

3. Как получить медицинское обслуживание

Предварительное одобрение (разрешение)

Перед предоставлением вам некоторых типов услуг ваш РСР или специалист должен запросить у Partnership разрешение. Эта процедура называется запросом предварительного одобрения или разрешения. Это означает, что Partnership должен убедиться, что в оказании такой услуги есть медицинская необходимость.

Необходимыми по медицинским показаниям являются услуги, целесообразные и необходимые для защиты вашей жизни, профилактики серьезного заболевания или инвалидности, а также уменьшения сильных болей ввиду диагностированного заболевания, состояния или травмы. Для участников в возрасте до 21 года услуги Medi-Cal включают в себя необходимые по медицинским показаниям услуги по лечению или облегчению физического или психического заболевания или состояния.

Следующие услуги **всегда** нуждаются в предварительном одобрении (разрешении), даже если вы получаете их от внутрисетевого поставщика Partnership:

- Госпитализация, если она не является экстренной
- Услуги за пределами зоны обслуживания Partnership, за исключением экстренной или неотложной помощи;
- Амбулаторная хирургия
- Долговременное лечение или услуги квалифицированного ухода в учреждениях с квалифицированным медицинским уходом (в том числе во взрослых и детских учреждениях по лечению неострых заболеваний, заключивших договор о сотрудничестве с Департаментом здравоохранения в области лечения неострых заболеваний) или в учреждениях временного ухода



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

(в том числе учреждениях временного ухода для лиц с нарушениями развития (ICF/DD, ICF/DD-H, ICF/DD-N)).

- Специализированные виды лечения, томография, исследования и процедуры
- Услуги медицинской транспортировки в неэкстренных ситуациях

Услуги неотложной медицинской помощи не требуют получения предварительного одобрения (разрешения).

Для стандартных запросов на предварительное одобрение (разрешение) Partnership должен ответить на ваш запрос в срок, который определяется состоянием вашего здоровья, но не более пяти рабочих дней с момента, когда Partnership получит запрошенную информацию, которая в разумных пределах необходима, чтобы принять решение по вашему запросу (одобрить, изменить, или отклонить его). Partnership обязан дать ответ не позднее чем через семь календарных дней после получения Partnership вашего запроса.

Если поставщик или Partnership определяет, что соблюдение стандартных временных рамок может поставить под угрозу вашу жизнь, здоровье или способность достичь, поддерживать или восстановить максимальную функцию, Partnership примет решение о предварительном одобрении (разрешении) в ускоренном (срочном) порядке. Partnership предоставит ответ в срок, определяемый состоянием вашего здоровья, но не более чем через 72 часа после получения вашего запроса.

В некоторых случаях Partnership может потребоваться дополнительная информация, чтобы принять решение по вашему запросу на предварительное одобрение (разрешение) (одобрить, изменить или отклонить его). В этом случае у Partnership будет еще до 14 календарных дней на принятие решения. После получения необходимой информации Partnership должен принять решение в срок, определяемый состоянием вашего здоровья, но не более пяти рабочих дней для стандартных запросов и 72 часов для запросов на ускоренное рассмотрение. Ваш поставщик медицинских услуг может попросить о продлении срока ответа Partnership на стандартные запросы. Вы можете запросить продление срока рассмотрения как для стандартных, **так и для** срочных запросов. Запросы на предварительное одобрение (разрешение) рассматривает медицинский персонал, в частности врачи, медсестры и фармацевты.

Partnership никоим образом не влияет на решение проверяющих отклонить, изменить или одобрить предоставление покрытия или услуг. Если Partnership не одобрит запрос, Partnership направит вам письмо с уведомлением о действиях



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

(NOA). В NOA будет указано, как подать апелляцию, если вы не согласны с решением.

Partnership свяжется с вами, если Partnership потребуется дополнительная информация или больше времени для рассмотрения вашего запроса.

Предварительное одобрение (разрешение) никогда не требуется для получения неотложной медицинской помощи, даже вне сети Partnership или за пределами вашей территории обслуживания. Это также касается родов, если вы беременны. Вам не требуется предварительное одобрение (разрешение) на некоторые услуги конфиденциальной медицинской помощи. Чтобы узнать больше об услугах конфиденциальной медицинской помощи, см. раздел «Конфиденциальная медицинская помощь» далее в этой главе.

По вопросам получения предварительного одобрения (разрешения) обращайтесь по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929 или 711).

Второе медицинское мнение

Вы можете запросить второе медицинское мнение в отношении медицинского обслуживания, которое вам необходимо по мнению вашего врача, или в отношении вашего диагноза или плана лечения. Например, вам может потребоваться второе медицинское мнение, если вы хотите убедиться в правильности диагноза, не уверены, что вам необходимо назначенное лечение или операция, или если вы пытались следовать плану лечения, который не дал результата.

Partnership оплатит второе медицинское мнение, если вы или ваш внутрисетевой поставщик попросите об этом и если вы получаете такое заключение у внутрисетевого поставщика. Для получения второго медицинского мнения от внутрисетевого поставщика не требуется предварительное одобрение (разрешение) Partnership. Если вы хотите получить второе медицинское мнение, мы направим вас к квалифицированному внутрисетевому поставщику медицинских услуг, который может дать вам заключение.

За помощью в получении второго медицинского мнения и выборе поставщика обращайтесь по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929 или 711). Ваш внутрисетевой поставщик также может помочь вам получить направление на второе медицинское мнение, если оно вам необходимо.

Если в сети Partnership нет поставщика, способного дать второе медицинское мнение, Partnership заплатит за такое заключение поставщику, не входящему в



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

сеть. Partnership сообщит вам, одобрен ли поставщик услуг, которого вы выбрали для получения второго мнения, в срок, определяемый состоянием вашего здоровья, но не более пяти рабочих дней с момента, когда Partnership получит запрошенную информацию, которая в разумных пределах необходима, чтобы принять решение по вашему запросу. Partnership обязан дать ответ не позднее чем через семь календарных дней после получения вашего запроса.

При наличии у вас хронического, тяжелого или серьезного заболевания либо в случае прямой и серьезной угрозы вашему здоровью, в том числе угрозы жизни, утраты конечностей или других частей тела или функций организма, Partnership сообщит вам об одобрении поставщика письменно в течение 72 часов.

Если Partnership отклоняет ваш запрос на получение второго медицинского мнения, вы можете подать претензию. Более подробная информация о претензиях представлена в Главе 6 «Жалобы» данного Справочника.



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

4. Льготы и услуги

Другие программы и услуги Medi-Cal

Другие услуги, которые вы можете получить через систему Fee-for-Service (FFS) Medi-Cal или другие программы Medi-Cal

Partnership может не оплачивать некоторые услуги, тем не менее вы можете получить их посредством системы FFS или других программ Medi-Cal. Partnership будет сотрудничать с другими программами, чтобы обеспечить получение вами всех необходимых по медицинским показаниям услуг, даже если они покрываются другой программой, а не Partnership. В этом разделе перечислены некоторые из этих услуг. Для получения дополнительной информации обращайтесь по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929 или 711).

Стоматологические услуги

Программа FFS Medi-Cal Dental работает так же, как и программа FFS Medi-Cal, в отношении ваших стоматологических услуг. Прежде чем получить стоматологические услуги, вы должны предъявить поставщику стоматологических услуг свою идентификационную карту BIC. Убедитесь в том, что поставщик принимает оплату по программе FFS Dental и в том, что вы не участвуете в плане регулируемого медицинского обслуживания, который покрывает стоматологические услуги.

С 1 июля 2026 года:

В зависимости от вашего иммиграционного статуса на страховку на стоматологические услуги распространяются некоторые исключения. Если вы не имеете права на полное страховое покрытие по федеральной программе Medi-Cal и вам 19 лет или более, вы можете больше не иметь права на льготное стоматологическое обслуживание по программе Partnership, если:

- Вы не беременны, с момента окончания вашей беременности прошло более



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

одного года и не относитесь к приемной молодежи или бывшей приемной молодежи по определению округа. Вы можете обращаться к любому поставщику платных услуг (Fee-for-Service — FFS) Medi-Cal Dental только за **экстренной стоматологической помощью**.

- Вы определены округом как беременная или родившая женщина, при этом с момента родов (окончания беременности) не прошло одного года. Вы можете обратиться к любому поставщику услуг FFS Medi-Cal Dental и воспользоваться **полным страховым покрытием Medi-Cal**.
- По определению округа вы относитесь к приемной молодежи или бывшей приемной молодежи в возрасте до 26 лет и находились в приемной семье, когда вам исполнилось 18 лет. Вы можете обратиться к любому поставщику услуг FFS Medi-Cal Dental и воспользоваться **полным страховым покрытием Medi-Cal**.

Medi-Cal в рамках программы Medi-Cal Dental покрывает широкий спектр стоматологических услуг для следующих категорий лиц:

- Участники, которые имеют право на полное страховое покрытие по федеральной программе Medi-Cal
- Участники, которые не имеют права на полное страховое покрытие по федеральной программе Medi-Cal, но соответствуют как минимум одному из трех следующих исключений:
 - Участнику менее 19 лет;
 - Участница беременна (или еще не прошел один год после окончания беременности) в соответствии с определением округа; и/или
 - Участник по определению округа относится к приемной молодежи или бывшей приемной молодежи в возрасте до 26 лет и находился в приемной семье, когда ему исполнилось 18 лет.

Стоматологические услуги включают следующее:

- | | |
|---|---|
| ▪ Изготовление и установка полных и частичных зубных протезов | чистка зубов |
| ▪ Установка коронок (готовых/лабораторных) | ▪ Экстренная медицинская помощь для снятия боли |
| ▪ Диагностические и профилактические услуги, например обследования, рентген и | ▪ Пломбирование зубов |
| | ▪ Ортодонтические услуги для детей при соответствии критериям |
| | ▪ Лечение корневых каналов |



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

- (передних/задних)
- Удаление зубного камня и выравнивание поверхности корней
- Удаление зубов
- Фторирование зубов

Если у вас есть вопросы или вы хотите узнать больше о стоматологических услугах, обращайтесь в Medi-Cal Dental по номеру 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 или 711). Подробная информация также доступна на сайте Medi-Cal Dental по адресу <https://www.dental.dhcs.ca.gov>.



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

5. Профилактическое обслуживание детей и подростков

Дети и молодежь в возрасте младше 21 года могут получать необходимые медицинские услуги после регистрации в программе. Благодаря этому они получают необходимое профилактическое, стоматологическое обслуживание и услуги по охране психического здоровья, включая услуги в области развития и специализированную помощь. Эти услуги описаны в настоящей главе.

Другие услуги, которые вы можете получить по системе «плата за услугу» (FFS) в рамках Medi-Cal или других программ

Стоматологические осмотры

Держите десны вашего малыша в чистоте, аккуратно протирая их тканью каждый день. В возрасте от четырех до шести месяцев начинается прорезывание зубов. Первый осмотр у стоматолога необходимо запланировать при появлении первого зуба или по достижении ребенком одного года, если зуб не появился к этому времени.

Эти стоматологические услуги Medi-Cal являются бесплатными и предназначены для детей следующих возрастных категорий:

Дети в возрасте от 0 до 3 лет

- Первый прием у стоматолога
- Первый осмотр полости рта



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

- Стоматологические осмотры (каждые шесть месяцев, иногда чаще)
- Рентген
- Гигиеническая чистка зубов (каждые шесть месяцев, иногда чаще)
- Покрытие зубов фторидным лаком
- (каждые шесть месяцев, иногда чаще)
- Пломбирование зубов
- Удаление зубов
- Услуги экстренной стоматологической помощи
- * Седация (по медицинским показаниям)

Дети в возрасте 4–12 лет

- Стоматологические осмотры (каждые шесть месяцев, иногда чаще)
- Рентген
- Покрытие зубов фторидным лаком (каждые шесть месяцев, иногда чаще)
- Гигиеническая чистка зубов (каждые шесть месяцев, иногда чаще)
- чаще)
- Герметики для коренных зубов
- Пломбирование зубов
- Лечение корневых каналов
- Удаление зубов
- Услуги экстренной стоматологической помощи
- * Седация (по медицинским показаниям)

Подростки в возрасте от 13 лет до 21 года (с 1 июля 2026 г. действуют некоторые исключения, описанные далее)

- Стоматологические осмотры (каждые шесть месяцев, иногда чаще)
- Рентген
- Покрытие зубов фторидным лаком (каждые шесть месяцев, иногда чаще)
- Гигиеническая чистка зубов (каждые шесть месяцев, иногда чаще)
- Ортодонтия (брекеты) для тех, кто соответствует критериям
- Пломбирование зубов
- Установка коронок
- Лечение корневых каналов
- Частичные и полные зубные протезы
- Удаление зубного камня и
- выравнивание поверхности корней
- Удаление зубов
- Услуги экстренной стоматологической помощи
- * Седация (по медицинским показаниям)



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

* Поставщики должны рассматривать седацию и общую анестезию, когда выявлена и задокументирована причина, по которой местная анестезия не подходит или противопоказана, а стоматологическое лечение предварительно одобрено либо не требует предварительного одобрения (разрешения).

Вот некоторые из причин, по которым использование местной анестезии невозможно и вместо нее может быть применена седация или общая анестезия:

- Физическое, поведенческое, эмоциональное состояние или состояние, связанное с особенностями развития, которое мешает пациенту взаимодействовать с врачом во время лечения
- Крупные восстановительные или хирургические процедуры
- Малоконтактный ребенок
- Острая инфекция в месте инъекции
- Невозможность контролировать боль средствами местной анестезии

С **1 июля 2026 года** действуют некоторые исключения. Если вы не имеете права на полное страховое покрытие по федеральной программе Medi-Cal и вам 19 лет или более, вы можете больше не иметь права на льготное стоматологическое обслуживание по программе Partnership, если:

- Вы не беременны, с момента окончания вашей беременности прошло более одного года и не относитесь к приемной молодежи или бывшей приемной молодежи по определению округа. Вы можете обращаться к любому поставщику платных услуг (Fee-for-Service — FFS) Medi-Cal Dental только за экстренной стоматологической помощью.
- Вы определены округом как беременная или родившая женщина, при этом с момента родов (окончания беременности) не прошло одного года. Вы можете обратиться к любому поставщику услуг FFS Medi-Cal Dental и воспользоваться полным страховым покрытием Medi-Cal.
- По определению округа вы относитесь к приемной молодежи или бывшей приемной молодежи в возрасте до 26 лет и находились в приемной семье, когда вам исполнилось 18 лет. Вы можете обратиться к любому поставщику услуг FFS Medi-Cal Dental и воспользоваться полным страховым покрытием Medi-Cal.

Если у вас есть вопросы или вы хотите больше узнать о стоматологических услугах, обращайтесь в стоматологическую программу Medi-Cal по номеру 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 или 711) или заходите на сайт <https://smilecalifornia.org/>.



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

6. Сообщение о проблемах и их решение

Слушание на уровне штата

Слушание на уровне штата — это встреча с участием представителей Partnership и судьи из Департамента социальных служб Калифорнии (CDSS).. Судья поможет разрешить вашу проблему и вынесет решение относительно правильности принятого Partnership решения. Вы имеете право запросить слушание на уровне штата, если вы уже подавали нам просьбу о пересмотре, но вас не удовлетворило наше решение, или если вы не получили решение по вашей апелляции в 30-дневный срок.

Запросить слушание на уровне штата необходимо в течение 120 дней с даты Уведомления о разрешении апелляции (NAR). Если мы предоставили вам услуги во время ожидания решения и если вы хотите, чтобы оказание услуг продолжалось до вынесения решения по результатам слушания на уровне штата, вы должны запросить слушание на уровне штата в течение 10 дней с даты получения NAR или до даты получения сообщения о прекращении оказания услуг, в зависимости от того, что произойдет позже.

Если вы хотите убедиться в том, что услуги во время ожидания решения будут оказываться до вынесения окончательного решения по результатам слушания на уровне штата, обращайтесь в Partnership с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по номеру 1-800-863-4155. Если у вас нарушены слух или речь, звоните по номеру 1-800-735-2929. Ваш уполномоченный представитель или поставщик медицинских услуг может запросить для вас проведение слушания в суде штата с вашего письменного разрешения.



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

Иногда вы можете запросить слушание на уровне штата, не дожидаясь завершения нашего апелляционного процесса.

Например, если мы не уведомили вас о предоставляемых вам услугах должным образом или своевременно, вы можете запросить слушание на уровне штата, не дожидаясь завершения нашего апелляционного процесса. Этот принцип называется «подразумеваемое исчерпание средств защиты». Вот несколько примеров того, когда возможно применение принципа подразумеваемого исчерпания средств защиты:

- Мы не предоставили вам уведомление о действиях (NOA) или письмо NAR на предпочитаемом вами языке
- Мы допустили ошибку, которая затрагивает какое-либо из ваших прав.
- Мы не предоставили вам письмо NOA.
- Мы не предоставили вам письмо NAR.
- Мы допустили ошибку в нашем письме NAR.
- Мы не приняли решения по вашей апелляции в 30-дневный срок.
- Мы признали вашу ситуацию срочной, но не ответили на вашу апелляцию в течение 72 часов.

Вы можете запросить слушание на уровне штата любым из следующих способов:

- **По телефону:** обращайтесь в отдел слушаний на уровне штата CDSS по номеру 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349 или 711).
- **По почте:** заполните форму, предоставленную вместе с уведомлением о разрешении апелляции, и отправьте ее по почте по адресу:

California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814
- **Онлайн:** запросите слушание на уровне штата на сайте www.cdss.ca.gov.
- **По электронной почте:** заполните форму, отправленную с уведомлением о решении по вашей апелляции, и отправьте ее по электронной почте по адресу Scopeofbenefits@dss.ca.gov.
 - Внимание: если вы отправляете форму по электронной почте, учитывайте риск того, что ваше письмо может быть перехвачено посторонними лицами. Постарайтесь отправить форму наиболее безопасным способом.



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

- **По факсу:** заполните форму, прилагаемую к уведомлению о решении по апелляции, и отправьте ее по факсу в отдел слушаний на уровне штата по номеру 916-309-3487 или по бесплатному номеру 1-833-281-0903.

Если вам необходима помощь с запросом слушания на уровне штата, обращайтесь к нам. Мы бесплатно предоставим вам услуги переводчика. Обращайтесь по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929 или 711).

На слушании вы сообщите судье, почему вы не согласны с решением Partnership. Partnership сообщит судье о том, как мы принимали решение. Судье может потребоваться до 90 дней, чтобы принять решение по вашему делу. Partnership обязан выполнить решение судьи.

Если вы хотите, чтобы CDSS принял решение в ускоренном порядке, поскольку длительность срока принятия решения при рассмотрении данного вопроса в суде штата может поставить под угрозу вашу жизнь, здоровье или функциональную способность, вы, ваш уполномоченный представитель или ваш PCP можете обратиться в CDSS и запросить ускоренное (быстрое) слушание на уровне штата. CDSS должен принять решение не позднее чем через три рабочих дня после получения вашего дела в полном объеме от Partnership.



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

7. Права и обязанности

Как участник Partnership вы имеете определенные права и обязанности. В данной главе описываются ваши права и обязанности. Эта глава также включает в себя юридические уведомления, на которые вы имеете право как участник Partnership.

Уведомление о действиях

Partnership будет отправлять вам письмо с уведомлением о действиях (Notice of Action — NOA) в каждом случае, когда Partnership отклоняет, задерживает, прекращает или изменяет запрос на медицинские услуги. Если вы не согласны с решением Partnership, вы всегда можете подать апелляцию в Partnership. См. раздел «Апелляции» в Главе 6 этого Справочника для получения важной информации о подаче апелляций. Когда Partnership отправляет вам NOA, в нем указываются все права, которые вы имеете в случае несогласия с вынесенным нами решением. Если вы получите это уведомление от кого-либо кроме Partnership, немедленно свяжитесь с Partnership.

Содержание уведомлений

Если Partnership полностью или частично основывает отказ, задержку, прекращение или изменение на необходимости по медицинским показаниям, в NOA должно содержаться следующее:

- Перечисление действий, которые Partnership намеревается принять
- Четкое и исчерпывающее объяснение причин для вынесения решения от Partnership
- Как Partnership принимал решение, в том числе используемые Partnership правила
- В медицинском обосновании принятого решения должно быть четко сформулировано, почему ваше состояние не удовлетворяет требованиям или



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

руководящим принципам..

- Информация о вашем праве запросить бесплатные копии всех документов и записей, имеющих отношение к NOA.

Переводы

Partnership должен предоставлять информацию участникам, в том числе уведомления о жалобах и апелляциях, в письменном виде с их полным переводом на предпочитаемый вами язык.

Полностью переведенное уведомление должно включать в себя медицинское обоснование для решения Partnership по отклонению, задержке, изменению, сокращению, приостановке или прекращению предоставления медицинских услуг.

Если перевод на ваш предпочитаемый язык отсутствует, Partnership обязан предоставить вам устные консультации на предпочтительном для вас языке, чтобы вы смогли понять полученную информацию.



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.