

(Медицинские Программы Штата Миннесота)
Minnesota Health Care Programs
P.O. Box 64984
St. Paul, MN 55164-0984

ЕЖЕГОДНЫЙ ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Вы можете менять свой план медицинского обслуживания ежегодно. Вы можете производить такие изменения для любых нижеприведенных категорий лиц. Вы можете выбрать один из планов медицинского обслуживания, перечисленных на обороте этого письма. В некоторых округах варианты таковых планов отличаются. Ваш текущий план медицинского обслуживания может быть более недоступным.

ЕСЛИ ВАШ ТЕКУЩИЙ ПЛАН МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НЕ УКАЗАН НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ ЭТОГО ПИСЬМА, ВЫ ДОЛЖНЫ ВЫБРАТЬ НОВЫЙ ПЛАН.

Если ваш план медицинского обслуживания указан на обратной стороне этого письма и вы хотите сохранить его, вы можете НИЧЕГО НЕ ПРЕДПРИНИМАТЬ.

Чтобы сменить план медицинского обслуживания, обведите кружком ОДИН из перечисленных планов и отправьте обратно данный формуляр до 11 декабря 2015 года. Если вам необходима дополнительная информация для принятия решения, вам не следует выбирать план медицинского обслуживания. Пришлите данный формуляр в прилагаемом конверте, и вам по почте будет отправлена соответствующая информация. Мы вышлем вам информацию, как только мы получим ваш запрос. Вам необходимо будет определиться с выбором вашего плана медицинского обслуживания до 11 декабря 2015 года.

Если вы решили сменить план, новый план медицинского обслуживания вступит в действие 1 января 2016 года.

Если вы желаете сохранить свой план медицинского обслуживания, но хотите сменить вашу клинику, свяжитесь с отделением обслуживания клиентов по вашему плану. Номер телефона указан на обратной стороне вашей вашей карточки участника плана медицинского обслуживания.

Члены домохозяйства, которые могут сменить план медицинского обслуживания:

Номер дела: 12345678

<u>Ид. номер участника</u>	<u>Имя участника</u>	<u>Текущий план медицинского обслуживания</u>	<u>Программа</u>
----------------------------	----------------------	---	------------------

ПРИМЕЧАНИЕ: Здесь будет приведен список членов семьи, зачисленных в план организованного медицинского обслуживания. В этом списке будет указано название текущего плана, в котором зарегистрирована семья.

ЕЖЕГОДНЫЙ ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ – страница 2

Номер дела: 01234567

ПРИМЕЧАНИЕ. Список планов медицинского обслуживания отличается для разных округов.

План медицинского обслуживания 1

План медицинского обслуживания 2

План медицинского обслуживания 3

- Я еще не решил, какой план медицинского обслуживания хочу выбрать. Пришлите мне, пожалуйста, дополнительную информацию.

Что мне делать теперь?

- Если ваш план медицинского обслуживания указан выше и вы **НЕ** хотите менять его, вы можете ничего не предпринимать. Если ваш план медицинского обслуживания **НЕ** указан выше, вы **ДОЛЖНЫ** выбрать новый план до 11 декабря 2015 года.
 - Если ваш план медицинского обслуживания **НЕ** указан выше и вы не выберете новый план, вас зачислят в первый по списку из вышеперечисленных планов.
 - Для принятия решения вы можете обратиться в вашу клинику первичной медицинской помощи. Спросите, являются ли они участником одного из вышеперечисленных планов медицинского обслуживания.
 - Чтобы сменить ваш план медицинского обслуживания
 - * обведите кружком **ОДИН** из вышеперечисленных планов медицинского обслуживания и пришлите данный формуляр в прилагаемом конверте
- или**
- * позвоните в справочную службу поддержки по телефону 651-431-2670 или 1-800-657-3739.

Где я могу получить дополнительную информацию?

Вы имеете право запрашивать следующую информацию: ваши права; включенные услуги и порядок пользования ими; распределение затрат или дополнительные платы; а также имена, адреса, номера телефонов и языковое сопровождение поставщиков в вашей зоне обслуживания. Если вы желаете получить указанную информацию, пожалуйста, сделайте соответствующую отметку выше и пришлите ее нам в прилагаемом конверте. Если вы хотите получить эту информацию по электронной почте, пожалуйста, укажите ваше имя и адрес электронной почты ниже и пришлите этот формуляр в прилагаемом конверте.

Имя и фамилия (разборчиво): _____

Адрес электронной почты (разборчиво): _____

[ADA1] (12-12)

Эту информацию можно получить в доступных для лиц с ограниченными возможностями форматах, позвонив в наш контактный центр по телефону 651-431-2670, по бесплатному номеру 1-800-657-3739 или воспользовавшись услугой переадресации предпочтительным для вас способом. Чтобы получить иную информацию о правах и средствах судебной защиты для лиц с ограниченными возможностями, обратитесь к координатору по соблюдению требований закона ADA в местном отделе.