

## О покрытии Медикэйд:

Медикэйд платит дантистам намного меньше, чем другие виды зубных страховок. Эта оплата также меньше, чем другие люди платят за подобное лечение зубов.

Датнитсы соглашаются получить только то, что Медикэйд им заплатит за лечение. Они не могут брать с вас плату за лечение, которые покрывается Медикэйд. Медикэйд не покрывает все виды зубного лечения. Медикэйд просит дантистов получить от вас подписанное вами соглашение о том, что вы несете ответственность за оплату лечения, непокрываемого Медикэйд.

Только 25% дантистов в округе Снохомиш принимают страховку Медикэйд для детей. Менее чем 10% принимают Медикэйд для взрослых.

Дантисты прекращают прием новых пациентов со страховкой Медикэйд, когда они пропускают визиты. Пропущенный визит приносит дантистам убытки. Если вам нужно перенести визит, позвоните дантисту как можно скорее. Дантисты хотят, чтобы вы звонили им сразу же, как только вам станет известно, что ваш визит должен быть перенесен.

## Услуги Переводчика:

Предоставляется офисом врача по вашей просьбе.

## Транспортировка:

Клиент должен позвонить 1.855.766.7433 за как минимум 3 дня до назначенного визита, чтобы договориться о транспортировке. Эти услуги бесплатны для врача и клиента при использовании медицинского купона.

## Ресурсы для стоматологической помощи

- Наберите номер 211
- Отдел здравоохранения Снохомиш региона (Snohomish Health District)

[www.snohd.org](http://www.snohd.org)

На домашней странице найдите раздел dental resources в подразделе Oral Health в разделе Community Health Division, либо в алфавитном разделе выберите букву "D" для Dental Care или букву "O" для Oral Health

**425-339-5219** (записанный список)

Попросите предоставить вам список всех стоматологов, которые на данный момент принимают клиентов с Медикейд (Medicaid) или предоставляют стоматологическую помощь по низкой цене.

- Дополнительная информация

[www.parenthelp123.org](http://www.parenthelp123.org)

права и возможности на интернете для пациентов для покрытия Медикейд/ стоматологических услуг

**Snohomish Health District**  
Healthy Communities and Assessment  
Oral Health Program  
3020 Rucker Avenue, Ste 206  
Everett, WA 98201-3900  
425.339.5219

**PUBLIC HEALTH**  
always working for a safer & healthier  
**SNOHOMISH COUNTY**

## Стоматологические



**Права и  
Обязанности  
Пациентов**





## Права и Обязанности Пациентов

### ВЫБОР...У вас есть право:

- самим выбрать дантиста.
- получить уважительное обслуживание.

### ОСВЕДОМЛЕННОЕ СОГЛАСИЕ...У вас есть право:

- попросить присутствия с вами переводчика, если вы не говорите по-английски.
- быть с вашим ребёнком на визитах у дантиста
- видится с дантистом каждый раз, когда вы или ваш ребенок проходите лечение.
- получить информацию о необходимом лечении и ваших альтернативах.
- перед каждым визитом получить информацию о том, какое лечение запланировано.
- принять, отложить или отказаться от любого предложенного лечения.

### КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ...У вас есть право:

- ожидать, что все записи, касающиеся истории лечения зубов вашего ребенка, будут конфиденциальными.

### ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ...У вас есть право:

- получить экстренную помощь от вашего дантиста.

### ЗНАНИЕ СТОИМОСТИ...У вас есть право:

- дать свое согласие на расходы, связанные с лечением до прохождения лечения.
- получить понятную и полную информацию о покрытии Медикейд или льготах страховок.
- получить разъяснение предоставленного вам счёта.

### ЖАЛОБЫ... У вас есть право:

- пожаловаться о вашем лечении.
- если вы неудовлетворены, рассказать об этом другим.

### ВЫБОР...Вы обязаны:

- выбрать другого дантиста, если вы неудовлетворены.
- относиться доброжелательно и уважительно к обслуживающему вас персоналу:
  - ✓ Приходить вовремя или перенести свой визит заранее.
  - ✓ Обеспечить надежную транспортировку в клинику.
  - ✓ Оставить других детей дома.
  - ✓ Принести игрушки и подгузники для маленьких детей.
  - ✓ Рассказывать радостные истории вашим детям о визитах к зубному врачу.

### ОСВЕДОМЛЕННОЕ СОГЛАСИЕ...Вы обязаны:

- попросить дантиста о присутствии с вами переводчика во время лечения за как минимум 48 часов.
- учить детей проходить лечение зубов без вашего присутствия.
- не мешать дантисту, когда вы находитесь с вашим ребёнком.

- задавать вопросы о вашем лечении.
- понимать, что любой план может измениться.
- принимать риск или пользу, связанные с отсрочкой или отказом от лечения.

### КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ...Вы обязаны:

- предоставить полную и свежую информацию о состоянии вашего здоровья.

### ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ...Вы обязаны:

- проявлять здравый смысл, когда вы просите об экстренной помощи.

### ЗНАНИЕ СТОИМОСТИ...Вы обязаны:

- заплатить за лечение, которое не оплачивается купоном или страховкой.
- предоставить дантисту вашу действующую карточку Медикейд.
- проинформировать регистратора дантиста об изменениях в вашей страховке.
- попросить разъяснения вашего счёта, если вам что-то не понятно.

### ЖАЛОБЫ...Вы обязаны:

- обсудить ваши беспокойства с вашим дантистом перед тем как обращаться к другим.
- обращаться в местное общество дантистов, страховую компанию, офис Медикейд или в комиссию гарантии качества зубного лечения штата Вашингтон (WA State Dental Quality Assurance Commission).