Washington Apple Health
Права та обов’язки

Ваші права.

Як зареєстрований учасник ви маєте наступні права:

- Приймати рішення про своє медичне обслуговування, включаючи відмову від лікування. Це включає послуги в сфері охорони фізичного та поведінкового здоров’я.
- Отримувати інформацію про всі варіанти лікування, незалежно від їх вартості.
- Обирати або змінювати свого основного постачальника медичних послуг (PCP).
- Отримувати експертний висновок іншого лікаря вашого плану медичного обслуговування.
- Своєчасно отримувати послуги.
- На шанобливе й гідне ставлення. Дискримінація не допускається. Жодна людина не може зазнавати відмінного або несправедливо ставлення через її расову приналежність, колір шкіри, національність, стать, сексуальну орієнтацію, вік, релігію, віросповідання, обмеження фізичних чи розумових здібностей або імміграційний статус.
- Вільно обговорювати своє медичне обслуговування та проблеми без жодних негативних наслідків.
- На захист свого приватного життя та дотримання конфіденційності інформації про ваше медичне обслуговування.
- Запитувати та отримувати копії вашої медичної документації.
- За необхідності запитувати та вносити виправлення до вашої медичної документації.
- Запитувати та отримувати наступну інформацію:
    - про своє медичне обслуговування та послуги, що покриваються планом страхування;
    - про свого постачальника послуг та порядок направлення до вузьких фахівців та інших постачальників послуг;
    - про порядок оплати вашого медичного обслуговування вашим постачальникам послуг;
    - про всі варіанти обслуговування та причини вибору певних видів обслуговування;
    - про процедуру отримання допомоги в поданні претензій або скарг щодо вашого лікування, або в оскарженні відмови в наданні вам послуг або рішення щодо вашої апеляції;
    - про нашу організаційну структуру, зокрема, наші політики, процедури та

практичні настанови, а також порядок внесення рекомендацій щодо змін.

- Отримувати інформацію про правила плану, пільги, послуги, права та обов’язки учасників щонайменше раз на рік.
- Запитувати та отримувати інформацію про протоколи регулювання обсягу страхового покриття, зокрема, критерії госпіталізації, продовження перебування та виписки з лікарні.
- Надавати рекомендації щодо ваших прав та обов’язків як учасника плану UnitedHealthcare Community Plan.
- Отримувати список номерів телефонів для поводження в кризових ситуаціях.
- Отримувати допомогу при заповненні форм попередніх розпоряджень, пов’язаних із психіатричним чи медичним обслуговуванням.

Ваші обов’язки.

Як зареєстрований учасник ви погоджуєтеся:

- Обговорювати зі своїми постачальниками послуг стан вашого здоров’я та ваші потреби у медичному обслуговуванні.
- Допомагати нам приймати рішення про ваше медичне обслуговування, включно з відмовою від лікування.
- Знати про свої проблеми зі здоров’ям та брати якомога більшу участь у досягненні узгоджених цілей лікування.
- Надавати своїм постачальникам послуг та плану UnitedHealthcare Community Plan повну інформацію про своє здоров’я.
- Виконувати вказівки свого постачальника послуг щодо догляду, на який ви погодились.
- З’являтися на призначені візити та не спізнюватися. Телефонувати в офіс свого постачальника послуг, якщо ви запізнюєтеся або вам необхідно скасувати візит.
- Надавати своїм постачальникам послуг інформацію, яка їм необхідна для отримання оплати за надання вам послуг.
- Приносити з собою на всі прийоми свою сервісну картку ProviderOne Services та картку учасника плану страхування UnitedHealthcare Community Plan.
- Отримувати інформацію про свій план медичного страхування, про страхові послуги, що покриваються планом страхування.
- Користуватися медичними послугами, якщо у вас є потреба в них.
- Користуватися медичними послугами належним чином. Якщо ви цього не робитимете, ви можете бути включені до програми Patient Review and Coordination. У рамках цієї програми вам призначать одного основного постачальника медичних послуг, одну аптеку, одного медичного працівника, який має право виписувати рецепти на особливо регульовані препарати, і одну клініку для надання неекстреної допомоги. Ви повинні будете залишатись учасником одного плану як мінімум 12 місяців.
- Інформувати Управління охорони здоров'я у випадку, якщо у вас відбулися зміни у розмірі сім’ї або ситуації в сім’ї, такі як вагітність, народження дитини,

усиновлення, зміна адреси, отримання права на участь у програмі Medicare або інші види страхування, або зміни у вашому імміграційному статусі.

- Щороку поновлювати своє страхове покриття з використанням Washington Health Benefit Exchange на вебсайті **https://www.wahealthplanfinder.org** та повідомляти про зміни в своїх даних, наприклад, про зміну доходу, сімейного стану, народження дитини, усиновлення, зміну адреси, отримання права на участь у програмі Medicare або інші види страхування.