

Оплата страхования медицинской помощи: права и обязанности сторон

Health Care Coverage Rights and Responsibilities

Мы обязаны: в рамках всех программ медицинского страхования

Обеспечить помощь при чтении и в заполнении всех требуемых форм. Чтобы получить помощь, свяжитесь с Департаментом социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) по телефону 1-877-501-2233.

Предоставлять вам бесплатно и без задержек **услуги устного или письменного перевода** во время контактов со специалистами Департамента DSHS или Управления здравоохранения (Health Care Authority, HCA).

Обеспечить конфиденциальность вашей личной информации; однако для проверки вашего права участия и зачисления вас в программы мы можем обмениваться сведениями с другими ведомствами, финансовыми учреждениями, и HCA подрядчиками.

Обеспечить возможность подачи апелляции, если вы не согласны с решениями, принятыми Департаментом социального обслуживания и здравоохранения (DSHS) или Управлением HCA, которые влияют на ваши права на медицинское страхование, долгосрочную помощь и обслуживание (long-term services and supports, LTSS), а также на участие в плане медицинского страхования. Подача вами апелляции приведет к повторному рассмотрению вашего дела. Чтобы получить информацию в отношении апелляций в отношении программ Департамента DSHS, вы можете связаться с Контактным центром поддержки клиентов (Customer Service Contact Center) Департамента DSHS по телефону 1-877-501-2233 либо посетить местное отделение Управления по вопросам предоставления услуг и по месту жительства (Community Services Office).

Если апелляция касается решения о страховом покрытии по программе Washington Apple Health, которое осталось без изменений по результатам повторного рассмотрения дела, для вас запланируют проведение административного слушания.

Обеспечить справедливое отношение к вам.

Дискриминация является противозаконной.

Деятельность Департамента DSHS и Управления HCA соответствует применимым федеральным законам, защищающим гражданские права; в ее рамках не применяются практики дискриминации по расовому признаку, цвету кожи, этническому происхождению, возрасту, наличию инвалидности или по половой принадлежности. В рамках деятельности Департамента DSHS и Управления HCA не применяются практики, являющиеся исключительными или предполагающие отличное отношение к кому бы то ни было из-за расы, цвета кожи, этнического происхождения, возраста, наличия инвалидности или половой принадлежности. Департамент DSHS и Управление HCA также обеспечивают соответствие всем применимым законам штата и не допускают дискриминации на основе вероисповедания, а также по гендерной принадлежности, гендерному самовыражению или идентичности, сексуальной ориентации, семейному положению, религиозным убеждениям, статусу ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой или статусу военнослужащего или по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с признаками инвалидности.

Департамент DSHS и Управление HCA :

- Обеспечивают бесплатную помощь и услуги лицам с инвалидностью с тем, чтобы последние могли эффективно взаимодействовать с нами, в частности:
 - Предоставляют услуги квалифицированных переводчиков языка жестов
 - Предоставляют письменную информацию в альтернативных форматах (набранную крупным шрифтом, в аудиоформате, в доступных электронных форматах, в других форматах)
- Предоставляют бесплатные языковые услуги лицам, чей основной язык общения — не английский, в частности:
 - Предоставляют услуги квалифицированных переводчиков
 - Предоставляют информацию, изложенную в письменном виде на других языках

Если вам нужны эти услуги, позвоните по телефону 1-877-501-2233.

Если вы считаете, что Департамент DSHS или Управление HCA не предоставляют соответствующие услуги или применили иную практику дискриминации, вы можете подать жалобу в адрес:

- **DSHS**
ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
По факсу: 1-888-338-7410
askdshs@dshs.wa.gov
- **HCA Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer
PO Box 42704
Olympia, WA 98504-2704
1-855-682-0787
По факсу: 1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov

Подать жалобу можно лично, или по телефону, обычной почте, по факсу или по электронной почте. Если вам необходима помощь с подачей жалобы, вы можете обратиться за помощью в Службу поддержки клиентов Департамента DSHS (DSHS Constituent Services) или в Службу юридических услуг Управления HCA (HCA Division of Legal Services).

Вы также можете подать жалобу по вопросу несоблюдения гражданских прав в Управление гражданских прав (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services) в электронном виде по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> либо в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США по обычной почте или телефону:

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

1-800-368-1019, 800-537-7697 (текстовый телефон).

Формы жалоб приведены по адресу
www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Ваши обязанности (вы обязаны) в рамках всех программ медицинского страхования

Сообщать свой номер в системе социального обеспечения (SSN). За некоторыми исключениями вы обязаны предоставить свой номер в системе социального страхования (Social Security Number, SSN) или номер документа о статусе иммигранта для себя и всех членов вашей семьи, желающих обеспечить собственное медицинское страховое покрытие. Номер SSN также необходим для подачи заявки на получение налоговых кредитов с целью выплаты взносов в рамках медицинского страхования. Мы используем эти данные для проверки вашего права на участие в программе медицинского страхования, в рамках которой предполагается подтверждение ваших персональных данных, гражданства, иммиграционного статуса, даты рождения и доступности для вас различных возможностей страхового покрытия.

Мы не раскрываем такую информацию иммиграционным органам.

Существует возможность претендовать на страховое покрытие для некоторых, но не всех, членов вашей семьи. Если у вас нет номеров по системе социального страхования (SSN) или иммиграционных документов для всех членов семьи, остальные также имеют право подавать заявки и получать страховое покрытие. К примеру, вы можете подать заявление от имени вашего ребенка, даже если вы не имеете права на страховое покрытие. Подача заявления не повлияет на ваш иммиграционный статус или возможности получить право постоянного проживания на территории страны или гражданства.

Существует также ряд программ Washington Apple Health для лиц, которые не могут подтвердить легальность пребывания на территории страны. При этом, если вы решите не сообщать номер по системе социального страхования (SSN) или иммиграционного документа любого члена вашей семьи, мы направим вам дополнительный запрос о предоставлении данных о доходе лица, не подающего заявку на получение покрытия.

Если требует агентство, предоставить всю информацию, в том числе подтверждающую, которая нужна для принятия решения о вашем соответствии критериям для участия в программе.

Вы должны знать следующее: в рамках всех программ медицинского страхования

Существуют определенные законы штата и федеральные законы, регламентирующие работу системы Washington Connection и управляемых штатом систем подачи заявлений / регистрации в программах и планах, ваши права и обязанности как пользователя таких систем, а также покрытие, получаемое вами в рамках пользования ими. Ваше пользование этими системами автоматически означает, что вы согласны соблюдать законы, применимые к лицам, пользующимся ими и обеспечиваемым ими покрытием.

Национальный закон о регистрации избирателей от 1973 года требует от всех штатов предоставления избирателям содействия в регистрации для голосования на выборах через соответствующие агентства по предоставлению государственных льгот. Подача заявки на регистрацию для голосования или отказ от регистрации для голосования на выборах не повлияют на услуги и объем льгот, которые вы будете получать из данного ведомства. Вы можете зарегистрироваться для голосования на веб-сайте www.vote.wa.gov или заказать формы регистрации для голосующего, позвонив по номеру телефона 1-800-448-4881.

В законе о преемственности и подотчетности страхования здоровья (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) есть ограничения, которые предупреждают Управление HCA или Департамент DSHS о недопустимости обсуждения информации о вашем здоровье или о здоровье любого члена вашей семьи с каким-либо лицом, в том числе с официальным представителем, за исключением случаев, когда у этой osoby есть доверенность, или же вы подписали форму согласия на раскрытие такой информации. Это ограничение распространяется на информацию о психическом здоровье, результаты анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), сведения о лечении этих заболеваний, а также лечении от алкогольной или лекарственной зависимости и связанные с ним услуги.

Закон о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act) предписывает Департаменту DSHS и Управлению HCA не передавать личную информацию (personally identifiable information, PII), которая относится к вам или к членам вашей семьи, любому лицу, которое не имеет права на ее получение, и без вашего разрешения. Информация, передаваемая вами Департаменту DSHS и Управлению HCA, подлежит проверке компетентными специалистами на федеральном уровне и на уровне штата с целью подтверждения вашего права на медицинское страховое покрытие. Проверка может включать контакты с вами со стороны персонала этих ведомств.

Управление HCA и Департамент DSHS не несут ответственности за реализацию вашего плана медицинского страхования. Более подробную информацию о льготах может дать компания, предоставляющая вам медицинское страхование. **С вопросами об условиях плана медицинского страхования, в том числе о конкретных положенных вам льготах, порядке подачи заявок о возмещении расходов и апелляциях на решения об отказе в льготах обращайтесь в компанию, предоставляющую вам план медицинского страхования.**

Вы можете написать заявление на услуги принудительного сбора алиментов путем обращения в Отдел по делам помощи ребенку/детям (Division of Child Support, DCS).

Для получения формы заявления на такие услуги посетите веб-сайт www.childsupportonline.wa.gov или обратитесь в местное бюро Отдела DCS.

Мы обязаны: только для программы Washington Apple Health

Разъяснить вам ваши права и обязанности в ответ на ваш запрос.

Разрешать вам подачу частично заполненного заявления, включающего, как минимум, ваши имя и фамилию, адрес, а также вашу подпись или подпись вашего уполномоченного представителя. Дата получения нами вашего частично заполненного заявления считается датой подачи вами заявления, от которой может зависеть начало фактического действия для вас страхового покрытия. Мы примем окончательное решение в отношении вашего страхового покрытия только после полного оформления вами вашего заявления.

Разрешить вам подавать полностью или частично оформленные заявления любым способом из указанных в разделе WAC 182-503-0005.

Своевременно обрабатывать все заявления, не превышая сроков, которые указаны в разделе WAC 182-503-0060.

Предоставить вам 10 календарных дней на передачу на информации, которая необходима нам для того, чтобы определить ваше право на страховое покрытие. Если вам необходимо, мы предоставим вам больше времени. Если вы не предоставите нам необходимой информации или попросите дать вам дополнительное время на её предоставление, то мы можем отказать вам в предоставлении пособий, закрыть ваше дело или внести изменения в условия вашего страхового покрытия.

Помогать вам, если вы испытываете затруднения в получении необходимой информации или подтверждающих документов, необходимых нам для того, чтобы подтвердить ваше право на страховое покрытие. Если нам нужны документы, выдаваемые платно, мы сами запросим такие документы и оплатим расходы.

Уведомить вас, как правило, как минимум, за 10 дней до прекращения покрытия по плану вашего медицинского страхования.

Предоставить вам решение в письменном виде в течение 45 дней (как правило). Для некоторых претендентов с инвалидностью принятие решения может потребовать до 60 дней. Мы сообщим вам о своем решении в отношении покрытия медицинских расходов в связи с беременностью в течение 15 дней.

Разрешить вам не общаться с ревизором, проверяющим ваше дело. Вы не обязаны пускать ревизора в свой дом. Вы можете попросить ревизора прийти в другое время. Такая просьба не повлияет на ваше право на получение медицинского страхового покрытия.

Продолжать предоставление страхования по программе Washington Apple Health до принятия решения о возможности вашего участия в другой программе согласно WAC 182-504-0125.

Обеспечить обслуживание с возможностью равного доступа в соответствии с положениями регламента WAC 182-503-0120, если вы имеете соответствующее право.

Ваши обязанности (вы обязаны) - только для программы Washington Apple Health

Сообщать об изменениях в соответствии с требованиями разделов WAC 182-504-0105 и WAC 182-504-0110 в течение 30 дней с момента наступления изменений. Прочитать уведомительное письмо и получить информацию об изменениях, о которых вы должны сообщить.

Принимать меры по продлению действия покрытия в ответ на соответствующие запросы.

Предоставлять поставщикам медицинских услуг информацию, необходимую для выставления нам счетов за оказанные медицинские услуги.

Подать заявку на участие в программе Medicare, если вы имеете соответствующее право.

Сотрудничать с персоналом отдела обеспечения качества (Quality Assurance), если вас попросят об этом.

Подавать заявления и прилагать достаточные усилия для получения потенциального дохода из других источников, если вы запросите или будете получать медицинское страхование по программе Washington Apple Health.

Вы должны знать следующее: только для программы Washington Apple Health

Запрашивая и получая страховое покрытие по

программе Washington Apple Health, вы тем самым предоставляете штату Вашингтон все права на получение медицинской помощи и выплат третьих сторон за медицинское обслуживание.

Агентство может передавать сведения о профилактических прививках, сделанных вашему ребенку, в «Систему контроля за профилактическими прививками детей» (Child Profile Immunization Tracking System).

Сообщенная вами информация может быть передана сотрудникам Департамента DSHS для установления права и размера ежемесячных льгот по программам медицинского страхования, денежных и продовольственных пособий и пособий по уходу за детьми.

В соответствии с законодательством штат Вашингтон может взыскать средства, затраченные в оплату за определенные медицинские услуги, из стоимости вашего имущества в рамках процедуры возмещения затрат за счет стоимости наследственного имущества (Estate Recovery) (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, и раздел 182-527 WAC). Возмещение затрат за счет наследственного имущества происходит только после смерти получателя услуг и его (ее) супруги (супруга), если таковые имеются, при условии, что их детям на данный момент не моложе 21 года. Штат также не взыскивает стоимость услуг из стоимости наследственного имущества в случае, если ребенок умершего получателя услуг на момент его смерти — слепой/инвалид. Штат может взыскать средства за следующие оказанные услуги:

- Определенные услуги и поддержка в рамках долгосрочного ухода по программе Washington Apple Health, оказанные лицам в возрасте не моложе 55 лет на момент их предоставления;
- Определенные услуги, финансируемые исключительно штатом, вне зависимости от возраста получателя на момент их предоставления.

Список услуг, средства за предоставление которых штат может взыскать, приведен в разделе WAC 182-527-2742.

Список объектов имущества, которые не могут быть использованы в качестве целевых объектов в рамках взыскания средств за предоставленные услуги, приведен в разделе WAC 182-527-2746.

Штат также имеет право наложить арест на имущество, из стоимости которого будут взысканы средства за предоставленные услуги, перед смертью их получателя, вне зависимости от возраста последнего, в случае, если получатель пожизненно размещается в специализированном учреждении с целью получения ухода (WAC 182-527-2734). Штат имеет право взыскать средства за обслуживание после продажи имущества получателя обслуживания за исключением следующих случаев:

- В объекте имущества проживает супруг(а) получателя обслуживания;
- В объекте имущества проживает брат или сестра получателя обслуживания, его совладелец, а также выполнен ряд дополнительных условий.
- В объекте имущества проживает ребенок получателя обслуживания, который является слепым/инвалидом; или
- В объекте имущества проживает ребенок получателя обслуживания, который моложе 21 года.

Список услуг, средства за предоставление которых штат может взыскать по прижизненному аресту на имущество, приведен в разделе WAC 182-527-2734.

Ваш выбор может быть ограничен одним поставщиком медицинских услуг, одной аптекой и/или одной больницей в случае обращения за медицинскими услугами, которые не являются необходимыми.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Farsi (Persian)] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[French] Des services d'aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-562-3022 (TRS : 711).

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې ډیو هیډلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادیبې په وړیا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسی موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنگ ووهئ (د اوریدلو یا خبرو کولو معلولیت لرونکي خلکو د زنگ وړولو شمېره (TRS): 711).

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਬਾਸੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyonang tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚነትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊስ ናይ ቋንቋ ሓዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).