой ForwardHealth для получения этой услуги** |
| Услуги хиропрактики | Полное покрытие.  Доплата: от $.50 до $3 за услугу  **\*Покрывается ForwardHealth. Воспользуйтесь Bашей карточкой ForwardHealth для получения этой услуги** |
| Стоматологическое обслуживание | *[If covered by HMO insert applicable information]*  *[If not covered by HMO insert the following:]*  Полное покрытие.  Доплата: от $.050 до $3 за услугу  **\*Покрывается ForwardHealth. Воспользуйтесь Bашей карточкой ForwardHealth для получения этой услуги**  Для дополнительной информации см. страницу *[xx]* |
| Одноразовые медицинские принадлежности | *[Add coverage policy]* |
| Лекарства (отпускаемые по рецепту и без рецепта) | Покрытие непатентованных и фирменных лекарств, отпускаемых по рецепту, а также некоторых лекарств, отпускаемых без рецепта.  Доплата: $0.50 за лекарства, отпускаемые без рецепта  $1 за непатентованные лекарства  $3 за фирменные  Доплаты ограничены $12 на участника, на каждого поставщика в месяц. Лекарства, отпускаемые без рецепта, не входят в $12 максимум.  Ограничение в пять пополнений рецепта на опиоиды в месяц.  \***Покрывается ForwardHealth. Воспользуйтесь Bашей карточкой ForwardHealth для получения лекарств** |
| Долговечное медицинское оборудование | *[Add coverage policy]* |
| HealthCheck проверка здоровья для детей | *[Add coverage policy]*  \*Для дополнительной информации см. страницу *[xx]* |
| Помощь со слухом | *[Add coverage policy]* |
| Услуги по уходу на дому | *[Add coverage policy]* |
| Хоспис | *[Add coverage policy]* |
| Больничные услуги: стационар | *[Add coverage policy]* |
| Амбулаторные больничные услуги | *[Add coverage policy]* |
| Больничные услуги: отделение неотложной помощи | *[Add coverage policy]* |
| Услуги в области психического здоровья и лечении зависимости от наркотиков | *[Add coverage policy]*  \*Для дополнительной информации см. страницу *[xx]* |
| Услуги дома престарелых | *[Add coverage policy]* |
| Услуги врача | *[Add coverage policy]* |
| Подиатрические услуги | *[Add coverage policy]* |
| Дородовой уход/ ведение беременности | *[Add coverage policy]* |
| Услуги по репродуктивному здоровью и планированию семьи | *[Add coverage policy]*  \*Для дополнительной информации см. страницу *[xx]* |
| Регулярные услуги офтальмолога | *[Add coverage policy]*  \*Некоторые ограничения применимы. Позвоните в службу поддержки клиентов для большей информации. |
| Терапии:  Физиотерапия, трудотерапия,  речевая и языковая терапия | *[Add coverage policy]* |
| Транспорт: машина скорой помощи, специализированный автомобиль, общественный транспорт. | Полное покрытие экстренной и неэкстренной транспортировки к поставщику и от поставщика покрываемых услуг.  Доплаты отсутствуют. \*Для дополнительной информации см. страницу *[xx]* |
| *[Additional services provided by HMO, if applicable]* | *[Description and copayment amounts for additional services provided by HMO]* |

# УСЛУГИ, ПОКРЫВАЕМЫЕ *[HMO]*

## **Услуги в области психического здоровья или борьбы с зависимостью от наркотиков**

[Note to HMO: The language you use in this section may vary based on which plan you are talking about. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5d).]

*[HMO]* предоставляет услуги в области психического здоровья или борьбы с зависимостью от наркотиков (злоупотребление алкоголем и другими наркотическими веществами) всем членам. Если Вы нуждаетесь в этих услугах, звоните [Note to HMO: Insert primary care physician, behavioral health manager, customer service, etc., as appropriate]. Если Вам нужна немедленная помощь, Вы можете позвонить на горячую линию по кризисным ситуациям по телефону *[800-xxx-xxxx]* или позвонить на нашу круглосуточную линию медсестер, которая работает семь дней в неделю. по телефону *[800-xxx-xxxx]*.

Все услуги, предоставляемые *[HMO]*, являются конфиденциальными.

## **Услуги по планированию семьи**

[Note to HMO: The language you use in this section may vary based on which plan you are talking about. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5d).]

*[HMO]* предоставляет конфиденциальные услуги по планированию семьи всем членам, включая несовершеннолетних. Если Вы не хотите обсуждать со своим основным поставщиком услуг вопросы планирования семьи, позвоните в наш Отдел поддержки клиентов по телефону *[800-xxx-xxxx].* Мы поможем Вам выбрать поставщика услуг по планированию семьи *[HMO]*, который не является Вашим основным поставщиком услуг.

Мы рекомендуем Вам получить услуги по планированию семьи от поставщика *[HMO]*. Это позволяет нам лучше координировать всю заботу о Вашем здоровье. Однако Вы также можете обратиться в любую клинику планирования семьи, которая примет Вашу идентификационную карточку ForwardHealth, даже если эта клиника не является частью *[HMO]* сети поставщика.

## **HealthCheck Услуги**

HealthCheck покрывает медицинские осмотры для членов моложе 21 года. HealthCheck осмотры, также известные как «проверки здоровья ребенка», представляют собой визиты к врачу, которые Ваш ребенок или молодой взрослый совершает, когда они здоровы. Врач задает вопросы и осматривает вашего ребенка. Это делается для того, чтобы убедиться, что Ваш ребенок здоров, и принять правильные меры для сохранения его здоровья. Это хорошее время, чтобы задать вопросы о здоровье, которые могут возникнуть у Вас или Вашего ребенка. HealthCheck также покрывает лечение любых проблем, обнаруженных во время HealthCheck осмотра Вашего ребенка.

HealthCheck преследует три цели:

1. Выявить и лечить проблем со здоровьем у лиц моложе 21 года.
2. Поделиться информацией об особых медицинских услугах для участников моложе 21 года.
3. Предоставить лицам моложе 21 года право на получение некоторых видов медицинской помощи, которые не покрываются иным образом.

Осмотр HealthCheck включает:

* Соответствующие возрасту иммунизации (прививки)
* Лабораторные анализы крови и мочи
* Стоматологический осмотр и направление к стоматологу, начиная с возраста 1 год
* История состояния здоровья и нарушений развития
* Проверка слуха
* Физический осмотр с головы до ног
* Тестирование на свинец для детей в возрасте 1 и 2 лет и детей в возрасте до 6 лет, которые никогда не проходили тест на свинец.
* Проверка зрения

Чтобы записаться на медицинский осмотр HealthCheck или получить дополнительную информацию, позвоните в наш Отдел поддержки клиентов по телефону *[800-xxx-xxxx]*.

Если Вам нужна помощь в организации поездки на прием HealthCheck и обратно, позвоните менеджеру Wisconsin неэкстренная медицинская транспортировка (non-emergency medical transportation) NEMT по телефону 866-907-1493 (или телетайпу   
1-800-855-2880), чтобы запланировать поездку.

## **Стоматологическое обслуживание**

[Note to HMO: Use the first statement below if you provide dental services. Use the second statement if you do not provide dental services. If you provide dental services in only part of your service area, use both statements and list the appropriate counties with each statement.]

[Statement 1- if HMO covers dental in Milwaukee, Kenosha, Ozaukee, Racine, Washington, or Waukesha counties]

*[HMO]* предоставляет все покрываемые страховкой стоматологические услуги через *[Dental Benefit Manager]*. Вы должны пойти к *[HMO or Dental Benefit Manager]* стоматологу. Посмотрите каталог поставщиков или позвоните в наш Отдел поддержки клиентов по телефону: *[800-xxx-xxxx]* для получения имен *[HMO or Dental Benefit Manager]* стоматологов, к которым Вы можете пойти.

**Вы имеете право на плановый визит к стоматологу в течение 90 дней с момента вашего запроса на прием.** Позвоните *[HMO]* по телефону *[800-xxx-xxxx]* если Вы не можете попасть на прием к стоматологу в течение 90 дней.

Позвоните менеджеру Wisconsin неэкстренной медицинской транспортировки (non-emergency medical transportation) NEMT по телефону 866-907-1493 (или на телетайп 711) если Вам нужна помощь с поездкой в офис стоматолога или обратно. Они могут помочь в организации поездки.

**Если Вам необходима срочная стоматологическая помощь, Вы имеете право получить лечение в течение 24 часов с момента Вашего запроса**. Срочная стоматологическая помощь представляет собой сильную зубную боль, отек, лихорадку, инфекцию или травму зубов. Если Вам необходима срочная стоматологическая помощь:

* Если у Вас уже имеется стоматолог из *[HMO/DBM]*:
* Позвоните в офис стоматолога.
* Сообщите в офис стоматолога, что Вам или Вашему ребенку необходима срочная стоматологическая помощь.
* Сообщите в офис стоматолога, в чем конкретно заключается стоматологическая проблема. Это может быть, например, сильная зубная боль или опухшее лицо.
* Позвоните нам, если Вам нужна помощь в организации поездки на прием к стоматологу или обратно.
* Если у Вас в настоящее время нет стоматолога из *[HMO/DBM]*:
* Позвоните [Note to HMO: insert dental benefits manager or HMO, as appropriate.]. Сообщите нам о том, что Вам или Вашему ребенку необходима срочная стоматологическая помощь. Мы можем помочь Вам получить стоматологические услуги.
* Сообщите нам, если Вам нужна помощь в организации поездки на прием к стоматологу или обратно.

[Statement 2- for all other counties]

Стоматологические услуги являются для Вас покрываемыми услугами. Вы можете получить покрываемые стоматологические услуги у поставщика услуг, зарегистрированного в программе Medicaid, который примет Вашу идентификационную карточку ForwardHealth. Чтобы найти поставщика, зарегистрированного в программе Medicaid:

1. Зайдите на сайт [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. Нажмите на ссылку Члены (Members) или значок в средней части страницы.
3. Прокрутите страницу вниз и нажмите вкладку Ресурсы (Resources).
4. Нажмите на ссылку Найти поставщика (Find a Provider).
5. В разделе Программа (Program) выберите BadgerCare/Medicaid.

Либо Вы можете позвонить в Отдел обслуживания членов ForwardHealth по телефону   
800-362-3002.

**Вы имеете право на плановый визит к стоматологу в течение 90 дней с момента вашего запроса на прием.** Позвоните в Отдел обслуживания членов ForwardHealth по телефону 800-362-3002, если Вы не можете попасть на прием к стоматологу в течение 90 дней.

Позвоните менеджеру Wisconsin неэкстренной медицинской транспортировки   
(non-emergency medical transportation) (NEMT) по телефону 866-907-1493 (или на телетайп 711) если Вам нужна помощь с поездкой в офис стоматолога или обратно. Они могут помочь в организации поездки.

**Если Вам необходима срочная стоматологическая помощь, Вы имеете право получить лечение в течение 24 часов с момента Вашего запроса**. Срочная стоматологическая помощь представляет собой сильную зубную боль, отек, лихорадку, инфекцию или травму зубов. Если Вам необходима срочная стоматологическая помощь:

* Если у Вас уже имеется стоматолог из ForwardHealth:
* Позвоните в офис стоматолога.
* Сообщите в офис стоматолога, что Вам или Вашему ребенку необходима срочная стоматологическая помощь.
* Сообщите в офис стоматолога, в чем конкретно заключается стоматологическая проблема. Это может быть, например, сильная зубная боль или опухшее лицо.
* Позвоните менеджеру (NEMT) по телефону 866-907-1493 или ForwardHealth Отдел обслуживания членов по телефону 800-362-3002, если Вам нужна помощь с поездкой в офис стоматолога или обратно.
* Если у Вас в настоящее время нет стоматолога из ForwardHealth:
* Позвоните в Отдел обслуживания членов ForwardHealth по телефону   
  800-362-3002. Сообщите им о том, что Вам или Вашему ребенку необходима срочная стоматологическая помощь. Они могут помочь Вам получить стоматологические услуги.
* Сообщите им, если Вам нужна помощь в организации поездки на прием к стоматологу или обратно.

# УСЛУГИ, ПОКРЫВАЕМЫЕ FORWARDHEALTH

[Note to HMO: Insert Dental services in this section if not covered by HMO]

## **Услуги по лечению поведения (аутизма)**

Услуги по поведенческому лечению покрываются планами *[BadgerCare Plus]*. Для лечения аутизма используются услуги по лечению поведения. Вы можете получить услуги по лечению аутизма у поставщика услуг, зарегистрированного в Medicaid, который примет Вашу идентификационную карточку ForwardHealth. Чтобы найти поставщика, зарегистрированного в программе Medicaid:

1. Зайдите на сайт [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. Нажмите на ссылку Члены (Members) или значок в средней части страницы.
3. Прокрутите страницу вниз и нажмите вкладку Ресурсы (Resources).
4. Нажмите на ссылку Найти поставщика (Find a Provider).
5. В разделе Программа (Program) выберите BadgerCare/Medicaid.

Либо Вы можете позвонить в Отдел обслуживания членов ForwardHealth по телефону   
800-362-3002

## **Услуги хиропрактики**

Услуги хиропрактики покрываются *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*. Вы можете получить услуги хиропрактики у поставщика услуг, зарегистрированного в Medicaid, который примет Вашу идентификационную карточку ForwardHealth. Чтобы найти поставщика, зарегистрированного в программе Medicaid:

1. Зайдите на сайт [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. Нажмите на ссылку Члены (Members) или значок в средней части страницы.
3. Прокрутите страницу вниз и нажмите вкладку Ресурсы (Resources).
4. Нажмите на ссылку Найти поставщика (Find a Provider).
5. В разделе Программа (Program) выберите BadgerCare/Medicaid.

Либо Вы можете позвонить в Отдел обслуживания членов ForwardHealth по телефону   
800-362-3002.

## **Транспортные услуги**

Вы можете получить услуги по неэкстренной медицинской транспортировки   
(non-emergency medical transportation) (NEMT) через Wisconsin NEMT менеджера. Менеджер NEMT организует и оплачивает поездки на покрываемые услуги для тех членов, у которых нет другого способа транспортировки. NEMT может включать транспортировку с использованием:

* Общественного транспорта, например, городского автобуса
* Медицинского транспорта, не являющегося машиной скорой помощи
* Специализированных медицинских транспортных средств
* Других типов транспортных средств, в зависимости от медицинских и транспортных потребностей члена

Если у Вас есть машина и Вы можете самостоятельно доехать до места назначения, но не можете позволить себе оплатить бензин, Вы можете иметь право на возмещение пробега (деньги на бензин).

Вы должны запланировать регулярные поездки по крайней мере за два рабочих дня до назначенного приема. Позвоните менеджеру NEMT по телефону 866-907-1493 (или телетайпу 711) с понедельника по пятницу с 7:00 до 18:00. Вы также можете запланировать поездки для срочных приемов. Поездка на срочный прием будет обеспечена через три часа или меньше.

## **Аптечные услуги**

Вы можете получить рецептурные лекарства от поставщика, специалиста или стоматолога *[HMO Name].* Вы можете получить покрываемые рецептурные лекарства и некоторые отпускаемые без рецепта лекарства в любой аптеке, которая примет Вашу идентификационную карточку ForwardHealth.

У Вас могут быть доплаты или ограничения на покрываемые лекарства. Если Вы не можете позволить себе доплаты, Вы все равно можете получить свои рецептурные лекарства.

Если у Вас есть любые вопросы о лекарствах, покрываемых *[Badgercare Plus or Medicaid SSI]* или доплатах за лекарства, связитесь с Отделом обслуживания членов ForwardHealth по телефону 800-362-3002.

# УСЛУГИ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ *[BADGERCARE PLUS and/or MEDICAID SSI]*

Указанные ниже услуги не покрываются *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*:

* Услуги, не являющиеся необходимыми по медицинским показаниям
* Услуги, которые не были одобрены *[HMO]* или Вашим основным поставщиком, когда требуется одобрение
* Обычные расходы на жизнь, такие как арендная плата или ипотечные платежи, еда, коммунальные услуги, развлечения, одежда, мебель, предметы домашнего обихода и страховка.
* Экспериментальные или косметические услуги или процедуры
* Лечение или услуги при бесплодии
* Отмена добровольной стерилизации
* Стационарное психиатрическое лечение в условиях институциональных учреждений для членов в возрасте 22–64 лет, если только оно не предоставляется на срок менее 15 дней вместо традиционного лечения.
* Проживание и питание

# ВМЕСТО УСЛУГ ИЛИ УСЛОВИЙ

*[HMO]* может покрывать некоторые услуги или условия ухода, которые обычно не покрываются программой Wisconsin Medicaid. Эти услуги называются "вместо" услуг или условий.

Следующие "вместо" услуги или условия покрываются программами BadgerCare Plus или Medicaid SSI:

* Стационарная психиатрическая помощь в психиатрическом институте (institute of mental disease) (IMD) лицам 22-64 лет продолжительностью не более 15 дней в течение месяца.
* Подострое клиническое лечение на базе местного сообщества (краткосрочные психиатрические услуги в стационаре).

Решение о том, подходит ли Вам услуга или условие «вместо» — это командная работа. *[HMO]* будет работать с Вами и Вашим поставщиком, чтобы помочь Вам сделать лучший выбор. **Вы имеете право отказаться от участия в одном из этих условий или процедур.**

# ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДРУГОГО СПЕЦИАЛИСТА

Если Вы не согласны с рекомендациями Вашего врача в отношении лечения, Вы можете получить медицинское заключение другого специалиста. Для получения информации свяжитесь с Вашим поставщиком услуг или нашим Отделом поддержки клиентов по телефону *[800-xxx-xxxx]* для информации.

# УПРАВЛЕНИЕ ОБСЛУЖИВАНИЕМ (КООРДИНАЦИЯ)

Как член *[HMO]*, Вы имеете доступ к команде управления медицинским обслуживанием. Управление обслуживанием - это бесплатная услуга для членов *[HMO]*. Это поможет Вам определить свои цели в области здоровья и благополучия и достичь их. Команда по управлению обслуживанием также свяжет Вас с поставщиками, общественными службами и службами социальной поддержки.

Подписавшись на наш план, Вы получите информационное письмо или звонок, чтобы обсудить Ваши уникальные потребности в области здравоохранения. Важно ответить, чтобы мы знали, как наилучшим образом удовлетворить Ваши потребности. Вы также можете позвонить в команду управления обслуживанием непосредственно по телефону: *[800-xxx-xxxx].*

Ваш менеджер по обслуживанию также может помочь Вам перейти из больницы или других учреждений ухода на дом. Если Вы госпитализированы, позвоните своему менеджеру по обслуживанию по телефону *[insert phone number or other instructions]* и получите помощь.

# ЗАПОЛНЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО РАСПОРЯЖЕНИЯ, ЗАВЕЩАНИЯ ИЛИ ДОВЕРЕННОСТИ ДЛЯ УХОДА ЗА ЗДОРОВЬЕМ (POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)

Вы имеете право давать указания о том, что Вы хотите сделать, если Вы не можете принимать решения самостоятельно. Иногда люди теряют способность принимать решения о своем медицинском обслуживании самостоятельно из-за несчастных случаев или серьезного заболевания. Вы имеете право сказать, что Вы хотите, чтобы произошло в таких ситуациях. Это означает, что Вы можете разработать «предварительные распоряжения».

Существуют разные типы предварительных распоряжений и разные названия для   
них. Документы, называемые «завещание» и «"доверенность для ухода за здоровьем"   
("power of attorney for health care"), являются примерами предварительных распоряжений.

Вы сами решаете, хотите ли Вы иметь предварительные распоряжения. Ваши поставщики могут объяснить, как создать предварительные распоряжения и пользоваться ими. Но они не могут заставить Вас иметь их или относиться к Вам по-друглму, если у Вас этого нет.

Если Вы хотите узнать больше о предварительных распоряжениях, обратитесь к своему поставщику услуг. Вы также можете найти формы предварительных распоряжений на сайте Wisconsin Департамент здравоохранения (Department of Health Services) (DHS), зайдя на [https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/index.htm).

Вы имеете право подать жалобу в Отдел обеспечения качества (Division of Quality Assurance) DHS, если не выполняется Ваше предварительное распоряжение, завещание или доверенность. Вы можете получить помощь в заполнении жалобы, позвонив в Отдел обеспечения качества (Division of Quality Assurance) DHS по телефону 800-642-6552.

# НОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ И УСЛУГИ

*[HMO]* имеет процесс рассмотрения новых видов услуг и лечения. Как часть процесса рассмотрения, *[HMO]*:

* Анализирует научные исследования и стандарты лечения, чтобы убедиться, что новые методы лечения или услуги безопасны и полезны.
* Определяет, одобрило ли правительство лечение или услугу.

[Note to HMO: Include additional language in this section for any plan specific policies and procedures related to review of new technologies or treatments.]

# ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ СТРАХОВКИ

Сообщите своим поставщикам услуг, если у Вас есть другая страховка помимо *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]*. Ваши поставщики услуг должны выставить счет другой страховке до выставления счета *[HMO]*. Если Ваш*[HMO]* поставщик не принимает Вашу другую страховку, позвоните HMO специалисту по регистрации по телефону 800-291-2002.   
Они могут объяснить Вам как использовать оба плана медицинской страховки.

# ЕСЛИ ВЫ ПЕРЕЕЗЖАЕТЕ

Если Вы планируете переехать, обратитесь в агентство Вашего округа или племени. Если Вы переезжаете в другой округ, Вам также необходимо связаться с агентством округа или племени в Вашем новом округе, чтобы обновить Ваше право на участие в планах BadgerCare Plus или Medicaid SSI.

Если Вы переезжаете за пределы района обслуживания *[HMO]*, позвоните специалисту по регистрации HMO по телефону 800-291-2002. Они помогут Вам выбрать новую HMO, которая обслуживает Ваш новый район.

# ИЗМЕНЕНИЯ В ВАШЕМ MEDICAID ПОКРЫТИИ

Если Вы перешли из ForwardHealth или *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* HMO в новую *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* HMO, то Вы имеете право:

* Продолжайть обращаться к своим текущим поставщикам и получать доступ к текущим услугам на срок до 90 дней. Пожалуйста, позвоните в свою новую HMO после регистрации и сообщите им о своем текущем поставщике. Если этот поставщик все еще не в сети HMO через 90 дней, Вы выберете нового поставщика, который находится в сети HMO.
* Получите услуги, которые Вам необходимы, чтобы избежать серьезного риска для здоровья или госпитализации.

Позвоните в *[HMO]* Службу поддержки клиентов по телефону *[800-xxx-xxxx]* для получения дополнительной информации об изменениях в Вашем страховом покрытии.

# ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ЧЛЕНСТВА В HMO

*[HMO]* является организацией медицинского обеспечения (health maintenance organization), или HMO. HMOs являются страховыми компаниями, которые предлагают услуги от избранных поставщиков.

Как правило, Вы должны зарегистрироваться в HMO, чтобы получать медицинские услуги планов BadgerCare Plus и Medicaid SSI. HMO освобождение означает, что Вам не нужно регистрироваться в HMO, чтобы получать Ваши льготы BadgerCare Plus или Medicaid SSI. Большинство освобождений предоставляются только на короткий период времени. Обычно это позволяет Вам закончить необходимый курс лечения до регистрации в HMO. Если Вы считаете, что нуждаетесь в освобождении от регистрации в HMO, позвоните специалисту по регистрации HMO по телефону 800-291-2002 для получения дополнительной информации.

# ПОДАЧА ЖАЛОБ ИЛИ АПЕЛЛЯЦИИ

## **Жалобы**

**Что такое жалоба?**

У Вас есть право подать жалобу, если Вы недовольны нашим планом или поставщиками. Жалоба – это любая жалоба на *[HMO]* или поставщика сети, которая не имеет отношения к решению *[HMO]*, принятому в отношении Bаших медицинских услуг. Вы можете подать жалобу на, например, качество предоставленных Вам услуг, грубость со стороны поставщика или сотрудника и несоблюдение Bаших прав как члена.

**Кто может подать жалобу?**

Вы можете подать жалобу. Уполномоченный представитель, лицо, принимающее юридические решения, или поставщик медицинских услуг также могут подать жалобу от Вашего имени. Мы свяжемся с Вами для получения Вашего разрешения, если уполномоченный представитель или поставщик услуг подаст от Вашего имени жалобу.

**Когда я могу подать жалобу?**

Вы (или Ваш представитель) можете подать жалобу в любое время.

**Как я могу подать жалобу с *[HMO]*?**

Позвоните *[HMO]* защитнику членов по телефону *[800-xxx-xxxx]*, или напишите нам по приведенному ниже адресу, если у Вас имеется жалоба:

*[HMO Name and Mailing Address]*

Если Вы подаете жалобу в *[HMO]*, у Вас будет возможность появиться по телефону или лично перед *[HMO]* Grievance and Appeal Committee (Комитетом по рассмотрению жалоб и апелляций). У *[HMO]* будет 30 дней с даты получения жалобы, чтобы вынести Вам решение по разрешению жалобы.

**Кто может помочь мне подать жалобу?**

*[HMO]* Защитник членов может помочь Вам решить проблему или помочь Вам подать жалобу.

Если Вы хотите обсудить проблему с кем-нибудь за пределами *[HMO]*, Вы можете позвонить в Wisconsin HMO программу омбудсмен (Ombuds) по телефону 800-760-0001. Программа омбудсмен (Ombuds) может помочь Вам решить проблему или написать официальную жалобу на *[HMO]*. Если Вы зарегистрированы в программе Medicaid SSI, Вы также можете позвонить внешнему защитнику SSI по телефону 800-928-8778 для получения помощи в подаче жалобы.

**Что если я не соглашаюсь с ответом*[HMO]*?**

Если Вы не соглашаетесь с ответом *[HMO]* на Вашу жалобу, Вы можете запросить рассмотрение Bашей жалобы в Wisconsin Департамент здравоохранения (Department of Health Services) (DHS).

**Напишите по адресу:** BadgerCare Plus and Medicaid SSI

HMO Ombuds

P.O. Box 6470

Madison, WI 53716-0470

**Или позвоните:** 800-760-0001

**Будут ли ко мне относиться по-другому, если я подам жалобу?**

С Вами не будут обращаться иначе, чем с другими членами плана, из-за того, что Вы подали жалобу или претензию. Это не повлияет на Ваши льготы и медицинское обслуживание.

## **Апелляции**

**Что такое апелляция?**

Вы имеете право подать апелляцию, если Вы недовольны решением, принятым *[HMO]*. Апелляция - это запрос в адрес *[HMO]* для рассмотрения решения, которое влияет на Ваши услуги. Эти решения называются **определение неблагоприятных льгот**.

**Определение неблагоприятной льготы** является любым из следующих:

* *[HMO]* планирует остановить, приостановить или сократить услуги, которыми Вы пользуетесь в настоящее время.
* *[HMO]* решает отказать в запрошенной Вами услуге.
* *[HMO]* решает не платить за услугу.
* *[HMO]* просит Вас уплатить сумму, которую, по Вашему мнению, Вы не должны.
* *[HMO]* решает отказать в запрошенной Вами услуге от поставщика медицинских услуг вне сети, когда Вы живете в сельской местности, где имеется только одна HMO.
* *[HMO]* не может своевременно организовать или предоставить услуги.
* *[HMO]* не соблюдает необходимые сроки для разрешения Bашей жалобы или апелляции.

*[HMO]* направит Вам письмо, если Вы получили определение неблагоприятной льготы.

**Кто может подать апелляцию?**

Вы можете подать апелляцию. Уполномоченный представитель, лицо, принимающее юридические решения, или поставщик также могут подать апелляцию от Вашего имени. Мы свяжемся с Вами для получения Вашего разрешения, если уполномоченный представитель или поставщик подаст от Вашего имени апелляцию.

**Когда я могу подать апелляцию?**

Вы (или Ваш представитель) должны подать апелляцию в течение 60 дней с даты получения Вами письма с описанием неблагоприятного определения льгот.

**Как я могу подать апелляцию с [HMO]?**

Если Вы хотите подать апелляцию на определение неблагоприятной льготы, Вы можете позвонить в *[HMO]* Защитнику членов по телефону *[800-xxx-xxxx]* или написать по слудющему адресу:

*[HMO Name and Mailing Address]*

Если Вы подаете апелляцию с *[HMO]*, у Вас будет возможность появиться по телефону или лично перед *[HMO]* Grievance and Appeal Committee (Комитетом по рассмотрению жалоб и апелляций). Как только Ваша апелляция будет запрошена, у *[HMO]* будет 30 календарных дней, чтобы вынести Вам решение.

**Что если я не могу ждать 30 дней для вынесения решения?**

Если Вы или Ваш врач считаете, что 30-дневное ожидание может нанести серьезный вред Вашему здоровью или способности выполнять повседневную деятельность, Вы можете подать заявку на ускоренную апелляцию. Если *[HMO]* согласна, что Вам нужна быстрая апелляция, Вы получите решение в течение 72 часов.

**Кто может помочь мне подать апелляцию?**

Если Вам нужна помощь в написании запроса на апелляцию, позвоните своему *[HMO]* защитнику членов по телефону *[800-xxx-xxxx]*.

Если Вы хотите поговорить с кем-то за пределами *[HMO]*, Вы можете позвонить BadgerCare Plus и Medicaid SSI омбудсмену (ombuds) по телефону 800-760-0001. Если Вы зарегистрированы в программе Medicaid SSI, Вы также можете позвонить SSI внешнему защитнику по телефону 800-708-3034 для получения помощи с Bашей апелляцией.

**Могу ли я продолжать получать услуги во время моей апелляции?**

Если *[HMO]* принимает решение прекратить, приостановить или сократить обслуживание, которое Вы в настоящее время получаете, Вы имеете право попросить продолжать получать Ваши услуги во время Bашей апелляции. Вам необходимо будет отправить свой запрос по почте, факсу или электронной почте в течение определенного периода времени, в зависимости от того, что наступит позже:

* Не позднее даты, когда *[HMO]* планирует остановить или сократить Ваше обслуживание
* В течение 10 дней с момента получения уведомления о сокращении объема Вашего обслуживания.

Если решение *[HMO]* по поводу Bашей апелляции не в Вашу пользу, возможно, Вам придется заплатить *[HMO]* за обслуживание, которое Вы получили во время процесса апелляции.

**Будут ли ко мне относиться по-другому, если я подам апелляцию?**

С Вами не будут обращаться иначе, чем с другими членами, из-за того, что Вы запросили апелляцию. Это не повлияет на Ваши другие льготы и медицинское обслуживание.

**Что если я не соглашаюсь с решением *[HMO]* в отношении моей апелляции?**

Вы можете запросить беспристрастное слушание в Wisconsin Отделе слушаний и апелляций (Division of Hearing and Appeals), если Вы не соглашаетесь с решением *[HMO]* в отношении Bашей апелляции. Ниже Вы найдете больше информации о беспристрастных слушаниях.

## **Беспристрастное слушание**

**Что такое беспристрастное слушание?**

Беспристрастное слушание – это рассмотрение решения *[HMO]*в отношении Bашей апелляции Судьей по административным делам (Administrative Law Judge) в округе, где Вы живете. **Вы должны подать апелляцию *[HMO]* до того, как подавать запрос на беспристрастное слушание**

**Когда я могу запросить беспристрастное слушание?**

Вы должны запросить беспристрастное слушание в течение 90 дней с даты получения письменного решения *[HMO]* в отношении Bашей апелляции.

**Как я могу запросить беспристрастное слушание?**

Если Вы хотите беспристрастное слушание, пошлите письменный запрос по адресу:

Department of Administration

Division of Hearings and Appeals

P.O. Box 7875

Madison, WI 53707-7875

Вы имеете право быть представленным на слушании, и Вы можете привести друга для поддержки. Если Вам нужны специальные условия в связи с ограниченными возможностями или переводом на Ваш язык, позвоните по телефону 608-266-7709.

**Кто может помочь мне запросить беспристрастное слушание?**

Если Вам нужна помощь в написании запроса на беспристрастное слушание, позвоните омбудсмену (Ombuds) BadgerCare Plus и Medicaid SSI по телефону 800-760-0001. Если Вы зарегистрированы в программе Medicaid SSI, Вы также можете позвонить SSI внешнему защитнику по телефону 800-708-3034 для получения помощи.

**Могу ли я продолжать получать услуги во время моего беспристрастного слушания?**

Если *[HMO]* принимает решение прекратить, приостановить или сократить обслуживание, которое Вы в настоящее время получаете, Вы имеете право попросить продолжать получать Ваши услуги во время Bашей апелляции и беспристрастного слушания *[HMO].* Вам придется подать запрос о продолжении обслуживания во время беспристрастного слушания, даже если Вы уже просили о продолжении оказания услуги во время Bашей апелляции *[HMO]*. Вам необходимо будет отправить свой запрос по почте, факсу или электронной почте в течение определенного периода времени, в зависимости от того, что наступит позже:

* Не позднее даты, когда *[HMO]* планирует остановить или сократить Ваше обслуживание
* В течение 10 дней с момента получения уведомления о сокращении объема Вашего обслуживания.

Если решение судьи по административным делам по поводу вашей апелляции не в Вашу пользу, возможно, Вам придется заплатить *[HMO]* за обслуживание, которое Вы получили во время процесса апелляции.

**Будут ли ко мне относиться по-другому, если я подам запрос на беспристрастное слушание?**

С Вами не будут обращаться иначе, чем с другими членами плана, из-за того, что Вы запросили беспристрастное слушание. Это не повлияет на Ваши другие льготы и медицинское обслуживание.

# ВАШИ ПРАВА

1. **Вы имеете право получать информацию удобным для Вас способом. Это включает:**

* Вы имеете право на устного переводчика во время любого обслуживания, покрываемого планами *[BadgerCare Plus, Medicaid SSI].*
* Вы имеете право получить информацию, представленную в этом руководстве члена, на другом языке или в другом формате.

1. **Вы имеете право на достойное, уважительное и справедливое обращение с уважением к частной жизни. Это включает:**

* Ваше право быть свободным от дискриминации. *[HMO]* должна соблюдать законы, которые защищают Вас от дискриминации и несправедливого обращения*. [HMO]* предоставляет покрываемые услуги всем имеющим на это право членам независимо от следующих факторов:
  + Возраст
  + Цвет кожи
  + Ограниченные возможности
  + Национальное происхождение
  + Раса
  + Пол
  + Религия
  + Сексуальная ориентация
  + Гендерная идентичность

Все необходимые с медицинской точки зрения покрываемые услуги доступны и будут предоставляться одинаковым образом всем членам. Все лица или организации, связанные с *[HMO]*, которые направляют или рекомендуют членов для получения услуг, должны делать это одинаковым образом для всех членов.

* Ваше право быть свободным от любых форм ограничения или изоляции, используемых для принуждения, дисциплинирования, удобства или мести. Это означает, что Вы имеете право быть свободным от ограничений или принуждения к одиночеству, чтобы заставить Вас вести себя определенным образом, наказать Вас или потому, что кто-то считает это полезным.
* Ваше право на неприкосновенность частной жизни. *[HMO]* должна соблюдать законы, защищающие конфиденциальность Bашей личной и медицинской информации. Обратитесь к *[HMO]* Уведомление о правилах конфиденциальности (Notice of Privacy Practices) для большей информации.

1. **Вы имеете право на получение медицинских услуг в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата. Это включает:**

* Ваше право на то, чтобы покрываемые услуги были доступны Вам, когда они Вам понадобятся. Когда это необходимо с медицинской точки зрения, услуги должны быть доступны 24 часа в сутки, семь дней в неделю.

1. **Вы имеете право принимать решения о своем медицинском обслуживании. Это включает:**

* Ваше право получать информацию о вариантах лечения, независимо от стоимости или страхового покрытия.
* Ваше право принять или отказаться от медицинского или хирургического лечения и участвовать в принятии решений о Вашем уходе.
* Ваше право планировать и управлять видами медицинской помощи, которые Вы можете получить в будущем, если Вы не сможете выразить свои пожелания. Вы можете принять эти решения, заполнив **предварительное распоряжение**, **завещание о жизни** или **доверенность для ухода за здоровьем (power of attorney for health care)**. Найдите больше информации на странице *[xx]*, Заполнение предварительного распоряжения, завещания о жизни или доверенности для ухода за здоровьем.
* Ваше право на второе мнение, если Вы не согласны с рекомендациями Вашего поставщика услуг по лечению. Позвоните в службу клиентов для большей информации о том, как получить второе мнение.

1. **Вы имеете право знать о наших поставщиках услуг и любых планах поощрения врачей, которые использует *[HMO]*. Это включает:**

* Вы имеете право спросить, имеются ли у *[HMO]* конкретные финансовые договоренности (планы поощрения) с нашими врачами, которые могут повлиять на использование рекомендаций и других услуг, которые Вам могут понадобиться. Для получения этой информации позвоните в Отдел службы клиентов по телефону *[800-xxx-xxxx]* и запросите информацию о наших условиях оплаты врачей.
* Вы имеете право запросить информацию о *[HMO]* поставщиках, включая образование поставщика, профессиональную сертификацию и повторную сертификацию. Для получения этой информации позвоните в Отдел службы клиентов по телефону *[800-xxx-xxxx]*.

1. **Вы имеете право запросить копии Bаших медицинских документов у вашего поставщика.**

* Вы можете исправить неточную информацию в своих медицинских документах, если Ваш врач согласится на исправление.
* Позвоните по телефону *[800-xxx-xxxx]* для помощи в запросе копии или изменения Bашей медицинской документации. Обратите внимание, что Вам, возможно, придется заплатить за копирование Bаших медицинских документов.

1. **Вы имеете право быть информированным о льготах, покрываемых Medicaid, которые не доступны через программу [HMO] из-за моральных или религиозных возражений. Это включает:**

* Ваше право на получение информации о том, как получить доступ к этим услугам через FowardHealth, используя Вашу карточку ForwardHealth.
* Ваше право выйти из *[HMO]*, если *[HMO]* не покрывает желаемую услугу из-за моральных или религиозных возражений.

1. **Вы имеете право подать жалобу, претензию или апелляцию, если Вы недовольны своим обслуживанием или услугами. Это включает:**

* Ваше право запросить беспристрастное слушание, если Вы не удовлетворены решением *[HMO]* в отношении Bашей апелляции или если *[HMO]* не реагирует на Вашу апелляцию своевременно.
* Вы имеете право подать запрос в Департамент здравоохранения (Department of Health Services) на рассмотрение жалобы, если Вы недовольны решением *[HMO]* о Bашей жалобе или если *[HMO]* не реагирует на Вашу жалобу своевременно.
* Для большей информации о том, как подать жалобу, апелляцию или запрос на бeспристрастное слушание, см. стр. *[xx]*, Подача жалобы или апелляции.

1. **Вы имеете право на получение информации о [HMO], ее услугах, ее специалистах, поставщиках, а также правах и обязанностях членов. Это включает:**

* Ваше право знать о любых больших изменениях с *[HMO]* не позднее, чем за 30 дней до даты вступления изменения в силу.

1. **Вы имеете право свободно пользоваться своими правами без неблагоприятного обращения со стороны *[HMO]* и поставщиков ее сети. Это включает:**

* Ваше право давать рекомендации по поводу *[HMO]* Политики прав и обязанностей членов.

# ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ

* **Вы обязаны предоставлять информацию, которая необходима *[HMO]* и ее поставщикам для обеспечения ухода.**
* **Вы обязаны сообщить *[HMO]*, как лучше с Вами связаться и общаться. Вы обязаны отвечать на сообщения от *[HMO].***
* **Вы обязаны следовать планам и инструкциям по уходу, которые Вы согласовали со своими поставщиками.**
* **Вы обязаны понимать свои проблемы со здоровьем и участвовать в определении целей лечения вместе с Вашими поставщиками.**

# ПРЕКРАЩЕНИЕ ВАШЕГО ЧЛЕНСТВА В *[HMO]*

**Вы можете сменить программу HMOs по любой причине в течение первых 90 дней после регистрации в *[HMO]*.**

По истечении первых 90 дней Вы будете «заблокированы» в регистрации в *[HMO]* на следующие девять месяцев. У Вас будет возможность сменить HMOs как только этот период «блокировки» закончится, если только Вы не указали причину прекращения вашего членства в *[HMO]*, которой может быть одна из описанных ниже:

* Вы имеете право сменить HMOs без причины, если Wisconsin Департамент здравоохранения (Department of Health Services) (DHS) накладывает санкции или временные условия на *[HMO]*.
* Вы имеете право прекратить Ваше членство в *[HMO]* в любой момент, если:
  + Вы выехали из района обслуживания *[HMO]*.
  + *[HMO]* не покрывает нужные вам медицинские услуги из-за возражений по моральным или религиозным соображениям.
  + Вам необходимо, чтобы одна или несколько услуг оказывались одновременно, и Вы не можете получить их все в сети поставщика. Это применимо, если Ваш поставщик определит, что получение услуг по отдельности может подвергнуть Вас неоправданному риску.
  + Другие причины, включая низкое качество медицинской помощи, отсутствие доступа к покрываемым услугам, или отсутствие доступа к поставщикам, имеющим опыт в удовлетворении Bаших потребностей в уходе.

Если Вы решите сменить HMO или выйти из *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* программ полностью, Вы должны продолжать получать медицинские услуги через *[HMO]*, пока Ваше членство не закончится.

800-291-2002 Для получения дополнительной информации о том, как сменить программы или отказаться от участия в *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* полностью, Вы должны связаться со специалистом по регистрации HMO по телефону 800-291-2002.

# МОШЕННИЧЕСТВО И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ

Если Вы подозреваете мошенничество или злоупотребление программой Medicaid, Вы можете сообщить об этом. Пожалуйста, зайдите на сайт [www.reportfraud.wisconsin.gov](http://www.reportfraud.wisconsin.gov/).