COVERED CALIFORNIA

Програма Medi-Cal з Covered California:

Маємо програму страхування саме для вас. І завжди готові підтримати вас.

Закінчилася Medi-Cal? Covered California надасть підтримку.

Програмою Medi-Cal передбачено регулярну перевірку її учасників з метою з'ясування, чи продовжують особи, які отримують страхове покриття від Medi-Cal, відповідати вимогам його отримання. Якщо ваші обставини змінилися, як-от дохід, робота чи розмір сім'ї, ваше право на покриття страховкою Medi-Cal також може змінитися. Якщо ви виявите, що термін дії вашої страховки Medi-Cal закінчується, Covered California готова допомогти вам отримати доступ до доступного та якісного медичного страхування.

Подовження дії Medi-Cal: Ваші дії.

Коли настане ваша черга поновити страховку, Medi-Cal надішле вам повідомлення про поновлення у великому жовтому конверті. Поверніть запитувану інформацію до Medi-Cal до дати, зазначеної в повідомленні. Medi-Cal надішле вам додаткове повідомлення про ваш статус відповідності вимогам. Якщо ви продовжуєте мати право на Medi-Cal, ви отримаєте відповідне сповіщення про це.

Покриття без зайвих клопотів.

Якщо ви перестали відповідати вимогам участі в програмі Medi-Cal, у повідомленні буде зазначено, що ваша участь у програмі страхування припиняється, із зазначенням причини(причин), а також інформація щодо переведення вас до програми Covered California. Якщо ви більше не маєте права на Medi-Cal, вона негайно надасть вашу інформацію до Covered California; ця безкоштовна служба штату допомагає вам знайти та оплатити якісне медичне страхування.

Програма Covered California надішле вам поштою листа, у якому буде вказано вашу відповідність критеріям участі у програмі на основі відомостей, наданих вами до Medi-Cal, а також послідовність реєстрації.

Якщо ваш дохід дає вам право на фінансову допомогу, щоб знизити вартість вашого щомісячного страхового внеску, Covered California вибере для вас план медичного страхування з найбільшою фінансовою допомогою!

Якщо ви або ваша сім'я маєте пропозицію страхування через роботодавця чи іншу програму, наприклад Medicare, ви можете не мати права на фінансову допомогу через Covered California.

Турбота про мешканців Каліфорнії

Незалежно від того, чи був обраний план для вас, вам все одно потрібно зробити кілька кроків, щоб зберігти страхове покриття. Далі наведені покрокові інструкції для обох ситуацій.

Наступна сторінка →

Охорона здоров'я, яка дійсно піклується про вас.

Якщо у адресованому Вам листі зазначено, що ми обрали для вас програму страхування:

Щомісячний внесок до вашого нового плану залежатиме від вашого доходу. Це може бути лише о доларів на місяць, як і в Medi-Cal. Вам потрібно буде підтвердити або змінити свій план, щоб ваше страхове покриття залишилося незалежно від суми щомісячного внеску.

Крок 1: Відвідайте **CoveredCA.com/new-plan** (англомовний веб-сайт) і натисніть "Sign In or Create Account" («Увійти або створити обліковий запис»).

Крок 2: Створіть свій обліковий запис за допомогою онлайнового **access code** (коду доступу) і **case number** (номер справи), вказаного у верхньому лівому куті вашого листа від Covered California. Якщо вже маєте обліковий запис у Covered California, натисніть «Увійти в обліковий запис» і виконайте вхід, використовуючи своє ім'я користувача та пароль. Не хвилюйтеся, якщо забули їх: ви завжди зможете відновити ім'я користувача та пароль під час входу до системи.

Крок 3: Перевірте, чи усі члени вашої родини відповідають вимогам участі у програмі медичного страхування, та підтвердьте, що ви залишаєтеся учасником програми медичного страхування, обраної Covered California.

- **Якщо ви бажаєте порівняти обраний для вас план медичного обслуговування з іншими, які пропонує Covered California, натомість виберіть "Change Plan" («Змінити план»).**
- **Якщо ви хочете скасувати обраний для вас план медичного обслуговування, виберіть "Cancel" («Скасувати»).**

Крок 4 (тільки якщо у вас є місячний внесок): якщо ви не скасували своє страхове покриття та маєте сплатити внесок, натисніть "Pay Now" («Оплатити зараз») або оплатіть, коли ви отримаєте рахунок від вашої компанії медичного страхування. Ви повинні вжити заходів для підтвердження свого плану до кінця першого місяця покриття, інакше обраний для вас план буде скасовано. Ви все ще можете вибрати план медичного обслуговування протягом 90 днів після закінчення Medi-Cal.

Якщо у вашому листі не зазначено плану страхування:

Можливо, ви все ще зможете отримати медичне страхування, але вам потрібно негайно вжити заходів, щоб отримати покриття.

Крок 1: Якщо у вас є обліковий запис онлайн, увійдіть на вебсайт **CoveredCA.com** (вебсайт англійською мовою). Якщо ви забули свій логін і пароль, ви можете поновити їх, натиснувши "Sign In" («Увійти»). Якщо у вас немає облікового запису, відвідайте **CoveredCA.com/create-account** (вебсайт англійською мовою) і введіть **access code** (код доступу), наведений у вашому листі від Covered California.

Крок 2: Перегляньте свою заяву та повідомте про зміни, якщо ваша інформація невірна.

Крок 3: Порівняйте плани медичного обслуговування та виберіть той, який найкраще підходить вам і вашій родині. Ваш медичний план медичного обслуговування почне діяти з першого числа наступного місяця після того, як ви його виберете.

Крок 4: Зробіть свій перший внесок у своєму обліковому запису онлайн або коли ви отримаєте рахунок від вашої страхової компанії.

У вас є 90 днів після останнього дня дії страхового покриття Medi-Cal, щоб підписатися на новий план медичного обслуговування. Якщо ви пропустите це вікно, вам, можливо, доведеться зачекати до наступного щорічного періоду відкритої реєстрації. Відсутність медичного страхування також може призвести до сплати податкового штрафу, і ми хочемо допомогти вам уникнути цього.

Забезпечте собі страховий захист.

Для отримання додаткової інформації та безкоштовної персональної допомоги перейдіть за посиланням:

- **CoveredCA.com/keep-your-coverage**
- **800-778-7695**

Covered California complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-300-0213 (TTY: 1-888-889-4500). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-300-1533 (TTY 1-888-889-4500).

COVERED CALIFORNIA | Турбота про мешканців Каліфорнії

D-CCA-XXXXXXXX
UKR-1026