

Инструкции касательно обеспечения непрерывности обслуживания

Отдел обеспечения непрерывности обслуживания California Health & Wellness поможет вам получать управляемое медицинское обслуживание без перерыва в покрытии, если у вас есть право на страховое покрытие непрерывности обслуживания.

Инструкции по подаче запроса

- 1** Для подачи запроса на это страховое покрытие заполните форму запроса на обеспечение непрерывности обслуживания на странице 2.
 - Для каждого поставщика услуг, в отношении которого подается запрос, необходимо заполнить отдельную форму запроса на обеспечение непрерывности обслуживания California Health & Wellness.
 - Ваш поставщик услуг может сам заполнить форму запроса на обеспечение непрерывности обслуживания, чтобы помочь вам. **Примечание.** Запрос не может быть утвержден, если вы не заполните форму запроса на обеспечение непрерывности обслуживания.
- 2** Отправьте форму по факсу или по почте.

В случае отправки по факсу все формы необходимо отправлять в отдел обеспечения непрерывности обслуживания California Health & Wellness на номер 866-295-4780.

Или отправьте форму в приложенном конверте с предоплаченной доставкой по этому адресу:

California Health & Wellness Continuity of Care Dept.
MSC: CA21281-05-08
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91410-0422
- 3** Если вам нужна помощь, обратитесь в отдел обслуживания участников плана California Health & Wellness.

Позвоните, если у вас возникли проблемы с заполнением формы или вопросы касательно этой процедуры. Отдел обслуживания участников плана California Health & Wellness: 877-658-0305 (TTY: 711). Звонки бесплатные. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

После подачи запроса

Получив от вас форму запроса на обеспечение непрерывности обслуживания, мы закрепим за вами медсестру — координатора обслуживания, которая изучит ваши потребности в медицинском обслуживании. После получения заполненной формы мы сообщим вам об этом по телефону и/или почте.

Каждый запрос на обеспечение непрерывности обслуживания рассматривается с учетом следующих факторов:

- предусмотренное планом страховое покрытие;
- применимые правила штата;
- соответствие медицинским показаниям;
- клинические потребности.

Форма запроса на обеспечение непрерывности обслуживания



Номер факса: 866-295-4780

Сегодняшняя дата: _____

Эту форму необходимо заполнить полностью, чтобы избежать задержек в ее обработке. Заполните печатными буквами.

Имя пациента (фамилия, имя, инициал второго имени):	Номер для связи с пациентом:	Идентификационный номер участника плана CAH&W:
Адрес пациента (улица и номер дома/квартиры, город, почтовый индекс):		
Врач первичного обслуживания пациента:	Дата рождения пациента (дд.мм.гггг):	

Вам могут разрешить продолжить пользоваться услугами вашего врача, не сотрудничая с планом California Health & Wellness. Мы рассмотрим ваш запрос с учетом вашего страхового покрытия непрерывности обслуживания.

Причины подачи запроса на обеспечение непрерывности обслуживания

Мои потребности в медицинском обслуживании включают следующее (отметьте все подходящие варианты):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Запланированная процедура/ операция | <input type="checkbox"/> Уход за новорожденным с момента рождения до достижения возраста 36 месяцев (не более 12 месяцев с момента начала действия страхового покрытия для нового зарегистрированного участника) |
| <input type="checkbox"/> Острое состояние | <input type="checkbox"/> Прием у специалиста |
| <input type="checkbox"/> Серьезное хроническое заболевание | <input type="checkbox"/> Психологическая и психиатрическая помощь для матерей (не более 12 месяцев с момента постановки диагноза или окончания беременности в зависимости от того, что наступит раньше) |
| <input type="checkbox"/> Болезнь в терминальной стадии | |
| <input type="checkbox"/> Беременность и послеродовой период | |

(продолжение на следующей странице)

Имя врача, услугами которого пациент желает продолжать пользоваться:	
Адрес врача (улица и номер дома/офиса, город, почтовый индекс):	
Номер телефона врача:	
Идентификационный номер налогоплательщика врача (если применимо):	Национальный идентификатор поставщика услуг (NPI) врача (если применимо):
Диагноз пациента:	Код СРТ услуги, необходимой пациенту:
Дата следующего запланированного приема:	Причина приема:
Посещал ли пациент прием врача по крайней мере один раз за последние 12 месяцев? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Сообщите нам, почему пациенту нужна помощь с текущим медицинским обслуживанием. Укажите виды услуг, о которых он или она просит.	
Подпись пациента или имя и фамилия представителя California Health & Wellness, принявшего запрос:	

Отправьте заполненную форму в California Health & Wellness

Пациенты могут попросить врача внести их данные.

Почтовый адрес:

California Health & Wellness Continuity of Care Dept.

MSC: CA21281-05-08

P.O. Box 9103

Van Nuys CA 91410-0422

Или отправьте по факсу:

866-295-4780

Звоните, если у вас есть вопросы

Если у вас есть вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана California Health & Wellness:

877-658-0305 (TTY: 711). Звонки бесплатные. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

www.cahealthwellness.com

Уведомление о недопущении дискриминации

Компания California Health and Wellness соблюдает требования федерального законодательства и законов штата о гражданских правах. Она не допускает дискриминации, не отказывает в обслуживании и не относится к одним людям иначе, чем к другим, на основании их пола, расы, цвета кожи, религии, исторических корней, страны происхождения, принадлежности к этнической группе, возраста, ограниченных психических и физических возможностей, заболеваний, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной самоидентификации или сексуальной ориентации.

California Health and Wellness предоставляет:

- бесплатную помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями для более эффективной коммуникации с нами, в том числе услуги квалифицированных сурдопереводчиков и печатные материалы в других форматах (напечатанные крупным шрифтом, в аудиозаписи, специальных электронных и других форматах);
- бесплатные услуги перевода для людей, чей родной язык — не английский, в том числе услуги квалифицированных устных переводчиков и печатные материалы на других языках.

Если вам нужны эти услуги или вы хотите запросить данный документ в альтернативном формате, обратитесь в контактный центр для клиентов California Health and Wellness по телефону 1-877-658-0305 (TTY: 711) с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу.

Если вы считаете, что компания California Health and Wellness не предоставила вам такие услуги или иным образом незаконно дискриминировала вас, вы можете подать претензию в California Health and Wellness по телефону, лично, в письменном или в электронном виде.

- По телефону. Позвоните координатору плана California Health and Wellness по вопросам гражданских прав по номеру 1-866-458-2208 (TTY: 711) с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу.
- В письменной форме. Заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу California Health and Wellness Plan Civil Rights Coordinator, P.O. Box 10287, Van Nuys, CA 91410-0287.
- Лично. Придите в офис своего врача или California Health and Wellness и сообщите, что хотите подать претензию.
- В электронной форме. Посетите веб-сайт California Health and Wellness: www.cahealthwellness.com.

Кроме того, вы можете подать жалобу на нарушение своих гражданских прав в Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения штата California по телефону, в письменной или электронной форме.

- По телефону. Позвоните по номеру 916-440-7370. Если у вас есть трудности с речью или слухом, позвоните по номеру 711.
- В письменной форме. Заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413.
Бланки жалоб есть на сайте http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- В электронной форме. Отправьте электронное письмо на адрес CivilRights@dhcs.ca.gov.

Если вы считаете, что в отношении вас была допущена дискриминация на основании расы, цвета кожи, страны происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола, вы также можете подать жалобу на нарушение ваших гражданских прав в Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социальных служб США по телефону, в письменной или электронной форме.

- По телефону. Позвоните по номеру 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).
- В письменной форме. Заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201.
Бланки жалоб есть на сайте <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- В электронной форме. Посетите портал для подачи жалоб Управления по вопросам гражданских прав <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

English: If you, or someone you are helping, need language services, call 1-877-658-0305 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا كنت أنت، أو أي شخص تساعد، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم 1-877-658-0305 (TTY: 711). تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, գանգահարեք 1-877-658-0305 (TTY` 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-658-0305 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់មនុស្សពិការ ដូចជា PDF ដែលអាចប្រើសម្រាប់មនុស្សពិការបាន និងឯកសារព្រឹត្តិអក្សរធំៗ ក៏ត្រូវបានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនមានគិតតម្លៃសម្រាប់អ្នកទេ។

Chinese: 如果您或您正在帮助的其他人需要语言服务，请致电1-877-658-0305 (TTY: 711)。另外，还为残疾人士提供辅助和服务，例如易于读取的 PDF 和大字版文件。这些服务对您免费提供。

Farsi: اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-877-658-0305 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

Hindi: यदि आपको, या जिसकी आप मदद करे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-877-658-0305 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-877-658-0305 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

Japanese: ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-877-658-0305 (TTY: 711) にお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-877-658-0305 (TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-877-658-0305 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-877-658-0305 (TTY: 711). Jomc Caux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buatac Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-877-658-0305 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪੜ੍ਹਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian: Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-877-658-0305 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-877-658-0305 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

Tagalog: Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-877-658-0305 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-877-658-0305 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

Ukrainian: Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1-877-658-0305 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-877-658-0305 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.