

# Washington Apple Health

## Права и обязанности

### Ваши права.

Как зарегистрированный участник, вы имеете следующие права:

- Принимать решения о своем медицинском обслуживании, включая отказ от лечения. Это включает в себя услуги в области физического и поведенческого здоровья.
- Получать информацию обо всех вариантах лечения, независимо от их стоимости.
- Выбирать или менять основных лечащих врачей (ОЛВ).
- Получать заключения других врачей в рамках вашего плана медицинского обслуживания.
- Своевременно получать услуги.
- Получать обслуживание с достойным и уважительным отношением. Не допускается дискриминация. Не допускается отступающее от нормы или несправедливое отношение к пациентам из-за их расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, сексуальной ориентации, возраста, религии, вероисповедания, инвалидности или иммиграционного статуса.
- Свободно обсуждать свое медицинское обслуживание и проблемы без каких-либо отрицательных последствий.
- Получать обслуживание с соблюдением требований о защите частной жизни и сохранении конфиденциальности информации о медицинском обслуживании.
- Запрашивать и получать копии своей медицинской документации.
- При необходимости запрашивать и вносить исправления в свою медицинскую документацию.
- Запрашивать и получать следующую информацию:
  - о своем медицинском обслуживании и покрываемых планом услугах;
  - о своем враче и порядке направления к узким специалистам и другим врачам;
  - о порядке оплаты вашего медицинского обслуживания лечащим врачам;
  - обо всех вариантах обслуживания и причинах выбора определенных видов услуг;
  - о получении помощи при составлении и подаче претензии или жалобы на предоставляемые вам услуги или помощь при подаче запроса о пересмотре отказа в предоставлении услуг или апелляции;
  - о нашей организационной структуре, в том числе о правилах внутреннего распорядка и процедурах, о практических рекомендациях и о том, как можно предложить изменения.

- Получать информацию о правилах плана, льготах, услугах, правах и обязанностях участников как минимум ежегодно.
- Запрашивать и получать информацию о процедурах управления страховым покрытием, включая критерии госпитализации, продолжительного пребывания и выписки.
- Давать рекомендации относительно своих прав и обязанностей в качестве участника плана UnitedHealthcare Community Plan.
- Получать списки номеров телефонов для обращения в кризисных ситуациях.
- Получать помощь при заполнении форм предварительных распоряжений, связанных с психиатрическим или медицинским обслуживанием.

## **Ваши обязанности.**

Как зарегистрированный участник плана вы соглашаетесь:

- Обсуждать со своими врачами состояние вашего здоровья и ваши потребности в медицинской помощи.
- Помогать нам при принятии решений о вашем лечении, включая отказ от лечения.
- Знать о своих проблемах со здоровьем и принимать участие в определении целей лечения, насколько это возможно.
- Предоставлять своим врачам и плану UnitedHealthcare Community Plan полную информацию о своем здоровье.
- Выполнять указания своего врача в отношении ухода, на который Вы согласились.
- Являться на назначенные визиты и не опаздывать. Предупреждайте своего врача по телефону, если вы опаздываете или если вам необходимо отменить визит.
- Предоставлять своим врачам информацию, которая им необходима для получения оплаты за предоставление вам услуг.
- Приносить сервисную карту ProviderOne и идентификационную карту участника плана UnitedHealthcare Community Plan на все визиты.
- Ознакомиться с планом медицинского страхования и покрываемыми страховкой услугами.
- Пользоваться медицинскими услугами, если у вас есть в них необходимость.
- Пользоваться услугами здравоохранения надлежащим образом. В противном случае вы можете быть включены в программу Patient Review and Coordination. В рамках этой программы вам назначат одного основного лечащего врача, одну аптеку, одного медицинского работника, имеющего право выписывать рецепты на особо регулируемые препараты, и одну клинику для случаев, не требующих неотложной медицинской помощи. Вы должны будете оставаться участником одного плана как минимум 12 месяцев.
- Информировать Управление здравоохранения в случае, если у вас произошли изменения в размере семьи или семейном положении, такие как беременность, рождение ребенка, усыновление или удочерение, изменение адреса, получение права на участие в программе Medicare или другие виды страхования, либо изменения в иммиграционном статусе.

- Ежегодно возобновлять свое страховое покрытие с использованием Washington Health Benefit Exchange на сайте <https://www.wahealthplanfinder.org> и сообщать об изменениях в своих данных, таких как размер дохода, семейное положение, рождение, усыновление или удочерение, изменение адреса, получение права на Medicare или другие виды страхования.