Minnesota Department of **Human Services**

Sažetak o beneficijama i dijeljenju troškova

(na snazi od 1. januara 2016.)

Nazovite svoj zdravstveni plan radi detalja o posebnoj beneficiji

Ako imate pitanja u vezi svog programa zdravstvene njege, osiguranih usluga ili participacija, možete:

- nazvati svog pomoćnika
- nazvati svoj zdravstveni plan
- pitati svog davaoca usluge.

Vaš davalac usluge mora dobiti odobrenje za određene usluge zdravstvene njege prije nego što ih Vi dobijete. Usluge moraju biti medicinski nephodne.

Medical Assistance - MA (Medicinska pomoć)

Neke osobe se iz MA upišu na zdravstvene planove.

- Alkohol i liječenje od narkotika
- Kiropraktička njega
- Stomatološka njega (ograničena odraslim ženama koje nisu trudne)
- Doktorske/kliničke posjete
- Njega sobe za hitne slučajeve (ER)
- Naočale za vid
- Usluge planiranja porodice
- Slušna pomagala
- Kućna njega
- Njega doma za nemoćne
- Bolničke usluge (pacijenata koji se liječe u i izvan bolnice)
- Imunizacije i vakcine
- Usluge interpretatora
- Laboratorija i rendgen
- Licencirane usluge centra za porođaj
- Medicinska oprema i pribor
- Medicinski transport (dostupnost, ambulantski i specijalni)
- Zdravstvena njega mentalnog zdravlja
- Domovi njege i posredni objekti za ometene u razvoju (ICF/DD)
- Ambulantska hirurgija
- Recepti i upravljanje terapijom liječenja
- Rehabilitacijska terapija
- Hitna pomoć

Osiguranje za neke dugoročne usluge njege, uključujući domove za njegu, može zahtijevati poseban zahtjev kako bi se odlučilo da li MA to može platiti. Zamolite svog pomoćnika za više informacija.

Dijeljenje troškova

Dijeljenje troškova odnosi se na iznose koje plaćate naspram Vaših medicinskih troškova. Iznosi dijeljenja troškova su predmet podložan prilagođavanju od strane državnog zakonodavstva. Odrasli u dobi od 21 godine i stariji (izuzev trudnica, osoba u domu za njegu nemoćnih, američkih Indijanaca, upisanih u Refugee MA Program (izbjeglički MA program) i osoba u domovima za njegu ili u posrednim objektima za ometene u razvoju [ICF/DD]) imaju:

- $2,85 mjesečne odbitne stavke
- $3 participacije za nepreventivne posjete; nema participacije za posjete radi mentalnog zdravlja
- $3,50 participacije za nehitne slučajeve posjete sobi za hitne slučajeve (ER)
- $3 ili $1 participacije za propisane lijekove, do **$12** mjesečno; nema participacije za neke lijekove za mentalno zdravlje

Ako niste u mogućnosti da platite participaciju ili odbitnu stavku, Vaš davalac usluge ipak mora da Vas usluži. Davaoci usluga Vam moraju vjerovati na riječ da ne možete platiti. Davaoci usluga ne mogu tražiti dokaz da Vi ne možete platiti.

Mjesečne participacije i odbitne stavke su ograničene na 5 procenata porodičnog dohotka, za odrasle s dohotkom od, ili ispod, 100 procenata od federalnih direktiva o siromaštvu.

Upisivanje u zdravstveni plan ne garantuje da Vi možete posjetiti određenog davaoca usluge zdravstvenog plana. Ako želite biti sigurni, trebate nazvati davaoca usluge da pitate da li su on ili ona još uvijek dio zdravstvenog plana. Takođe, trebate pitati da li oni prihvataju nove pacijente. Zdravstveni plan bi možda mogao da ne osigura sve Vaše troškove zdravstvene njege. Pažljivo pročitajte svoju Evidenciju o osiguranju da biste saznali šta je osigurano. Takođe, možete nazvati usluge za članove zdravstvenog plana.

Omogućena njega za američke Indijance

Da li su Indijanske zdravstvene usluge (Indian Health Services), ili plemenske klinike, dio mreže zdravstvenog plana?

- U nekim slučajevima, jesu. Ako se Indijanska zdravstvena usluga (IHS - Indian Health Service), ili plemenska klinika, nalazi u mreži zdravstvenog plana, Vi ju možete izabrati kao svog davaoca primarne njege. Ako Vaša IHS ili plemenska klinika nije dio zdravstvenog plana koji izabirate, moraćete da izaberete doktora primarne njege ili kliniku koja je dio Vašeg zdravstvenog plana.
- **Možete nastaviti ili početi koristiti plemenske i IHS klinike u bilo kojem trenutku.** Zdravstveni plan neće zahtijevati prethodno odobrenje, ili nametati bilo kakve uslove za Vas kako biste dobili usluge na ovim klinikama. Ako Vas doktor, ili drugi davalac usluge na plemenskoj ili IHS klinici, uputi na davaoca usluge zdravstvenog plana, Vi nećete trebati da posjetite svog davaoca usluge primarne zaštite radi uputnice.

IHS i plemenske klinike

Ako ste američki Indijanac i imate pitanja ili trebate pomoć, možete nazvati svoju lokalnu Indijansku zdravstvenu uslugu ili plemensku kliniku.

Sažetak rezultata ankete o satisfakciji iz 2014. godine o Potrošačkoj procjeni studije zdravstvenih planova (Consumer Assessment of Health Plans Study - CAHPS)

	Rejting zdravstvenog plana	Korisnička usluga % odgovara „bez problema“	Dobijanje potrebne njege % odgovara „bez problema“	Koliko dobro doktori komuniciraju % odgovara „bez problema“	Dobijanje njege na brz način % odgovara „bez problema“
Medical Assistance – Odgovori osoba u dobi od 18- do 64-godišnjaka					
Blue Plus	64%	72%	54%	83%	61%
HealthPartners	60%	75%	57%	86%	58%
Itasca Medical Care (IM Care)	58%	62%	58%	79%	62%
Medica	54%	59%	53%	79%	56%
PrimeWest Health (PWH)	50%	64%	56%	79%	60%
South Country Health Alliance (SCHA)	58%	62%	52%	78%	54%
UCare	57%	72%	54%	80%	55%
Prosjek od svih zdravstvenih planova	58%	68%	55%	79%	58%

Napomena o Vašim pravima

za osobe upisane u zdravstveni plan radi njihovih beneficija Medical Assistance ili MinnesotaCare beneficija

Imate pravo da promijenite svoj zdravstveni plan u određenim razdobljima

ako postoji više od jednog zdravstvenog plana koji je dostupan u Vašoj državi.

- Možete promijeniti svoj zdravstveni plan jedanput u prvoj godini u toku koje ste upisani u omogućenu njegu.
- Svake godine postoji otvoreno vrijeme za upis. Tokom tog perioda država će objaviti Vaša prava za promjenu zdravstvenog plana.
- Možete promijeniti svoj zdravstveni plan unutar 90 dana od datuma kada ste se prvi put upisali na zdravstveni plan.
- Možete tražiti da promijenite svoj zdravstveni plan ***zbog razloga*** (uključujući, ali nije ograničeno na: nedostatak pristupa uslugama ili davaocima usluga, slabu kvalitetu njege ili kontinuitet njege).
- Ako u nekom drugom periodu želite promijeniti svoj zdravstveni plan, možda ćete morati da zatražite otvoreno državno saslušanje.
- Upisani u Minnesota Senior Health Options - MSHO (Mogućnosti za zdravlje seniorski Minnesote) se mogu ispisati u bilo kojem trenutku. Ako imate Medicare i ispišete se iz MSHO, moraćete odabrati Medicare Part D plan. Medical Assistance neće platiti za većinu propisanih lijekova ako imate Medicare.
- Možete promijeniti svoju kliniku primarne njege svakih 30 dana kontaktirajući svoj zdravstveni plan.

Imate pravo na neophodnu medicinsku njegu.

- Možete zamoliti svoj zdravstveni plan za drugo mišljenje. Zdravstveni plan će Vam dati ime doktora kojeg možete posjetiti.
- Vaš zdravstveni plan Vam u pisanoj formi mora reći ako odbija, reducira ili zaustavlja usluge koje ste tražili, ili usluge koje je doktor Vašeg zdravstvenog plana odredio.
- Ako zdravstveni plan zaustavlja ili reducira uslugu koja je **u toku** a Vi želite da se žalite na odluku, mogli biste biti u mogućnosti da nastavite dobijati uslugu tokom žalbe. Morate podnijeti žalbu zdravstvenom planu ili zahtijevati otvoreno državno saslušanje **unutar 10 dana** od datuma na obavijesti od Vašeg zdravstvenog plana, ili prije nego što je usluga zaustavljena ili reducirana, ovisno šta je kasnije. Morate zahtijevati da se usluga nastavi. Davalac Vašeg tretmana se mora složiti da usluga treba biti nastavljena. Ako izgubite žalbu, možda će Vam biti naplaćeno za usluge.

Ako imate problem sa svojim zdravstvenim planom, možete učiniti bilo koji od ovih predmeta:

- Podnijeti žalbu zdravstvenom planu. Morate se žaliti na zdravstveni plan **unutar 90 dana** nakon datuma na obavijesti da zdravstveni plan smanjuje ili odbija usluge ili plaćanje.
  - Nazovite svoj zdravstveni plan. Broj telefona se nalazi na Vašoj identifikacijskoj (ID) kartici zdravstvenog plana. Zdravstveni plan Vam mora odgovoriti u roku od 10 dana.
  - Napišite pismo svom zdravstvenom planu. Uključite svoje ime, adresu i broj telefona. Zdravstveni plan mora odgovoriti na Vaše pismo u roku od 30 dana.
- Nazovite Odred za upravljanje zdravstvenom njegom (Managed Health Care Unit) u Vašoj državi, svog MinnesotaCare pomoćnika ili svog koordinatora njege i zamolite za pomoć.
- Nazovite kancelariju ombudsmana (Ombudsman Office) za Državno upravljanje zdravstvenom njegom (State Managed Health Care) na 651-431-2660 ili besplatno na 1-800-657-3729. Oni Vam mogu pomoći da se žalite na zdravstveni plan ili da zatražite otvoreno državno saslušanje. Ako imate žalbu koja treba brzu odluku, obavijestite ombudsmana.
- Zatražite otvoreno državno saslušanje.

Kako zatražiti otvoreno državno saslušanje:

Morate u pisanoj formi zatražiti otvoreno državno saslušanje **unutar 30 dana** nakon datuma na obavijesti da zdravstveni plan smanjuje ili odbija usluge ili plaćanje. Imate do 90 dana, ako imate dobar razlog za kasno podnošenje.

Pošaljite poštom ili faksom svoj zahtjev na:
(Odjel za humane usluge Minesote)
(Ured za žalbe)
Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941
Faks: 651-431-7523

- Dobićete pismo koje Vas obaviještava o datumu i vremenu za saslušanje.
- Možete na saslušanje povesti zastupnika, rođaka, prijatelja ili advokata.

Sudija za humane djelatnosti će donijeti odluku u vezi Vašeg slučaja. Sudija nije dio Vašeg zdravstvenog plana.

Diskriminacija je protuzakonita.

Imate pravo da podnesete žalbu ako smatrate da ste bili tretirani na diskriminirajući način od strane agencije za humane usluge. Možete direktno kontaktirati bilo koju od sljedećih agencija kako biste podnijeli žalbu za građanska prava.

Odjel za humane usluge Minesote, Jednaka mogućnost i Odjel za pristup (Minnesota Department of Human Services, Equal Opportunity and Access Division), u svojim programima zabranjuju diskriminaciju zbog rase, boje, nacionalnog porijekla, vjeroispovijesti, religije, seksualne orijentacije, statusa državne pomoći, dobi, invaliditeta ili pola (uključujući polne sterotipe i rodni identitet pod bilo kojim zdravstvenim programom ili aktivnošću koja prima federalnu finasijsku pomoć). Kontaktirajte direktno Jednaku mogućnost i Odjel za pristup:

(Odjel za humane usluge Minesote)
(Jednaka mogućnost i Odjel za pristup)
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (glasovno) ili koristite svoju preferiranu prijenosnu uslugu

Odjel Minesote za ljudska prava (Minnesota Department of Human Rights) u programima javnih usluga zabranjuje diskrminaciju zbog rase, boje, vjeroispovijesti, religije, nacionalnog porijekla, invaliditeta, pola, seksualne orijentacije ili statusa državne pomoći. Kontaktirajte direktno Odjel Minesote za ljudska prava:

(Odjel Minesote za ljudska prava)
Minnesota Department of Human Rights
Freeman Building, 625 North Robert Street
St. Paul, MN 55155
651-539-1100 (glasovno)
1-800-657-3704 (besplatno)
651-296-1283 (tekstualno)

Kancelarija za ljudska prava Odjela za zdravlje i humane usluge SAD-a (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) u svojim programima zabranjuje diskrminaciju zbog rase, boje, nacionalnog porijekla, dobi, invaliditeta; u blokiranju odobrenja žalbi, religija i pol su uključeni; a u žalbama medicinskih programa, pol uključuje polne stereotipe i rodnu identifikaciju pod bilo kojim zdravstvenim programom ili aktivnošću koja prima federalnu finansijsku pomoć, kao što su Medicaid i CHIP programi, bolnice, klinike, poslodavci, osiguravajuće kompanije i državne razmjene zdravstvenog osiguranja kreirane pod Glavom I (Title I), Zakona o pristupačnoj njezi (Affordable Care Act). Kontaktirajte direktno federalnu agenciju:

(Odjel za zdravlje i humane usluge SAD-a)
(Kancelarija za ljudska prava, Region V)
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
312-886-2359 (glasovno)
1-800-368-1019 (besplatno)
1-800-537-7697 (tekstualno)

CB3 1-15

ADA1 (12-12)

Ove informacije su dostupne u pristupačnim formatima za osobe s invaliditetima, putem poziva na 651-431-2660, besplatno na 1-800-657-3729, ili putem korištenja Vaše preferirane prijenosne usluge. Za ostale informacije o pravima i zaštiti invaliditeta, kontaktirajte ADA koordinatora agencije.